



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**POLIANA CARLA BATISTA DE ARAÚJO**

**ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES NA TERAPIA  
INTENSIVA**

**CAJAZEIRAS - PB**

**2018**

**POLIANA CARLA BATISTA DE ARAÚJO**

**ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES NA TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Ma. Cícera Renata Diniz  
Vieira Silva

**CAJAZEIRAS - PB**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A663a Araújo, Poliana Carla Batista de.  
Análise do uso da contenção mecânica em pacientes na terapia intensiva / Poliana Carla Batista de Araújo. - Cajazeiras, 2018.  
80f.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Cicera Renata Diniz Vieira Silva.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. UTI. 2. Contenção mecânica - UTI. 3. Contenção mecânica – conhecimento de enfermagem. 4. Profissionais de enfermagem - UTI. I. Silva, Cicera Renata Diniz Vieira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083.98

POLIANA CARLA BATISTA DE ARAÚJO

**ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES NA TERAPIA  
INTENSIVA**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 31/07/2018

**BANCA EXAMINADORA**

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Profª. Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva  
Orientadora – ETSC/CFP/UFCG

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Profª. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
1º membro – ETSC/CFP/UFCG

Claudia Maria Fernandes

Profª. Ma. Cláudia Maria Fernandes  
2º membro – UAENF/CFP/UFCG

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pelas bênçãos durante todo o percurso e pela força para superar os obstáculos, e com todo amor, à minha família, pelo apoio, dedicação e cuidado, em especial a minha avó Alzira Batista por sempre estar presente em meu pensamento, como um anjo me guardando com plenitude, serenidade e amor ao lado do Pai.

## AGRADECIMENTOS

Expresso aqui minha gratidão aos envolvidos na minha formação de forma direta ou indireta, principalmente àqueles que permaneceram do meu lado, me dando apoio e auxílio diante das minhas dificuldades; aos que não almejaram meu sucesso, com pensamentos e intenções negativas, desejo dias melhores e agradeço por serem exemplos a não serem seguidos.

Agradeço a Deus, pelas dádivas diárias e pela oportunidade de transformar os meus sonhos em realidade, por me abençoar sempre e por permitir que os insucessos durante a trajetória não fossem maiores do que a minha força de vontade.

Agradeço aos meus pais, Francisco Batista e Maria das Graças, pelo amor, carinho e incentivo durante esta jornada.

Aos meus irmãos, Paulo César e Pedro Geovanny, pelo apoio e compreensão.

Aos meus familiares em nome da minha Tia Fátima Batista, pelo auxílio e estímulo positivo.

À minha professora orientadora Cícera Renata Diniz Vieira Silva, pela paciência e auxílio durante a construção deste trabalho, pela compreensão, incentivo e cuidado, por ser a calma necessária, permitindo que as dificuldades existentes transparecessem menores e por sempre buscar a melhor parte de mim.

Aos docentes Éder Freire, por me acolher com carinho e sempre observar o meu melhor lado, estando presente no período acadêmico e contribuindo, de maneira ímpar, para o meu crescimento pessoal e profissional; e Berenice Gomes, pelo incentivo e por compartilhar momentos durante a disciplina de UTI, permitindo uma ampliação do apreço por esta área.

Ao meu namorado, Geovanni Mendes, por permanecer ao meu lado nos momentos mais difíceis, pela compreensão, paciência e carinho, e por sempre me dizer palavras positivas nos tempos de angústia.

Agradeço ao meu amigo, Wagner Maciel Sarmiento, pelas dicas e encorajamentos, pelos momentos de companheirismo tanto em dias tranquilos e quanto em dias estressantes, pela presença na minha vida durante todo este curso, compartilhando aprendizado e cultivando esta amizade.

Ao meu amigo, Mário Hélio Antunes Pamplona, pelo apoio em todas as situações, por transparecer tranquilidade e me incentivar nos momentos em que eu precisei, proporcionando ânimo e aconchego.

Às minhas amigas Sabrina da Silva Soares e Luênya Gomes da Nobrega pela cumplicidade, apoio e incentivo durante esta trajetória, compartilhando os melhores momentos junto comigo e permitindo que eu não desistisse em nenhum instante.

Agradeço às minhas amigas Elaine Cristina, Izabel Bezerra, Alwsca Layane, Bruna Alves, Lucélia Fernandes, Francisca Jocilânia e Héliida Maravilha pela força e apoio, por permitirem que meus pensamentos negativos não me prejudicassem, por estarem comigo durante todo o percurso.

Agradeço imensamente à banca examinadora composta pela professora Gerlane Cristinne Bertino Vêras, um espelho como ser humano, profissional e na produção científica e Cláudia Maria Fernandes, uma enfermeira e docente exemplar, por aceitarem participar e pelas grandiosas contribuições.

Agradeço à Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formações de Professores, incluindo todos os funcionários e docentes.

"O profissional deve deixar de lado o preconceito quanto ao uso da contenção, se preparar para dominar os conhecimentos e a técnica adequada para a aplicação da mesma, visando promover a proteção do paciente, de outros indivíduos e dos membros da equipe e evitar a incorrência em erros que possam provocar dificuldades ao prosseguimento de sua vida profissional e comprometimento ao paciente." (João Fernando Marcolan)



ARAÚJO, P. C. B. **Análise do uso da contenção mecânica em pacientes da Terapia Intensiva**. 2018. 80f. TCC (Bacharelado Em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2018.

## RESUMO

A segurança do paciente é uma preocupação notória nos serviços de saúde, sendo imprescindível para a qualidade do serviço. Na Unidade de Terapia Intensiva se faz necessário um olhar integral à promoção de um ambiente seguro ao paciente, visto a complexidade deste setor. Diversos equipamentos e instrumentos são usados para monitorização e cuidado, sendo substanciais para a terapêutica. A remoção dos mesmos, em decorrência de agitação psicomotora, pode causar danos à saúde. O uso da contenção mecânica permite restringir a movimentação do indivíduo, em situações que haja uma indicação, utilizando-a como medida protetora. Dessa forma, o estudo objetivou analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre o uso da contenção mecânica em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de estudo de campo e documental de caráter exploratório e descritivo e abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais de Enfermagem e um formulário para a checagem dos prontuários dos pacientes. A análise dos dados qualitativos foi realizada ancorando-se na análise de conteúdo temática e as variáveis quantitativas, utilizando a estatística descritiva. Todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos foram obedecidos, e a coleta de dados só teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados foram categorizados em quatro etapas, expressando os dados sociodemográficos, o conhecimento dos profissionais, os registros nos prontuários e a produção de uma cartilha educativa para os profissionais sobre o uso racional da contenção mecânica. A vista disso, é perceptível que os profissionais de Enfermagem possuíam um conhecimento geral sobre a contenção mecânica, porém de maneira simplificada, sendo mais amplo e abrangente somente em relação às circunstâncias expressas pelo paciente e os benefícios e riscos desta prática, apresentando falhas na compreensão das legislações pertinentes sobre a temática. Foi notório o déficit apresentado nos registros de enfermagem, nos prontuários dos pacientes contidos, relacionados principalmente à prescrição de Enfermagem e documentação da assistência prestada. A cartilha foi elaborada em decorrência da detecção de necessidade de sensibilização dos profissionais entrevistados sobre esta temática. Em suma, evidencia-se que os conhecimentos dos profissionais sobre contenção mecânica foram expressos de forma limitada, sendo necessárias atualizações informativas para a sensibilização dos mesmos perante esta temática.

**Palavras-chave:** Contenção mecânica. Segurança do paciente. Profissionais de Enfermagem.

ARAÚJO, P. C. B. **Analysis of the use of mechanical restraint in Intensive Care patients.** 2018. 80f. Undergraduate thesis (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2018.

### ABSTRACT

The safety of the patient is a notorious concern in the health services, being essential for the quality of the service. In the Intensive Care Unit, it is necessary to take a comprehensive look at the promotion of a safe environment for the patient, given the complexity of this sector. Several equipment and instruments are used for monitoring and care, being essential for the therapy. The removal of them as a result of psychomotor agitation may cause health damage. The use of mechanical restraint allows you to restrict the movement of the individual, in situations that there is an indication, using it as a protective measure. Thus, the study aimed to analyze the knowledge of Nursing professionals about the use of mechanical containment in patients in the Intensive Care Unit. This is a field and documentary study of an exploratory and descriptive nature and a qualitative and quantitative approach. Data collection was performed through a semi-structured interview with the nursing professionals and a form for checking the patients' medical records. The analysis of the qualitative data was carried out by anchoring in the thematic content analysis and the quantitative variables, using the descriptive statistics. All items set forth in Resolution 466/12 of the National Health Council, which regulates research with humans, were obeyed in this study, and data collection only began after authorization from the ethics and research committee. The results were categorized into four stages, expressing the sociodemographic data, the knowledge of the professionals, the registration in the medical records and an educational booklet, elaborated for the professionals on the rational use of the mechanical containment. In view of this, it is noticeable that nursing professionals had a general knowledge about mechanical restraint, but in a simplified way, being broader and more comprehensive only in relation to the circumstances expressed by the patient and the benefits and risks of this practice, showing flaws in understanding the relevant legislation on the subject. The deficit presented in the nursing records, in the patients' medical records, related mainly to the nursing prescription and documentation of the care provided, was notorious. The booklet was developed due to the detection of the need of awareness of the professionals interviewed about this subject. In short, its evident that the knowledge of the professionals about mechanical containment was limited, and informative updates are necessary to raise awareness about this issue.

**Keywords:** Mechanical containment. Patient safety. Nurse Practitioners.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Diagnósticos médicos dos pacientes contidos internados na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018.....	56
Figura 1 – Cartilha educativa sobre contenção mecânica na UTI (parte externa).....	59
Figura 2 – Cartilha educativa sobre contenção mecânica na UTI (parte interna).....	60

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da UTI do Hospital Regional de Cajazeiras, Cajazeiras, PB, 2018.....	30
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos técnicos de Enfermagem da UTI do Hospital Regional de Cajazeiras, Cajazeiras, PB, 2018.....	31
Tabela 3 – Caracterização dos dados sociodemográficos e de internação dos pacientes internados na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018. ....	55

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

**EA** - Efeitos adversos

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem

**PE** - Processo de Enfermagem

**HRC** - Hospital Regional de Cajazeiras

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences

**CHS** - Carga Horária Semanal

**DGS** -Diretoria Geral da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNSP** - Programa Nacional de Segurança do Paciente

**NDNQI** - Banco de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem

**TOT** - Tubo Orotraqueal

**TQT** - Traqueostomia

**VM** - Ventilação Mecânica

**SNG** - Sondagem Nasogástrica

**SNE** - Sondagem Nasoentérica

**SVD** -Sondagem Vesical de Demora

**COREN** - Conselho Regional de Enfermagem

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**CREMESP** - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

**ENP** - Extubação Não Programada

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 A segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Alterações mentais e psiquiátricas do paciente gravemente enfermo na terapia intensiva</b>	<b>20</b>
<b>4.2.1 Delirium .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.2 Transtornos mentais.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3 A contenção mecânica: histórico e considerações éticas e legais.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 A contenção mecânica e a assistência de Enfermagem na terapia intensiva .....</b>	<b>23</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Local de pesquisa.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 População e amostra .....</b>	<b>26</b>
<b>5.4 Critérios de seleção.....</b>	<b>26</b>
<b>5.5 Procedimento de coleta de dados .....</b>	<b>26</b>
<b>5.6 Processamento e análise dos dados .....</b>	<b>27</b>
<b>5.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>28</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>6.1 Dados sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem da uti.....</b>	<b>29</b>
<b>6.2 Conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca do uso da contenção mecânica... 33</b>	
<b>CATEGORIA 1 - “Amarra ou não amarra o paciente?” - Definições e tipos de contenção. ....</b>	<b>33</b>
<b>CATEGORIA 2 - “O paciente precisa ficar quieto” – Quem necessita de contenção?.....</b>	<b>36</b>
<b>CATEGORIA 3 - “Amarrar é o melhor para o paciente” – Benefícios e riscos da prática da         contenção física. ....</b>	<b>39</b>
<b>CATEGORIA 4 - “Se não amarrar vai fazer o quê? A gente amarra, mas quando está tudo         calmo, retira” – Alternativas à contenção mecânica e avaliação para sua remoção.....</b>	<b>45</b>
<b>CATEGORIA 5 - “É só amarrar o paciente e pronto” – Regulamentação, prescrição e registro da         contenção mecânica.....</b>	<b>48</b>
<b>6.3 Análise dos registros nos prontuários dos pacientes contidos .....</b>	<b>53</b>
<b>6.4 Cartilha educativa sobre contenção de pacientes.....</b>	<b>58</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro, atuando em diversas áreas da saúde, desempenha funções de cuidar, gerenciar, pesquisar e agir em questões políticas, sendo o maior destaque para o cuidar. Diante disso, este profissional está ligado diretamente com a prestação de um cuidado integral, individualizado e de qualidade para o paciente, e inerente a essa assistência, existe uma necessidade de proporcionar um ambiente seguro para estes indivíduos.

A preocupação com a segurança do paciente hospitalizado é notória mundialmente, sendo um aspecto assistencial que causa um impacto no serviço, pois não existe um cuidado prestado com eficácia, se não for seguro (MINUZZI et al., 2016). Sendo assim, compete aos profissionais da área da saúde buscar medidas para promoção da segurança em ambiente hospitalar.

Favorecer um ambiente seguro nos serviços de saúde é considerado um dos maiores desafios para o êxito na qualidade da assistência. Quando o setor se trata da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a complexidade dos serviços e o desempenho de uma assistência integral refletem em uma necessidade maior de precaução em relação à segurança, visto que, os pacientes atendidos neste espaço são, em sua maioria, de alta gravidade e que possuem risco iminente de morte (GONÇALVES et al., 2012).

Tendo em vista essa particularidade da UTI, se faz necessário o uso de equipamentos que sejam providos de um bom funcionamento e preparação adequada, para que o cuidado seja ofertado com a maior segurança possível. Caso haja violação do planejamento e manutenção dos equipamentos, o risco de danos para o paciente se torna elevado, afetando o quadro clínico dos indivíduos em ampla escala (RIBEIRO et al., 2017). As medidas comportamentais, principalmente relacionadas à higienização e ao posicionamento do profissional na realização dos cuidados, também são de profunda relevância para a promoção de um ambiente seguro na terapia intensiva.

A hospitalização na UTI submete o paciente a uma série de instrumentos invasivos ou não, como monitor multiparamétrico, ventilação mecânica (VM), dispositivos como sondas, tubos, cateteres e acessos vasculares, todos com finalidade terapêutica e visando uma assistência completa ao indivíduo. Essas situações, somadas à posição do mesmo frente a um estado grave de saúde e ao ambiente estressante que se encontra inserido, propiciam a confusão e desorientação, muitas vezes expressos através da agitação, o que pode resultar em acidentes que prejudicam o paciente e a equipe. Dessa forma, medidas de restrição são necessárias para proporcionar a segurança dos envolvidos (DONATO et al., 2017).



A contenção mecânica de pacientes consiste em dispositivos que interferem na movimentação dos mesmos, sendo uma medida muito utilizada para condução de crises nas unidades de internação. No que diz respeito à utilização deste procedimento, devem ser analisados os riscos e benefícios, buscando a proteção do paciente contra práticas que podem prejudicar sua saúde (COREN-SP, 2009; FILLIPI, 2011).

Existem diversos preceitos frente ao uso da contenção mecânica, tanto em discordância, como concordando com esta ferramenta. É necessário compreender sobre o uso adequado dos dispositivos e analisar a real necessidade de uso, no intuito de que o procedimento de contenção não seja usado de maneira imprópria, evitando que este se apresente como mais um fator causador de danos ao paciente.

Faz-se necessário um olhar integral aos pacientes em cuidados intensivos, visando sua segurança por meio da restrição física realizada de maneira adequada e monitorizada, evitando efeitos adversos ao seu uso, a partir da oferta de um cuidado direcionado aos indivíduos contidos.

Diante do exposto, o estudo em tela teve a seguinte questão norteadora: “Qual é o conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca da contenção mecânica em pacientes na UTI, e quais as circunstâncias em que esta técnica é realizada?”.

## 2 JUSTIFICATIVA

A realização de técnicas seguras para o paciente é um ponto importante durante os estágios práticos no decorrer da graduação. Ao observar a utilização das práticas de contenção mecânica, principalmente na UTI, surgiu uma inquietação e necessidade de discussão sobre esta temática, buscando um conhecimento mais amplo sobre a segurança do indivíduo contido, na realidade assistencial da UTI.

