

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

VÂNIA HILÁRIO TAVARES

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE
DO USO DA RESTRIÇÃO FÍSICA**

BRASÍLIA-DF

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VÂNIA HILÁRIO TAVARES

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DO
USO DA RESTRIÇÃO FÍSICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Soares Rodrigues

Brasília-DF

2013

VÂNIA HILÁRIO TAVARES

SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DO
USO DA RESTRIÇÃO FÍSICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Aprovado em 07 de junho de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Soares Rodrigues- Presidente da banca
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Ana Elisa Bauer de Camargo Silva - Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus - Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Ivone Kamada - Membro Suplente
Universidade de Brasília

A todos que, em algum momento, se viram na condição de paciente e, principalmente, àqueles que permitiram que o presente estudo se concretizasse.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido a realização de um sonho.

À Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues, pela brilhante orientação realizada, pela convivência tranquila e cordial, pelo apoio dado e por acreditar que valia a pena.

À Doutora Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, pelo tempo disponibilizado, pelo incentivo e por me fazer acreditar que seria feliz no referido processo.

Ao Doutor Pedro Sadi Monteiro, pelo apoio na construção desse estudo e sugestões efetivas para a sua realização, gostaria de expressar minha profunda gratidão.

À amiga e grande profissional, Fernanda Gonçalves Ferreira, agradeço de forma carinhosa a sua contribuição nesse trabalho.

Ao Doutor João Fernando Marcolan, por ter abordado o tema restrição física com respeito e seriedade.

À minha família, minha filha Marina, minha mãe, irmã, sobrinhos, pelo amor que recebi. Vocês são o meu alicerce!

Ao José Sergio, por ter sido companheiro e amigo, pelas noites não dormidas e pelo apoio no momento em que mais precisava.

À Universidade de Brasília (UnB), pela base sólida, pelo respeito e pela oportunidade de realização do curso de Mestrado.

Aos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), pela colaboração e convivência amistosa.

Aos meus amigos, por estarem sempre por perto quando da necessidade e pela compreensão de minha ausência.

"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)

RESUMO

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, 2013.

Inserir a temática restrição física à segurança do paciente foi a meta desse estudo, pois, para alguns autores a restrição física pode ser utilizada com o propósito de reduzir o risco de lesões e assegurar a segurança, e para outros, oferece mais riscos que benefícios. Esse estudo teve como objetivo analisar o uso da restrição física em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva. Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de terapia Intensiva adulto, de instituição pública de ensino. A coleta de dados foi realizada no período entre 19 de julho e 26 de outubro de 2012, nos três períodos de funcionamento da unidade, pelo método de observação estruturada e busca de dados em prontuário. Realizou-se seleção não aleatória de participantes no estudo, segundo critérios de inclusão e exclusão pré-determinados. A coleta de dados foi operacionalizada após aceite do paciente ou do responsável legal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um instrumento estruturado, com registro de variáveis relacionadas à caracterização socioeconômica-demográfica, à internação hospitalar, à restrição e de cuidados de enfermagem realizados durante a restrição física. O banco dos dados foi gerenciado com auxílio do Microsoft Excel 2007 e do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS - Versão 18.0), e analisados conforme estatística descritiva. De um total de 169 admissões, 44 pacientes participaram do estudo, representando uma incidência de 26% de pacientes restritos. Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (63,6%). A idade média foi de 55,17 anos (DP=18,29), 40,9 % da amostra possuía ensino fundamental completo. A maioria (88,6%) residia com a família e detinha a renda familiar de até 1 salário mínimo (36,4%). Desses, 43,2% eram aposentados. O tempo médio de permanência dos pacientes restritos, na unidade, foi de 11,47 dias (DP=13,00), 43,2% da amostra, recebeu sedação. Constatou-se elevada frequência de uso de dispositivos terapêuticos (90,9%). Quanto ao percentual de óbitos ficou em 40,9%, sendo considerado elevado, no entanto, não foi relacionado ao uso da restrição física. Dentre os tipos de restrição realizados, a física, isoladamente, totalizou 14 (31,8%) dos casos, principalmente dos membros superiores (95,5%), em um tempo médio de 2,57 dias, empregada, na totalidade, sem prescrição médica. A restrição verbal esteve presente em 40,9% dos procedimentos. Em 75% dos casos, o paciente foi orientado quanto à restrição, justificada, principalmente, por agitação, porém, em 56,8% dos casos o procedimento não foi registrado no prontuário. A incidência de incidentes/eventos adversos que acometeram os pacientes da amostra foi de 38,6%. Foram prestados cuidados de enfermagem aos pacientes restritos em mais de 90% dos casos. Conclui-se que, existe uma expressiva frequência do uso da restrição física no ambiente analisado, porém, o emprego do procedimento mostrou-se seguro e o ambiente de Terapia Intensiva facilita o monitoramento adequado e a prestação de cuidados de enfermagem ao paciente sob restrição física.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Restrição Física; Segurança; Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

TAVARES, V. H. **Patient Safety in Intensive Care: Analysis of the Use of Physical Restraint**. 2013.129 p. Thesis (Master) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2013.

Enter the subject physical restraint to patient safety was the goal of this study, therefore, for some authors physical restraint may be used for the purpose of reducing the risk of injury and ensure safety, and to others, offers more risks than benefits. This study aimed to analyze the use of physical restraints on patients Intensive Care Unit . Exploratory, descriptive study with a quantitative approach, performed in an adult, public institution of education. Data collection was conducted in the period between July 19 and October 26, 2012, in the three periods of unit operation, the method of structured observation and data mining in medical records. Held non-random selection of participants in the study, criteria for inclusion and exclusion predetermined. Data collection was accepted operation after the patient or legal guardian, by signing the consent form. We used a structured instrument, with record variables related to socioeconomic and demographic characteristics, hospitalization, and the restriction of nursing care performed during physical restraint. The data bank was managed with the aid of Microsoft Excel 2007 software and the Statistical Package for the Social Sciences ® (SPSS - version 18.0) and analyzed according to descriptive statistics. A total of 169 admissions to the ICU, 44 patients participated in the study, representing an incidence of 26% of patients restricted. There was a predominance of male patients (63.6%). The mean age was 55.17 years (SD = 18.29), 40.9% of the sample had completed elementary school. The majority (88.6%) lived with the family and had a family income of up to 1 minimum wage (36.4%). Of these, 43.2% were retired. These variables did not influence the indication of the restriction procedure. The average length of stay of patients confined in the unit, was 11.47 days (SD = 13.00), 43.2% of the sample received sedation. It found a high frequency of use of therapeutic devices (90.9%). Regarding the percentage of deaths stood at 40.9%, considered high, however, was not related to the use of physical restraint. Among the types of restriction performed, physics, alone, totaled 14 (31.8%) of cases, especially of the upper limbs (95.5%) in an average time of 2.57 days, employed, in full, without prescription. The verbal restriction was present in 40.9% of procedures. In 75% of cases, the patient was instructed as to restriction, justified primarily by agitation, but in 56.8% of cases the procedure was not recorded in the chart. The incidence of incidents / adverse events that affected the patients in the sample was 38.6%. Were nursing care provided to patients restricted in 90% of cases. We conclude that there is a significant frequency of use of physical restraint in the analyzed environment, however, the use of the procedure was safe and the ICU environment facilitates monitoring and the provision of adequate nursing care to the patient under physical restraint.

Descriptors: Intensive Care Unit; Physical Restraint; Patient; Safety; Nursing.

RESUMEN

TAVARES, V. H. **Seguridad del paciente en cuidados intensivos: análisis del uso de restricción física.** 2013. 129 p. Tesis (Master) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2013.

