



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**RESTRIÇÃO FÍSICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs): A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE A PARTIR DE
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

ANA PAULA ALVES PICANÇO

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**RESTRIÇÃO FÍSICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs): A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE A PARTIR DE
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

ANA PAULA ALVES PICANÇO

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde

Orientador: Anaxsuell Fernando da Silva

Foz do Iguaçu
2023

ANA PAULA ALVES PICANÇO

**RESTRIÇÃO FÍSICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
(UTIs): A PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE A PARTIR
DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado à Universidade Federal
da Integração Latino-Americana como
requisito parcial para a obtenção do título de
Especialista em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Prof. Dr. Marcos de Jesus Oliveira
UNILA

Profa. Dra. Sandra Aparecida Zotovici
UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Ana Paula Alves Picanço

Curso: Especialização em Gestão em Saúde

Tipo de Documento

(.....) graduação

() artigo

(x) especialização

(x) trabalho de conclusão de curso

(.....) mestrado

(.....) monografia

(.....) doutorado

(.....) dissertação

(.....) tese

(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: Restrição física em unidades de terapia intensiva (UTIs): a perspectiva da psicologia da saúde a partir de uma revisão de literatura

Nome do orientador(a): Anaxsuell Fernando da Silva

Data da Defesa: 08/07/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 08 de julho de 2023.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho, com todo meu amor e gratidão, ao meu tio Mário (*in memoriam*), que fez tanto por mim ao longo da sua vida.

AGRADECIMENTOS

Sou grata à UNILA pela oportunidade de cursar a especialização e pelos avanços na democratização do conhecimento.

Aos colegas de turma, àqueles que não conseguiram concluir o curso, especialmente à colega Ana Carolina que se tornou uma companheira de jornada e com quem tanto eu compartilhei minhas angústias.

Aos tutores que participaram ativamente da minha jornada acadêmica e facilitaram a minha caminhada, em especial à tutora Silvana que me acolheu e me orientou em um momento muito delicado do meu percurso.

A todos os professores pelo compartilhamento de conhecimento e pela oferta de ensino de excelência.

A todos os coordenadores, especialmente a meu coordenador de polo prof. Neison.

À banca examinadora pela disponibilidade em aceitar apreciar o meu trabalho, me escutar e contribuir com sugestões qualificadas.

Ao meu orientador Anaxsuell, por confiar em mim, pela paciência, pelas contribuições valiosas que ampliaram a minha perspectiva para a realização deste trabalho, e especialmente por ter me incentivado a continuar durante o meu percurso.

Sou grata, em especial, a toda a minha família, ao meu amor e ao meu filho por entenderem as minhas ausências para me dedicar aos estudos, por todo o amor e compreensão dedicados a mim e por serem a motivação das minhas conquistas e vitórias.

“O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas”

(José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres)

RESUMO

A Restrição Física da Mobilidade (RFMob) é uma prática comum em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) para garantir a segurança dos pacientes, mas seu uso gera controvérsias. Este estudo revisou a literatura científica sobre os eventos adversos (EA) decorrentes do uso da restrição física em UTIs, descrevendo os danos físicos e/ou psicológicos para o paciente e problematizou o uso desse recurso pelas equipes de saúde. A pesquisa ocorreu na base de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os descritores *restrição física*, *paciente* e *enfermagem*. Foram selecionados 4 (quatro) resultados para análise, sendo criadas duas categorias: 1) eventos adversos causados pelo uso de dispositivos de restrição e 2) justificativas para o uso da restrição na assistência ao paciente. Os resultados foram analisados e discutidos em comparação com a literatura e submetidos a uma reflexão crítica, através do olhar da psicologia, sobre o reducionismo do cuidado prestado no modelo hospitalocêntrico. Concluiu-se que a RFMob pode agravar o quadro clínico do paciente e produzir sofrimento. Destaca-se a necessidade de repensar os critérios de uso da RFMob, buscar alternativas de cuidado livres de restrições e reconsiderar a concepção de cuidados de enfermagem além do foco exclusivo na segurança do paciente.

Palavras-chave: restrição física; paciente; cuidados de enfermagem; unidades de terapia intensiva (UTIs); eventos adversos

ABSTRACT

Physical Restriction of Mobility (RFMob) is a common practice in Intensive Care Units (ICUs) to ensure patient safety, but its use is controversial. This study reviewed the scientific literature on adverse events (AE) resulting from the use of physical restraint in ICUs, describing the physical and/or psychological harm to the patient and problematized the use of this resource by health teams. The research took place in the VHL (Virtual Health Library) database, using the descriptors *physical restriction, patient and nursing*. Four (4) results were selected for analysis, and two categories were created: 1) adverse events caused by the use of restriction devices and 2) justifications for the use of restriction in patient care. The results were analyzed and discussed in comparison with the literature and submitted to a critical reflection, through the eyes of psychology, on the reductionism of care provided in the hospital-centered model. It was concluded that RFMob can aggravate the patient's clinical condition and produce suffering. The need to rethink the criteria for the use of the RFMob, to seek care alternatives free of restrictions and to reconsider the conception of nursing care beyond the exclusive focus on patient safety is emphasized.

Key words: physical restraint; patient; nursing care; intensive care units (ICUS); adverse events.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Artigos selecionados	19
Quadro 2	Identificação dos artigos por abordagem da pesquisa, técnica utilizada de coleta de dados e população estudada	20
Quadro 3	Objetivos e temas centrais dos artigos selecionados	20
Quadro 4	Principais resultados e conclusões dos artigos selecionados	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
COREN/SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Eventos Adversos
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Plano Nacional de Segurança do Paciente
RFMob	Restrição Física da Mobilidade
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	14
2.1 ETAPAS DA PESQUISA	14
2.2 PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DA AMOSTRA	14
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	15
2.3.1 PANORAMA DOS ACHADOS QUE FORAM EXCLUÍDOS	17
2.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	18
2.5 OBSERVÂNCIAS ÉTICAS	18
3 RESULTADOS DA REVISÃO LITERÁRIA	19
3.1 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS	19
3.2 DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	20
4 DISCUSSÃO	22
4.1 EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS PELO USO DE DISPOSITIVOS DE RESTRIÇÃO	23
4.2 JUSTIFICATIVAS PARA O USO DA RESTRIÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	25
4.3 REFLEXÃO CRÍTICA NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6 REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A restrição física da mobilidade (RFMob), termo utilizado nesta pesquisa como sinônimo de contenção mecânica, é o uso de dispositivos físicos como panos/tecidos, faixas, ataduras, materiais diversos e/ou, conforme aponta Ferreira (2019, p. 21), “equipamento anexado ou adjacente ao corpo do paciente”, para amarrá-lo ou aprisioná-lo ao seu leito. Conforme corrobora o COREN – SP (2012), o uso de dispositivos de contenção, tais como pulseiras de couro nos pulsos e/ou tornozelos, luvas, coletes, camisolas restritivas, pulseiras almofadadas (incluindo-se ataduras de crepe e algodão ortopédico ou compressa de algodão), são utilizados para restringir os movimentos do paciente.

Filippi et al. (2011) assinala que a restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere na habilidade do paciente em tomar decisões ou que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, a atividade física ou o acesso normal ao seu corpo.