Dessa forma, o questionamento sobre a contenção mecânica em pacientes da UTI envolve uma análise complexa sobre esta técnica e sua repercussão sobre o sujeito.

A contenção é utilizada pelo enfermeiro, com o intuito de melhoria da sua assistência por meio da prevenção de danos ao paciente, garantindo sua segurança, porém para que seu uso traga benefícios deve ser executado de maneira adequada por meio de uma monitorização contínua e de uma prestação de cuidados direcionada ao enfermo, visto que, a utilização desta ferramenta de forma não responsável, pode ocasionar resultados negativos, divergentes daqueles objetivados com o seu uso, danificando ainda mais a situação de saúde do paciente.

Sendo assim, analisar este procedimento é de grande relevância, observando a necessidade de uso expressa pelo paciente, os possíveis danos decorrentes desta prática, o comprometimento da equipe de saúde diante dos cuidados específicos aos indivíduos contidos e a possibilidade de técnicas substitutivas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre o uso da contenção mecânica em pacientes na UTI.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os procedimentos de contenção e as situações que permeiam o seu uso na UTI.
- Verificar os registros nos prontuários sobre a contenção de pacientes.
- Elaborar material educativo para os profissionais da UTI sobre o uso racional da contenção mecânica.

## **4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **4.1 A segurança do paciente nas unidades de terapia intensiva**

A abordagem contemporânea e a preocupação sobre a promoção de um ambiente seguro ao paciente, permitiram uma visão mais ampla sobre a qualidade e o cuidado à saúde em geral, sendo influenciada por campos de conhecimentos distintos, que analisam os danos e acidentes causados pelas falhas humanas, buscando a prevenção destes erros e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, expressa através da segurança (TRAVASSOS; CALDAS, 2013).

É dever das instituições buscar a redução da ocorrência de danos ao paciente diante da prestação de cuidados em todos os setores (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016). Dentre os cenários de assistência à saúde, a UTI se apresenta como um ambiente que necessita de uma preocupação maior quanto à segurança, devido à gravidade e vulnerabilidade dos pacientes neste setor (KSOURI et al., 2010).

Ademais, a consolidação de um ambiente seguro para o paciente está intimamente ligada com a construção de uma cultura de segurança por parte dos profissionais, pois a partir de uma prática assistencial voltada para a prevenção dos erros, é possível construir um ambiente que propicie o bem-estar tanto dos pacientes, quanto da equipe. Esta prática deve ser baseada principalmente na realização de ações voltadas para a minimização de eventos adversos, devido estes serem situações ameaçadoras da segurança nestes ambientes (COSTA et al., 2016).

Os eventos adversos (EA) têm sua maior ocorrência em pacientes de quadro clínico de maior gravidade e com maior média de permanência. Os pacientes se encontram sujeitos a ocorrência de EA relacionados, principalmente, à acidentes, infecções, aos processos clínicos e procedimentos ligados à prática assistencial, como medicações, realização de exames, manejo inadequado de tubos endotraqueais, cateteres e drenos, restrição física, dentre outros (TOFFOLETTO et al., 2016).

A ocorrência de erros relativos às práticas assistenciais na UTI, devem ser foco de análise e intervenção, com a finalidade de serem prevenidos, a partir de uma maior atenção por parte dos profissionais, frente aos procedimentos executados. Além disso, é importante que o ambiente físico do setor tenha uma infraestrutura bem equipada e organizada, contando com manutenções frequentes dos instrumentos, com a finalidade de minimizar a existência de problemas relacionados com os mesmos (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA, 2016).

Destarte, os profissionais que atuam na UTI, em especial o enfermeiro, desempenham funções primordiais direcionadas à promoção de segurança, principalmente através da adoção de medidas e estratégias que visem proporcionar a prevenção de prejuízos à saúde do paciente, por meio da oferta de um cuidado seguro e de qualidade, assumindo um papel de líder e agindo em consonância com a equipe para alcançar os objetivos propostos (HARADA; PEDREIRA, 2013).

## **4.2 Alterações mentais e psiquiátricas do paciente gravemente enfermo na terapia intensiva**

### *4.2.1 Delirium*

O delirium consiste em uma alteração aguda do estado mental, comumente observada na UTI, que se encontra em associação com tempo amplo de internação e comprometimento cognitivo afetado (LUZ; BONNIATI, 2016). Esta alteração tem sua etiologia orgânica, multifatorial e de difícil determinação, principalmente em pacientes em ventilação mecânica (GORZONI; FABRI, 2017).

Diante disso, é importante que durante a avaliação de um paciente em delirium, sejam consideradas etiologias clínicas plausíveis, a fim de explicar este fenômeno, inclusive as mudanças de ambiente e a hospitalização, principalmente em indivíduos com comprometimento cognitivo, analisando o delirium não somente como sinal clínico de infecções, sendo necessário avaliar amplas possibilidades (BALOGUN; PHILBRICK, 2014).

O delirium compreende alguns subtipos, motores ou não, cujas manifestações clínicas são específicas a cada um deles, os quais seguem (DEVLIN et al, 2007):

- a) delirium Hiperativo - Apresenta no mínimo dois destes sintomas: aumento quantitativo da atividade motora, perda do controle da atividade, inquietação, perambulação;
- b) delirium Hipoativo - Apresenta pelo menos dois destes sintomas: redução da atividade de forma significativa, menor velocidade nos movimentos, atenção diminuída frente ao ambiente, fala significativamente reduzida e/ou com menor velocidade, indiferença e agilidade diminuída;
- c) delirium Misto - Caracterizado com manifestações dos dois subtipos anteriores;
- d) delirium não motor - Ausência dos sintomas dos subtipos motores.

Todos os subtipos listados anteriormente são evidências definidas acerca de 24 horas antes do diagnóstico.

O delirium se apresenta como fator agravante ou desencadeante de demência e/ou declínio cognitivo, sendo imprescindível avaliar a ocorrência destes eventos após episódios de delirium (CHAGAS; BORGES; CHAGAS, 2016). Outras complicações típicas da hospitalização, como lesões por pressão, infecções, incontinência urinária e nutrição desequilibrada são ainda mais frequentes em pacientes com delirium (MEIRA, 2002).

Dessa forma, quanto mais precoce ocorrer a identificação do delirium nos pacientes críticos, menor é a possibilidade de complicações. Para que isso ocorra, se faz necessária uma maior vigilância da equipe, visando o diagnóstico precoce e ações de intervenção eficazes, a fim de reduzir a duração do quadro (FAUSTINO et al., 2016).

Em relação aos fatores de risco para a síndrome, identifica-se a faixa etária maior que 60 anos como o mais significativo, devido a vulnerabilidade cognitiva do idoso frente às alterações decorrentes do processo de envelhecimento e a sua exposição a intervenções decorrentes do tratamento de doenças agudas (BARROS; FIGUEREDO; FERNANDES, 2015).

No que se refere ao uso de sedativos e analgésicos relacionados ao delirium, Mori et al. (2016) afirmam que a utilização de midazolam, morfina e propofol como fator de risco à ocorrência desta alteração. Em concordância a este pressuposto, o estudo de Faustino et al. (2016) reafirma o uso de sedativos como importante fator de risco, sendo ampliado por deficiências hepáticas e renais. Além disso, as características do ambiente que o paciente se encontra também auxilia no desenvolvimento do delirium, como ruídos, iluminação, o que se associa a privação do sono.

Analisando que o delirium é amplamente incidente na UTI e que neste ambiente existe uma série de fatores relacionados a este distúrbio, se torna imprescindível a prestação de uma assistência específica visando a detecção precoce, por meio de cuidados preventivos, bem como a busca pela sensibilização da equipe, com o intuito de controlar a ocorrência deste distúrbio (MORI et al., 2016).

#### *4.2.2 Transtornos mentais*

Um transtorno mental consiste em uma alteração nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, resultante de uma síndrome que provoca disfunção e perturbação clínica das funções cognitivas, comportamentais e emocionais.

Estes transtornos afetam as atividades sociais e profissionais, por causar sofrimento ou incapacidades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para a prestação de uma assistência de Enfermagem de qualidade ao paciente com transtorno mental, é fundamental a criação de vínculo, principalmente no intuito de acalmá-lo e tranquiliza-lo do paciente. Atos simples de atenção, escuta ativa e compreensão permitem a construção de uma relação de confiança entre os envolvidos. Uma vez que o vínculo é criado, deve ser preservado, principalmente no intuito de resultados positivos frente à terapêutica necessária, minimizando episódios de agitação e medidas de contenção e favorecendo uma terapêutica mais eficaz e simplificada (TAVARES, 2013).

### **4.3 A contenção mecânica: histórico e considerações éticas e legais**

A contenção mecânica se apresenta como uma antiga prática desempenhada pelo enfermeiro, que vem historicamente sofrendo modificações (PAES et al., 2009). A aptidão deste profissional na realização deste procedimento está ligada à sua atuação nos hospitais psiquiátricos do século XX, em que era cargo da equipe de Enfermagem proceder com ações restritivas e coercivas diante dos pacientes com transtornos mentais (BOTTI, 2007).

Dessa forma, no período manicomial, as algemas e correntes, antes usadas de forma contínua nos indivíduos com transtornos mentais, foram substituídas por outras medidas restritivas, como o uso de camisas de força, faixas de contenção no leito e lençóis, para execução da técnica do invólucro úmido, que consistia em enrolar pacientes em lençóis molhados por um determinado espaço de tempo (BOTTI, 2007).

Os lençóis de contenção, usados até meados de 1990, consistiam em uma medida de uso rápido, utilizada anteriormente à sedação, a partir da restrição do paciente na cama com uma lona, confeccionada com braceletes e fivelas para prender os membros inferiores e superiores. Esta técnica, mesmo usada em um curto período de tempo, na maioria das vezes provocava machucados nos pacientes. Já a camisa de força, foi um método utilizado por mais de 50 anos e apresentava um enorme risco de quedas (GUIMARÃES et al., 2013).

Os lençóis e faixas de algodão para contenção ao leito são medidas até hoje utilizadas, porém as mudanças no cenário psiquiátrico possibilitaram progressão na utilização destas ações com uma precaução maior, visando à segurança do paciente, sendo assim, necessária em diversos setores nos serviços de saúde (GUIMARÃES et al., 2013).

A utilização medidas restritivas na atuação assistencial do enfermeiro é frequente, por este motivo, o Conselho Federal de Enfermagem traz a resolução de N° 427/2012, que

normatiza os procedimentos de Enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes e afirma que esse instrumento tem sua execução permitida apenas com o intuito de prevenção de danos ao paciente ou aos demais, sendo de uso monitorado pelo enfermeiro, e proibido seu prolongamento mais do que o tempo necessário, bem como, é vetado o uso dessa ferramenta como medidas punitivas, de disciplina ou por conveniência da instituição (COFEN, 2012).

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN/GO) emitiu o Parecer técnico de N°. 039/CTAP/2015 a respeito da contenção mecânica, referindo a mesma como um procedimento necessário em situações de urgência ou emergência, com a necessidade de discricção do tipo de restrição e cuidados perante a mesma no prontuário do paciente, no intuito de respaldo à equipe de Enfermagem responsável por esta prática (COREN/GO, 2015).

#### **4.4 A contenção mecânica e a assistência de Enfermagem na terapia intensiva**

A situação do paciente hospitalizado na UTI é delicada e difícil, visto a gravidade e instabilidade do seu quadro clínico, às disfunções orgânicas, e por estarem sujeitos a diversos procedimentos, em um ambiente estranho e ausente de seu convívio social. Estes indivíduos apresentam uma vulnerabilidade maior à ansiedade e sofrimento, bem como a contaminações. Sendo assim, a prestação do cuidado na UTI deve ser de maneira direta e integral, em que profissional intensivista, em especial o enfermeiro, deve posicionar-se para ofertar uma assistência não somente tecnicista, mas a partir de um olhar humano, cuidando com respeito e dedicação, até mesmo com os pacientes sedados, em coma ou inconscientes (BACKES et al., 2012).

Diante disso, o cuidado para ser de qualidade e humano, deve ser seguro, sendo a contenção mecânica utilizada como medida de segurança e como um importante instrumento para melhoria da qualidade dos serviços. Apesar disso, existem opiniões divergentes a respeito do uso dessa técnica, formando um dilema, que é expresso por propiciar a autonomia do paciente, não utilizando esta ferramenta, ou proteger sua segurança evitando a ocorrência de acidentes que prejudiquem sua saúde, como quedas do leito ou a retirada de algum aparelho invasivo (GANDOLPHO; FERRARI, 2006).

Os dilemas éticos são vivenciados pelo enfermeiro da UTI, sendo importante o seu posicionamento frente a contenção, utilizando-a de maneira adequada, sensata e humanizada, nas situações necessárias e propiciando um cuidado contínuo aos mesmos, executado essencialmente através de ferramentas que permitam uma assistência sistematizada.



O enfermeiro, frente a sua prestação de cuidados, possui um instrumento que favorece uma assistência organizada e respaldada, o Processo de Enfermagem (PE) que, segundo Santos (2014), consiste em uma ferramenta metodológica e sistemática para ofertar um cuidado de qualidade ao paciente, utilizando os conhecimentos científicos do profissional enfermeiro e possibilitando que o PE sirva como um guia para as ações de Enfermagem.

O emprego da contenção mecânica nos pacientes, amparado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da realização de um PE com eficiência, favorece uma segurança e qualidade maior no uso desta ferramenta, pois é possível promover um cuidado mais atencioso, intensivo e específico ao paciente contido, por meio do planejamento e da execução de uma assistência de forma segura, avaliação das ações com maior eficácia, valorizando o paciente como ser integral e individual, além de propiciar uma interação entre o enfermeiro e o paciente (TAVARES, 2013).

Além da aplicação da SAE, outro instrumento auxilia na assistência prestada é o uso dos protocolos, que são ferramentas essenciais na padronização das técnicas e procedimentos com base nos achados científicos, favorecendo maior segurança e qualidade na assistência prestada. Em relação à contenção mecânica, estes protocolos são, na maioria das vezes, inexistentes, esse fato, favorece o uso indiscriminado deste método. Ademais, também é importante que haja capacitações com os profissionais de Enfermagem, bem como de toda a equipe de saúde, no intuito de favorecer uma postura adequada frente a este procedimento e propiciar a melhoria da qualidade do cuidado, enfatizando a segurança do paciente (FILIPPI et al., 2011).

Diante disso, é de suma importância que os profissionais sejam cientes frente aos incidentes adversos e a uma ampla necessidade de cuidados para o paciente contido, e que possuam um compromisso moral para a promoção do bem-estar a partir da execução de práticas que o conduzam a uma assistência humanizada, efetiva e de qualidade (PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo e documental, de caráter exploratório e descritivo e abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa de campo é executada posterior à um levantamento bibliográfico sobre a temática, permitindo um conhecimento abrangente a fim de definir aspectos importantes relacionados aos objetivos e hipóteses, sendo usado quando se busca compreender, através da coleta de dados, sobre fenômenos e suas relações (MARCONI & LAKATOS, 2010).

Na pesquisa documental são avaliadas fontes cientificamente autênticas de primeira ou segunda mão, neste tipo de pesquisa é necessário analisar documentos atuais ou passados a fim de descrição ou comparação dos dados encontrados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa exploratória propicia uma investigação mais abrangentes, favorecendo um delineamento adequado da temática a qual pretende pesquisar. Este tipo de abordagem metodológica objetiva principalmente a caracterização, classificação e definição inicial do problema, possui flexibilidade em seu planejamento e geralmente envolve pesquisas bibliográficas, estudos de casos, entrevistas e análise de exemplos que facilitem a compreensão do assunto (RODRIGUES, 2007; PRODANOV; FREITAS, 2013).

O método descritivo é uma ferramenta usada com o objetivo de compreender particularidades de determinada comunidade e descrevê-las. Esta espécie de pesquisa registra, organiza e analisa dados, fidedignamente, sem alterações. Além disso, é importante que o pesquisador agregue algo mais aos questionamentos propostos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa qualitativa possui o intuito de compreender os indivíduos frente ao seu comportamento, sua postura, opinião e sentimentos, sendo que neste estudo o pesquisador pode obter os resultados por meio de entrevistas, grupos de discussão, observação e análise direta (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

A pesquisa quantitativa objetiva analisar a frequência e ocorrência de um evento estudado. Este tipo de método utiliza de dados estatísticos e técnicas específicas para sua mensuração, como cálculos, proporções, índices e escalas, sendo assim é necessário formular hipóteses e relacionar variáveis a fim de uma maior confiabilidade nos resultados (FONSECA, 2012; PRODANOV; FREITAS, 2013).