Introduzca restricción física objeto de seguridad del paciente era objetivo de este estudio, por tanto, para algunos autores la restricción física puede ser utilizada con propósito de reducir riesgo de lesiones y garantizar la seguridad, y para otros, ofrece más riesgos que beneficios. Este estudio tuvo como objetivo analizar el uso de restricciones físicas en pacientes de cuidados intensivos. Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en Unidade de Cuidados Intensivos de adultos, institución pública de educación. La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 19 de julio y 26 de octubre del 2012, en tres períodos de funcionamiento de la unidad, método de observación estructurada y minería de datos en historia clínica. Celebrada la selección no aleatoria de los participantes en estudio, criterios de inclusión y exclusión predeterminados. La recolección de datos fue aceptada la operación después de que paciente o del tutor legal, mediante firma del formulario de consentimiento. Utilizó instrumento estructurado, con variables de registro relacionados con características socioeconómicas y demográficas, hospitalización en la Unidade de Cuidados Intensivos, restricción de atención de enfermería realizados durante la restricción física. El banco de datos se gestiona con ayuda de software de Microsoft Excel 2007 y paquete estadístico para Ciencias Sociales ® (SPSS - versión 18.0) y se analizó según estadísticas descriptivas. Un total de 169 admisiones UCI 44 pacientes participaron en estudio, supone una incidencia del 26% de los pacientes restringidos. Hubo un predominio del sexo masculino (63,6%). La edad media fue de 55,17 años (SD = 18,29), el 40,9% de la muestra había completado la escuela primaria. La mayoría (88,6%) vivía con la familia y tenía un ingreso familiar de hasta 1 salario mínimo (36,4%). De éstos, el 43,2% eran jubilados. Estas variables no influyeron en la indicación del procedimiento de restricción. Media de pacientes internados en unidad, fue 11,47 días (DE = 13,00), el 43,2% de muestra recibió sedación. Se encontró alta frecuencia de uso de dispositivos terapéuticos (90,9%). En cuanto porcentaje de muertes fue de 40,9%, considerado alto, sin embargo, no estaba relacionada con uso de la restricción física. Entre los tipos de restricción realizados, la física, solo, totalizaron 14 (31,8%) de casos, sobre todo de extremidades superiores (95,5%) en un tiempo medio de 2,57 días, empleados, en su totalidad, sin receta. La restricción verbal estuvo presente en el 40,9% de los procedimientos. En 75% de los casos, el paciente fue instruido en cuanto a restricción, justifica principalmente por agitación, pero en 56,8% de los casos, el procedimiento no se registró en la tabla. La incidencia de incidentes / eventos adversos que afectaron a los pacientes de muestra fue de 38,6%. Fueron los cuidados de enfermería a los pacientes siempre restringidos en el 90% de los casos. Llegamos a la conclusión de que hay una frecuencia significativa de uso de restricción física en el entorno analizados, sin embargo, el uso del procedimiento era seguro y el entorno de la Unidade de Cuidados Intensivos facilita monitoreo y prestación de atención de enfermería adecuada al paciente bajo la restricción física.

Descriptores: Unidade de Cuidados Intensivos; Restricción física; Seguridad; Paciente; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição percentual da renda familiar, em salários mínimos, de pacientes restritos na UTI (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	59
Figura 2 -	Distribuição percentual da fonte de renda dos participantes do estudo (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	60
Figura 3 -	Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas na amostra (n=45) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	62
Figura 4 -	Distribuição percentual das complicações (n=54) que acometeram os pacientes em uso de restrição física na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	63
Figura 5 -	Distribuição da frequência dos dispositivos terapêuticos (n=14) por pacientes (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	65
Figura 6 -	Distribuição percentual dos escores da Escala de <i>Ramsay</i> (n=19) na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	66
Figura 7 -	Distribuição percentual dos escores da Escala de coma de <i>Glasgow</i> (n=25) na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	67
Figura 8 -	Distribuição percentual das formas de restrição utilizadas na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	68
Figura 9 -	Distribuição percentual dos pontos de restrição física na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	69
Figura 10 -	Distribuição percentual do tempo de permanência de restrição física – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	70
Figura 11 -	Distribuição percentual dos INC/EA (n=17) que acometeram a amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra de pacientes restritos na UTI (n=44), segundo dados sociodemográficos – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	58
Tabela 2 -	Características gerais da internação dos pacientes (n=44) da UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	61
Tabela 3 -	Distribuição do tempo de uso dos dispositivos terapêuticos na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	64
Tabela 4 -	Distribuição dos escores da Escala de <i>Ramsay</i> (n=19) e da Escala de coma de <i>Glasgow</i> (n=25) na amostra – Goiânia, julho a agosto de 2012..	66
Tabela 5 -	Distribuição do tempo de restrições físicas na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	71
Tabela 6 -	Distribuição da sequência (n=30) da utilização das restrições realizadas na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	72
Tabela 7 -	Distribuição das justificativas (n=44) apresentadas para a indicação das restrições físicas – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	73
Tabela 8 -	Frequência dos registros dos profissionais, quanto às restrições utilizadas na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	75
Tabela 9 -	Características da retirada das restrições físicas utilizadas nos pacientes da UTI (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	77
Tabela 10 -	Distribuição dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes (n=44) sob restrição física na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	79
Tabela 11 -	Distribuição dos profissionais por turno de trabalho na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012.....	80

SUMÁRIO

PRÓLOGO	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE – UMA QUESTÃO DE INTERESSE MUNDIAL.....	19
2.1.1 Qualidade e gerenciamento de riscos	23
2.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SUA TRAJETÓRIA.....	25
2.3 PRINCIPAIS COMORBIDADES CLÍNICO-PSIQUIÁTRICAS QUE PODEM ACOMETER PACIENTES COM INSTABILIDADE CLÍNICA GRAVE.....	27
2.3.1 Transtornos mentais	28
2.3.2 Delirium ou confusão mental	29
2.4 ABORDAGEM DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	32
2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE RESTRIÇÃO FÍSICA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	36
2.5.1 Aspectos éticos e legais envolvendo a restrição física	41
3. INQUIETAÇÕES QUE CONDUZIRAM AO ESTUDO DA TEMÁTICA	45
4. OBJETIVOS	46
4.1. OBJETIVO GERAL.....	46
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
5. METODOLOGIA	47
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	47
5.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	48
5.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	49
5.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	49
5.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	50
5.5.1. Definições operacionais	50
5.6. MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	54
5.7. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
5.8. ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5.9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	56
6. RESULTADOS	57

6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO.....	57
6.2. CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA.....	61
6.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	68
6.4. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA.....	75
7. DISCUSSÃO.....	81
7.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO.....	81
7.2. DESCRIÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA.....	83
7.3. CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO FÍSICA UTILIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	86
7.4. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA.....	89
8. CONCLUSÕES.....	95
8.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO.....	95
8.2. DESCRIÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA.....	95
8.3. CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO FÍSICA UTILIZADA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	95
8.4. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA.....	96
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	97
RECOMENDAÇÕES.....	97
REFERÊNCIAS.....	99

ANEXOS	108
ANEXO A - FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE INC/EA.....	109
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.....	110
APÊNDICES	111
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	114
APÊNDICE C - ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.....	118

PRÓLOGO

O presente estudo foi idealizado há alguns anos com o propósito de trazer a temática da segurança do paciente (SP) ao espaço da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de modo específico no cuidado à restrição física. Este se deu com o apoio de colegas de trabalho, professores, doutores, pacientes, familiares e indivíduos que também julgaram o assunto importante, não somente para a Enfermagem, como para todos os envolvidos no processo de atendimento à saúde, pacientes, família e outros profissionais.

Trata da abordagem de um dos métodos mais utilizados pela equipe de Enfermagem, um cuidado inerente ao cotidiano da referida profissão. No entanto, foi possível compreender ao longo do tempo, por meio da prática diária, que na maioria das vezes, este se mostra como um cuidado realizado mecanicamente.

Compreendeu-se também que, muitas vezes, existe a falta de preocupação por parte de muitos profissionais acerca dos critérios necessários para sua realização como, por exemplo, sua necessidade, forma de execução, critérios éticos e legais, ou efeitos benéficos ou maléficos ao paciente e à própria equipe.

Em particular, sempre se acreditou que o uso da restrição à SP fosse contribuir para um melhor entendimento do assunto. Neste sentido, espera-se, com o presente estudo, oferecer aos profissionais da área de saúde, bem como aos familiares e aos pacientes, informações capazes de gerar reflexões e ações transformadoras, tornando tal cuidado o mais livre possível de danos, colaborando para a manutenção de uma assistência de qualidade, segura e adequada.

De fato, a temática aqui apresentada mostra-se valorosa, no qual se tem a expectativa de que após a realização da presente pesquisa, ocorrerá uma mudança positiva nas ações de Enfermagem. Espera-se, ainda, o desencadeamento de novos interesses, novas discussões e futuros projetos.