A restrição física é abordada com maior frequência no contexto psiquiátrico (TAVARES, 2013, p. 35). No entanto, a prática cotidiana na busca por serviços de saúde, evidencia que é uma realidade também para os pacientes internados em contextos de urgência e emergência, como em unidades de terapia intensiva (UTIs), ainda que o paciente não tenha antecedentes de doença psiquiátrica ou agressividade. Além de ser uma prática historicamente utilizada nos ambientes hospitalares, com maior frequência em pacientes idosos, mesmo na ausência de evidências do seu benefício (SOUZA et. al, 2019 apud CARVALHO et al. , 2020).

A imobilização de punhos, tornozelos e/ou demais partes do corpo do paciente, parcialmente ou totalmente, em geral ocorre sob o pretexto de garantir a sua segurança contra quedas, autolesão e exteriorização de dispositivos de suporte à vida, sendo que, manter o paciente contido no leito é visto como uma forma de cuidado dentro do modelo hospitalocêntrico.

Destaca-se que os pacientes internados na UTI têm risco aumentado de apresentar distúrbios mentais e comportamentais (pela condição clínica e pela própria internação), bem como episódios de agressividade, retirada acidental de artefatos terapêuticos e quedas, indicando a necessidade da utilização de restrição física como método de prevenção de injúrias¹ (TAVARES, 2013)

¹ Eventos adversos (não intencionais) sem relação com a evolução natural da doença de base, ocasionam lesões, prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (GONÇALVES et al, 2012)

A UTI é um ambiente controverso, o qual “propõe intervenções que visam à sobrevivência através de tratamentos complexos, entretanto potencialmente iatrogênicos” (LUCCHESI et al.,2008). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que, nos países desenvolvidos, 1 (um) em cada 10 (dez) pacientes é prejudicado ao receber cuidados médico-hospitalares sofrendo lesões incapacitantes ou morte, e nos países em desenvolvimento há poucas evidências sobre práticas de cuidado inseguro, mas o risco de dano pode ser ainda maior devido às limitações em tecnologia, infraestrutura e recursos humanos. (WHO, 2008 apud TAVARES, 2013, p. 19).

Motivada por esse cenário, a OMS desenvolveu o *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) para propor medidas de redução de riscos e mitigar eventos adversos relacionados ao processo de cuidado (BRASIL, 2021). Articulando-se com os objetivos da Aliança Mundial e com as políticas de saúde, o Brasil criou o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2021). Foram construídos protocolos básicos de prevenção, para instruir ações em segurança, visando uma prática assistencial mais segura. Mas até que ponto o uso de medidas de proteção ao paciente, como por exemplo o uso da restrição ao leito para reduzir o risco de quedas, pode beneficiar ou trazer ainda mais prejuízos para o quadro clínico do paciente?

Diante do exposto, a presente pesquisa objetivou investigar como o uso de estratégias de cuidado envolvendo a RFMob, em UTIs, pode agravar o quadro clínico do paciente contido, provocando danos físicos e psicológicos. Essa pesquisa se propôs a pensar criticamente como o próprio atendimento médico-hospitalar implica em prejuízos para o paciente, além dos prejuízos previamente causados pela doença de base e pelo próprio processo de hospitalização, que por compor um lugar de cuidados críticos e de transição entre a vida e a morte, oferta um ambiente hostil, artificial, com ruídos e cheiros específicos, rotinas rigidamente impostas e uso de procedimentos invasivos.

Para alcançar o objetivo geral, foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo específico de identificar os eventos adversos (EA) decorrentes do uso dessa estratégia de cuidado nas UTIs, descrevendo as implicações para o paciente contido, problematizando o uso desse recurso pelas equipes de saúde, especialmente pelo profissional da enfermagem que lida mais frequentemente com o paciente e é responsável pelo gerenciamento do cuidado.

A reflexão crítica ocorreu por meio da perspectiva da psicologia, sobre o reducionismo do cuidado prestado no modelo hospitalocêntrico, o qual oferta uma humanização restrita ao cuidado técnico, focado na segurança do paciente e no propósito de manter o corpo vivo a qualquer custo, em detrimento de se pensar o sujeito de forma holística, compreendendo empaticamente seu sofrimento diante do processo hospitalização.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, método que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Realizou-se a busca de informações em bases de dados eletrônica (a partir da BVS) para conhecer o cenário das publicações acerca dos danos físicos e psicológicos que a prática da Restrição Física da Mobilidade (RFMob), em unidades de terapia intensiva (UTIs), reflete na saúde do paciente, complicando seu quadro clínico e agravando sua condição.

2.1 Etapas da Pesquisa

Para operacionalizar esta pesquisa, os estágios de desenvolvimento foram constituídos por 6 (seis) etapas, conduzidas pelo percurso metodológico proposto por Whittemore e Knafl (2005), Beyea e Nicoll (1998), Broome (2000), Ganong (1987), Cooper (1984) e explicitados no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a saber: 1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2ª Etapa: Seleção da amostra, estabelecendo de critérios de inclusão ou exclusão de estudos; 3ª Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, efetuando a categorização dos estudos; 4ª Etapa: Análise imparcial dos resultados incluídos na revisão integrativa; 5ª Etapa: Interpretação dos resultados (discussão); 6ª Etapa: Apresentação da revisão (síntese do conhecimento).

2.2 Procedimentos para a seleção da amostra

Iniciou-se a etapa de localização e seleção dos estudos que poderiam elucidar o tema. Optou-se pela busca na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Consultou-se as terminologias sobre o assunto na base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e identificou-se que o descritor *restrição física* é a terminologia que melhor se adequaria a esta pesquisa. A partir dessa informação, rastreios prévios foram feitos na referida base com a terminologia supracitada escrita em português, combinando este descritor com outros dois aleatórios, mas que se aproximavam da temática. Das amostras de resultados localizadas, a que mais se mostrou adequada e com aproximação à temática de pesquisa que se pretende investigar neste estudo, foi a amostra resultante da combinação dos descritores *restrição física*, *paciente* e *enfermagem*, inseridos nesta ordem, sendo estes descritores utilizados nesta pesquisa conectados ao operador booleano “AND” para combinar os três termos, garantindo que todos os conceitos estivessem presentes.

Inicialmente, localizou-se 603 (seiscentos e três) resultados, dos quais acrescentou-se como filtro à pesquisa que os estudos fossem referentes ao idioma português, remanescendo 23 (vinte e três) resultados. A busca nas bases de dados a partir dos descritores foi feita em maio de 2023, e no intuito de obter o maior número de informações sobre esta temática pouco debatida e com pouca literatura disponível em português, optou-se por não realizar recorte de temporalidade, sendo considerados todos os estudos que se adequassem ao tema, independentemente de quando foram publicados.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os títulos e resumos dos 23 (vinte e três) resultados filtrados na BVS foram lidos com a finalidade de excluir, nesta ordem: os resultados repetidos; os resultados que não estavam diretamente relacionados a temática da restrição física na prestação de cuidados de enfermagem; os resultados que usaram como ponto de partida sujeitos de pesquisa que são pacientes psiquiátricos ou estão em situação de crise, visto que, neste contexto a justificativa para o uso da Restrição Física da Mobilidade (RFMob) pelas equipes de saúde é mais aceitável, especialmente em casos de agressividade do paciente.