## **5.2 Local de pesquisa**

O estudo foi realizado na UTI adulto de um hospital de médio porte, o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), localizado no município de Cajazeiras, no estado da Paraíba.

O município em tela está localizado no Sertão Paraibano, a 477 quilômetros de sua capital, João Pessoa e ocupa uma área de aproximadamente 586.275 km<sup>2</sup>. A população, no último censo de 2010, era de 58.446 habitantes e a densidade demográfica era de 103,28 hab/km<sup>2</sup>. Sendo estimada para o ano de 2017 uma população de 62.187 pessoas (IBGE, 2010).

O HRC possui duas Unidades de Terapia Intensiva, uma adulto e uma neonatal. A UTI onde foi conduzido o estudo possui sete leitos e recebe pacientes adultos e idosos, usuários do Sistema Único de Saúde, de especialidades diversas, clínicas e cirúrgicas.

## **5.3 População e amostra**

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) atuantes na UTI Adulto, correspondendo a 6 e 21 profissionais.

A amostra foi composta pelos profissionais acima descritos, que obedeceram aos critérios de seleção. O tamanho amostral foi composto por 27 profissionais.

Outra fonte de informações foram os prontuários dos pacientes, que se enquadraram nos critérios propostos.

## **5.4 Critérios de seleção**

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão, para os profissionais de Enfermagem: Atuarem de forma assistencial na UTI e concordarem em participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, atestado médico ou licença, no período da coleta de dados, bem como os que não aceitaram participar do estudo.

Para a seleção dos prontuários de pacientes, foram estabelecidos os seguintes critérios: Pacientes internados na UTI no período da coleta de dados, que foram contidos fisicamente ao leito no período descrito.

## **5.5 Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de março de 2018 a 23 de abril de 2018, com datas e horários previamente pactuados, sendo a abordagem aos profissionais executada após explicação dos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, sendo gravadas, com o consentimento dos sujeitos, tendo duração média de 8 minutos e sendo posteriormente transcritas e analisadas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados consistiram em uma entrevista semiestruturada, com questões subjetivas sobre o conhecimento dos profissionais acerca da restrição de pacientes (APÊNDICE A) e um formulário para checagem das informações provenientes dos prontuários dos pacientes (APÊNDICE B).

A entrevista semiestruturada é construída por meio de questionamentos abertos e/ou fechados previamente construídos pelo pesquisador. A aplicação das perguntas se faz de maneira semelhante a uma conversa informal, cabendo ao pesquisador direcionar a entrevista, a fim de elucidar o tema discutido com o alcance dos objetivos previamente propostos (BONI; QUARESMA, 2005). Vale ressaltar que neste tipo de entrevista, o pesquisador deve ser cuidadoso no direcionamento das questões, não possibilitando incentivar nenhuma resposta ao entrevistado.

Os formulários são questões elaboradas pelo entrevistador para a realização de uma coleta de dados diretamente com a pessoa ou registro pesquisado. O formulário pode ser considerado um questionário de domínio do pesquisador, pois este será o responsável pelas anotações pertinentes (PRODANOV; FREITAS, 2013).

## **5.6 Processamento e análise dos dados**

Para as variáveis qualitativas, a análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo temática, que consiste nas seguintes etapas, segundo Bardin (2011):

- a) pré-análise: incluindo a transcrição das entrevistas, leitura do material para uma primeira aproximação com a estrutura e descoberta das orientações gerais para análise;
- b) exploração do material: as entrevistas foram lidas várias vezes para apreensão dos elementos contidos nas falas. Foi realizada a codificação das entrevistas, de modo a apreender os elementos que integravam as representações, estabelecendo um conceito capaz de abranger os elementos e ideias agrupadas e elaborando as categorias que convergem para o tema central;

c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados foram discutidos e interpretados à luz do referencial teórico das representações sociais. Nessa etapa procurou-se captar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, num processo de apreensão do significado das falas dos sujeitos do estudo.

As informações quantitativas foram tabuladas no software SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 20.0), utilizando-se a estatística descritiva.

### **5.7 Aspectos éticos**

Todos os itens dispostos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, foram obedecidos, especialmente em relação à explicação quanto aos objetivos, finalidade e riscos do estudo, além da garantia do anonimato dos mesmos e do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso acarrete algum prejuízo.

Para a execução da pesquisa, foi solicitado previamente a anuência (ANEXO A) do hospital onde o estudo foi realizado. Após cadastro na Plataforma Brasil, o projeto foi submetido à análise e emissão de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, sendo aprovado com parecer nº 2.551.848 (ANEXO B).

É imperativo ressaltar que a coleta de dados só foi realizada mediante autorização formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que constou em duas vias: uma para o pesquisador e outra para os sujeitos do estudo (APÊNDICE C). Ademais, a identificação dos sujeitos da pesquisa foi preservada, sendo utilizados os códigos E (enfermeiro) e T (técnico de Enfermagem).

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão dispostos em quatro etapas. A primeira dispõe sobre o perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de Enfermagem da UTI; a segunda refere-se ao conhecimento dos mesmos sobre a contenção mecânica; a terceira aborda sobre a análise dos prontuários dos pacientes contidos, para observação dos registros de Enfermagem e por último, a quarta etapa corresponde a elaboração de um material educativo para os profissionais.

### **6.1 Dados sociodemográficos dos profissionais de Enfermagem da uti**

No presente estudo, participaram 27 profissionais da UTI, sendo 6 enfermeiros e 21 técnicos de Enfermagem. Os dados sociodemográficos são apresentados em 2 tabelas, caracterizando separadamente o perfil destes profissionais.

TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros da UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018.

VARIÁVEL	<i>f</i>	%	Média
<b>Sexo</b>			
Feminino	4	66,7	
Masculino	2	33,3	
<b>Idade</b>			
20 a 30 anos	1	16,7	Média= ±
31 a 40 anos	5	83,3	32 anos
<b>Renda Mensal*</b>			
Até 3 salários mínimos	3	50,0	
Entre 4 e 6 salários mínimos	3	50,0	
<b>Titulação Máxima</b>			
Bacharel	4	66,7	
Especialista	2	33,3	
<b>Tempo de formação</b>			
0 a 5 anos	2	33,3	Média= ± 7
6 a 10 anos	4	66,7	anos
<b>Tempo de atuação</b>			
0 a 5 anos	4	66,7	Média= ± 5
6 a 10 anos	2	33,3	anos
<b>Vínculos</b>			
01	2	33,3	
02	3	50,0	
03	1	16,7	
<b>Carga Horária Semanal</b>			
20 – 40 horas	3	50,0	Média= ±
41 – 60 horas	2	33,3	50,3 horas
61 – 80 horas	1	16,7	semanais

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

\*Salário Mínimo de base neste estudo: R\$ 954,00.

TABELA 2 - Caracterização sociodemográfica dos técnicos de Enfermagem da UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018 (n=21).

<b>VARIÁVEL</b>	<i>f</i>	%	Média
<b>Sexo</b>			
Feminino	17	80,5	
Masculino	4	19,5	
<b>Idade</b>			
20 a 30 anos	3	14,3	Média = ± 39 anos
31 a 40 anos	6	28,6	
41 a 50 anos	10	47,6	
51 a 60 anos	2	9,5	
<b>Renda Mensal*</b>			
Até 3 salários mínimos	19	90,5	
Entre 4 e 6 salários mínimos	2	9,5	
<b>Titulação Máxima</b>			
Curso Técnico	6	28,6	
Graduação (Enfermagem)	4	19,0	
Graduação (outros)	11	52,4	
<b>Tempo de formação</b>			
0 a 10 anos	6	28,6	Média = ± 16 anos
11 a 20 anos	8	38,1	
21 a 30 anos	7	33,3	
<b>Tempo de atuação</b>			
0 a 10 anos	10	47,6	Média = ± 12,4 anos
11 a 20 anos	11	52,4	
<b>Vínculos Empregatícios</b>			
01	9	42,9	
02	12	57,1	
<b>Carga Horária Semanal</b>			
20 – 30 horas	3	14,3	Média = ± 48 horas semanais
31 – 40 horas	4	19,0	
41 – 50 horas	6	28,6	
51 – 60 horas	7	33,3	
61 – 70 horas	1	4,8	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

\*Salário Mínimo de base neste estudo: R\$ 954,00.

Foi evidenciado a predominância do sexo feminino, tanto em relação aos enfermeiros com 66,7%, quanto aos técnicos de Enfermagem com 80,5%. Corroborando com este achado, o estudo de Silva e Batista (2017) apresenta 80,7% dos profissionais de Enfermagem vinculados



à UTI eram do sexo feminino. Ainda, de acordo com Machado et al. (2016), os profissionais de Enfermagem ainda são compostos em grande escala por indivíduos do sexo feminino (84,4%) no país, porém existe, comparado ao século anterior, um crescimento da classe masculina na Enfermagem.

Em relação à faixa etária, houve a predominância de enfermeiros com 30 a 40 anos (83,3%), enquanto os técnicos de Enfermagem, tiveram maior expressão entre 40 a 50 anos (47,62%). Corroborando o achado, o estudo de Lordanni et al. (2014) expõe que 60% dos enfermeiros atuantes na UTI possuem de 26 a 40 anos, já em relação aos técnicos de Enfermagem, os dados deste estudo encontram-se em discordância, visto que apenas 5% dos técnicos ocupam a faixa etária maior do que 40 anos.

No que diz respeito à titulação máxima, foi predominante enfermeiros que possuíam apenas a graduação, ocupando 66,7% da amostra, discordando com o estudo de Freitas e Pereira (2013), em que os enfermeiros da UTI possuíam em maior número curso de especialização, sendo 75%, principalmente em urgência e emergência.

Em relação aos técnicos de Enfermagem, a maior porcentagem foi relacionada à profissionais que possuíam cursos de graduação em outros campos distintos da saúde, como licenciatura em letras, pedagogia, geografia, filosofia e educação física, com 52,4%. Em discordância com o estudo de Llapa-Rodríguez et al. (2018), em que dos técnicos de Enfermagem graduados, apenas 7,7% eram da área de ciências humanas.

No que se refere a Carga Horária Semanal (CHS), os enfermeiros apresentaram predomínio entre 20 e 40 horas de trabalho, enquanto os técnicos, de 51 a 60 horas, com percentual de 50,0% e 33,3%, respectivamente.

O Parecer de nº 08/2017/CTLN/COFEN, reconhece a redução da carga horária mínima de trabalho de 30 horas semanais para no mínimo 20, indo em contrapartida com os achados do estudo em tela. Entretanto, é de importante observação a quantidade de vínculos empregatícios dos profissionais (COFEN, 2017).

No que diz respeito ao tempo de formação e de atuação dos profissionais de Enfermagem, 38,1% dos técnicos de Enfermagem eram formados há cerca de 11 a 20 anos, e 52,4% atuavam na UTI em torno de 10 a 20 anos, enquanto 66,7% dos enfermeiros entrevistados tinham de cinco a 10 anos de formados, atuando, com o mesmo percentual, de zero a cinco anos, com médias de 16 anos de formação e 12,4 anos de atuação e sete anos de formação e cinco anos de atuação, respectivamente. O estudo de Dantas et al. (2017) identificou uma média de cerca de 17 anos de formação profissional e 16 anos de atuação no setor.

No tocante a quantidade de vínculos empregatícios, tanto enfermeiros quanto técnicos apresentaram, em sua maioria, dois vínculos, respectivamente com 50,0% e 57,1%, corroborando com o estudo de Carvalho et al. (2017), que evidenciou atuação dos profissionais da UTI em dois ou mais vínculos com percentual de 50,8%. Já em relação à renda mensal, os enfermeiros não apresentaram diferenças significativas, sendo igualitário o percentual de 50% tanto com renda de até três salários mínimos, quanto acima de três. Enquanto 90,47% dos técnicos de Enfermagem apresentaram renda até três salários. De acordo com Versa e Matsuda (2014), 62,9% dos profissionais de Enfermagem apresentam renda entre três e 10 salários mínimos.

## **6.2 Conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca do uso da contenção mecânica**

De acordo com a questão norteadora da pesquisa: “Qual é o conhecimento dos profissionais de Enfermagem acerca da contenção mecânica de pacientes na UTI, e quais as circunstâncias em que esta técnica é realizada? ”, emergiram seis categorias de análise: **CATEGORIA 1** – “Amarra ou não amarra o paciente? ” - Definições e tipos de contenção; **CATEGORIA 2** – “O paciente precisa ficar quieto” – Quem necessita de contenção?; **CATEGORIA 3** - “Amarrar é o melhor para o paciente” – Benefícios e riscos da prática da contenção física; **CATEGORIA 4** – “Se não amarrar vai fazer o que? A gente amarra, mas quando está tudo calmo retira” – alternativas à contenção mecânica e avaliação para sua remoção”; **CATEGORIA 5** - “É só amarrar o paciente e pronto” – Regulamentação, prescrição e registro da contenção.

**CATEGORIA 1** - “Amarra ou não amarra o paciente?” - Definições e tipos de contenção.

Esta categoria evidencia o conhecimento dos profissionais de Enfermagem perante o conceito e os tipos de contenção, emergindo algumas definições, exemplificações e instruções de uso desta ferramenta.

Em relação ao entendimento dos profissionais acerca da definição de contenção mecânica, foi evidenciado, em alguns relatos, um conhecimento simples proveniente apenas do uso frequente em prática, como também, em uma pequena parcela, uma abordagem mais ampla e condizente com a literatura.

*“É... popularmente falando é como se fosse amarrar o paciente, conter com ataduras e gazes, pra que ele não retire nenhum dispositivo” (E01).*

*“É conter o paciente no leito pra diminuir tipo a mobilidade dele quando ele não tá cooperativo” (T19).*

Em relação à contenção mecânica, Souza (2014) define como uma ferramenta que garante a segurança do paciente em diversas situações, apresentando-se como medida restritiva ao leito. Diante dos cuidados intensivos, a contenção mecânica é realizada com a finalidade de evitar interferências que possam causar sérios danos à saúde do paciente durante o tratamento, relacionados principalmente à remoção de dispositivos invasivos (LUK et al., 2014).

De fato, pode ser observado que os profissionais de Enfermagem compreendem a ideia geral que envolve a prática da contenção mecânica, apesar da expressão de um conhecimento simplificado, resultante das técnicas cotidianas. Isso pode ser comprovado pela diminuta parcela que se expressou de maneira mais clara e concisa.

Em relação aos diferentes tipos de contenções, foi observado que a maioria dos profissionais não possuía conhecimentos abrangentes sobre esta temática, limitando-a em um único tipo, como também, foi possível identificar um conhecimento além do ambiente de trabalho.

*“Aqui? Só contenção mecânica mesmo, no caso atadura fixa” (T10)*

Os profissionais de Enfermagem devem assumir um compromisso no que diz respeito as técnicas e procedimentos executados em seu âmbito de trabalho. Desta forma, conhecer e categorizar a contenção é importante para o exercício de uma prática segura e baseada em conhecimentos científicos.

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2011) classifica a contenção em cinco tipos: Contenção Terapêutica; Contenção Ambiental; Contenção Química ou Farmacológica; Contenção Física e Contenção Mecânica.

A contenção terapêutica emerge um conceito geral e envolve todos os outros tipos de contenção, sendo definida como um método necessário para limitação da mobilidade física e comportamental do indivíduo, objetivando uma segurança efetiva para o mesmo e para a equipe prestadora de cuidados. Inerente a este termo, observamos a contenção ambiental, que está ligada à restrição do indivíduo em um espaço fechado ou limitado, como o isolamento. A contenção química que consiste no uso de medicamentos psicoativos. A contenção física, que é realizada a por meio de uma limitação onde os profissionais da equipe impedem os movimentos do enfermo segurando-o; e a contenção mecânica, em que já são usados instrumentos e equipamentos específicos que contenham o paciente ao leito.

As contenções física e mecânica podem ser observadas em um único termo, por possuírem semelhanças em sua forma de uso, envolvendo uma limitação através de mecanismos físicos, seja por ação humana ou material.

Ademais, Souza (2014) traz a verbalização como principal medida inicial de contenção, utilizando da comunicação como tentativa de minimizar a agitação e agressividade do paciente.