1 INTRODUÇÃO

O cuidar em saúde exige dos profissionais a preocupação com a qualidade no atendimento, a fim de garantir o máximo de satisfação da sua clientela e confiança nas suas ações. Em qualquer país do mundo, a busca pelo cuidado seguro é um desafio constante.

Comprometer-se em oferecer assistência livre de danos é um compromisso que deve ser tomado pelos profissionais de saúde. No entanto, é correto admitir que o ser humano cometa erros e, para assumir a prestação de um cuidado seguro, é preciso identificar o erro e avaliar os fatores relacionados para que se possam criar medidas que visem preveni-los e aprimorar a assistência (HARADA *et al.*, 2006).

Atualmente, a expressão “segurança do paciente” é muito utilizada, porém, definida com pouca clareza. Pode ser definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (VINCENT, 2010).

Investigar o cuidado de enfermagem é de fundamental importância para assegurar a segurança do paciente (SP). Sendo a restrição física um cuidado destinado à equipe de enfermagem ao longo dos tempos, que gera polêmica, dúvidas e conflitos em quem o executa e também naqueles que recebem a restrição, seria justo assegurar a importância desse estudo não só para a enfermagem, mas também para a equipe multiprofissional e para o paciente e seus familiares.

Acredita-se, que a discussão referente a esse cuidado de forma qualificada no processo assistencial como um todo é de fundamental importância, pois geralmente é tangenciada, seja no âmbito da instituição hospitalar, seja no âmbito acadêmico (SILVA, 2008).

Espera-se que, investigar e relacionar o uso da restrição física à SP possa contribuir para a melhoria na prestação desse cuidado, oferecendo aos profissionais da área de saúde, bem como aos familiares e aos pacientes, informações capazes de gerar reflexões e ações transformadoras, tornando esse cuidado o mais livre possível de danos e colaborando para a manutenção de uma assistência de qualidade, segura e adequada.

A preocupação em não causar dano ao paciente é histórica, datada desde os primórdios da medicina. Já foi manifestada por *Florence Nightingale* em seu livro “*Notas Sobre Enfermagem*”, em 1863, e também por Hipócrates, quando disse: “Evite causar o mal ou enganar qualquer ser humano” (VINCENT, 2010).

Percebe-se então, que a assistência médica sempre foi uma atividade de risco, buscando o benefício e a cura, mas nunca isenta da chance de provocar danos. Há, na literatura, evidências de que a medicina traçou sua história baseada em acertos e erros, sendo muitas vezes o processo de se chegar à cura, era mais doloroso e prejudicial do que a própria doença (VINCENT, 2010).

A história nos mostra que o tratamento médico inicialmente era simples, ineficaz e mais seguro, porém, após o início da época moderna, foi se transformando em terapias mais eficazes, complexas, e consideravelmente perigosas. Entretanto, não há como negar que o avanço científico possibilitou inúmeros benefícios à humanidade (VINCENT, 2010).

Evidências existem, mostrando que, quanto mais complexo, maior será o avanço tecnológico, e associado a fatores que prejudicam o alcance da qualidade, por exemplo, o aperfeiçoamento pessoal ineficiente, gestão inadequada, negligência por parte dos profissionais, desmotivação, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem podem induzir ao erro e conseqüentemente aos danos (TOFFOLETTO, 2008).

Portanto, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um ambiente onde existem pacientes gravemente enfermos, que necessitam de aparelhos de tecnologia avançada, inúmeros dispositivos terapêuticos e, em alguns casos, manipulação excessiva, é plausível a afirmativa de que exista uma maior propensão à ocorrência de erros (BECCARIA *et al.*, 2009).

Estudiosos brasileiros corroboram com essa afirmativa, afirmando que a UTI é uma unidade paradoxal, pois propõe intervenções que visam à sobrevivência através de tratamentos complexos, entretanto, potencialmente iatrogênicos (LUCCHESI *et al.*, 2008).

Por ser um ambiente tão complexo, que atende pacientes com risco iminente de morte, muitas vezes exige-se tomada de decisões polêmicas e rápidas por parte dos profissionais que ali atuam, envolvendo os mesmos em situações extremistas.

A intervenção imediata, precisa e objetiva é necessária em muitos momentos, mas, por outro lado, as emoções, angústias e medos vêm constantemente à tona. Logo, essa realidade pode ser árdua para muitos (GUERRER, 2007).

A utilização da restrição física é dos procedimentos que pode causar impressão ambígua às pessoas envolvidas no processo. De um lado está a necessidade de proteger um indivíduo vulnerável, sob risco de morte, fragilizado e, muitas vezes, sem condições psicológicas de responder por si mesmo. Do outro lado, está o medo, a angústia, o risco de

lesões físicas e psicológicas, assim como a culpa por estar praticando um ato que restringe o outro, intimida e lhe tira o direito de ir e vir. Como lidar com essa situação, escolhendo a melhor alternativa para esse impasse? A resposta é investigar, conhecer a problemática, levantar dados e discutir os resultados na tentativa de apresentar soluções para os possíveis conflitos revelados.

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 injúrias. Este perfil guiou a escolha desta unidade de terapia intensiva para a realização da pesquisa proposta.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esse capítulo está dividido em cinco subseções envolvendo temáticas que interagem entre si. Inicialmente, se faz uma reflexão sobre a segurança do paciente (SP), sua relação com a qualidade e o gerenciamento de riscos.

Considerando que a restrição física deva ser realizada pautada nos princípios da segurança do paciente (SP), e que o gerenciamento de riscos bem como a teoria da qualidade sustentam a implementação desse processo, julgou-se ser importante discorrer sobre essas temáticas nas subseções a seguir.

Sequencialmente aborda-se temas relevantes para o estudo, permeando a história da Terapia Intensiva no mundo, as principais comorbidades clínico-psiquiátricas e sua relação com a restrição física, a abordagem do paciente com transtorno mental, e a última subseção descreve a restrição física como um cuidado de enfermagem e seus aspectos éticos e legais.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE – UMA QUESTÃO DE INTERESSE MUNDIAL

A SP representa um problema global de saúde pública que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento. A rede de SP foi criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para mobilizar esforços globais e melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os pacientes atendidos no mundo inteiro (WHO, 2008).

A OMS estima que milhões de pacientes em todo o mundo sofrem lesões incapacitantes ou morte a cada ano devido a práticas médicas inseguras. Estima-se que, nos países ricos e tecnologicamente avançados, um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados médicos no ambiente hospitalar (WHO, 2008).

Já nos países em desenvolvimento há poucas evidências sobre o cuidado inseguro. Nesses países, o risco de dano ao paciente pode ser ainda maior devido às limitações na tecnologia de infraestrutura e recursos humanos, seja no hospital ou nos cuidados primários e ambientes comunitários (WHO, 2008).

Acredita-se que, a assistência à saúde livre de riscos e danos sempre foi um requisito primordial para a manutenção da qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares, sejam elas públicas ou privadas. No entanto, o processo de cura pode estar

acompanhado de efeitos indesejados e, algumas vezes, pode ser mais doloroso e sofrível que a própria doença (VINCENT, 2010).

Evitar danos não é suficiente, o melhor é que se reduzam os erros de todos os tipos e que se procure a alta confiabilidade como um componente essencial do atendimento de alta qualidade. Por meio da SP deve-se prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas do próprio atendimento médico-hospitalar (VINCENT, 2010; NPSF, 2013).

A exigência de um cuidado prestado com o máximo de segurança possível é um direito reconhecido por todos. Nesse sentido, os serviços de saúde buscam garantir segurança aos pacientes, e têm como meta oferecer à clientela assistência com qualidade, livre de riscos e danos, com o objetivo de promover satisfação aos envolvidos no processo de atenção à saúde (HARADA *et al.*, 2006).

Contrastando esse princípio de qualidade e segurança nos serviços de saúde, situações de iatrogenia relacionadas à privação, imposição ou prestação insatisfatória de cuidados têm sido apontadas como determinantes para ocorrência de transtornos, danos ou prejuízos ao bem-estar das pessoas, sendo foco de interesse de mensuração em pesquisas (PADILHA, 2004).