Na sequência, foram desconsiderados os resultados que focaram em pesquisar

sujeitos que estão fora do ambiente de UTI, como por exemplo os resultados que abordaram a restrição física em atendimento de caráter domiciliar e em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), onde culturalmente se pratica o cuidado leigo, de modo que, a presente pesquisa buscou se limitar ao ambiente hospitalar, mais especificamente ao ambiente de UTI, em que se pressupõe haver alto nível técnico de manejo dos pacientes e na oferta de serviços, intervenções, procedimentos e uso de protocolos, devido a demanda de alta complexidade.

Por fim, foram desconsiderados para a presente pesquisa os resultados que não são artigos científicos; aqueles resultados que não disponibilizaram na base de dados eletrônica pesquisada o texto completo para a leitura e análise; e após a leitura completa dos 6 (seis) resultados remanescentes, optou-se ainda por desconsiderar 2 (dois) resultados que são revisão de literatura.

Remanesceram 4 (quatro) resultados para serem incluídos na presente pesquisa, cujo fluxo do processo de seleção é ilustrado abaixo, na Figura 1.

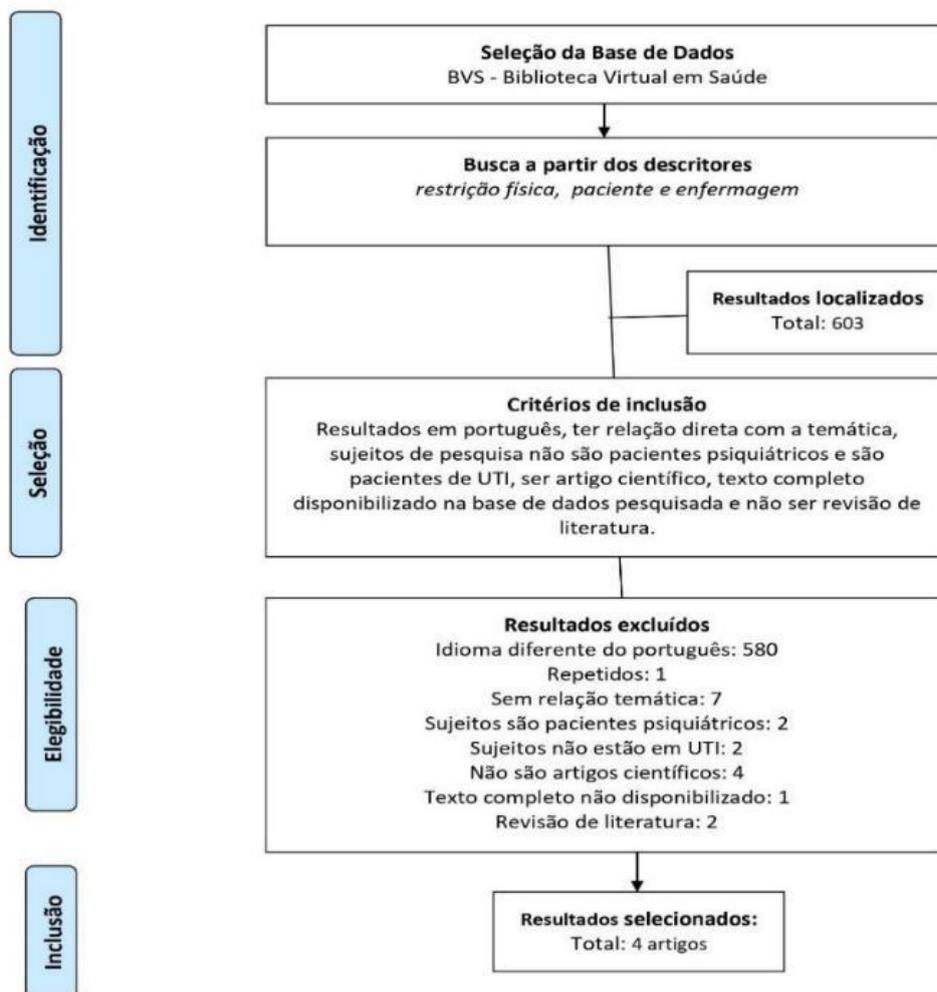


Figura 1: Processo de localização e seleção de artigos. Fonte: a autora, 2023.

2.3.1 Panorama dos achados que foram excluídos

Após a realização da triagem ilustrada acima, observou-se que a maioria dos resultados estão em outros idiomas, havendo poucas publicações dessa temática no Brasil. Dos 23 (vinte e três) resultados em português, aqueles que foram excluídos por não se relacionarem à temática (N=7) versaram sobre temas diversos, sem especificação relacionada a RFMob na assistência prestada ao paciente. Abordaram intervenções de enfermagem em condições patológicas específicas, como restrição de movimento no pós-operatório. Um achado destacou a necessidade de aprimoramento dos enfermeiros para fornecer assistência segura na incidência de emergências específicas, e outro achado abordou o ponto de vista dos enfermeiros sobre suas condições de trabalho (recursos materiais, dimensionamento de pessoal, falta de insumos, precariedade, etc), e os impactos disso para a segurança do paciente crítico. Mas, neste último caso, a temática da restrição do paciente não teve protagonismo.

Os resultados referentes a estudos com pacientes psiquiátricos (N=2) examinaram o uso da contenção mecânica como recurso terapêutico no cuidado de enfermagem. Um dos resultados abordou pacientes agressivos em hospitais psiquiátricos, e o outro se concentrou em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, incluindo tecnologias relacionais e administração de medicamentos. Embora relevantes, esses resultados foram descartados devido à alta aceitabilidade e desejabilidade social pela contenção e exclusão de portadores de transtornos mentais, dada a história da loucura estar relacionada ao higienismo e controle social dominante na sociedade.

Os resultados que focaram em pesquisar sujeitos que estão fora do ambiente de UTI (N = 2), abordaram a restrição física em domicílio e em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A percepção da equipe multiprofissional sobre o uso de contenção mecânica em idosos foi analisada. Destacou-se a necessidade de capacitação para estratégias de cuidado alternativas, evitando o uso da contenção.

Resultados excluídos por não serem artigos científicos (N = 4) são dissertações de mestrado e exploraram temas que incluíam o uso indiscriminado de contenção mecânica, sua prevalência em hospitais e fatores associados, apontando a necessidade de aprimoramento dos profissionais para reduzir eventos adversos. Um dos achados buscou adaptar um instrumento para avaliar o uso de grades laterais em

hospitais no Brasil, e outro buscou elaborar um guia para auxiliar enfermeiros na tomada de decisão sobre medidas de RFMOB.

Por fim, houve ainda os resultados excluídos por serem revisão de literatura (N = 2). Um buscou evidências científicas do uso da contenção mecânica nos serviços de urgências e emergências, e o outro buscou identificar instrumentos para contribuir na redução de quedas no leito sem o uso de grades laterais.

2.4 Tratamento e análise dos dados

Selecionados os artigos para compor a presente pesquisa, e para melhor visualização dos resultados destes, foram elaborados quadros sintéticos sobre o conteúdo das produções, permitindo a identificação de cada produção e os dados sobre a caracterização da temática específica abordada em cada uma delas.