Diante da maioria dos discursos, pode-se observar que uma terminologia científica é desconhecida. Apesar de suas atribuições como profissionais de Enfermagem estarem ligadas, em essência, a todos os tipos, estes só reconhecem como medida de contenção aquela que demonstra uma restrição nítida ao leito, neste caso as contenções mecânicas, que são realizadas manualmente limitando a movimentação dos mesmos, ao serem presas nas grades do leito.

Por outro lado, alguns enfermeiros e técnicos, reconheceram o uso de medicamentos psicotrópicos como uma medida de contenção, esta parcela, que corresponde a 14,9% da amostra, demonstrou um conhecimento mais nítido sobre a temática.

*“É tentar manter os membros imobilizados com a finalidade de proteção para o paciente na UTI, ou a contenção química que é por sedação, ansiolíticos ou psicotrópicos ou a contenção mecânica com ataduras e gazes acolchoadas pra proteger, mãos e pés dependendo de cada necessidade...” (E09).*

*“Bom, existe a contenção física ou mecânica, tem a contenção química, o uso de medicamentos, tem outras também que não é tão abordada, como o isolamento, tem outra agora que eu não estou lembrado o nome... Pronto, isolamento como eu falei, física ou mecânica e química...” (T26).*

Diante do exposto, torna-se indispensável estabelecer o compromisso e a responsabilidade por parte dos profissionais, para que a prática da contenção não seja observada como violação dos direitos do paciente, e sim como um procedimento coerente e imprescindível, realizado com base nas necessidades do mesmo, de maneira individual e específica.

É de suma importância que os profissionais de Enfermagem detenham de um conhecimento completo e claro diante da definição de contenção mecânica, pois esta envolve questionamentos delicados que interferem no seu uso nas práticas diárias (RIBEIRO et al., 2015).

É relevante também, um posicionamento diante da classificação dos tipos de contenção, conhecendo e avaliando a ferramenta necessária, de acordo com as condições do paciente, devendo o profissional de Enfermagem, agir em seu âmbito de trabalho de modo sensato e coerente com achados científicos, resultando assim na promoção de um ambiente seguro e com riscos mínimos.

## CATEGORIA 2 - “O paciente precisa ficar quieto” – Quem necessita de contenção?

Esta categoria envolve informações importantes para realização da técnica de contenção mecânica, abrangendo as circunstâncias e necessidades, expressas pelo paciente diante da sua situação clínica, que permite o uso desta ferramenta, com a primordial e única finalidade de segurança terapêutica.

Analisar e conhecer as situações que necessitam de contenção, possibilita ao profissional a prestação de uma assistência baseada em evidências, que busque assegurar a continuidade do tratamento do paciente e a integridade física da própria equipe.

Os profissionais de Enfermagem demonstraram ter um contato frequente com a prática de contenção mecânica, sendo assim, expressaram conhecimentos abrangentes acerca das circunstâncias em que esta técnica é utilizada no seu âmbito de trabalho, sempre com ênfase na segurança.

*“Geralmente esse paciente que precisa de contenção, ele está agitado, inquieto, desorientado, muitas vezes, pulando no leito, às vezes agressivo, dependendo qual a patologia do paciente, geralmente chegam pacientes agressivos, então a gente precisa conter ao leito pra ele não arrancar acesso, monitor, os eletrodos às vezes até chega a dar chutes na gente, então é pra isso que a gente faz essa contenção, pra proteger o paciente e a gente...” (T08).*

*“Desorientação com risco de remover dispositivos e agressividade com risco de quedas” (E09).*

*“Agitado... paciente desorientado, paciente com problemas psiquiátricos e só!” (T10).*

*“Agitação psicomotora, geralmente é a principal, pacientes em torno de desorientação, onde ele tem um certo grau de risco pra ele mesmo, onde há movimentação brusca ou risco dele cair da cama, pacientes que estão saindo de sedação, pacientes desorientados e pacientes com agitação psicomotora geralmente são indicações que a gente usa pra fazer as contenções” (E24).*

É comumente observado o uso da contenção como medida preventiva de acidentes, atrelados principalmente a remoção de dispositivos invasivos e acidentes por quedas do leito, sendo resultantes de situações que comprometem o nível de consciência do paciente, provocando confusão, agitação, delirium e agressividade (MARTINS, 2017). Tais situações podem vir a prejudicar o quadro clínico do mesmo, através da não cooperação, remoção de dispositivos terapêuticos e riscos de quedas. Estas circunstâncias devem ser analisadas, a fim de buscar intervenções efetivas, levando em consideração as necessidades do paciente e a realidade do serviço.

Ademais, é importante que haja uma preocupação com a segurança da equipe, visto que, durante o manejo de um paciente agitado e agressivo, está sujeita a riscos de lesões físicas, dessa forma, a contenção também representa um meio de proteção para os profissionais.

Diante dos discursos, a agitação e a desorientação foram apresentadas pela maioria dos profissionais como principais situações que resultam em contenção. Mantovani (2010) define agitação como atividade psicomotora excessiva decorrente de uma situação subjetiva de tensão, apresentando-se como circunstância que pode trazer danos ao paciente e à equipe prestadora de cuidados, visto que, dependendo do grau de agitação, o paciente pode demonstrar uma capacidade de compreensão diminuída, o que dificulta o seu entendimento em relação à necessidade dos procedimentos executados.

Vale ressaltar que esta condição pode estar relacionada ao delírio e a confusão mental, ou ainda, de forma extrema, envolver-se com o descontentamento e insatisfação do paciente em determinadas situações. A resolubilidade destes casos depende de estratégias únicas e/ou associadas, envolvendo os tipos contencões, que são determinadas por meio de uma avaliação individual do paciente. Sendo assim, os profissionais necessitam de um conhecimento técnico-científico, responsabilidade, ética e bom senso, a fim de compreender o estado clínico do paciente, prestando assim, os cuidados necessários (CASTRO, 2013).

A desorientação se apresenta como principal característica associada ao delirium, síndrome neuropsiquiátrica transitória que ocorre frequentemente na UTI. Diante destas situações, o paciente se encontra sujeito à ampliação da morbimortalidade, do tempo de internação, além de prejuízos ao tratamento. Portanto, faz-se necessária a educação permanente dos profissionais, no intuito de ampliar o conhecimento dos mesmos diante da prevenção e tratamento destes casos (PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

A estadia no ambiente hospitalar também predispõe o paciente à um quadro de desorientação, pelo fato de ser fechado, devido as inúmeras restrições, as medicações em uso, em especial os sedativos, e ao uso de diversos dispositivos, limitando a autonomia e independência do paciente.

Destarte, a desorientação e o delirium apresentam-se como circunstâncias necessárias para o uso da contenção mecânica, visto que estas condições minimizam o nível de consciência e entendimento do paciente, podendo resultar em agitação e agressividade.

O risco de quedas também foi uma das situações descritas nos discursos, de necessária avaliação e intervenção, principalmente por tratar-se de pacientes graves em tratamento intensivo, e que, conseqüentemente, encontram-se restritos ao leito. Nestes casos, as quedas

podem atuar como intensificadores de gravidade, diante do quadro clínico de um paciente na UTI, ampliando o tempo de permanência hospitalar (ABREU, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as quedas como incidentes que acarretam inúmeras consequências ao indivíduo, sendo a sua prevenção inclusa dentre as seis metas internacionais de segurança do paciente (WHO, 2008). Ademais, o Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP), instituído através da Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013, traz em seu artigo 6° a preocupação com a promoção de ações direcionadas à melhoria da segurança do paciente, através da implementação e validação de protocolos e guias voltados a este tema, incluindo a prevenção de quedas como ponto relevante (BRASIL, 2013).

Neste contexto, é necessária a disseminação desta preocupação para os profissionais da área da saúde, principalmente entre a equipe de Enfermagem, que está em contato direto e contínuo com o paciente, objetivando a busca por alternativas que visem à prevenção dos acidentes por quedas, ofertando uma assistência segura, de qualidade e livre de danos (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

A contenção mecânica foi expressa nos discursos como medida efetiva na prevenção de quedas, visto que estes acidentes podem ser resultados de uma intensa agitação, agressividade ou até mesmo desorientação, condições que necessitam de mecanismos que auxiliem na promoção da tranquilidade e retração da agitação do paciente.

O uso da contenção mecânica foi apresentada como justificativa para prevenção de quedas em um estudo longitudinal realizado através do Banco de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem (NDNQI) dos EUA, em 51% dos casos (HE et al., 2016).

Além destas circunstâncias descritas, outras condições demonstram uma necessidade de análise para o uso da contenção, como pacientes psiquiátricos e dependentes químicos, apesar de na UTI apresentarem uma demanda diminuída, os profissionais devem identificar e avaliar estes indivíduos, visto que, podem apresentar características de desorientação, agitação e agressividade com mais facilidade

*“Paciente agitado, muitas vezes é preciso conter pra evitar que ele se machuque ou até mesmo caia do leito. Abstinência. Chega muito paciente com abstinência alcoólica, é... drogas, que as vezes é necessário fazer a contenção, e até mesmo aqueles pacientes psiquiátricos, a gente usa muito a contenção. Idosos que desorientam após a internação na UTI, por ser um setor fechado, acontece muita desorientação em idoso...” (T27).*

Diante do exposto, vale ressaltar que a contenção mecânica, apresentada como medida de segurança diante destas circunstâncias, deve ser realizada somente quando realmente necessária, e após abordagens anteriores, sempre mantendo uma comunicação verbal com o

paciente, para que esta ferramenta restritiva não acarrete ainda mais malefícios ao seu quadro clínico.

Em relação aos profissionais, podemos observar que os mesmos possuíam um conhecimento satisfatório, perante as ocasiões que acarretam no uso contenção mecânica, abrangendo uma diversidade de características decorrentes da experiência em práticas intensivas. Isso possibilita uma atuação voltada para a real necessidade do paciente, de acordo com uma avaliação individual.

### **CATEGORIA 3 - “Amarrar é o melhor para o paciente” – Benefícios e riscos da prática da contenção física.**

Esta categoria aborda os benefícios e riscos decorrentes do uso da contenção mecânica, expressando o conhecimento dos profissionais, por meio do relato de pontos positivos e de medidas para minimização dos riscos.

No que diz respeito aos benefícios, foram mencionadas justificativas plausíveis desta técnica, fundamentadas no princípio de segurança para o paciente.

*“Evitar agravos à saúde no que diz respeito a: paciente que sofre uma extubação acidental, se ele pegar o tubo desorientado e remover, então vai aumentar a morbimortalidade dele, cada extubação não programada, tem o risco da reintubação, de uma broncoaspiração, cada dispositivo que ele remove, ele tá aumentando o risco de aumentar o tempo de internamento dele e a morbimortalidade em UTI... Evitar quedas, prevenir quedas, que pode causar lesões secundárias como TCE...” (E09).*

*“O não malefício pro próprio paciente, assim é uma questão de ele agredir a própria integridade. A principal função aqui nesse setor é essa, é evitar que o paciente prejudique a si mesmo, então a contenção é pra evitar que ele se agrida, ou agrida algum funcionário, ou então questão de desorientação que ele se machuque na grade, que ele tente descer da cama, então que ele arranque dispositivos, acesso central, tubos, sonda, que já aconteceu isso aqui muitas vezes” (E24).*

*“Bom, geralmente prevenir infecções, como o paciente ele tá... após a abordagem verbal, foi necessário o uso da contenção, os benefícios são esses prevenir que ele venha a tocar em áreas que possa causar infecção, no caso ele possa... como eu falei, extubar acidentalmente, arrancar um dispositivo, que possa ali comprometer o seu caso” (T 26).*

*“Os benefícios são a prevenção da exposição a situação que ponha o paciente a risco de vida, tipo extubação que o paciente pode até romper corda vocal, por conta do tubo orotraqueal, pode arrancar traqueostomia, colostomia, enfim, qualquer dispositivo o paciente desorientado ele pode ir lá em cima, deiscência de F.O.” (T17).*

Os benefícios trazidos pela contenção mecânica remetem às indicações para seu uso, pois dependendo da condição clínica do paciente, podem ser expressos alguns comportamentos que os coloquem em situações de risco. Dessa forma, os profissionais de Enfermagem identificaram a garantia da segurança como principal ponto positivo para o paciente, incluindo



a não remoção de dispositivos terapêuticos, prevenção de quedas e minimização do risco de infecção.

A UTI geralmente possui pacientes em estado crítico que necessitam de cuidados intensivos, realizados por meio de equipamentos tecnológicos através de instrumentos de monitorização e dispositivos invasivos como tubo orotraqueal (TOT), cânula de traqueostomia (TQT), cateter venoso central e periférico, sondagens nasoentérica (SNE) e nasogástrica (SNG), cateterismo vesical de demora (SVD) e drenos (PEREIRA et al., 2018). Estes dispositivos são imprescindíveis para garantia de estabilidade e melhora do quadro clínico do paciente, então, uma remoção não programada pode acarretar consequências graves para o mesmo.

Ademais, a prevenção da remoção do TOT foi o benefício mais citado, de forma explícita, por 62,9% dos profissionais, que, por sua vez, reconhecem que alterações comportamentais podem propiciar estes incidentes, que se apresentam com ampla gravidade e necessidade de intervenções preventivas.

No tocante à esta temática, um estudo realizado em uma UTI, identificou uma taxa de incidência de extubação não programada (ENP) de 1,55 para cada 100 pacientes entubados por dia, sendo este caracterizado como terceiro evento adverso (EA) mais prevalente, tendo como principais causas a desorientação e a agitação e ressaltando a contenção mecânica como medida de segurança (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018).

A ENP apresenta-se como situação crítica para um paciente na UTI. Diante deste fato, se faz necessário um conhecimento abrangente sobre os possíveis fatores causadores destes incidentes, visto que um longo período de extubação, em um paciente que necessita de suporte ventilatório de maneira indispensável, ocasiona um déficit respiratório intenso, até uma reintubação, além de outras inúmeras complicações, incluindo o óbito. Portanto, é de suma importância direcionar condutas preventivas a esses pacientes (CORDOBA, 2010).

Relacionado à SNE e SNG, seus usos são frequentemente observados na UTI como garantia de nutrição. Dependendo do quadro clínico e do manejo realizado, estes dispositivos estão sujeitos às retiradas não programadas, que são ocasionadas principalmente por obstrução e condições atreladas ao paciente, incluindo o delirium e a agitação psicomotora. É essencial a adoção de medidas de intervenção voltadas para a detecção precoce das alterações comportamentais, envolvimento dos familiares na terapêutica e utilização da ferramenta de contenção mecânica (PEREIRA et al., 2013).

Além destes, analisar o risco de remoção de outros dispositivos invasivos também são importantes do ponto de vista terapêutico, como a exemplo da sondagem vesical, cateteres e

drenos, principalmente em relação a ampliação do risco de infecção, bem como dos equipamentos de monitorização hemodinâmica, visto que são importantes para o acompanhamento da situação clínica do paciente, e a retirada acidental dos mesmos impede a supervisão em um determinado período de tempo.

A prevenção de quedas também é apresentada como importante benefício, uma vez que estes incidentes são uma problemática que acarreta inúmeras consequências, que tendem a agravar o quadro clínico do paciente, sendo de necessária avaliação para o planejamento de um cuidado específico e direcionado, a fim de evitar estes agravos.

De acordo com o estudo de Marinho et al. (2017), a UTI se apresentou como um setor onde a ocorrência dos incidentes por quedas seria provavelmente reduzida, sendo justificado principalmente pela diminuta demanda de pacientes, maior vigilância dos profissionais e restrição ao leito. O estudo de Serafim et. al. (2017) corrobora com esse achado, apresentando as quedas com menor porcentagem dentro dos eventos adversos analisados.

Qualquer evento adverso adicional prejudica o quadro clínico de pacientes, já gravemente enfermos, sendo as quedas, incidentes que ocasionam consequências desde leves, moderadas, graves, até o óbito, ampliando o período de internação e de recuperação do paciente (ABREU et al., 2016).

Em relação aos riscos, os profissionais de Enfermagem, em sua maioria, reconheceram que o uso desta ferramenta pode ocasionar prejuízos ao paciente, expressando situações observadas em sua prática clínica.