No contexto da assistência à saúde, vencer a iatrogenia é uma meta praticamente impossível de ser alcançada. Pode-se preveni-la e reduzir os seus danos, pois se trata de seres humanos, e como tal, são falíveis. Mesmo a melhor, a maior, a mais preparada e dedicada equipe de trabalho poderá cometer erros, pois essa falibilidade é parte imutável da condição humana (HARADA *et al.*, 2006; WACHTER, 2010; VINCENT, 2010).

Nos EUA, pesquisadores realizaram uma análise sofisticada sobre os vários fatores que contribuem para os EA na anestesiologia e concluíram que, a maioria dos incidentes ocorre durante a cirurgia e não no início, como se acreditava, pois os problemas mais importantes estavam relacionados às falhas na vigilância durante o transoperatório (GABA, 2000).

Apesar da importância do estudo, atitudes realmente positivas somente foram efetivadas após a eleição de Ellison Pierce para presidente da Sociedade Americana de Anestesiologia, em 1982. Pierce convenceu os anestesistas de que era possível reduzir a taxa de mortalidade por causas anestésicas, e desde então a anestesiologia e a obstetrícia lideraram a abordagem sistemática da redução das lesões iatrogênicas, antecipando em quase uma década o movimento da SP (GABA, 2000).

Destaca-se que, algumas premissas devem ser seguidas para o alcance de uma cultura de SP, dentre elas, é importante ressaltar o equilíbrio entre a eficiência e a real possibilidade produtiva, a criação e a sustentação da confiança na organização, a gestão ativa e participativa nos processos de mudança, a promoção da participação dos profissionais nas decisões dos processos de trabalho e a implementação de cultura de aprendizado constante em todas as questões vinculadas ao processo de trabalho (HARADA *et al.*, 2006).

Frente à necessidade de regulamentação das atividades de serviços de saúde, voltadas para a SP, foi publicada em 1º de abril de 2013, a Portaria Nº 529, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse programa tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território brasileiro.

Foram elaboradas as seguintes estratégias para a implementação do PNSP:

- I. Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de SP;
- II. Promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em SP;
- III. Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à SP;
- IV. Implementação de campanha de comunicação social sobre SP, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;
- V. Implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;
- VI. Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual;
- VII. Articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema SP nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

A cultura de segurança foi conceituada por obedecer a cinco características, as quais são operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, quais sejam:

- a) Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

- b) Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A portaria ainda estabeleceu as seguintes estratégias para assegurar a implementação do PNSP:

- I. Propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à SP em diferentes áreas, tais como:
 - a) Infecções relacionadas à assistência à saúde;
 - b) Procedimentos cirúrgicos e de Anestesiologia;
 - c) Prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;
 - d) Processos de identificação de pacientes;
 - e) Comunicação no ambiente dos serviços de saúde;
 - f) Prevenção de quedas;
 - g) Úlceras por pressão;
 - h) Transferência de pacientes entre pontos de cuidado;
 - i) Uso seguro de equipamentos e materiais;
- II. Aprovar o Documento de Referência do PNSP;
- III. Incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à SP;
- IV. Propor e validar projetos de capacitação em SP;
- V. Analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;
- VI. Recomendar estudos e pesquisas relacionados à SP;
- VII. Avaliar periodicamente o desempenho do PNSP;
- VIII. Elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde (BRASIL, 2013).

Portanto, a cultura de SP está sendo construída em todo o mundo e se faz necessária a consolidação de uma política dentro dos hospitais, onde os erros sejam investigados e tratados de uma maneira não punitiva, restrita ao indivíduo e entendê-lo como um processo sistêmico,

que permita a criação de estratégias de segurança que previnam ocorrências indesejáveis. (WACHTER, 2010).

Ressalta-se o fato de que quanto mais conhecimento – e uma melhor utilização do conhecimento disponível – maior a compreensão da extensão e as causas de dano ao paciente, e melhor será o desenvolvimento de competências para desenvolver soluções que possam ser utilizadas em diferentes contextos (WACHTER, 2010).

Dessa forma, é crucial o desenvolvimento de cultura de segurança em saúde. Para romper com o velho paradigma – o que tenta criar profissionais perfeitos e trata o erro como atitude individual, provocando sentimentos como culpa e vergonha – deve-se incentivar a aceitação do moderno movimento para a SP, que é pautado em uma nova abordagem, conhecida como modelo mental sistêmico que considera a ideia de repensar os processos assistenciais em busca de correções necessárias (WACHTER, 2010).

2.1.1 Qualidade e gerenciamento de riscos

O *Institute of Medicine* (IOM) define como qualidade do cuidado em saúde "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual" (WACHTER, 2010).

Existem dimensões determinadas para a qualidade em sistemas em serviços de saúde, e estas são: segurança do paciente, objetivos centrados no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade e equidade. Portanto, a segurança é um dos seis princípios da qualidade, assim, constitui um subconjunto da qualidade (WACHTER, 2010). No entanto, existem ferramentas que podem mensurar a qualidade de uma empresa, como, por exemplo, os sistemas de acreditação, já a mensuração da SP depende da notificação de cada profissional, o que ainda é distante do desejado (WACHTER, 2010).

Percebe-se pelos princípios da qualidade, que este é um conceito bem mais abrangente que prestação de cuidados baseados em evidências, como muitos profissionais chegam a acreditar. A definição do IOM é mais abrangente e trata princípios importantes para os pacientes (objetivos centrados no paciente) e para a sociedade (equidade).

Sabe-se que qualidade é mais que prestação de assistência baseada na ciência, mas a medicina baseada em evidências é uma ferramenta para a aferição e a melhoria da qualidade (WACHTER, 2010).

Avedis Donabedian, um importante estudioso de serviços de saúde, definiu a taxionomia básica para mensuração da qualidade da assistência à saúde. Essa taxionomia é chamada de Tríade de Donabedian, dividindo as medidas da qualidade em estrutura (como a assistência é organizada), processo (o que foi feito) e desfechos (o que aconteceu com o paciente) (DONABEDIAN, 1988).

Desta forma, uma importante ferramenta para o alcance da qualidade e da segurança do paciente nas instituições de saúde é o Gerenciamento de Risco, que deve ser compreendido dentro de uma abordagem sistemática, estabelecendo o curso de ação frente a incertezas pela identificação, avaliação, compreensão, ação e comunicação dos itens de risco (ECRI, 2009).

A Gestão de Risco pode ser entendida como a aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas para atividades de comunicação, consultoria, criação do contexto de identificação, análise, avaliação, tratamento, acompanhamento e nova análise do risco. Em geral, o risco é o inverso da segurança e da qualidade. Quanto maior o risco, menor a segurança e a qualidade no atendimento ao paciente (ANVISA, 2008).

Com o objetivo de assegurar a qualidade e a segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) promove ações e intervenções voltadas para o controle de causas e riscos sanitários e publicou em 2011, o Regulamento Técnico estabelecendo os Requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde. Esse documento tem por objetivo estabelecer requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (ANVISA, 2011).

Dentre as ações realizadas pela ANVISA, instituiu-se o Projeto Hospitais Sentinelas (HS), que criou uma rede de serviços, capacitando Gerentes de Risco na identificação e notificação de eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais e na implementação do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária. Sendo assim, a ANVISA vem edificando uma sequência ordenada de atividades voltadas à SP e da qualidade em serviços de saúde (ANVISA, 2004).

Compreende-se, portanto, que gestão de riscos e melhoria da qualidade são funções que devem ser operadas conjuntamente nas organizações de saúde. Os esforços das organizações de saúde para gestão de riscos e melhoria da qualidade precisam se mobilizar perseguindo a segurança do paciente e encontrando maneiras de trabalhar juntos de forma mais eficaz e eficiente para garantir que suas organizações prestem cuidados seguros e de alta qualidade aos doentes (ECRI, 2009).

A reflexão que se faz sobre o cuidado demonstra que a atuação da equipe de enfermagem é essencial para garantir a qualidade no atendimento. Portanto, a gestão de riscos, a adoção de critérios para o alcance da qualidade e a busca pela segurança, ao cuidar de pessoas com transtornos mentais dentro de uma UTI, estão elencadas na construção do saber/fazer enfermagem, considerando sempre, a busca de um pensamento crítico baseado em conhecimentos específicos, que permitam compreender as alterações de comportamento e planejar intervenções adequadas a essas necessidades (FARIA, 2012).