Frente ao arcabouço de dados coletados e a partir da apropriação do panorama geral das publicações selecionadas, foram definidas duas categorias / eixos temáticos para agrupamento de resultados similares obtidos em cada estudo, na tentativa de melhor tratar e organizar os principais resultados e apresentar a discussão. Os eixos temáticos criados foram: 1) eventos adversos causados pelo uso de dispositivos de restrição, neste item concentram-se os dados que evidenciam os impactos físicos e psicológicos que a prática da RFMOB reflete no paciente e 2) justificativas para o uso da restrição na assistência ao paciente, evidenciando as razões e critérios que embasam a tomada de decisão da equipe de saúde para utilizar o procedimento de RFMOB na prestação do cuidado.

Fez-se a interpretação dos resultados de acordo com sua relevância nas possibilidades de atender os objetivos desta pesquisa, correlacionando estes dados com a literatura e evidências científicas sobre o tema, além de submetê-los a uma reflexão crítica, através do olhar da psicologia, sobre o reducionismo do cuidado prestado no modelo hospitalocêntrico.

2.5 Observâncias éticas

Dada a natureza científica desta pesquisa ser uma revisão de literatura e não envolver seres humanos, foi dispensada a submissão à conselhos de ética.

3 RESULTADOS DA REVISÃO LITERÁRIA

Os quadros sintéticos abaixo, referentes ao conteúdo das produções incluídas nesta pesquisa, viabilizam o conhecimento das seguintes variáveis: identificação dos artigos por título, autores, ano de publicação, nome do periódico, abordagem da pesquisa, técnica utilizada de coleta de dados e população estudada.

Outrossim, foram sistematizados os dados referentes à identificação da temática abordada evidenciando os objetivos dos artigos selecionados, temas centrais, principais resultados e as conclusões desses artigos.

3.1 Dados referentes à identificação dos artigos

Quadro 1- Artigos selecionados

IDENTIFICAÇÃO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	NOME DO PERIÓDICO E BASE DE DADOS
A1	Restrição física em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva: estudo exploratório-descritivo	DONATO, T.A.A; PIRES, L.R; SILVA, L.C.P; MOURA, L.V.C; SANTOS, A.A; SOUZA, L.F	2017	Online Brazilian Journal of Nursing (BDENF - Enfermagem / LILACS)
A2	Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral	SILVA, K. C; PAES, M.R; BRUSAMARELL O, T.	2020	Enfermagem em Foco (BDENF - Enfermagem / LILACS)
A3	Ocorrência de delirium em pacientes críticos em unidade intensiva	BENZAMAT, L.R.M; CAMERINI, F.G; ESPÍRITO SANTO, T.B; FASSARELLA C.S; FRANCO, A.S; HENRIQUE, D.M	2022	Ciência, Cuidado e Saúde (BDENF - Enfermagem / LILACS)
A4	Profilaxia das complicações decorrentes da restrição prolongada do paciente ao leito	SPOSITO, M. M. M; TELLINI, C. C; ITAMI, R. K.	1993	Acta Paulista de Enfermagem (BDENF - Enfermagem / LILACS)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Quadro 2 - Identificação dos artigos por abordagem da pesquisa, técnica utilizada de coleta de dados e população estudada

ARTIGO	ABORDAGEM	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	POPULAÇÃO ESTUDADA
A1	Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa	Entrevista semiestruturada feita individualmente, após o turno de trabalho dos profissionais de enfermagem participantes.	Enfermeiros e técnicos de enfermagem da equipe de assistência direta aos pacientes adultos/idosos de duas UTIs na Bahia.
A2	Pesquisa quantitativa, descritiva	Observações dos pacientes nos horários de visita. Utilizou-se instrumento estruturado, que continham itens de avaliação da técnica e artefatos utilizados para a restrição física e dos registros do procedimento pela equipe de saúde.	Pacientes internados sob restrição física no leito por meio de contenção mecânica, em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para adultos de um hospital de ensino em Curitiba/PR.
A3	Estudo observacional transversal, descritivo, com amostra por conveniência.	Observação <i>in locu</i> com uso de instrumento de rastreio para identificar <i>delirium</i> e análise documental em prontuário.	Pacientes críticos internados em UTI adulto de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Exceto pacientes com história pregressa de doença neurológica psiquiátrica, ou comatosos (sem interação).
A4	Discussão teórica	Não há registros de classificação quanto à abordagem da pesquisa e técnicas de coleta de dados	Pacientes submetidos à restrição prolongada ao leito.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

3.2 Dados referentes à identificação da temática

Quadro 3 – Objetivos e temas centrais dos artigos selecionados

ARTIGO	OBJETIVOS	TEMAS CENTRAIS
A1	Analisar os critérios para uso e monitorização de restrições físicas em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Descrição da prática de restrição física em pacientes críticos; frequência; razões para sua aplicação; critérios de uso; métodos utilizados; técnicas de monitorização; critérios de suspensão; impactos nos pacientes; conhecimento legal da equipe.
A2	Caracterizar a restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de um hospital geral.	Segurança do paciente; cuidados de enfermagem; métodos e tipos de contenção; prescrição de procedimento; critérios de uso; justificativa do emprego da restrição física; perfil de pacientes contidos; registros em prontuário.
A3	Descrever a ocorrência de delirium em pacientes críticos após aplicação de instrumento de rastreio	Diagnóstico prévio e frequência de <i>delirium</i> em pacientes críticos; manejo e prevenção do <i>delirium</i> ; subnotificação; uso de restrições físicas e sedativos associado ao <i>delirium</i> ; retirada acidental de dispositivos; fatores predisponentes ao <i>delirium</i> .

A4	Evidenciar alterações em pacientes submetidos à restrição prolongada ao leito.	Restrição ao leito; fisioterapia; cuidados preventivos; manifestações clínicas da restrição física; alterações fisiológicas e bioquímicas.
-----------	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Quadro 4 – Principais resultados e conclusões dos artigos selecionados

ARTIGO	PRINCIPAIS RESULTADOS	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
A1	O uso da restrição física é justificado como medida de segurança para os pacientes. Os critérios para usar a RFMOB são: avaliar nível de consciência, grau de agitação e/ou desorientação. Observa-se lesões na pele e alterações do nível de consciência (avaliação neurológica) para decidir suspender ou não a restrição.	O conhecimento ético e legal da equipe de enfermagem sobre o uso da restrição nos pacientes mostrou-se superficial. As RFMOB em UTI são realizadas sem critérios padronizados para uso e monitoramento. As decisões de uso da RFMOB e suspensão são embasadas em atitudes isoladas, concepções pessoais e empirismo. Necessária a criação de protocolos institucionais, treinamento de recursos humanos e vigilância constante do ambiente na UTI.
A2	Restrições mecânicas foram aplicadas principalmente nos membros superiores, com restrição parcial dos movimentos em 86,3% dos casos. O método mais utilizado foi o uso de pulseiras de ataduras de crepe com compressas cirúrgicas (77,5%). Não houve prescrição para o procedimento. Os pacientes contidos geralmente tinham sonda nasogástrica/enteral (96,2%), ventilação mecânica (67,5%), sedação (53,9%) ou agitação psicomotora (33,3%).	A restrição de membros superiores foi predominante. De forma geral, o procedimento é aplicado aleatoriamente, não foi possível identificar critérios de uso da RFMOB utilizados pela equipe de saúde. A falta de registros em prontuário (42,5% feito por técnicos de enfermagem e apenas 5,2% por enfermeiros) interferiu na identificação das justificativas do emprego da restrição física.
A3	38,9% dos pacientes foram diagnosticados pelo instrumento de rastreio para <i>delirium</i> , todos estes possuíam tempo de internação superior a 7 (sete) dias, 42,9% destes pacientes com <i>delirium</i> fizeram uso de contenção mecânica e 28,57% fizeram uso de contenção física (total de 71,47% de pacientes contidos)	O <i>delirium</i> é um desafio no cuidado de pacientes críticos, com prevalência maior em internações superiores a 7 dias. São necessários estudos para entender os impactos do <i>delirium</i> , incluindo custos hospitalares, eventos adversos e tempo de internação. A subnotificação é um obstáculo no manejo e prevenção adequados.
A4	A imobilização do paciente no leito acarreta consequências graves, como alterações bioquímicas, fisiológicas e comprometimento de vários sistemas do corpo (nervoso, digestivo, endócrino, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético). Pode levar à perda muscular e maior incapacidade do que a própria doença que motivou o cuidado médico-hospitalar, exigindo reabilitação.	A base das complicações provocadas pelo uso da restrição prolongada ao leito é o desequilíbrio da relação normal entre o repouso e a atividade física. Necessário o domínio de técnicas específicas para dar assistência aos pacientes restritos ao leito, conservar a integridade de suas funções, evitar danos permanentes e complicações clínicas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