*“Sim, é.. uma má contenção pode trazer ferimentos, um trauma até psicológico pro paciente, principalmente aquele paciente que tá consciente e pode ser contido” (E12).*

*“Se for uma contenção muito apertada, não for regulada conforme o paciente, às vezes o paciente “tá” com uma anasarca, tá cheio de edema, então a gente tem que avaliar, não pode apertar e o próprio fato dele estar agitado, essa contenção pode apertar mais ainda e pode causar às vezes até uma necrose do membro, não pode? Rompe a pele... causa uma lesão de pele” (E06).*

*“[...] Então a gente fica atenta, quando faz a contenção, pra ver se não tá causando, se tá ferindo alguma coisa, tem essa questão e a questão psicológica, que as vezes o paciente fica inquieto e agitado[...] Às vezes pode machucar a mão, de tanto ele puxar, ele se bater no leito, porque tem pacientes que pulam mesmo, ele fica puxando até torar a contenção, então nesse torar da contenção muitas vezes machuca na cama, nas grades da cama ele se machuca, pode ferir, arrancar um pouco a pele, é isso aí” (T08).*

*“[...] Acho que se você apertar demais, a questão até de ocasionar problemas na circulação do paciente, preso muito tempo, porque vai ficar imóvel o membro, pode ocasionar algum tipo de lesão” (T18).*

*“Sim, se a contenção... você amarrar com bastante força, ou então se não botar protetores, geralmente como a gente faz contenção, a gente sempre bota um acolchoado, uma compressa, uma gaze porque quando ele puxa muito pode ficar hematoma nos braços, e se ele tiver muita força pode acontecer até fratura no paciente, depende da situação da*

*contenção, por isso que tem que ter muito cuidado na contenção, porque você pode causar outros danos ao paciente. Danos físicos e traumáticos também” (T27).*

A contenção mecânica é apresentada como ferramenta que sujeita o paciente a diversos riscos, categorizados em físicos e psicológicos. Em relação aos riscos físicos, as lesões na pele e o edema foram os principais citados. Além destes, problemas circulatórios, hematomas, hiperemia, fraturas e necrose também foram expostos pelos profissionais. Já no que diz respeito aos riscos psicológicos, apesar de serem descritos por uma parcela diminuta, envolvem a ampliação da agitação psicomotora, principalmente em pacientes conscientes.

Em concordância com estes resultados, um estudo realizado na cidade de El-Mansoura, no Egito, refere principalmente a hiperemia, hematomas e edemas como manifestações físicas ao uso de contenção, sendo observadas também, contusões, úlceras e necrose, além de alterações comportamentais envolvendo aumento da agitação e choro (KANDEEL; ATTIA, 2013).

Vale ressaltar que a hiperemia foi reconhecida como risco apenas por um único profissional entrevistado (3,7%), sendo um importante ponto para discussão, pois muitas vezes a vermelhidão local pode não ser caracterizada como risco significativo para o profissional atuante. Vale ressaltar que esta manifestação se apresenta como um indicativo inicial de uma lesão de pele, sendo de necessária intervenção.

Em relação aos resultados negativos, que correspondem aos profissionais cujas respostas não condizem com a literatura, somente uma pequena parcela negou a existência de riscos relacionados ao uso da contenção mecânica.

*“Não. Eu acho que não, o risco eu acho que é ele não estar contido, dele fazer alguma coisa com ele mesmo, querer ir embora, arrancar algum procedimento invasivo que ele esteja, acesso essas coisas, que é o que muitos fazem” (T10).*

A contenção, mesmo sendo uma ferramenta de segurança, deve ser levada em consideração como medida que pode ocasionar riscos potenciais para o paciente, sendo de extrema relevância a compreensão dos mesmos, no intuito de prevenção e tratamento precoce. Dessa forma, os profissionais de Enfermagem devem assumir um posicionamento sobre este assunto, objetivando a melhoria da qualidade da assistência, um olhar assíduo sobre uma técnica que por sua vez pode parecer simples e inofensiva e a não negligência dos riscos.

Apesar de esta ferramenta ter a possibilidade de acarretar consequências nocivas ao paciente, é fundamental avaliar o risco-benefício, a fim de evitar o uso indiscriminado, e programar cuidados direcionados e específicos, objetivando a prevenção dos riscos físicos e psicológicos e promovendo uma ampliação do conforto para o paciente.

*“[...] É uma tentativa até mesmo empírica da equipe de Enfermagem de proteger o paciente que ele se expõe a riscos maiores, então ele acaba ficando exposto a um risco menor que é um ferimento do que a exposição do risco de vida” (T17).*

Os profissionais, em sua maioria, reconheceram que a contenção física se apresenta como medida extrema, que vulnerabiliza o sujeito a situações de risco, porém em análise com possíveis ocasiões provocadas, caso esta ferramenta não seja empregada, os riscos da contenção mecânica são diminuídos, sendo assim, é incluída como medida de segurança.

O risco-benefício deve ser avaliado de acordo com a categorização dos tipos de contenção, visto que é essencial uma abordagem verbal anterior, a fim de reconhecer a real condição do paciente e sua necessidade frente ao uso desta ferramenta. Sendo assim, em análise dos riscos de um paciente grave, opta-se pelo seu uso, em virtude dos possíveis danos causados pela contenção serem inferiores e de menor gravidade àqueles acarretados perante a não utilização desta ferramenta, os quais se apresentam como riscos mais graves e que comprometem em grande escala o seu quadro clínico.

Destarte, diante de um paciente em uso da contenção mecânica, é imperativo um manejo direcionado e específico, a fim de evitar consequências ocasionadas por esta ferramenta. Os profissionais de Enfermagem devem posicionar-se perante os riscos, a fim de preveni-los, minimizando assim os danos.

Os profissionais que reconheceram a contenção como um instrumento causador de possíveis riscos, expressaram medidas para a prevenção dos mesmos, as quais afirmaram ocorrer na rotina do serviço.

*“Manter o membro contido, mas de uma forma que ele tenha alguma mobilidade, que ofereça segurança nessa mobilização de não garrotear, manter sempre acolchoada essa contenção e assim que possível retirar, testar a cooperatividade do paciente, tentar orientá-lo, esclarecer de que ele está na UTI e de que não pode remover os dispositivos e na medida do possível ir tentando reduzir ou retirar essa contenção. A gente tem uma gaze que é mais acolchoada envolvida com algodão, a gente envolve o membro com essa gaze, depois com a atadura, se possível dar uma hidratadazinha na pele antes, que ajuda a manter mais firme e não ter nenhuma lesão por cisalhamento e o que a gente costuma fazer é isso, trocar diariamente porque fica mais úmida, as vezes o paciente tá drenando um exudatozinho então umedece também, pode infeccionar, mais em relação a isso” (E09).*

*“Bem, é como eu falei, geralmente a gente avalia, fica sempre olhando vê como tá, conversa com o paciente, muitas vezes a gente chama o serviço da psicologia, pra vir até o leito, conversar com o paciente, então a gente previne dessa forma, conversando, orientando, dizendo a ele que se ele colaborar a gente vai tirar aquela contenção, que ele fique quieto e pronto é assim que funciona [...]” (T08).*

As medidas para prevenção de riscos visam principalmente, a minimização dos efeitos nocivos locais, sendo expressas condutas direcionadas à diminuição dos riscos físicos e psicológicos, com ênfase na proteção do membro e no diálogo com o paciente.

A proteção local do membro contido foi um cuidado de Enfermagem citado pela maioria dos profissionais, tendo como justificativa evitar lesões locais por pressão ou fricção. De acordo com Potter (2009) a ferramenta de contenção mecânica, uma vez implantada, provoca no paciente uma tendência natural para remoção, dessa forma, existe uma facilidade para ocorrência de lesões.

De acordo com Souza (2014), faz-se necessária a adoção de medidas que minimizem o atrito causado na tentativa de remoção pelo próprio paciente. A proteção local de membros é garantida pela utilização de gazes acolchoadas, permitindo um conforto maior ao paciente e uma menor probabilidade de lesão de pele, bem como o uso do lençol na contenção mecânica na região torácica. Apesar de o acolchoado apresentar-se como principal resolubilidade à problemática da proteção, é utilizado por ser um único recurso dispensado pelo hospital. Então, os profissionais se adaptam à realidade do serviço para proporcionar ao paciente uma segurança maior.

As faixas de contenção também podem ser confeccionadas com outros materiais, como apresentado por Guimarães, Santos e Monteiro (2017), através de um relato de experiência em um hospital universitário, em que após detecção da ausência de um padrão no uso de materiais para contenção mecânica, foi realizada a confecção de faixas utilizando algodão cru, com duas fitas interpostas por uma camada de espuma centralizada e cadarços para a fixação no leito.

Apesar da preocupação com a proteção local ser explícita nas contenções, independentemente do tipo do material, é importante a monitorização constante do paciente, devido às inúmeras consequências trazidas por esta ferramenta. Observar as características físicas e psicológicas é fundamental para direcionar as condutas pertinentes.

Destarte, é importante identificar se a contenção está comprimindo os membros em excesso, visto que uma monitorização frequente permite a prevenção de garroteamento, lesões de pele e comprometimento na circulação. Além disso, é importante investigar se os dispositivos terapêuticos estão localizados corretamente, garantir que o paciente permaneça com sua mobilidade, mesmo que diminuída, possibilitar apoio psicológico com inclusão da família, e sempre dialogar com o paciente, orientando-o sobre sua condição de saúde e a necessidade de cooperatividade (POTTER, 2009).

Os profissionais, em sua maioria, demonstraram um conhecimento satisfatório condizente com a literatura, expressando diversos benefícios, riscos e suas medidas de prevenção diante do uso da contenção mecânica, referindo execução destas condutas no âmbito de trabalho.

**CATEGORIA 4** - “Se não amarrar vai fazer o quê? A gente amarra, mas quando está tudo calmo, retira” – Alternativas à contenção mecânica e avaliação para sua remoção.

Esta categoria evidencia o conhecimento dos profissionais em torno de outras condutas realizadas na UTI, além da contenção mecânica, e os critérios e cuidados de Enfermagem diante da remoção dessa ferramenta.

Alguns profissionais de Enfermagem expressaram conhecimentos positivos para com a temática, enquanto outros negaram compreender sobre a existência de outras alternativas.

*“Sim, assim agora vai depender do nível de consciência e do grau de entendimento do paciente, a gente faz essa avaliação. Quando é um paciente que está acordado, mesmo ele seja um pouco agitado, mas aquele paciente cooperativo, que entende a situação que ele está e o risco que ele está correndo, se ele fizer determinada coisa, a gente não contém, é um dos critérios. Se você avaliar o paciente e ele não for colaborativo e você vê que ele tem risco pra si próprio, aí é contenção. Ou a contenção, ou a sedação, quando a sedação não é uma via, aí a contenção” (E24).*

*“Uma contenção química bem realizada, um protocolo bem instituído de medicações priorizadas que não rebaixem o sensório do paciente e que mantenha ele com algum grau de tranquilidade e cooperação, fora isso a conversa, tentar manter o paciente tranquilo, manter um ambiente seguro e favorável ao nível de orientação” (E09).*

*“Não conheço não... tem medicação mas não...” (T10).*

*“Sim, o ideal é que seja feita uma abordagem inicial a esse paciente, principalmente verbal né, você conversar com esse paciente, tentar fazer com que ele venha a cooperar, porque sempre o beneficiado vai ser ele, então o necessário é ter essa abordagem pela equipe de Enfermagem, uma abordagem inicial com essa finalidade...” (T26).*

*“Não sei... Não sei se tem. A que eu conheço é essa física, se tivesse uma maneira mais eficaz, era melhor né?” (T18).*

Foi relatado o uso da contenção química e verbal como alternativas à utilização da restrição física, envolvendo informações sobre as indicações de uso e a eficácia destas medidas.

A contenção verbal, expressa através do diálogo entre profissionais e paciente, foi apresentada por uma pequena parcela dos entrevistados como medida de contenção inicial, consistindo em uma abordagem verbal que objetiva a minimização da agitação do paciente.

De acordo com Silva, Leite e Ribeiro (2013), a comunicação com o paciente crítico é imprescindível de forma anterior ao uso da restrição, por meio de um diálogo claro, objetivo, de fácil entendimento, que transmita segurança e calma ao mesmo.

Dessa forma, comunicação terapêutica se apresenta como importante estratégia de promoção de um relacionamento interpessoal, que permite uma melhor visão frente aos cuidados à saúde, bem como maior adesão a terapêutica ofertada. Os profissionais de Enfermagem devem se posicionar perante a execução desta conduta, visto que o não reconhecimento dos mesmos, diante da eficácia desta ferramenta, dificulta o relacionamento terapêutico e minimiza a qualidade da assistência prestada (TORRES et al., 2017).

Somente 11,1% dos profissionais identificaram o diálogo como medida primordial de contenção, sendo este um ponto de importante ressalva, visto que a contenção mecânica, muitas vezes, passa a ser utilizada como medida de primeira escolha. Porém, é importante destacar que esta medida, apesar de promover a segurança do paciente de forma rápida e eficaz, possui riscos potenciais e devem ser instituídas através do insucesso de tentativas anteriores de controle.

Na UTI, uso da sedação, bem como da analgesia, permitem a minimização do estresse e ampliação do conforto para o paciente, sendo necessário manter esta terapêutica em níveis que proporcionem uma monitorização segura e adequada frente à tranquilização e ao controle da dor, sem suprimir o nível de consciência do paciente em excesso. Além disso, os fármacos sedativos são associados com o tempo de internação e a mortalidade, visto que pacientes em sedação moderada ou profunda apresentam maior tempo de internação e maiores índices de óbito, enquanto aqueles em sedação leve ou ausente, possuem menor permanência no setor e maior taxa de alta (SILVA et al., 2017).

A sedação é indicada principalmente em casos de ansiedade e agitação psicomotora, em que o paciente pode ou não estar em uso de contenção mecânica. É relevante que sejam tomadas condutas corretas e precoces com a terapia medicamentosa, a fim de evitar o emprego da restrição física. A utilização de fármacos no manejo do paciente agitado e agressivo deve ser baseada nas características dos sedativos, sendo recomendados os de início de ação rápida e eficácia, independente da via de administração. Nestes casos, as classes de fármacos mais utilizados são os benzodiazepínicos como o midazolam e os anti-psicóticos como lorazepam e haloperidol (SILVA; LEITE; RIBEIRO, 2013).

Foi evidenciado neste estudo que mesmo os sedativos sendo administrados com o propósito de tranquilização do paciente, a restrição do mesmo ao leito era realizada concomitantemente. Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)

(2014) existe a possibilidade de associação entre a contenção mecânica e a sedação, sendo necessária uma avaliação específica do paciente. De acordo com a maioria dos discursos dos profissionais, essa associação é realizada justificando o insucesso da terapia medicamentosa, principalmente em relação às condições do paciente ao despertar da sedação.

Foi perceptível que somente uma minoria dos profissionais reconheciam medidas condizentes com a literatura, apesar de a sedação ter sido referida por uma parcela, estes relataram a associação com a contenção mecânica sem distinguir a ordem das condutas, sendo frequente o uso da restrição como escolha inicial independente de outras alternativas.

Em concordância, Donato et al.(2017) afirma que o gerenciamento da segurança do paciente é direcionado para a equipe de Enfermagem, visto que são os profissionais que permanecem durante maior tempo em contato com os indivíduos, assumindo maior responsabilidade pelos danos ocorridos durante o tempo de internação. Portanto, os mesmos optam por medidas de resolubilidade maior, fazendo com que o uso da contenção mecânica seja amplo.

Diante do exposto, vale ressaltar ainda que 33,3% dos profissionais relataram desconhecer alternativas à contenção mecânica, sendo notória a necessidade de disseminação de medidas iniciais, menos impactantes e que garantam a segurança com minimização dos riscos.

Em relação às condutas para a remoção da contenção mecânica, os sujeitos da pesquisa relataram as ações executadas durante sua rotina de trabalho, expressando características manifestadas pelo paciente, retirando-os de uma posição propensa ao uso desta ferramenta.

*“Diariamente, eu acredito que a cada plantão, assim, uma avaliação realmente dinâmica, ele pode tá desorientado de manhã, mas a tarde ele já tá num nível que já dá, pelo menos assim.. Enquanto tá a visita do lado, então solta a contenção pra avaliar se ele fica melhor, ou então enquanto a gente tá realizando um procedimento deixar ele soltinho, “confiar” entre aspas, começar a deixar ele mais à vontade. É.. Testando o nível de consciência, grau de orientação no tempo e no espaço, através comandos simples, conversando, explicando a necessidade e observando, então explicar, soltar e observando por algum tempo estando próximo do leito” (E09).*

*“Com certeza, inclusive eu sempre, como dizem, dou um voto de confiança entre aspas, porque aí você começa a conversar, você percebe que o paciente está interagindo, está entendendo tudo que você diz, você diz “Vou deixar solto e você vai me ajudar” e ele faz isso, eu acho que sim, tem que ser avaliado constantemente essa questão [...]” (T19).*

A avaliação contínua do estado neurológico do paciente foi referida como a principal conduta para identificação do término do uso da contenção mecânica, visto que, diante da melhora clínica e comportamental do paciente, ocorre a minimização dos riscos de remoção de



dispositivos terapêuticos, lesões e traumas, sendo influenciada principalmente pela confiança construída entre profissional e paciente.