2.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SUA TRAJETÓRIA

Essa subseção remete à criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), refletindo sobre os riscos que envolvem esse ambiente.

A UTI é a unidade de internação que abrange os cuidados voltados aos pacientes com as doenças mais graves e de alto risco de morte. Pressupõe-se que, a hospitalização pode ocorrer em qualquer fase da vida das pessoas e por diversas razões, sendo que a gravidade do quadro clínico pode indicar a necessidade de cuidados intensivos (SCHERER, SCHERER, LABATE, 2002).

Historicamente, várias tentativas foram feitas para a organização das UTI, mas somente com o desenvolvimento de certos equipamentos e terapêuticas tornou-se possível sua concretização e execução (SCCM, 2013).

Assim, a UTI surgiu em meados de 1946, nos EUA, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos respiradores artificiais, na busca da manutenção da vida dos doentes (SCCM, 2013).

Acredita-se, que a UTI foi idealizada como unidade de monitoração de paciente grave inicialmente pela enfermeira Florence Nightingale. A história nos revela que Florence, juntamente com 38 voluntárias, conseguiu na Guerra da Crimeia, em 1854, reduzir a mortalidade de 40% para 2%. A enfermeira saiu dessa guerra bastante respeitada, e tornou-se uma importante figura de decisão, sendo referência entre os combatentes (SCCM, 2013).

No Brasil, esse tipo de serviço surgiu na década de 1960, em hospitais de grande porte do Sul e Sudeste do país. Seu processo de implantação e implementação em nível nacional foi lento e subsidiado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde (SIMÃO, 1976).

A finalidade da UTI é concentrar pacientes de alto grau de complexidade numa área hospitalar adequada, demandando disponibilidade de infraestrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo por meio de uma assistência contínua o restabelecimento das funções vitais do organismo (KNOBEL, KULL, 1998).

Em 2010, foi instituída pela ANVISA a Resolução n.º 7, de 24 de fevereiro, que supre a necessidade de estabelecer os requisitos mínimos para funcionamento de UTI (BRASIL, 2010).

Essa resolução define como área crítica, a área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de micro-organismos de importância epidemiológica (BRASIL, 2010).

A UTI pode ser dividida, de acordo com a faixa etária, em UTI Neonatal – destinada ao atendimento de pacientes com idade de 0 a 28 dias; UTI Pediátrica – destinada ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos; e, UTI Adulto – destinada ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos (MENEZES, 2000).

Quanto ao tipo de atendimento, pode ser denominada como UTI Especializada, sendo aquela destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados por grupos de patologias (MENEZES, 2000).

Quanto aos profissionais, por trabalharem em um local de grande especialização e tecnologia, onde se prestam cuidados altamente complexos, é admitido o fato de ser identificado como espaço laboral destinado a profissionais da saúde detentores de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização de procedimentos (MENEZES, 2000).

Em se tratando do ambiente, considera-se que em regra, é claro, iluminado artificialmente por lâmpadas; devido ao risco do local ser invadido por insetos, as janelas, comumente são fechadas e recobertas por um filtro, de forma que muito das vezes não é possível ver a luz do dia. A temperatura geralmente é fria e mantida constante por aparelho de ar condicionado central. Estas características fazem com que o setor seja um local onde há quase uma total abolição do tempo e um isolamento do mundo exterior (MENEZES, 2000).

Além disso, o ambiente de UTI evoca uma série de características sensoriais específicas, como muitos ruídos; as vozes dos profissionais, sons dos equipamentos, gemidos de dor e até mesmo gritos de algum paciente em estado de confusão mental impregnam o local. O cheiro hospitalar também é marcante, com a mistura de odores fortes, como de álcool, antissépticos, desinfetantes, substâncias que podem impregnar o local (MENEZES, 2000).

Devido a gama de particularidades, que envolvem o ambiente de terapia intensiva, a maneira como os pacientes internados em UTI vão responder ao tratamento, à doença, ao ambiente e ao tempo de internação variam de pessoa para pessoa (MENEZES, 2000).

Na maioria das vezes, a internação em UTI representa um alento por encontrar a possibilidade de tratamento e cura da enfermidade que acomete o indivíduo. Por outro lado, pacientes hospitalizados passam pelo desafio de adaptar-se a essa situação, e isso resulta em diferentes formas de reação individual.

Esse ambiente frequentemente é avaliado como altamente estressante tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pela equipe de saúde que atua na unidade (SCHERER, SCHERER, LABATE, 2002).

Portanto, é um ambiente onde os riscos são aumentados e o cuidado pautado na segurança e na qualidade é imprescindível para amenizar esses riscos (TOFFOLETTO, 2008).

2.3 PRINCIPAIS COMORBIDADES CLÍNICO-PSIQUIÁTRICAS QUE PODEM ACOMETER PACIENTES COM INSTABILIDADE CLÍNICA GRAVE

Nessa subseção são apresentadas, de forma breve, algumas das principais comorbidades clínico-psiquiátricas que podem justificar o uso da restrição física.

A situação de risco de vida exige controle rigoroso das funções vitais e, por isso, grande parte dos pacientes hospitalizados, para receber tratamento intensivo, permanece sob sedação (LUCCHESI *et al.*, 2008).

Entretanto, 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, sendo assim

imperativa a avaliação psicológica e a tomada de condutas e tratamento para estabilização do quadro mental do paciente (LUCCHESI *et al.*,2008).

Podem surgir neste contexto transtornos mentais tais como: transtornos de ajustamento, ansiedade, depressão, reações agudas ao estresse, *delirium* (quadros confusionais), agitação psicomotora e episódios psicóticos. Alguns destes transtornos podem ter causas orgânicas (desequilíbrios hidroeletrólíticos, alterações renais, cerebrais, infecções e outras) e com a melhora do estado geral de saúde observa-se a remissão dos sintomas (GRIFFITHS *et al.*, 2007; LUCCHESI *et al.*, 2008).

Entende-se por comorbidade clínico-psiquiátrica o surgimento de um transtorno mental que ocorre conjuntamente com a evolução de uma doença clínica, fato este que acomete com certa frequência os pacientes críticos. Diferentes comorbidades psiquiátricas podem acometer pacientes internados em UTI (PAES *et al.*,2009)..

As alterações psiquiátricas, como por exemplo, estado de intensa agitação psicomotora acompanhada de agressividade, ansiedade intensa, confusão mental e delírio, na maioria das vezes, provocam riscos à integridade física dos pacientes (KAPLAN, SADOCK, 1995).

O estado de agressão e violência também podem ser resultantes do aumento da tensão na pessoa, que pode transmitir essa tensão em forma de irritação, resistência a ordens e confronto aqueles que estão ao seu redor (ARAÚJO *et al.*,2010).

Destaca-se que, sintomas agudos, distúrbios eletrolíticos, desidratação, efeitos pós-anestésicos, idade avançada, e até mesmo aspectos ligados ao ambiente, como barulho, iluminação e ausência de pessoas conhecidas, também podem levar o paciente a manifestar comportamento agressivo e agitação psicomotora (STUART, LARAIA, 2001; MARCOLAN, 2004).

O termo comorbidade é pertinente a esse estudo, por considerar que pacientes hospitalizados em UTI têm risco de sofrer mais de um tipo de patologia, devido às complicações orgânicas e psicológicas em que muitas vezes se encontram (PAES *et al.*, 2009).

2.3.1 Transtornos mentais

Transtorno mental pode ser considerado como um conjunto de sinais e sintomas ou padrão psicológico ou de comportamento associados com sofrimento atual, incapacitação no

funcionamento ou risco aumentado de sofrimento. Não deve ser uma resposta previsível e aceita pelo contexto social para um determinado fato, pois é considerada uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica, ou até mesmo todas reunidas (MARCOLAN, 2004).

Em geral, um transtorno representa um significativo impacto na vida do paciente, provocando sintomas como desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória (KAPLAN, SADOCK, 1995).

Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.

2.3.2 *Delirium* ou confusão mental

A palavra *delirium* define um estado de confusão mental aguda potencialmente reversível. Outras taxionomias para denominar *delirium* são: encefalopatia metabólica, estado confusional agudo, confusão mental, insuficiência cerebral aguda (MARCOLAN, 2004).