4 DISCUSSÃO

Todos os estudos incluídos nessa pesquisa revelaram práticas focadas na segurança do paciente associada ao cuidado ofertado pela equipe assistencial, em especial, a equipe de enfermagem, porém práticas de cuidado potencialmente iatrogênicas, como a RFMob, e focadas em um cuidado técnico, acima de tudo.

Observou-se que em geral, estudos na área de enfermagem buscam focar em criação de manuais e protocolos para proceder na aplicação de técnicas que se propõem a ser humanizadas. No entanto, a humanização nesse campo do conhecimento evidenciou estar aquém de um cuidado verdadeiramente humano, limitando-se a pensar em formas menos desconfortáveis de aplicar técnicas produtoras de sofrimento, em vez de focar em um caráter mais reflexivo que embase a tomada de decisão mais assertiva sobre uso ou não uso dessas técnicas para poupar o paciente de mais sofrimento, como ocorre com a técnica da RFMob.

A influência desse modelo supracitado de cuidado médico-hospitalar, restrito ao cuidado técnico, é embasado em uma visão cindida do processo corpo-mente, que de acordo com Sebastiani; Maia (2005) apud More et al (2009) reforça as práticas voltadas ao indivíduo psicológico ou biológico. Belkiss (1999) reflete sobre as atividades do psicólogo no ambiente hospitalar, mas que é pertinente de ser estendida a toda a equipe que presta assistência ao doente crítico:

E deve-se buscar o “falar” deste paciente: gestos, olhares, gemidos. Colocar-se no lugar dele (não só o lugar simbólico, mas imaginar-se no lugar físico): o que nesta cama, neste lugar, pode estar me incomodando? Como gostaria de ser tratado? O que posso ver/ouvir daqui? E ser porta-voz do doente neste momento (BELKISS, 1999, p. 69)

No entanto, há um grande desafio para a escuta pela equipe pois, tal qual afirma Ayres (2004): “não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar”. Muitas vezes o profissional intensivista não quer escutar mais a dor e o sofrimento, e nem tem qualificação para compreender seus próprios mecanismos de defesa, que acabam por repercutir na má / insuficiente prestação da assistência ao doente.

Nesse sentido, há que se frisar que faz-se indispensável a presença do psicólogo no contexto hospitalar, o qual domina a escuta qualificada, especialmente a escuta do que não pode ser dito pelo paciente, e compreende o lugar do sujeito nas

práticas de saúde ofertadas, entendendo as particularidades das reações ao processo de hospitalização e conseguindo mobilizar no paciente os recursos internos disponíveis, dentro do que é possível fazer no contexto limitado da UTI.

Todos os estudos incluídos nessa revisão também evidenciaram a carência de conhecimento profissional, ético e legal sobre a prática da RFMob e a subnotificação, revelando ser uma prática feita com discricção, embora largamente utilizada. No artigo A2, a falta de registros em prontuário (42,5% feito por técnicos de enfermagem e apenas 5,2% por enfermeiros) interferiu na identificação das justificativas do emprego da restrição física.

4.1 Eventos adversos causados pelo uso de dispositivos de restrição

De acordo com Souza et al (2018) apud Benzamat et al (2022) “Estima se que por ano acontecem cerca de 42,7 milhões de eventos adversos com pacientes ao redor do mundo”. A prática da RFMob inclui-se nesta estatística por ser uma estratégia que repercute em diversos danos, a despeito de seu benefício de evitar acidentes. Evans et al (2003) apud Donato et al (2017) associa a RFMob ao “aumento do tempo de hospitalização; à ocorrência de infecções, principalmente em restrições prolongadas por mais que quatro dias; à alterações decorrentes de imobilidade, quedas, morte”. Heather et al (2015) apud Donato et al (2017) aponta a RFMob como “causa frequente de estresse pós-traumático associado ao internamento na UTI, sobretudo em pacientes agitados, estressados, ansiosos, temerosos e com dificuldades de se expressar”.

Donato et al (2017) afirma que o uso da restrição pode acarretar *delirium* e a detecção precoce dessa síndrome e sua prevenção seriam fatores significativos para evitar a RFMob. O *delirium* diz respeito ao rebaixamento de consciência, acompanhados de desorientação temporoespacial, ansiedade, agitação ou lentificação psicomotora, discurso ilógico e confuso e ilusões e/ou alucinações, sendo um quadro clínico que oscila muito ao longo do dia (DALGALARRONDO, 2019, p. 157). Costuma ocorrer devido à complicação iatrogênicas, resultando de problemas como efeitos colaterais de medicamentos, estresse secundário a cirurgia, complicações de procedimentos ou imobilização, sendo considerada a síndrome psiquiátrica mais comumente encontrada no contexto hospitalar, afetando em 10 (dez) a 45% (quarenta e cinco por cento) dos pacientes internados em hospitais gerais,

sobretudo idosos, e 59% dos internados em unidades de terapia intensiva (LIMA E SILVA; SANTOS JR, 2012).

Infere-se do artigo A1 que a RFMob causa lesões na pele e alterações do nível de consciência, visto que, os profissionais utilizam esses parâmetros para decidir suspender ou não a restrição. Este estudo ainda aponta que para decidir pela retirada da RFMob é feita avaliação neurológica para determinar o nível de consciência do paciente, porém não deixou claro que avaliação é esta.

O artigo A4 tem baixo nível de evidência científica e não aborda questões como a tomada de decisão sobre usar ou não a RFMob, mas se propõe a alertar o profissional da saúde para um manejo terapêutico adequado do paciente restrito ao leito, mobilizando e estimulando o paciente com exercícios diversos, movimentando o paciente no leito, dentre outras ações, para evitar eventos adversos tais como: úlceras de pressão, edemas, alterações fisiológicas, atrofia muscular, disfunção dos sistemas nervosos, respiratório, e até maior incapacidade do que a própria doença que motivou o cuidado médico-hospitalar, atribuindo a motivação das complicações provocadas pelo uso da restrição prolongada ao desequilíbrio da relação normal entre o repouso e a atividade física.