A contenção mecânica deve ser removida em um menor período de tempo, posterior a uma avaliação cautelosa e contínua, preferencialmente multiprofissional, seguida do registro de prescrição da cessação desta ferramenta, pelo profissional responsável (SOUZA, 2016). Vale ressaltar que, no momento da remoção, é necessário um reforço das orientações para o paciente, e se possível, a presença de vários membros da equipe (SILVA; LEITE; RIBEIRO, 2013).

O uso desta ferramenta não deve ser a primeira escolha para tranquilização do paciente. É resultado de um processo composto por alternativas anteriores. Então, para sua remoção, é necessária a reversão do quadro de agitação e/ou agressividade e garantia de segurança ao paciente, permitindo ampliação da comunicação e confiança.

Os profissionais relataram características coerentes, em relação a identificação de fatores que permitam a retirada desta ferramenta, envolvendo avaliação e comunicação com o paciente. Entretanto, é imperativa uma análise mais detalhada, de maneira observacional, para a percepção do período de remoção, condições do paciente e abordagem dos profissionais.

**CATEGORIA 5** - “É só amarrar o paciente e pronto” – Regulamentação, prescrição e registro da contenção mecânica.

Esta categoria evidencia os saberes dos profissionais, frente à regulamentação e às características dos registros de Enfermagem sobre a contenção mecânica. Os profissionais, em sua maioria, expressaram conhecimentos deficientes sobre a existência de protocolos e legislações direcionadas à temática, bem como aspectos relacionados à prescrição desta conduta e o responsável pela mesma.

No que diz respeito ao protocolo, ao serem questionados sobre a existência de um documento que guie a assistência de Enfermagem durante a utilização desta ferramenta, referiram não possuir conhecimentos sobre a mesma no setor ou no hospital em que trabalhavam.

*“Não, não tem protocolo de contenção, a contenção é feita... é como se já fosse uma rotina, o paciente quando ele é entubado, sondado, a gente já faz a contenção pra não correr o risco dele acordar e retirar, é.. então é como se já fosse uma rotina, mas não existe nenhum protocolo definido quanto a isso não” (E01).*

*“Não, um protocolo bem delimitado não, é feita a avaliação do grau de risco que o paciente oferece, ai dependendo disso, a gente faz a contenção, mas que tá protocolado, um protocolo interno não tem” (E24).*

*“Não que eu conheça, desconheço. A gente realiza essa imobilização dos pacientes pra eles não se machucarem, evitarem dele rolar do leito e arrancar os acessos que ele tiver nele” (T21).*

Durante o processo de hospitalização, tendo em vista sua complexidade, o paciente está sujeito a inúmeros riscos, sendo necessária a adoção de condutas seguras que objetivem a prestação de uma assistência de qualidade que evite danos. Medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir os riscos, através da implementação de protocolos específicos nos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

De acordo com o Protocolo Clínico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que trata sobre a contenção mecânica, a utilização desta ferramenta deve ocorrer posterior à uma avaliação do estado clínico e comportamental do paciente, tendo em vista o uso de alternativas anteriores. Dessa forma, este documento pretende orientar os profissionais de saúde no que diz respeito ao uso correto, moderado e humanizado, indicações, envolvendo a proteção tanto de pacientes, quanto da equipe, através da prevenção de lesões e traumas, preservando a integridade física e psíquica dos mesmos (SILVA; LEITE; RIBEIRO, 2013).

Os profissionais de Enfermagem, em sua totalidade, negaram a existência de um protocolo direcionado à contenção mecânica no seu âmbito de trabalho, sendo impossibilitada a utilização deste documento como base na realização deste procedimento. Portanto, percebe-se a necessidade de adoção pela instituição, a fim de garantir a prestação de um cuidado baseado em evidências.

Já no que se refere às legislações e resoluções, os profissionais expressaram desde informações relativas a negação e desconhecimento, a subsídios parcialmente corretos e/ou incompletos.

*“Não é regulamentada né. Não. É realmente empírico né” (T17)*

*“Na verdade, ela não é regulamentada, a gente tem as próprias legislações da Enfermagem que recomenda a gente conter nesses critérios, pacientes psiquiátricos, usuários de drogas, ela não descreve de forma clara a contenção [...]” (E06).*

*“Olha, pela lei eu não sei, mas acredito que é, porque se não fosse regulamentada por lei ou pelo exercício da Enfermagem ou pelo órgão competente, sei lá já teria saído até processo por conter, até porque a gente contém mas é aquele ditado, entre dois maus a gente escolhe o menor” (T14).*

*“Eu creio que sim, mas eu pessoalmente não conheço, não li nada a respeito” (T20).*

*“Sim, se eu não me engano existe uma resolução do COFEN, eu não lembro o número, mas acho que é de 2012 ela, que trata sobre a contenção, é relacionada à questão de urgência e emergência pelo enfermeiro, mas eu não lembro agora o número dela” (T26).*

Os procedimentos de Enfermagem no uso da contenção mecânica são normatizados através da Resolução do COFEN de Nº 427/2012, apresentando aspectos relacionados à esta ferramenta envolvendo indicações de uso, monitorização, registros e designação da responsabilidade aos profissionais competentes (COFEN, 2012).

Desta forma, é notório que uma parcela significativa dos profissionais atuantes apresentou um saber deficiente frente à existência de uma legislação específica sobre o uso da contenção mecânica. Por um lado, alguns dos sujeitos da pesquisa afirmaram não conhecer documentos que abordassem a temática, porém acreditavam existir, por outro lado, alguns profissionais negaram esta existência. Observa-se uma desinformação, como também interesse diminuto em buscar informações detalhadas a respeito de um procedimento frequente no seu ambiente de trabalho.

Enquanto isso, somente uma parcela diminuta dos profissionais evidenciou um contato anterior a documentos que abordem sobre esta ferramenta, expressando saberes parcialmente condizentes com a literatura. Isso retrata que há uma minimização de profissionais atuantes conhecedores dos deveres, direitos, proibições e das etapas para realização de um processo de trabalho baseado nas regulamentações.

No tocante, vale ressaltar que se faz necessária uma sensibilização dos profissionais da UTI, envolvendo uma informatização e atualização sobre a regulamentação da contenção, a fim de garantir a execução de uma assistência consciente dos deveres, direitos e proibições e respaldada em documentos formais.

Ademais, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) afirma que para a execução de práticas seguras, é essencial a atuação de profissionais capacitados e treinados no que se refere a contenção mecânica, sendo fundamental a participação dos gestores no desenvolvimento de capacitações técnicas aos funcionários da área da saúde (CREMESP, 2014) que permita uma ampliação dos conhecimentos dos mesmos para a prestação de uma assistência segura e de qualidade.

Além disso, para uma garantia de respaldo concreto, convém a comprovação legítima dos cuidados exercidos à cada paciente. Isso é possível através dos registros de Enfermagem nos prontuários, por meio da SAE, envolvendo o PE, principalmente mediante das anotações das prescrições, intervenções e avaliações.

Em relação à prescrição, os sujeitos da pesquisa expressaram ambivalência nos discursos. Enquanto uma parcela afirmava a necessidade de registro nos prontuários, outra negava, acatando a justificativa da contenção ser um procedimento de rotina, já realizado sem

nenhuma documentação formal. Ainda, os profissionais referidos como responsáveis pela prescrição, foram o médico e o enfermeiro, em conjunto ou separadamente, e a equipe multiprofissional por completo.

Nos discursos, são demonstradas algumas opiniões dos técnicos e enfermeiros ao serem questionados sobre a necessidade da prescrição e o profissional responsável.

*“Não... porque assim, aqui na UTI eu acho que não, não sei em outros setores, mas na UTI não, não deve ser prescrita não, Porque é um procedimento rotineiro principalmente pros pacientes daqui, porque eles estão com bastante dispositivos e é bastante involuntário, eles vão e vão e puxam quando acordam, então assim aqui é muito rotineiro a gente contê-lo” (E23).*

*“Sei não, já que a gente faz sem prescrição, acho que necessariamente não seria necessário ser prescrito não” (T14).*

*“Seria bom, ideal, a gente não tem aqui, pelo menos na uti não tem essa conduta, mas seria interessante. Seria em conjunto, tanto o médico quanto a equipe de Enfermagem colocar no relatório” (E12).*

*“Seria o ideal, pra gente ter um respaldo, como o povo diz: ‘de boca fala o que quer!’ e muitas vezes é só verbal. Pelo médico. E às vezes como eu disse, é tão rotina, que às vezes ele nem diz, a gente já contém, mas também como o paciente tá solto que começa a agitar ele diz pra fazer a contenção” (E1).*

*“De fato sim, ela deveria sim, só que assim, não é uma prescrição médica, o enfermeiro ele pode avaliar o paciente e fazer a prescrição de contenção no leito que é pra evitar que ele mesmo se machuque, mas no setor geralmente a gente não tem esse protocolo, como eu já disse antes não tem o protocolo definitivo, a gente só vê a questão “Ah o paciente tem um risco pra si próprio” então é mais questão verbal “vamos conter esse paciente porque ele tem um risco pra si próprio”. Geralmente é o enfermeiro que orienta” (E24).*

*“Sim, a contenção ela deve ser prescrita. A contenção pode ser prescrita tanto pelo médico, como pelo enfermeiro, como a resolução lá do COFEN ela vai, ela permite o enfermeiro prescrever a contenção” (T26).*

A SAE permite a valorização e visibilidade da assistência do profissional enfermeiro, expressando a autonomia do mesmo no seu ambiente de trabalho, através dos registros, prescrições, intervenções e avaliações, baseados em evidências científicas, garantindo a execução de condutas específicas e de qualidade, tendo como alicerce o compromisso e conhecimento técnico e científico do enfermeiro (GONÇALVES; SPIRI, ORTOLANI, 2017).

A utilização do PE tem como finalidade otimizar e organizar a assistência, permitindo ao enfermeiro assumir uma postura autônoma e competente, através de um planejamento, implementação e avaliação de cuidados individuais e direcionados a cada paciente (SILVA et al., 2014).

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN/GO) emitiu o parecer de Nº 039/CTAP/2015 em esclarecimento sobre a prescrição de contenção mecânica. Considerou algumas legislações da Enfermagem, como a Lei 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação

do exercício da Enfermagem; O código de ética dos profissionais de Enfermagem; A resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, a fim de demonstrar a parcela de responsabilidade do enfermeiro diante da prescrição do uso desta ferramenta, orientando principalmente o registro do procedimento e dos cuidados executados e envolvimento da equipe multiprofissional (COREN/GO, 2015).

Dessa forma, as anotações frente ao uso de contenção mecânica permitem a garantia de comunicação com a equipe, apresentando características do processo clínico do paciente, como a avaliação do estado geral, indicação de uso, condutas iniciais executadas, profissionais envolvidos, execução do plano de cuidado, identificação da ocorrência de eventos adversos e reavaliação do paciente (DGS, 2011).

Ademais, foi notório neste estudo que os profissionais de Enfermagem da UTI, que frequentemente executam a contenção mecânica de pacientes, não reconhecem atribuições específicas ligadas a esta ferramenta, responsabilizando o profissional médico, de forma individual para prescrição, alegando respaldo da equipe. É imperioso refletir sobre a importância do enfermeiro diante da sistematização da assistência, visto que o respaldo legal para o profissional deve principalmente basear-se nos registros de Enfermagem.

Em contraste, apesar de uma parcela considerável dos enfermeiros entrevistados reconhecer que a contenção mecânica deveria ser prescrita, e determinar o enfermeiro entre os profissionais responsáveis, não foi perceptível a realização da prescrição pelos mesmos durante a análise dos prontuários dos pacientes contidos, visto que, a ausência de prescrição foi observada em 83% das anotações dos profissionais, que mesmo considerando, em seus discursos, como um registro necessário de total autonomia e responsabilidade do enfermeiro, não exerciam, em sua maioria, as anotações de Enfermagem.

Ademais, as anotações de Enfermagem sobre contenção mecânica, não se limitam apenas à prescrição de intervenções e avaliação da eficácia das mesmas, visto que, como já discutido, esta ferramenta pode vir a causar danos no indivíduo, diante disso, os eventos adversos são pontos importantes para o registro, pois as anotações de Enfermagem permitem a continuidade da assistência, garantindo a minimização destes eventos.

Sendo assim, foi perceptível que mesmo os enfermeiros e técnicos de Enfermagem reconhecendo os possíveis danos causados ao paciente contido, não realizavam anotações pertinentes à estas condições nos prontuários, dificultando a execução de uma assistência de Enfermagem completa e segura.

Ademais, foi perceptível, em alguns discursos, uma relação de poder entre profissional e paciente diante do uso desta ferramenta.

*“[...] se ele colaborar a gente vai tirar aquela contenção, que ele fique quieto e pronto é assim que funciona [...]” (T08).*

A expressão, relacionada ao poder, no discurso acima, sugere uma superioridade dos profissionais sobre a utilização da contenção mecânica, demonstrando uma ausência de interesse no posicionamento do paciente, e pronunciando-se como detentor do conhecimento ao definir as ações de necessária execução.

A condição fragilizada expressa pelo paciente hospitalizado, favorece a submissão do mesmo à autoridade dos profissionais, sendo notória a divergência na relação profissional-paciente, onde o sujeito internado, na maioria das vezes, não possui importância no gerenciamento da própria saúde. Dessa forma, se faz necessária a prestação de uma assistência baseada em preceitos éticos, que permita o direito de execução da cidadania e proporcione uma participação nas decisões ligadas à situação clínica por parte do indivíduo, respeitando suas escolhas e sua subjetividade (NASCIMENTO et al., 2016).

Diante das relações profissionais do enfermeiro no seu âmbito de trabalho, seja entre a equipe ou pacientes, se faz necessário um posicionamento coerente que objetive melhoria na qualidade do serviço ofertado. Sendo assim, é essencial evitar decisões centralizadas, impondo ordens, visto que dificulta a construção de um relacionamento harmônico entre os envolvidos; e buscar interações horizontais, permitindo uma comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, favorecendo relações terapêuticas (AMESTOY et al., 2017).

Mesmo quando a interação com o indivíduo é dificultada, devido declínios neurológicos trazidos em decorrência da sua condição clínica, o profissional deve vislumbrá-lo em sua totalidade, considerando as necessidades biopsicossociais e a presença do paciente na execução das atribuições dos profissionais, buscando a criação de vínculos e favorecendo uma atenção humanizada (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009).

### **6.3 Análise dos registros nos prontuários dos pacientes contidos**

A análise dos registros nos prontuários foi realizada através da observação dos pacientes internados no setor, para identificação do uso de contenção e posterior investigação das anotações, tanto médicas quanto de Enfermagem. A amostra foi composta por 12 prontuários e os resultados foram distribuídos em uma tabela, evidenciando os dados sociodemográficos e de

hospitalização dos pacientes, e um gráfico complementar, demonstrando a variedade dos diagnósticos médicos que acometiam os pacientes do estudo.

TABELA 3: Caracterização dos dados sociodemográficos e de internação dos pacientes internados na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018.

VARIÁVEL	<i>f</i>	%	MÉDIA
<b>Idade do Paciente</b>			
20 a 30 anos	1	8,3	
31 a 40 anos	0	0,00	
41 a 50 anos	2	16,7	
51 a 60 anos	1	8,3	Média: ±
61 a 70 anos	2	16,7	66 anos
71 a 80 anos	3	25,0	
81 a 90 anos	3	25,0	
<b>Sexo</b>			
Feminino	6	50,0	
Masculino	6	50,0	
<b>Tempo de Internação</b>			
0 a 10 dias	9	75,1	
11 a 20 dias	1	8,3	
21 a 30 dias	1	8,3	Média: ±
31 a 40 dias	0	0,0	10 dias
41 a 50 dias	1	8,3	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A faixa etária dos pacientes contidos foi de 20 a 90 anos, tendo predominância em indivíduos entre 70 e 90 anos (50%). Em contrapartida, um estudo realizado na UTI da cidade de El-Mansoura, no Egito refere uma amplitude de indivíduos contidos entre 18 a 60 anos (KANDELL; ATTIA, 2013). A divergência é expressa principalmente em relação ao predomínio de indivíduos idosos no presente estudo, assemelhando-se ao estudo de Tavares (2013), em que pacientes maiores que 60 anos, apresentaram índice elevado de contenção.