Considera-se que é uma síndrome que se inicia subitamente, tem curso flutuante e manifesta-se por comprometimento global das funções cognitivas, distúrbio da atenção e do ciclo sono-vigília e atividade psicomotora anormalmente elevada ou reduzida (MARCOLAN, 2004).

Nesse quadro, há, obrigatoriamente, uma causa orgânica; o início é brusco e inesperado, geralmente, é secundária à doença física grave, intoxicação medicamentosa e abstinência a hipnosedativos, álcool ou outra droga de abuso (SCHIMITT, GOMES, 1994).

O *delirium* pode ser uma manifestação clínica decorrente do infarto agudo do miocárdio, pneumonia, septicemia, distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos em pacientes críticos hospitalizados (CASEY *et al.*, 1996).

A Associação Americana de Psiquiatria estabelece que o diagnóstico do *delirium* requeira a presença de quatro características fundamentais:

- 1) Distúrbio da consciência, com diminuição na capacidade para focalizar, manter ou mudar a atenção;

- 2) Alteração na cognição como, por exemplo, deficiência de memória, desorientação ou distúrbio de linguagem, ou o desenvolvimento de distúrbio da percepção que não possa ser atribuído à demência preexistente, estabelecida ou em evolução;
- 3) Instalação do distúrbio em curto espaço de tempo (usualmente horas a dias), com tendência a flutuar durante o curso do dia;
- 4) Presença de evidência na história clínica, exame físico ou exames laboratoriais de que o distúrbio seja causado pelas consequências fisiológicas diretas de uma condição clínica geral qualquer (SCHMITT, GOMES, 1994).

As três primeiras características definem a síndrome de *delirium*, e a quarta pode ter como provável etiologia uma doença física, toxicidade medicamentosa, abstinência, ou múltiplas etiologias e, no caso de não se poder atribuir a nenhuma causa, sem outra especificação (SCHMITT, GOMES, 1994).

Durante a fase do *delirium* podem ocorrer ilusões e alucinações, e também comuns erros de interpretação e identificação, por exemplo, uma pessoa que entra no quarto pode ser tomada por um agressor potencial (SCHMITT, GOMES, 1994).

Diante de um paciente com *delirium*, o examinador pode prever que mudanças do comportamento podem ocorrer a qualquer momento e a vigilância deve ser intensificada, principalmente nos períodos em que ocorrem maiores oscilações (MEIRA, 2002).

É possível, após ter avaliado um paciente que se encontrava relativamente sonolento e apático, pouco tempo depois, deparar-se com o mesmo inquieto, agitado, gritando, batendo, cuspiendo, tentando sair do leito, querendo ir para casa ou fugir de visões e alucinações (MEIRA, 2002).

O diagnóstico geralmente é complicado, porque muitos idosos, em estado crítico não podem comunicar as suas necessidades de forma eficaz. As manifestações incluem redução da capacidade para concentrar a atenção, desorientação, perda de memória e distúrbios de percepção (BALAS *et al.*, 2012).

Além disso, o *delirium* é um fator de risco para a morte, institucionalização e demência, e desenvolve em muitos pacientes no momento da alta hospitalar. Para os pacientes internados em unidades de saúde, uma gestão adequada do quadro de *delirium* inclui reavaliação de medicamentos, dor, sono, nutrição, mobilidade, necessidade de restrições físicas, e função intestinal e da bexiga (BALAS, 2012).

Os enfermeiros, muitas vezes, têm a responsabilidade primária para detecção e tratamento dos transtornos mentais, o que pode ser extremamente complicado, porque os

pacientes, muitas vezes, estão sem condição de comunicar verbalmente, gravemente enfermos, e exigem altos níveis de sedativos para facilitar a ventilação mecânica (GUERRER, 2007).

Estudiosos recomendam o desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis para avaliar a presença de *delírium* nos pacientes e a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para prevenir e minimizar a sua duração (BERGERON *et al.*, 2001; ELY *et al.*, 2001).

Existem ferramentas para monitorar o *delírium* em UTI. Um sistema clinicamente validado nos EUA é a Lista de Verificação do *Delirium* em Terapia Intensiva. Esta lista é baseada nos critérios e características do *delírium*, e avalia pacientes em uma escala de 8 pontos, incluindo alteração do nível de consciência, falta de atenção, desorientação, alterações psicomotoras, distúrbios do sono/vigília de ciclo e de flutuação dos sintomas. Os pacientes com mais de 4 pontos na escala seriam delirantes, permitindo o diagnóstico mais preciso, a fim de estabelecer ações para o tratamento e melhoria desses sintomas (ELY *et al.*, 2001). Essa lista é preenchida e após o resultado são implementadas estratégias baseadas em um protocolo de *delírium*.

A avaliação do *delírium* pode ser realizada por todos os membros da equipe de saúde, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, e médicos (ELY *et al.*, 2001).

Destaca-se que se tem como prioridade a estabilização do estado mental do paciente, sendo de caráter urgente, que requer o emprego de tratamento que reduza o risco de os pacientes causarem danos a si mesmos ou a outras pessoas que estejam por perto (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Transtornos mentais em pacientes em estado crítico estão associados a resultados indesejáveis, incluindo estadias prolongadas, maiores custos, aumento da mortalidade, maior uso de sedação contínua e restrições físicas. Existe também o risco maior para a remoção não intencional de cateteres e de auto extubação, além de declínio funcional, e provável aparecimento de outra disfunção cognitiva (BALAS *et al.*, 2012).

A restrição física pode ser indicada como uma intervenção ao fenômeno confusão mental, que pode ocorrer como resultado do processo saúde-doença em que a pessoa se encontra no contexto hospitalar. A identificação a tempo desta síndrome e a instituição de intervenções que promovam a segurança, dignidade e qualidade de vida dos doentes internados, são emergentes (BROCKENSHIRE, 1985; FARIA, 2012).

Portanto, a identificação precoce desse diagnóstico, bem como a sua prevenção, é recomendável para reduzir a incidência, duração e gravidade do transtorno mental na UTI, sendo um fator relevante para um melhor resultado da assistência à pacientes submetidos a cuidados intensivos.

2.4 ABORDAGEM DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nessa subseção são apresentadas ações adequadas para o manejo do paciente com transtorno mental em UTI de acordo com referências nacionais e internacionais acerca do assunto.

Muitos pacientes experimentam sentimentos indesejados quando estão internados em UTI, podendo relacionar a situação vivenciada com a solidão, saudade da família, vergonha da exposição corporal, barulho à noite, dificuldade de comunicação, falta de autonomia. Esses fatores podem agravar o estado do paciente (MARCOLAN, 2004).

Porém, nem sempre é possível perceber essa condição de forma clara, sendo valiosa a interpretação da linguagem não verbal. Logo, independente de como está o quadro mental do paciente, faz-se necessária a observação minuciosa e sistemática da situação, com o propósito de obter informações que são manifestadas de forma inconsciente, pela expressão corporal e que possam ser codificadas por um profissional perspicaz, que considera a comunicação terapêutica (MARCOLAN, 2004).

Compreende-se que a observação e a comunicação terapêutica são ações importantes para auxiliar o paciente com algum transtorno mental ou não, a se livrar de suas angústias e melhorar o seu sofrimento (MARCOLAN, 2004).

Portanto, a comunicação adequada é o primeiro passo a ser dado para a prestação do cuidado verdadeiramente terapêutico, podendo inclusive conquistar a aceitação do paciente e facilitar a formação de um vínculo profissional (MARCOLAN, 2004).

A iniciativa de se tentar trazer o paciente para a realidade deve ser tomada no caso de existir confusão mental.

A formação de vínculo com o paciente é efetiva quando o enfermeiro toma atitudes adequadas para com o paciente, permitindo confiança e segurança na relação enfermeiro-paciente. Essa atitude deve estar presente desde o primeiro momento do contato e geralmente o vínculo é construído ao longo do tempo em que ocorre a assistência (MARCOLAN, 2004).

A manutenção do vínculo com o paciente se dá por meio de atitudes simples, como por exemplo, dar atenção ao paciente, saber ouvir e compreender, entender os seus atos e o contexto em que ocorrem, abordá-lo de forma respeitosa e gentil, ter empatia, demonstrar que está disposto a ajudar, orienta-lo sobre o seu estado e, quando o quadro permitir, sobre os procedimentos a serem realizados. Também se deve portar de maneira profissional, apresentando-se formalmente para o paciente e seus familiares.