É necessário se pensar os custos dessa prática para o paciente, visto que, a RFMob tem o propósito de evitar acidentes, mas causa diversas alterações no corpo- mente do paciente, interferindo negativamente na sua experiência de internação.

“(...) a contenção para evitar a retirada de dispositivos e o risco de queda no ambiente hospitalar pode ser um fator desencadeador de danos ainda maiores que a própria queda, como óbito” (FREITAS et al, 2014 apud CARVALHO, 2020)

Corroborando com os estudos incluídos nesta pesquisa, Pan Y et al (2018) apud Carvalho (2020), apontam que as RFMob “induzem a lesões por pressão e fricção, imobilidade, problemas circulatórios, infecções, desconforto do paciente, incontinência, desorientação, agitação ou *delirium* e aumento do risco de extubação”, além de quedas na tentativa de se livrar da contenção, estrangulamento, asfixia, ou compressão que podem resultar em óbito. Colle et al (2014) apud Carvalho (2020), afirma que “o paciente contido apresenta ainda piora da agitação na tentativa de lutar contra as contenções, o que aumenta o risco de colapso do músculo e até mesmo rabiomíólise”, que é lesão do músculo esquelético com a liberação dos constituintes

celulares para o plasma sanguíneo, e se caracteriza pela necrose muscular (LACERDA et al, 2022).

4.2 Justificativas para o uso da restrição na assistência ao paciente

Em geral, os artigos incluídos nesta pesquisa revelaram o uso de procedimentos de RFMob por motivos relacionados à segurança e proteção do paciente. No artigo A1, entrevistados apontaram avaliar nível de consciência, grau de agitação e/ou desorientação, risco de queda, risco de exteriorização de dispositivos e agitação psicomotora, mas o conhecimento dos profissionais entrevistados mostrou-se superficial, não há protocolos institucionais, nem treinamento, e a decisão sobre uso e suspensão da RFMob são embasadas em atitudes isoladas, concepções pessoais e empirismo. Esse cenário de incertezas sobre modos de utilizar a RFMob e monitorizar seu uso, corrobora com os demais estudos incluídos nesta pesquisa, como no artigo A2 em que não foi possível identificar critérios de uso da RFMob pela equipe de saúde.

Algumas terapêuticas, muitas vezes usadas para garantir uma “segurança” ao paciente e não o expor a riscos de perda de dispositivos e de quedas, são controversas, uma vez que não há evidências na literatura apontando a restrição física como proteção contra quedas ou como benéfica ao paciente (DONATO et al, 2017, p. 89)

No artigo A1, cinco entrevistados afirmaram que em caso de agitação do paciente optam imediatamente pela restrição física, sem utilizar nenhum método alternativo anteriormente, de modo que, a restrição é utilizada como uma solução em vez de ser utilizada como medida alternativa. Donato et al (2017) frisa que o corpo de enfermagem, por estar mais tempo em contato com o paciente, é culpabilizado por danos ocorridos, fazendo com que os profissionais considerem a restrição física como primeira medida de proteção. Esse cenário traz à tona fatores organizacionais que interferem no cuidado e a própria condição do profissional, de ser um trabalhador enquadrado em regras e tendo responsabilidades, que são carregadas por medos e angústias de ser culpabilizado e perder o emprego.

No artigo A2, não foi possível identificar prescrição para o procedimento de RFMob adotado, e os pacientes que usavam RFMob eram os que tinham sonda nasogástrica/enteral (96,2%), ventilação mecânica (67,5%), sedação (53,9%) ou apresentavam agitação psicomotora (33,3%). Todos esses equipamentos

invasivos inevitavelmente causam agitação em qualquer pessoa que tenha seus sentidos preservados e, a menos que o paciente esteja agressivo, não deveria ser utilizada estratégias de restrição como primeira opção. Segundo Heidemann (2011), muitos fatores podem ser geradores de estresse nos pacientes, como luminosidade constante e artificial, presença de pessoas e equipamentos estranhos, ausência de janelas, perda da referência espaço-temporal e da privacidade, a monitorização contínua dos sinais vitais e da atividade cardíaca, a submissão a procedimentos invasivos, ausência da família e dos amigos e a imobilidade também podem estressar os pacientes, assim como a presença de odores desconhecidos, a sensação de morte e a intervenção constante da equipe multidisciplinar.

A despeito das justificativas e critérios aleatórios adotados nos artigos que compõem essa revisão literária, o Conselho Federal de Enfermagem, estabeleceu parâmetros técnicos-legais para uso da RFMob por meio da Resolução nº. 427, de 07 de maio de 2012, estabelecendo que a contenção de paciente deve ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais, não podendo ser prolongada além do período estritamente necessário para sanar a causa que motiva a contenção. Além disso, a resolução estabelece que o paciente contido deve ser monitorado para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente, havendo necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais, de condições de pele e da circulação sanguínea nos locais e membros contidos do paciente, devendo ser verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora. Essa observância específica contribui para evitar práticas como abandono do paciente, já que, teoricamente estaria seguro estando contido. Esses cuidados com o paciente contido também revelam que a própria prática da restrição pode ser causadora do que ela se propõe a prevenir, como quedas, úlceras, lesões de pele por pressão, etc.

No artigo A3, figurou como um dos temas centrais o uso de restrições físicas e sedativos associado ao *delirium* e retirada acidental de dispositivos. Neste estudo 38,9% dos pacientes foram diagnosticados com *delirium*, e destes, 71,47% fizeram uso de algum mecanismo de RFMob. No estudo em questão, o *delirium* foi motivação para o emprego da RFMob. Contrastando com o estudo supracitado, Pan Y, Jiang Z, Yuan C, Wang L, Zhang J, et al (2018) apud Carvalho

(2020) aponta um estudo de coorte realizado em uma UTI chinesa, com 593 pacientes, em que 447 foram submetidos à contenção, desses, 178 (39,8%) desenvolveram o *delirium*. Infere-se que, apesar de o *delirium* ser usado como justificativa para o emprego da contenção, a própria contenção pode ser fator precipitante para o desenvolvimento do *delirium*, sendo neste caso, o *delirium* um evento adverso da contenção. Além de identificar as contenções como fatores predisponentes à incidência de *delirium*, o estudo chinês concluiu que o risco de desenvolvimento da síndrome é ainda maior em pacientes contidos por mais de 06 (seis) dias. Nesse sentido, a utilização de RFMob vai sendo imposta ao paciente em um ciclo contínuo de *delirium* e uso de contenções que se retroalimenta.

Cabe ressaltar que muitos profissionais de saúde ainda entendem o uso de contenção mecânica e física como formas de manejo do *delirium*, entretanto, esse hábito é considerado um fator precipitante e agravante da síndrome. (BENZAMAT et. al, 2022)

Faria et. al (2013); Chen et al (2022) apud Benzamat et. al (2022) afirma que há uma estreita relação do *delirium* com elevação das taxas de mortalidade (a cada 48 horas em delirium aumenta-se em 11% a mortalidade), elevação do tempo de internação (acréscimo médio de 7,32 dias de internação em UTI), elevação do tempo de uso de ventilação mecânica (mais de 7,22 dias), maior risco de exteriorização acidental de equipamentos de suporte à vida, comprometimento cognitivo, incidência de lesões autoprovocadas e lesões por pressão, e aumento dos custos hospitalares (39% maior que pacientes não acometidos). No artigo A3 destacou-se ainda o uso de sedativos em 52,6% dos pacientes com *delirium*. 60% deles utilizavam fentanil, que em uso contínuo ou em altas doses eleva o índice de *delirium* (Juárez et. al, 2022 apud Benzamat et. al, 2022), e 20% utilizavam midazolam, que de acordo com Carmo (2017) apud Benzamat et. al (2022) também associa-se com frequência ao diagnóstico de *delirium*.