Em relação ao sexo, não houve diferenças significativas, visto que o valor foi igualitário, em 50% para pacientes do sexo masculino, quanto feminino. Assemelha-se ao estudo de Santos et al. (2015) onde 51% correspondiam ao sexo feminino e 49% ao sexo masculino, sem consideráveis divergências. Em discordância, os estudos de Cordeiro et al. (2015) e Tavares (2013) afirmam a predominância de restrição física em pacientes do sexo masculino.

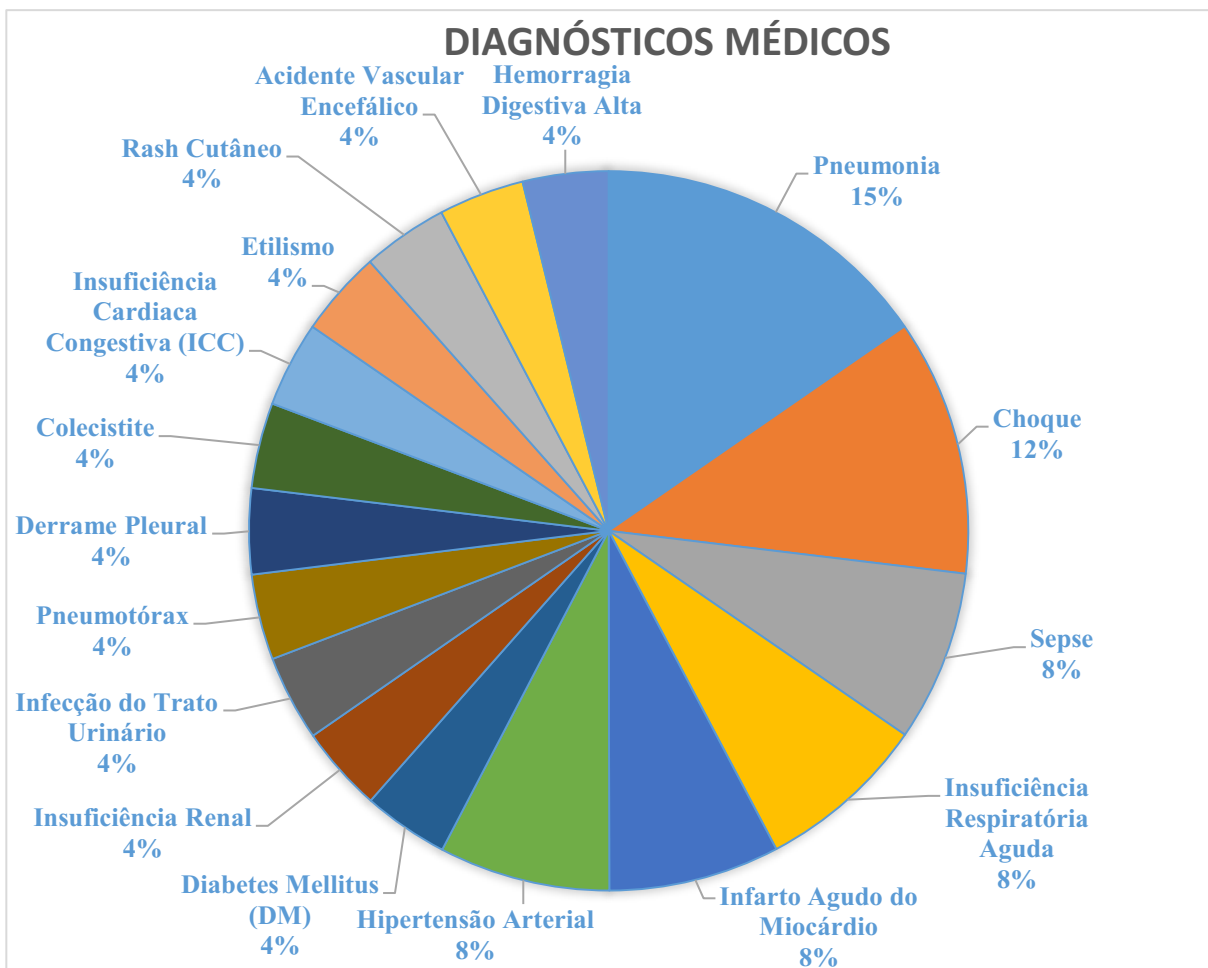
O tempo de hospitalização dos pacientes na UTI variou de 0 a 50 dias. Vale ressaltar que este período diz respeito ao período de internação no setor, não ao tempo de uso da contenção mecânica, uma vez que se faz necessário para esta análise, um estudo mais detalhado



durante um maior período. Dessa forma, foi predominante o tempo de internação entre 0 a 10 dias (75,1%), corroborando com o estudo de Mota et al. (2017), em que o tempo de internação inferior a 15 dias apresentou índice de 82,1%.

O gráfico a seguir revela os diagnósticos médicos dos pacientes, expressos nos prontuários, compondo um quantitativo de 17 diagnósticos, levando em consideração que os pacientes possuíam mais de uma patologia diagnosticada.

GRÁFICO 1: Diagnósticos médicos dos pacientes contidos internados na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras. Cajazeiras – PB, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Analisando o gráfico, é possível identificar que os diagnósticos mais frequentes foram pneumonia e choque, com o percentual de 15%, 12% respectivamente. Em concordância, o estudo de Bonfada et al. (2017) demonstra a prevalência de diagnósticos como a pneumonia e

o choque em pacientes internados na UTI, apresentando também um quadro de sepse, semelhante aos dados identificados no estudo em tela.

Ainda, em relação à pneumonia, Moreira e Silva (2016) identificam em seu estudo um percentual de 57% para o acometimento de infecções respiratórias, sendo em especial a pneumonia, principalmente associada à ventilação mecânica, com 70% dos casos, enquanto os achados do estudo de Mota et al. (2017) são distintos, visto que 76,8% dos pacientes da UTI não apresentaram pneumonia.

Apesar de o etilismo apresentar apenas 4% dos resultados, é de importante ressalva para a temática, visto que se expressa de forma presente na UTI. De acordo com Pereira e Oliveira (2016), os quadros de abuso tanto do álcool como de outras drogas, demonstram uma realidade na UTI. Além disso, a abstinência sujeita o indivíduo à desorientação e agitação, fazendo com que os pacientes expressem características que indiquem o uso contenção mecânica.

Ademais, foram analisados os registros de Enfermagem no prontuário do paciente contido, atentando para características relacionadas à prescrição, intervenções de cuidados e anotações de eventos adversos. Dentre os 12 prontuários analisados, 75% não expressavam prescrições de contenção mecânica, sendo apenas composto por 25% os pacientes contidos que possuíam, em seus prontuários, prescrições direcionadas ao uso desta ferramenta. O mesmo percentual equivale às anotações de Enfermagem sobre contenção mecânica, visto que estas se limitavam às prescrições.

Dessa forma, vale ressaltar que a quantidade diminuta de prescrições prejudica na qualidade do serviço, favorecendo à ocorrência de eventos adversos. Em concordância, o estudo de Novaretti (2014) identifica falhas na prescrição de Enfermagem como um incidente de segurança em cerca de 55,4 %.

A amostra referente a identificação detalhada de anotações de Enfermagem equivale à 25%, que foram registradas pelo mesmo profissional, sendo o enfermeiro, o único profissional a realizar a prescrição de contenção mecânica, nas intervenções de Enfermagem relativas à SAE. Em sua totalidade, as anotações de Enfermagem se relacionam com as indicações de uso. Destes, 66,7% eram relativos à desorientação e 33,3% referentes ao tempo de internação.

Observou-se uma sistematização da assistência baseada em prescrições descontextualizadas, visto que a análise dos prontuários não identificou registros sobre eventos adversos e indicações para avaliação contínua e de término durante o uso desta ferramenta. Como não está documentado, subtende-se que não houve assistência direcionada a estes

indicadores ou as condutas não foram registradas pelo profissional, ambas dificultam a continuidade da assistência e impedem o uso das anotações para respaldo profissional.

#### **6.4 Cartilha educativa sobre contenção de pacientes**


Com este estudo, foi detectada uma necessidade de informação para os profissionais da UTI, além de um retorno dos resultados da pesquisa científica, sendo assim, foi determinada a elaboração de um material educativo com um conteúdo direcionado à prática de utilização da contenção mecânica de forma segura e humanizada, com foco nas deficiências encontradas.

O material educativo consiste em uma cartilha contendo informações relacionadas à categorização dos tipos, benefícios e riscos, realização correta do procedimento, regulamentações que envolvem a temática e remoção da contenção mecânica, direcionadas à realidade do setor e objetivando a sensibilização dos profissionais frente à uma assistência segura e de qualidade.

FIGURA 1 – Cartilha educativa sobre contenção mecânica na UTI (parte externa).


### REGULAMENTAÇÕES E PRESCRIÇÕES

Os procedimentos de enfermagem referentes à contenção mecânica são normalizados através da Resolução do COFEN de Nº 427/2012. Este aparato legal apresenta aspectos relacionados à ferramenta de contenção, envolvendo indicações de uso, monitorização, registros e designação da responsabilidade aos profissionais competentes



Legislação

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN/GO) emitiu o parecer de Nº 039/CTAP/2015 em esclarecimento sobre a prescrição de contenção mecânica. Considerou algumas legislações da enfermagem, a fim de demonstrar a parcela de responsabilidade do enfermeiro frente à prescrição do uso desta ferramenta, orientando principalmente o registro do procedimento e dos cuidados executados e envolvimento da equipe multiprofissional.




Funções

### REFERÊNCIAS

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em risco a sua segurança ou da envolvente. 2011. Orientação Nº 1/2011, junho, 2011.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. Esclarecimento de dúvida sobre a prescrição de contenção mecânica como ato privativo de qual profissional. PARECER COREN/GO Nº 039/CTAP/2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normaliza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. RESOLUÇÃO Nº 427, DE 8 DE MAIO DE 2012. [Internet]. Brasília, 2012
- DONATO, T. A. A. Physical restraint in patient in intensive care Unit: exploratory – a descriptive study. Online braz j nurs. v.16, n.1, p.83-93.
- SOUZA, M. A. P. Contenção mecânica: questões para reflexão. 2014.

*“O profissional deve deixar de lado o preconceito quanto ao uso da contenção, se preparar para dominar os conhecimentos e a técnica adequada para a aplicação da mesma, visando promover a proteção do paciente, de outros indivíduos e dos membros da equipe e evitar a incorrência em erros que possam provocar dificuldades ao prosseguimento de sua vida profissional e comprometimento ao paciente.*

(João Fernando Marcolan)



— CARTILHA —

## O USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA NA UTI



TCC: Análise do uso da contenção mecânica em pacientes da terapia intensiva.

Discente: Poliana Carla Batista de Araújo  
Orientadora: Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Fonte: Elaborada pelo autor.

FIGURA 2 – Cartilha educativa sobre contenção mecânica na UTI (parte interna).

### DEFINIÇÃO E TIPOS DE CONTENÇÃO

Contenção terapêutica consiste em um método necessário para limitação da mobilidade física e comportamental do paciente, objetivando uma segurança efetiva para o mesmo e para a equipe.

- CONTENÇÃO VERBAL** >> Uso da comunicação como tentativa de minimizar a agitação do paciente.
- CONTENÇÃO AMBIENTAL** >> Restrição do indivíduo em um espaço fechado ou limitado, como o isolamento.
- CONTENÇÃO QUÍMICA** >> Uso de medicamentos psicoativos, como analgésicos e psicotrópicos.
- CONTENÇÃO FÍSICA** >> Por meio de uma limitação, em que os profissionais impedem o movimento do enfermo, segurando-o.
- CONTENÇÃO MECÂNICA** >> Uso de instrumentos e materiais específicos para contenção do paciente no leito.

Os pacientes internados na UTI possuem um estado crítico de saúde e a necessidade de utilização inúmeros dispositivos invasivos e de monitorização: TOT, VM, Eletrodos, SNE, SNG, SVD, Acessos centrais e periféricos, dentre outros, todos com finalidade terapêutica, garantindo a estabilidade e melhora do quadro clínico do paciente. Dessa forma, uma remoção não programada acarreta em consequências ao mesmo.

É comumente observado o uso da contenção como medida preventiva de acidentes, relacionados principalmente a remoção de dispositivos invasivos e acidentes por quedas do leito, sendo resultantes de situações que comprometem o nível de consciência do paciente, provocando confusão, agitação, delírium e agressividade. Nestas situações, a contenção mecânica pode ser usada para garantia da segurança do paciente e da equipe.

### BENEFÍCIOS

- Não remoção de dispositivos terapêuticos;
- Prevenção de acidentes por quedas;
- Minimização do risco de infecção.

### RISCOS

- Riscos Físicos: Lesões de Pele, Edema, Hiperemia, Problemas Circulatórios
- Riscos Psicológicos: Aumento da Agitação, Desorientação e Choro

**ATENÇÃO:** É importante avaliar o risco-benefício, observando se a exposição de riscos do paciente contido é maior do que os benefícios possíveis. Neste caso, não utilizar esta ferramenta.

### MEDIDAS PARA A PREVENÇÃO DOS RISCOS

**Proteção local de membros:** Uso de Gazes acolchoadas, não garroteamento, hidratação e monitorização;

**Diálogo com o paciente:** Comunicação com intuito de minimizar ou evitar a agitação.

Independente do tipo de material utilizado para proteção do membro contido, se faz necessária uma avaliação contínua e integral, visando uma assistência de qualidade, livre de danos.

Fonte: Elaborada pelo autor.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram que os profissionais de Enfermagem atuantes na UTI possuíam conhecimentos limitados frente ao uso da contenção mecânica, principalmente em relação à categorização dos tipos e a regulamentação desta ferramenta. Ademais, também foi evidenciado um déficit no que se refere aos registros de Enfermagem nos prontuários dos pacientes contidos.

Os tipos de contenções apresentados pelos profissionais, majoritariamente, foram caracterizados de maneira superficial, demonstrando a ausência de um saber simples direcionado à classificação destas ferramentas, visto que os mesmos se referiram às medidas de contenção refletindo apenas na tipologia mecânica, limitando-se ao uso de amarras com proteções, para restrição no leito, mesmo no âmbito de trabalho existindo outros métodos de contenções.

A contenção foi demonstrada como uma medida de tranquilização para o paciente agitado e agressivo, sendo evidenciada como escolha primordial. Vale ressaltar que um número significativo dos profissionais conhecia outras alternativas, porém não identificavam em sequência como promover a utilização das mesmas.

Os profissionais de Enfermagem referiram inúmeros benefícios e riscos, refletindo principalmente para a identificação do risco-benefício no uso da contenção mecânica, sendo demonstrado através da preocupação com a segurança do paciente. Diante disso, segundo a percepção dos participantes da pesquisa, os cuidados eram direcionados à minimização desses riscos, permitindo maior conforto e evitando danos ao mesmo.

No que se refere à regulamentação, os profissionais demonstraram não possuir um contato direto com documentos e legislações que abordem este tema, o que é uma questão de reflexão, principalmente no setor em tela, visto que na UTI os pacientes se encontram em um estado crítico, com necessidade de monitorização contínua, em que se torna imprescindível conhecer publicações e protocolos que sirvam como guia e legislações que garantam respaldo para o profissional e um atendimento de qualidade e baseado em evidências para o paciente.

Diante do exposto, os profissionais consideraram a contenção mecânica um instrumento necessário no manejo do paciente na UTI, mesmo com riscos potenciais, alegando superação diante dos benefícios, porém demonstravam uma deficiência diante da teorização desta ferramenta, possuindo apenas saberes decorrentes da prática hospitalar. Além disso, foi notório um déficit na execução da SAE demonstrada pelos profissionais, com ausência de prescrições

e intervenções de Enfermagem sobre a temática, e na inclusão da contenção na evolução e anotações, dificultando a identificação de efeitos adversos propiciados por esta prática.

Algumas limitações podem ser destacadas, como a diminuta quantidade de publicações direcionadas ao conhecimento dos profissionais e à contenção mecânica, além de ter sido executado com apenas uma equipe de Enfermagem de um único hospital.

Mesmo não sendo caracterizado como estudo de intervenção, a permanência durante a coleta de dados, o contato com os profissionais, pacientes em situação de contenção, os prontuários e anotações de acontecimentos em diário de campo, permitiu a análise deste procedimento em prática, detectando uma necessidade de estudos mais minuciosos relacionados a condições dos pacientes contidos.