Essas atitudes são essenciais para a formação do vínculo, porém, deve-se ter em mente que o paciente é que define com quem ele irá formar o vínculo. Uma vez formado esse tipo de relação, deve-se preservá-la, pois é de suma importância para conseguir a abordagem terapêutica do paciente.

O profissional pelo qual o paciente faz o vínculo é o mais indicado para abordá-lo, pela maior probabilidade de se conseguir resultados positivos frente às situações de risco que possam envolver o paciente e que necessitam de intervenções rápidas e efetivas.

Outras atitudes devem ser tomadas para manter a abordagem terapêutica (MARCOLAN, 2004):

- Manutenção da comunicação com o paciente.
- Sempre olhar para o paciente.
- Ouvir atentamente.
- Respeitar as pausas silenciosas.
- Não completar frases para o paciente.
- Repetir, resumir e relacionar ideias para o paciente.
- Ajudar o paciente a encontrar soluções.
- Focalizar e centrar o assunto no paciente.
- Impor limites quando necessário.

Cabe ressaltar que, tendo por princípio o uso de medidas terapêuticas que se traduzem em mudanças no comportamento inadequado do paciente, não se deve cometer as seguintes ações:

- Mentir, prometer ou seduzir.
- Chamar por nomes jocosos.
- Ser agressivo ou ríspido com o paciente.
- Ameaçar o paciente.
- Desafiar o paciente.
- Manipular ou testar o paciente.

- Julgar, dar opinião pessoal e aconselhar.
- Fazer o paciente acreditar em crença pessoal sem conteúdo terapêutico.
- Contar a verdade de maneira brusca.

Parece óbvio o que foi descrito anteriormente, no entanto, é fundamental que se tenha os conhecimentos específicos para prestar o atendimento, a supervisão da prestação do cuidado efetuado, o preparo e o suporte psicológico para realizar o atendimento adequado, satisfazendo as necessidades do paciente.

Existem momentos em que a comunicação terapêutica não é eficiente, necessitando de tomada de outras mediadas para restringir as ações de risco do paciente. Portanto, nos episódios de agressividade e agitação intensa, causados ou não por um episódio de confusão mental, que revelam risco iminente de agravos, existem medidas cabíveis de intervenção para garantir a segurança do paciente e da equipe que o atende. Dentre elas, está a *restrição verbal*, a *restrição química* e a *restrição física* no leito (RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

A *restrição verbal* envolve a técnica adequada de se conduzir e restringir uma ação do paciente por meio da comunicação verbal. Recomenda-se a sua aplicação devido ao grau de risco que o paciente apresenta para si e para demais pessoas que estejam no mesmo ambiente, devendo ser a primeira estratégia a ser utilizada.

Para ser efetiva, o profissional deve compreender o paciente e conhecer os motivos que o levam a tornar-se agressivo. Em tais situações, o profissional deve oferecer confiança, segurança e apoio ao paciente, já que o diálogo com o paciente é suficiente em diversas ocasiões para controle da situação de risco. Assim, a comunicação terapêutica é essencial para que resultados positivos sejam alcançados (MARCOLAN, 2004).

A equipe multiprofissional deve agir de forma coesa, respeitando e apoiando cada membro da equipe nas suas ações para com o paciente (PAES *et al.*, 2009).

Por outro lado, nos casos em que a causa da agressividade e confusão mental for de origem orgânica, a *restrição química* – realizada por meio de medicamentos prescritos pelo médico –, deve ser a estratégia de primeira escolha, seguida da restrição física, conforme afirmam alguns autores. Mas, mesmo nessas situações, ainda existe a necessidade de se manter uma comunicação terapêutica (RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

O conceito de restrição química depende de como o medicamento é utilizado, isto é, como parte do tratamento do paciente ou simplesmente para controlar o comportamento do paciente.

Se um medicamento é prescrito como parte de uma avaliação ou de um plano racional de cuidados, é um tratamento. Se prescrito simplesmente como uma reação ao comportamento do paciente, é uma forma de restrição. Assim, o mesmo medicamento administrado ao mesmo paciente pode ser um tratamento e, em algumas circunstâncias, uma medida de restrição química (CURRIER, ALLEN, 2000).

Para alguns autores, o uso de medicamentos antipsicóticos para sedar pacientes delirantes deve ser restrito a pacientes em risco de ferir a si mesmo ou aos outros e deve ser usada quando os meios não farmacológicos falharem (RATHIER, BAKER, 2012).

O uso perioperatório de antipsicóticos pode minimizar as reações de agitação e confusão mental no pós-operatório, embora o tempo de internação não tenha sido rotineiramente reduzido. Gestão adequada da analgesia, sedação e delírio em UTI também está associada com duração reduzida de ventilação mecânica, bem como do tempo de internação na unidade e da permanência hospitalar (RATHIER, BAKER, 2012).

Em alguns momentos, devido à sintomatologia do paciente, não é possível obter a interação e a compreensão dos fatos, tornando o diálogo ineficaz, e o paciente não responde à restrição química (ou ela está contraindicada), exigindo a tomada de outras medidas que assegurem a manutenção da segurança do paciente e do ambiente que o cerca (PAES *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Nesse caso, a restrição física pode ser necessária como intervenção protetora (PAES *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010). Também, nos casos em que houver agitação e diagnóstico impreciso, torna-se preferível a restrição física aos fármacos (KAPLAN, SADOCK, 1995).

A restrição física diz respeito à restrição do paciente no leito por meio de materiais que o imobilizem, evitando que o mesmo se levante, retire cateteres, sondas, drenos e outros artefatos terapêuticos ou venham a ferir outras pessoas ou danificar o meio que o cerca (MARCOLAN, 2004).

No meio psiquiátrico, a restrição física é abordada com maior frequência. Não raro encontram-se estudos que analisam seu uso. Algumas instituições psiquiátricas possuem protocolos para nortear os profissionais na realização desta técnica a fim de proteger o paciente de lesões e abusos com a utilização desnecessária e indevida da restrição (MARCOLAN, 2004).

Entretanto, poucos estudos são realizados sob outra ótica, por exemplo, a necessidade da restrição nos pacientes críticos com problemas de saúde agudos e sob a perspectiva da SP e do cuidado de enfermagem.

Destaca-se, que a execução da restrição física tem sido destinada, principalmente, à equipe de enfermagem, ressaltando-se a importância da equipe possuir conhecimentos científicos a respeito do assunto, habilidades para executar as técnicas especializadas, além do respaldo legal ao conter um paciente fisicamente no leito (COREN/SP,1997).

2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE RESTRIÇÃO FÍSICA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Apresenta-se, nessa subseção, a abordagem da restrição física como um cuidado de enfermagem, vinculado aos aspectos éticos e legais, sustentando a justificativa da necessária reflexão e discussão no foco da segurança do paciente gravemente enfermo em UTI.

Cuidar é uma necessidade imperiosa para que todas as espécies possam perpetuar. Para os seres humanos, deve ser uma atitude consciente e proposital, sendo, portanto, resultante de pensamento cômico e julgamento crítico (COLLIÈRE, 2003).

Acredita-se ser relevante refletir sobre os conceitos que envolvem o cuidado em saúde, repensando o procedimento técnico e a abordagem terapêutica do cuidado, que devem ser movidos pelo desafio ético de não deixar a técnica substituir o cuidado, buscando sempre a qualidade desse cuidado (AYRES, 2005).

Entretanto, o cuidado de enfermagem, muitas vezes, é reconhecido como um conjunto de técnicas e procedimentos, uma vez que a enfermagem há muito tempo é reconhecida como uma área do conhecimento prático. Contrastando essa forma de pensar, é inegável que seja também uma profissão que pode transcender para além dos aspectos técnicos e científicos, compreendendo o ser na sua totalidade (COLLIÈRE, 2003).

Refletindo sobre o cuidar, pondera-se que nos diversos espaços em que a enfermagem está inserida, é a instituição hospitalar o local onde os profissionais de saúde têm maior dificuldade para desenvolver o cuidado integral. Isto pode estar relacionada à presença de inúmeras especialidades médicas e de equipamentos sofisticados, requerendo, cada vez mais, conhecimentos altamente especializados (PAES *et al.*,2009).