Analisando o cenário supracitado percebe-se que o *delirium* pode ser causado pelo próprio tratamento ofertado, através de uso de procedimentos coercitivos como a RFMob e administração farmacológica inadequada, provenientes da falta de clareza dos profissionais sobre o que é a síndrome e como manejá-la. Benzamat et al (2022) aponta que existem intervenções não

farmacológicas para manejo do paciente com *delirium* como a presença da família, a qual pode ter participação ativa na estimulação cognitiva dos pacientes, e o despertar diário, para melhoria de disfunções cognitivas.

4.3 Reflexão Crítica na Perspectiva da Psicologia da Saúde

No contexto do cuidado em saúde em instituições hospitalares, a prática dos profissionais é influenciada pelo modelo de pensamento biológico tradicional, o que afeta a postura da equipe frente ao processo saúde-doença. Nesta configuração, há abusos de técnicas invasivas e produtoras de sofrimento. Essa forma de cuidado pode estar relacionada a mecanismos de defesa da equipe para evitar lidar com a dor e sofrimento vivenciados pelo paciente, sendo mais fácil sedá-lo e/ou amarrá-lo.

Essas estratégias de cuidado em saúde fornecidas pelo modelo hospitalocêntrico também podem estar relacionadas ao desconhecimento ético e legal da equipe de profissionais, que lançam mão de estratégias potencialmente iatrogênicas, mas que mantenham a ordem e a disciplina do ambiente. Fatores organizacionais como falta de treinamento adequado, falta de um modelo de saúde que busque enxergar o paciente de forma holística, e dimensionamento insuficiente do quadro de pessoal, também são fatores que impedem um atendimento personalizado, de acordo com as particularidades de cada paciente.

É preciso reinventar os modelos de cuidado e partir para um modelo centrado no bem-estar do paciente e inclusão da família no processo de assistir e confortar o paciente. Não obstante o fato de o paciente vivenciar uma experiência altamente hostil, estressora e descontextualizada com o mundo externo e com a própria noção de tempo, a qual configura o contexto da hospitalização, no caso das UTIs, essa experiência negativa se amplia, dado o isolamento a que os pacientes são submetidos, especialmente aqueles que não estão sedados, visto que, visitas e acompanhantes tem estrito acesso ao local, provocando ruptura nas relações do paciente com o mundo e potencialmente despertando os sentimento de solidão, vazio, impotência, perda de identidade, crise existencial, despersonalização, ansiedade, medo, estresse, irritação, etc.

(...) observa-se que aqueles pacientes que permanecem conscientes

e são expostos a situações extremamente complexas do ponto de vista físico e psicológico, podem evoluir para uma desestruturação emocional, motivando algumas situações, por exemplo, apatia, aumento da angústia, sofrimento psíquico, medo intensificado da morte (LUCCHESI et al.,2008)

O diálogo entre tecnologias duras e leves de cuidado nos serviços de urgência e emergência de alta complexidade, tornando permeável os recursos técnicos aos não-técnicos, contribuem significativamente para um processo de saúde-doença mais positivo e acolhedor. Faz-se imprescindível para a melhora do paciente, que se considere todas as dimensões que abrangem aquele sujeito ao ofertar o cuidado, e alternativas como o uso da palavra e da escuta em substituição às restrições e excesso de medicalização podem definir o destino do paciente.

A humanização, requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho - o doente/ser fragilizado -, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (BACKES et al, 2006). Demanda-se do profissional que oferta a assistência médico-hospitalar, que o mesmo seja capaz de compreender, por exemplo, que uma agitação psicomotora pode ser angústia, demanda de interação, necessidade de ser enxergado, percebido e ter naquele profissional que fornece a assistência, e é o seu único vínculo, o conforto de ser entendido, ainda que não consiga falar devido a uma ventilação mecânica, traqueostomia e outros procedimentos invasivos que subtraem a possibilidade de emitir o som da voz.

O profissional que fornece a assistência em saúde é o elo entre o doente internado na UTI e o mundo externo, e esse profissional precisa ter o entendimento de que ele contribui para a reconstrução da identidade do sujeito doente, desconstituída por aquela nova condição de doente “temporário” ou doente permanente. No caso de pacientes que estão finalizando seu ciclo de vida, o profissional é quem testemunha seus momentos finais e, portanto, detém a responsabilidade de conseguir entender esse paciente e contribuir para confortá-lo, reduzir suas angústias, compreender seus pedidos finais e ajudá-lo a perceber o sentido dessa vivência terminal. O profissional é vínculo, guardião e porta-voz em potencial do doente crítico em seus momentos finais de vida, o único que pode

ouvir seus silêncios e entender que sua agitação pode não ser por motivo orgânico, mas sim existencial.

No entanto, faz-se importante esclarecer que a aliar tecnologias leves na assistência ao doente sem a participação de um profissional da psicologia, ocorre de forma limitada, visto que, apenas o psicólogo tem o arcabouço técnico e teórico para manejo adequado do paciente a partir de uma escuta qualificada. Como consequência disso faz-se imprescindível a presença dos profissionais da psicologia inseridos no contexto da assistência de alta complexidade em serviços de urgência e emergência. É o profissional da psicologia que terá a capacitação para a sensibilização de toda a estrutura hospitalar e buscará construir, dentro do ambiente hostil do hospital, estratégias de (des)silenciamento dos pacientes assistidos, visando incluir suas vozes no tratamento recebido, transformando o cuidado em saúde em uma assistência partilhada e não imposta. Por isso, é imprescindível a incursão do psicólogo tanto na linha de frente do atendimento, junto ao paciente e familiares, quanto na prestação do cuidado e psicoeducação à equipe que presta assistência, e incursão do psicólogo também nos espaços de gestão, condição *sine qua non* para transformação da cultura hospitalar em uma cultura mais sensibilizada e focada em aspectos de humanidade.

Faz-se necessário a sensibilização da gestão/administração para construir/adotar dispositivos institucionais como instrumentos, protocolos e ferramentas que deem suporte para decisões mais assertivas da equipe assistencial de alta complexidade, sobre questões tão importantes como restringir o paciente ao leito e aviltar seu direito à liberdade, constitucionalmente garantido.

Sensibilizar a gestão não necessariamente implica em mais gastos. Ações simples como a presença de relógios e calendários próximos do leito do paciente, e espaço físico com poltronas para que pacientes possam receber familiares (SILVA, 2007, p. 39) são indicadas pela própria AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira (embora normalmente não cumpridas), e contribuem para diminuir riscos como *delirium*, poupando o paciente de ser medicalizado e contido no leito. Além de expor calendários e relógios para o paciente na UTI objetivando evitar o *delirium*, e conseqüentemente, a RFMob, a equipe que presta assistência pode incluir nas ações de rotina informar verbalmente ao paciente data, horário, informações sobre o tempo, etc, especialmente em casos em que o paciente é analfabeto, assim como, incluir conversas diárias da equipe com o paciente, como

parte dos procedimentos de rotina para estimular cognitivamente o paciente. Essas ações simples dependem apenas da disposição da equipe e de uma organização do trabalho mais sensibilizada. Reduzir fatores de sofrimento, atentando-se para o que pode ser evitado, deve fazer parte da cultura das instituições hospitalares, e prescinde de prescrição ou lei, visto que, faz parte do conceito de humanizar a saúde, provocando impacto positivo no processo de saúde-doença do paciente.