De maneira contributiva, o estudo em tela proporcionou a construção de um material educativo em forma de cartilha, ilustrada e composta por evidências científicas importantes que rodeiam a prática da contenção mecânica na UTI, sua categorização, benefícios, riscos, prevenção, condutas necessárias com o paciente contido e regulamentações, com a finalidade de sensibilização para os profissionais atuantes no setor perante a execução deste procedimento e melhoria na qualidade do serviço ofertado.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, D. R. O. M. et al. Quedas no ambiente hospitalar, qualidade e segurança do paciente: metassíntese da literatura. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 1244-1255, maio-junho, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- AMESTOY, S. C. et al. Contribuições freirianas para entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.
- BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.16, n.4, p.689-696, 2012.
- BALOGUN, S. A.; PHILBRICK, J. T. Delirium, a Symptom of UTI in the Elderly: Fact or Fable? A Systematic Review. **Canadian geriatrics journal**. v.17, n.1, p.22-26, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. A. A.; FIGUEIREDO D.S.T.O.; FERNANDES M.G.M. Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. **J. res. fundam. care. Online**. v.7, n.3, p.2738-2748, 2015.
- BONFADA, D. et al. Análise de sobrevivência de idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, julho-janeiro, 2017
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. v.2, n.1, p.68-80, 2005.
- BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da Enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.10, n.4, p.725-729, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 529 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário oficial da união. Seção I, Pág. 43. 1º de Abril de 2013.



CARVALHO, M.S. et al. Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Filantrópico de Aracaju-SE. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. v. 1, n. 1, 2017.

CASTRO, A. R. S. **Cuidado de Enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná.

CHAGAS, N. M. S.; BORGES, D. G. S.; CHAGAS, M. H. N. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. **J. Bras Psiquiatr**. v.65, n.1, p.94-98, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Legislação profissional, Notificação Extrajudicial do Rio Grande do Sul. **PARECER Nº 008/2017/COFEN/CTLN**. [Internet]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-n-082014ctlncofen\\_53249.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-n-082014ctlncofen_53249.html), 2017

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. **RESOLUÇÃO Nº 427, DE 8 DE MAIO DE 2012**. [Internet]. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html)

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. Esclarecimento de dúvida sobre a prescrição de contenção mecânica como ato privativo de qual profissional. **PARECER COREN/GO Nº. 039/CTAP/2015**. [Internet]. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-n%C2%BA039.2015-Conten%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Restrição de pacientes**. 2009. [Internet] Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **CONSULTA Nº 175.956/2014**. Sobre quais profissionais são habilitados para a contenção psiquiátrica e composição das equipes para atendimento de urgência ou emergência psiquiátrica. São Paulo, 2014.

CORDEIRO, A. L. L. et al. Influência da Deambulação Precoce no Tempo de Internação Hospitalar no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Int J Cardiovasc Sci**, v. 28, n. 5, p. 385-91, 2015.

CORDOBA, E. Entubação Traqueal In: JERONIMO, R. A. S. (org.). **Técnicas de UTI**. São Paulo: Rideel. Cap. 5, p. 53-80, 2010.

COSTA, T. D. et al. Percepção de profissionais de Enfermagem acerca de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva. **Rev Gaúcha Enferm.** v.37, n.3, p.1-8, 2016.

DANTAS, G. D. et al. Adesão da equipe de Enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3698-3706, 2017.

DEVLIN, J. W. et al. Delirium assessment in the critically ill. **Intensive Care Med.** v.33, p.929-940, 2007.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. 2011. Orientação nº 021/2011, junho, 2011.

DONATO, T. A. A. et al. Physical restraint in patients in Intensive Care Units: exploratory – a descriptive study. **Online braz j nurs.** v.16, n.1, p.83-93, 2017.

FAUSTINO, T. N. et al. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.4, p.678-85, 2016.

FILLIPI, J. et al. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. **Revista Contexto e Saúde.** v.10, n.20, p.573-578, 2011.

FONSECA, R. C. V. **Metodologia do trabalho científico.** 1 ed., rev.- Curitiba-PR, 2012.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 450-45, 2013.

GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A Enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **O mundo da saúde.** v.30, n.3, p.398-408, 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Plageder, 2009.

GONÇALVES, L. A. Alocação da equipe de Enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enfermagem USP.** v.46, p.71-77, 2012.

GONÇALVES, M. R. C. B.; SPIRI, W. C.; ORTOLAN, E. V. P. Sentimento dos enfermeiros de um hospital universitário quanto à prática diária do processo de Enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 1902-1908, 2017.

GORZONI, M. L.; FABRI, R. M. A. Aplicabilidade da Escala de Risco Anticolinérgico em idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.20, n.1, p.128-133, 2017.

GUIMARÃES, A. N. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.22, n.2, p.361-369, 2013.

GUIMARÃES, H. L.; SANTOS, R. F. M.; MONTEIRO, J. B. Confecção de faixas para contenção mecânica de pacientes de um hospital universitário: um relato de experiência. **Gep News**, v. 1, n. 2, p. 19-24, 2017.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** 1ª edição – 2013.

HE, J. et al. Nurse staffing and patient outcomes: a longitudinal study on trend and seasonality. **BMC nursing**, v. 15, n. 1, p. 60, 2016.

KANDEEL, N. A.; ATTIA, A. K.. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. **Nursing and Health Sciences**, v. 15, p. 79–85, 2013.

KSOURI, H. et al. Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. **American Journal of Critical Care**, v.19, n.2, p.135-145, 2010.

LLAPA-RODRÍGUEZ, E. O. Medidas para adesão às recomendações de biossegurança pela equipe de Enfermagem. **Revista Electrónica trimestral de enfermaría** n. 49, 2018.

LORDANI, C. R. F. Conhecimento de profissionais de unidade de terapia intensiva sobre diarreia. **Rev Bras Ter Intensiva.** v. 26, n. 3, p. 299-304, dezembro-maio, 2014.

LUK, E. et al. Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. **Critical Care** v. 18, n. 2, p. 2-8, 2014.

LUZ, L. F. S.; BONIATTI, M. M. Associação do delirium com cognição, capacidade funcional e qualidade de vida no paciente crítico. **SEFIC 2016**, 2016.

LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de Enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 632-639, 2014.

MACHADO, M. H. et al. "Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico." **Enfermagem em Foco**. v. 6, p. 9-14, 2016.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. suppl 2, p. S96-S103, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo; Atlas, 2010.

MARINHO, G. S. et al. Risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 1, p. 55-60, 2017.

MARTINS, D. P. M. **Cuidados especializados de Enfermagem à pessoa em situação crítica sob contenção física**. 2017. Tese de Doutorado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MEIRA, R. L. C. Delirium no paciente idoso. **Psiquiatria na prática médica. Órgão Oficial do Centro de Estudos-Departamento de Psiquiatria-UNIFESP/EPM [Internet]**. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3\\_02.htm](http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_02.htm), 2002.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery** v.20, n.1, p.121-129, 2016.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm**. v. 25, n. 2, p.1-9, 2016.

MORI, S. et al. Incidência e fatores relacionados ao delirium em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. v.50, n.4, p.587-593, 2016.

MOTA, E. C. et al. Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 50, n. 1, p. 39-46, 2017.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. 1-6, 2016.

NOVARETTI, M. C. Z.; et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S. A. T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, 2009.

PAES, M. R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**. v.17, n.4, p.479-84, 2009.

PAES, M. R.; BORBA, L. O.; MATFUM, M. A. Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de Enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v.10, n.2, p.240-247, 2011.

PEREIRA, G. B.; OLIVEIRA, M. M. Internações em Unidade de Terapia Intensiva relacionadas ao uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 49-64, 2016.

PEREIRA, L. M. V. et al. Retirada não planejada de dispositivos invasivos e suas implicações para a segurança do paciente crítico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 490-495, 2018.

PEREIRA, S. R. M. et al. Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I. G. Delirium: o 7º Parâmetro Vital?. **Acta Médica Portuguesa**, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**-2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

RIBEIRO, G. S. R. et al. Violações no uso de equipamentos por enfermeiros na terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** v.26, n.2, p.1-9, 2017.

RIBEIRO, G. S. R.; SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.5, p.915-923, 2016.

RIBEIRO, S. C. L. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 513-520, Abr-Jun, 2015.

RODRIGUES, W.C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. 2007.

SANTOS, F. et al. Relação entre mobilização precoce e tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v. 6, n. 2, p. 1394-1407, 2015.

SANTOS, I. C. et al. Atuação do enfermeiro frente ao cliente apresentando síndrome de confinamento em uma unidade de terapia intensiva. **Ciência Atual** v.4, N.2 p.03-18, 2014.

SERAFIM, C. T. R. et al. Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, 2017.

SILVA, C.; BATISTA, E. C. Estresse ocupacional em enfermeiros e técnicos de Enfermagem intensivistas de uma uti adulto. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 118-128, jan-mar, 2017.

SILVA, D. C. et al. Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 240-246, fevereiro-junho, 2017.

SILVA, E. A. et al. Percepção de enfermeiros quanto à implementação do processo de Enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulta do noroeste fluminense. **LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 1, n. 2, outubro/dezembro, 2014.

SILVA, E.M.; LEITE, L.F.; RIBEIRO, V.F. Contenção Física de Pacientes. Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos. p.189-202, 2013. Disponível em [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br)

SOUZA, M. A. P. **Contenção mecânica: questões para reflexão e ação.** 2014.

SOUZA, R. C. S. et al. Capacitação de enfermeiros na utilização de um instrumento de avaliação de delirium. **Revista gaucha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 01-05, junho-fevereiro, 2017.

SOUZA, R. F.; ALVES, A. S.; ALENCAR, I. G. M. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, v.12, n.1, p. 19-27, jan., 2018.

TAVARES, V. H. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Análise do Uso da Restrição Física.** 2013. 129 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

TOFFOLETTO, M. C. et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev Bras Enferm.** v.69, n.6, p.1039-1045, 2016.

TORRES G.M.C., et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38. n. 4, p.2016-0066, janeiro, 2017.

TRAVASSOS, C.; CALDAS B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** 1ª edição – 2013.

VERSA, G. L. G. S MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de Enfermagem intensivista de um hospital de ensino. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n.3, p.409-15, mai/jun, 2014.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde.** 2ª edição. Elsevier Brasil, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World Alliance for Patient Safety Progress Report 2008-2009, 2008.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

<b>PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b>	
Número da Entrevista:	
Idade:Sexo:	(1) Feminino (2) Masculino
Naturalidade:	_____
Categoria profissional:	(1) Enfermeiro (2) Técnico de Enfermagem
Função na unidade:	(1) Assistencial (2) Assistência e Gestão.
Titulação máxima:	(1) Curso técnico (2) Bacharel (3) Especialista (4) Mestre (5) Doutor
Renda Mensal:	(1) Até 3 salários mínimos (2) Entre 3 e 6 salários mínimos (3) Mais de 6 salários mínimos
Tempo de FORMADO na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos completos):	
Tempo de TRABALHO/EXPERIENCIA na profissão que desempenha na unidade de saúde (em anos):	_____
Tempo de ATUAÇÃO na unidade (em anos completos):	_____
Quantos vínculos de trabalho você possui atualmente?	_____
Qual a carga horária de trabalho semanal total (horas/semana)?	_____
<b>CONHECIMENTO SOBRE A CONTENÇÃO DE PACIENTES (Questões norteadoras)</b>	
1) O que você entende por restrição ou contenção de pacientes?	
2) Quais os tipos de contenção existem?	
3) Neste serviço existe um protocolo de contenção de pacientes?	
4) Na sua opinião, quais as circunstâncias relacionadas ao paciente, que requerem contenção?	
5) Como você verifica a necessidade de contenção para o paciente?	
6) Você acha que a contenção mecânica é regulamentada? Quais as recomendações éticas para a contenção de pacientes? Conhece alguma Resolução que trate sobre isso?	
7) Há algum risco para o paciente advindo da contenção mecânica?	
8) Quais os cuidados de Enfermagem para prevenir estes riscos? (Se sim na resposta anterior)	
9) Quais os benefícios desta prática?	
10) Você acha que existem alternativas à contenção mecânica? Quais?	
11) Os pacientes contidos devem ser avaliados para a possibilidade de remoção da contenção? Como você avalia?	
12) A contenção deve ser prescrita? Por quem?	

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA**  
**FORMULÁRIO PARA CHECAGEM DAS INFORMAÇÕES PROVENIENTES DOS**  
**PRONTUÁRIOS**

Número do Prontuário: Idade do paciente: _____ Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
Data da admissão:
Diagnóstico:
Complicações: (1) Sim (2) Não Se sim, qual (is) ?
Prescrição de contenção mecânica? (1) Sim (2) Não Se sim, quem prescreveu?
Há registros de Enfermagem sobre a contenção mecânica? (1) Sim (2) Não Se sim, quais? ( ) Indicações para uso ** Quais: ----- ----- ( ) Avaliação da contenção ** Quais: ----- ----- ( ) Indicações para o término da contenção ** Quais: ----- ----- ( ) Relato de eventos adversos ** Quais: ----- -----

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “**ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof<sup>a</sup> Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva e Poliana Carla Batista de Araújo. Nesta pesquisa, nosso objetivo geral é analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre o uso da restrição física de pacientes na UTI. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Poliana Carla Batista de Araújo. Na sua participação, você irá responder a uma entrevista com questões que atendam ao objetivo proposto. A entrevista será gravada, com seu consentimento e posteriormente, transcrita e analisada à luz da técnica de análise de conteúdo.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, tendo em vista que não compreende a realização de procedimentos invasivos, porém poderá transcorrer insatisfação do entrevistado devido à abordagem dos conhecimentos específicos que envolvem a temática em questão. Os mesmos serão minimizados com uma abordagem humanizada e respeitosa, por parte da pesquisadora. Como benefício, haverá uma apropriação melhor acerca da temática estudada, trazendo para você novas formas de pensar sobre sua atuação profissional.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Poliana Carla Batista de Araújo: (83) 98110-3848** ou a orientadora da pesquisa **Prof<sup>a</sup> Ma. Cícera Renata Diniz Vieira Silva: (83) 99620-7454**.

O endereço profissional da pesquisadora responsável e orientadora do estudo é: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores. Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n – Casas Populares. Cajazeiras – PB. Fone: (83) 3532-2000.

O Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, ao qual esta pesquisa foi submetida, encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (83) 3532-2074, no mesmo endereço profissional da pesquisadora responsável. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador. O CEP é um

colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Assinatura do (a) participante**

\_\_\_\_\_

**Assinatura da pesquisadora**

**ANEXOS**

**ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

**ANUÊNCIA**

Autorizo que os pesquisadores CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA E POLIANA CARLA BATISTA DE ARAÚJO responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA” a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFCG) utilizem o espaço desta instituição, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidos somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP.

Cajazeiras, 27 de fevereiro de 2018

**Ocilma Barros de Quental**  
**COORD. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO**  
**PERMANENTE EM SAÚDE**  
**MAT: 306.386-1**  
**HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS**

Ocilma Barros de Quental

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde / HRC

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA

**Pesquisador:** Cícera Renata Diniz Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 82531918.0.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.551.845

##### **Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa intitulado ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA, 82531918.0.0000.5575 e sob responsabilidade de Cícera Renata Diniz Vieira consiste em um estudo exploratório de caráter descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa documental.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

O projeto ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA tem por objetivo principal analisar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre o uso da contenção mecânica de pacientes na UTI.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Cícera Renata Diniz Vieira redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos

<b>Endereço:</b> Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n Bairro: Casas Populares UF: PB                      Município: CAJAZEIRAS Telefone: (83)3532-2075	CEP: 58.900-000  E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br
---	--

**UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 2.551.845

necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto ANÁLISE DO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES NA TERAPIA INTENSIVA, número 82531918.0.0000.5575 e sob responsabilidade de Cícera Renata Diniz Vieira.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1064144.pdf	10/03/2018 23:03:55		Aceito
Outros	novaanuencia.pdf	10/03/2018 23:02:57	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.docx	10/03/2018 23:02:17	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_contencao.pdf	27/01/2018 17:40:17	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	Poliana_termo_resultados.pdf	24/01/2018 00:55:45	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	Poliana_termo_compromisso.pdf	24/01/2018 00:55:16	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	pesquisa_prontuario.pdf	16/01/2018 12:20:19	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	16/01/2018 12:19:23	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	16/01/2018 12:17:42	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br