Enfim, transcender o modelo biomédico e sensibilizar o cuidado a partir de um modelo biopsicossocial mais amplo, perpassa por não separar o cuidado em saúde mental das outras linhas de cuidado em saúde, considerando-se que o psicólogo não cuida de doenças psíquicas apenas, mas sim da parte psíquica que constitui toda e qualquer patologia ou enfermidade.

O cuidado verdadeiramente humano perpassa por repensar novas práticas e/ou retorno às estratégias comunitárias de cuidado em contraponto ao modelo hospitalocêntrico vigente, construir uma cultura da não contenção nos hospitais e da medicalização responsável, especialmente em ambientes críticos, buscando reduzir ou evitar a medicalização desenfreada e a RFMob para conter reações humanas normais, que fazem parte da constituição biológica, social, histórica, emocional e espiritual do ser humano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é possível se pensar em categorias separadas de “justificativa de uso de RFMob” e “eventos adversos causados pelo uso da RFMob”, uma vez que, a justificativa para usar restrições em pacientes muitas vezes causa o que está tentando evitar, além de outras iatrogenias. Assim, justificativas e eventos adversos estão em total relação de entrelaçamento. Usa-se a RFMob como justificativa para evitar quedas, mas a própria estratégia pode causar a queda, na tentativa de o paciente se soltar. Usa-se RFMob para evitar o *delirium*, mas a RFMob causa o *delirium* e agrava o quadro clínico do paciente. A RFMob é utilizada para evitar que o paciente cause lesões a si mesmo, mas o uso da RFMob causa úlceras de pressão e lesão ao paciente que tenta retirar as contenções.

Os estudos na área são limitados, incluindo este, e carecem de maiores discussões, em especial no Brasil, em que há poucas evidências científicas do uso

de RFMob em UTIs. Este estudo sugere que se pense em políticas e dispositivos institucionais para a mudança de paradigma da cultura da contenção para a cultura da não-contenção em ambientes hospitalares, visando construir ambientes verdadeiramente humanizados, que enxergue o paciente de forma holística, empática e acolhedora, em detrimento de um viés de cuidado meramente focado em manter o corpo vivo por meio de alta tecnologia, e procedimentos de segurança do paciente que são produtores de mais sofrimento do que a doença que motivou o internamento.

6 REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.** Dez 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?lang=pt>. Acesso em 05 maio 2023.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132–135, jan. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dyHDHRtQTZyGpg8RJRdrpPK/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jul 2023.

BELKISS, W. L. R. Potencialidade dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas. In: **Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BENZAMAT, Lyana Reis de Moura; CAMERINI, Flavia Giron; ESPÍRITO SANTO, Tiago Braga; FASSARELLA, Cíntia Silva; FRANCO, Andrezza Serpa; HENRIQUE, Danielle de Mendonça. Ocorrência de *delirium* em pacientes críticos em unidades de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, p. 1 – 8, 2022. Disponível em <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/61561>. Acesso em: 16 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529/2013. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. 2021. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/sobre-o-programa>. Acesso em: 10 mai 2023.

CARVALHO, Ana Carolina Siqueira de; BARROS, Patrícia de Fatima Augusto; DELVALLE, Romulo; SANTANA, Rosimere Ferreira. Contenção Mecânica nos Serviços de Urgência e Emergência. **Rev enferm UFPE on line**. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/245201/36306>. Acesso em: 05 maio 2023

CARVALHO, Ana Carolina Siqueira de. **Contenção Mecânica nos Serviços de Urgência e Emergência: estudo transversal**. Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói/ RJ, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Parecer COREN-SP 019/2012- CT, de 2012. **Contenção de pacientes mediante a prescrição por “telemedicina” em APH e em outras situações**. Disponível em https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_19.pdf. Acesso em: 13 mai. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução cofen nº 427/2012. **Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em: 13 mai. 2023

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DONATO, Tamyres Araújo Andrade; PIRES, Laís Rocha; SILVA, Larissa Chaves Pedreira; MOURA, Luna Vitória Cajé; SANTOS, Alice de Andrade; SOUZA, Lázaro Farias. Restrição física em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva: estudo exploratório-descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/877252/objn-pdf.pdf>. Acesso em: 9 mai 2023

FERREIRA, Teresa Cristina Brasil. **Tradução e adaptação transcultural do instrumento “evaluation of siderail usage”: estudo metodológico**. 166 f. Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói/ RJ, 2019.

FILIPPI, Joseane; FLORES, Anderson; BETTINELLI, Luiz Antônio; POMATTI, Dalva.Maria. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 573–578, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1590>. Acesso em: 7 mai. 2023.

GONÇALVES LA, Andolhe R, OLIVEIRA EM, BARBOSA RL, FARO ACME, GALLOTTI RMD, PADILHA KG. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, 2012.

HEIDEMANN, A. M. et al. Influência do nível de ruídos no estresse de cardiopatas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 23, n. 1, p. 62-67, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a11v23n1.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2023.

LACERDA, Carlos Eduardo Piacentini de; SOUZA, Julia Dorneles de; HEBERLE, Sandra Magali. **A Rbdomiólise relacionada à fisioterapia cardiopneumofuncional**. ANAIS DA XVI MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA, 2022. Disponível em: <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/2371>. Acesso em: 20 jul 2023.

LIMA E SILVA , Luiz Fernando de Almeida; SANTOS JR, Amilton dos. Delirium (estado confusional agudo). In: BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto alegre: Artmed; 3 ed; 2012, p 260-276.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 19-30, 2008.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.

MORE, Carmen L. O. Ocampo; CREPALDI, Maria Aparecida; GOLÇALVES, Jadete Rodrigues; MENEZES, Marina. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicol. Estud.** Set 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/dmNyjLNk6LMnJxqwPBMq7MP/#>. Acesso em 6 jun 2023.

SILVA, Karoliny Cavalheiro da; PAES, Marcio Roberto; BRUSAMARELLO, Tatiana. Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral. **Enfermagem em Foco**, Brasília, p. 167-173, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3239/967>. Acesso em: 02 jun. 2023.

SILVA, R.R. Psicologia e unidade de terapia intensiva. **Rev Salus – Guarapuava/PR**. 2007. Disponível em: <https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/668>. Acesso em: 18 jun 2023.

SPOSITO, Maria Matilde de Mello; TELLINI, Ciany Conze; ITAMI, Regina Keiko. Profilaxia das complicações decorrentes da restrição prolongada do paciente ao leito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, p. 11 – 15, Jan/Dez 1993. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/profilaxia-das-complicacoes-decorrentes-da-restricao-prolongada-do-paciente-ao-leito/>. Acesso em: 2 jun. 2023.

TAVARES, Vânia Hilário. **Segurança do paciente em terapia intensiva: análise do uso da restrição física**. 129 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2013.