Nesse sentido, observa-se uma riqueza emocional dentro da práxis dos enfermeiros que constroem uma relação subjetiva e particular, e que deve sustentar suas ações no respeito à subjetividade e individualidade, construindo a relação interpessoal com o paciente (MONTEIRO, 2006).

Sustenta-se que o profissional enfermeiro, por estar envolvido no processo de atendimento direto ao paciente, possui a chance de interagir com ele, podendo desenvolver e utilizar estratégias inovadoras na promoção da saúde, na prevenção de doenças, e na manutenção e recuperação da saúde, de forma indissociável (BERMEJO, 1999).

Não obstante o desenvolvimento das competências de enfermagem há que se desejar a aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos, envolvendo apropriação e desenvolvimento de atitudes para melhorar a qualidade da relação interpessoal e da comunicação para o cuidado (BERMEJO, 1999).

Assim, pensar na restrição física como um cuidado de enfermagem, remete ao que é essencial para alcançar a excelência no atendimento e inserir as práticas de enfermagem. Nessa perspectiva é ir para além da realização do procedimento, é desejar a interação com o paciente para ofertar o que ele realmente precisa, em todas as dimensões do ser (COLLIÈRE, 2003).

Destaca-se, ainda, o fato de que a prevenção das injúrias causadas pela restrição física é diretamente dependente da qualidade do cuidado praticado pela enfermagem. Sendo um cuidado que pode gerar frustração, conflitos e angústias, assegura-se que se deve tomar esse cuidado como um processo dinâmico, que implica em lidar com diferentes condições de orientação e aceitação, necessitando tolerância, compreensão, adaptação, suporte e mediação (BOWER, MCCULLOUGH, 2000; MELLO, LIMA, 2010).

Desse modo, considera-se que fortalecer as virtudes desses profissionais e suas experiências cotidianas, bem como reconhecer sua habilidade técnica e científica, contribui de forma positiva para a apreensão de um cuidado em saúde dentro da perspectiva das boas práticas e da qualidade no atendimento (BOWER, MCCULLOUGH, 2000).

No entanto, não raro se encontram nas instituições de saúde, situações que comprometem a qualidade do serviço prestado. Verifica-se um quantitativo insuficiente de profissionais, estrutura física inadequada e falta de capacitação dos profissionais (MARCOLAN, 2004). Quando instalada essa situação associada à falta de conhecimento sobre o paciente e os possíveis riscos que possam ocorrer, realiza-se a restrição física, embora a sua necessidade nesse caso, seja desnecessária.

Uma forma de melhorar a qualidade na assistência e evitar a tomada de decisões inadequadas é a adoção pelos enfermeiros do conhecimento que lhe é peculiar, realizando o processo de enfermagem (PE) a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE).

O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (CARPENITO,1997).

A execução da restrição física amparada pelos princípios da SAE aproxima o enfermeiro do paciente, possibilitando interação efetiva e implementação das ações em todas as fases do processo de enfermagem. Os aspectos positivos de conduzir esse cuidado de acordo com a SAE são: segurança no planejamento das ações de enfermagem, execução e avaliação dessas ações, individualização da assistência, visibilidade e autonomia ao enfermeiro, resultando em um atendimento com qualidade e segurança.

Além da adoção do PE, considera-se ainda que, os enfermeiros devem estar atentos às diferentes situações de vulnerabilidade por que passam os sujeitos a que se destina esse cuidado. Precisa contextualizar, na sua prática diária, qualquer que seja a fragilidade ou o dano, requerendo atenção desse profissional para estar junto, seja no processo saúde-doença e no cuidado. Tomar o cuidado de enfermagem com essas peculiaridades significa necessariamente integrar saberes práticos e saberes técnicos, com efetiva articulação entre os conhecimentos técnico científicos e as experiências dos sujeitos (MELLO, LIMA, 2010).

O ato de conter um paciente não deve ser visto apenas como uma ação rotineira, aplicada a todos os pacientes gravemente enfermos, em qualquer situação, acriticamente. Deve-se compreendê-la sob a égide do princípio da proteção do indivíduo contra riscos, danos e agravos à saúde e mais uma vez, afirma-se a necessidade de remeter ao cuidado de enfermagem focado na individualidade e, levando em conta a sensibilidade e a observação de mudanças físicas e psicológicas e de repercussões que a enfermidade pode trazer ao cotidiano(BOWER, MCCULLOUGH, 2000; MELLO, LIMA, 2010).

Estudiosos no assunto afirmam que a restrição física deve ser adotada mediante a falha de medidas menos restritivas, ou quando essas não são apropriadas ao contexto clínico. Geralmente, é adotada quando outras medidas terapêuticas foram impossibilitadas de serem aplicadas (MARCOLAN, 2004).

Assim, a restrição física pode ser tomada como medida final em resposta ao comportamento violento do paciente (MARCOLAN, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2010). Mesmo

em tais situações, a restrição física não é um consenso. Por ser um procedimento muitas vezes polêmico, divide opiniões, sendo considerado ultrapassado por muitos, necessário para outros e inevitável em alguns momentos.

Ressalta-se que, o contexto em que se encontra o paciente permeia a utilização da restrição física, devendo ser criteriosa a avaliação que conduz à tomada de decisões. Fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis devem ser considerados, ou seja, o foco não deve ser somente o comportamento manifestado pelo paciente (PAES *et al.*, 2009).

Neste sentido, destaca-se a importância de se conhecer os eventos adversos (EA) que podem ser ocasionados pelo uso da restrição, pois atualmente, os EA são indicadores de qualidade em saúde, consistindo em ocorrências indesejáveis, de natureza danosa ou prejudicial, que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados de profissionais da saúde (PADILHA, 1994).

Na literatura existem pesquisas que consideram a restrição física causadora de danos aos pacientes. Um estudo sobre o seu uso por enfermeiros de quatro hospitais da Turquia, concluiu que 3,4% a 21% dos pacientes críticos foram submetidos à restrição física durante sua hospitalização, por um período de 2,7 a 4,5 dias (DEMIR, 2007).

Quanto às enfermeiras entrevistadas, 76% relataram que a restrição física era responsável por várias complicações no paciente. As complicações relacionadas foram: edema e cianose, úlceras por pressão nos punhos e braços, sangramentos provenientes de remoção cateter arterial e venoso, aspiração e complicações respiratórias causadas pela compressão das faixas e cintos no tórax, lesões na cabeça devido aos pacientes, irritados, baterem com a cabeça nos lados da cama, contraturas nas articulações, sufocamento e rejeição da dieta (DEMIR, 2007).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) – organização independente responsável pela certificação e acreditação de serviços de saúde nos EUA – analisou 20 casos relacionados com a morte de pacientes que estavam sendo contidos fisicamente, e concluiu que a maioria dos eventos ocorreu em hospitais psiquiátricos (n=12), seguido por hospitais gerais (n=6) e instituições de cuidados de longa duração (n=2). Em 40% dos casos, a causa da morte foi asfixia e o restante dos casos foi provocado por estrangulamento, parada cardíaca ou acidentes com fogo (JCAHO, 1998).

Estudiosos da área de psiquiatria reforçam a preocupação com os EA que possam surgir advindos da má utilização da restrição física. O uso adequado e apropriado da restrição

física deve ser tomado como uma medida para reduzir riscos imediatos ao paciente e ao ambiente que o cerca (MARCOLAN, 2004).

Outro exemplo de preocupação com o assunto foi apresentado em 2002, no Fórum Nacional de Qualidade (FNQ), onde foi publicado um relatório inicial, sobre graves eventos em instituições de saúde, que identificou 27 eventos adversos sérios, em grande parte evitáveis e de preocupação para o público e profissionais de saúde (WACHTER, 2010).

Esse relatório foi atualizado em 2006, com um evento adicional. O mesmo foi dividido em seis categorias de eventos, quais sejam: eventos cirúrgicos, eventos relacionados com o cuidado, eventos relacionados com produtos e matérias, eventos ambientais, eventos de proteção do paciente e eventos criminais. A morte do paciente ou a séria incapacidade decorrente da restrição física está entre os eventos de causas ambientais (WACHTER, 2010).

Por outro lado, verifica-se que a indicação da restrição física possa ser realizada de forma positiva. Corrobora com essa assertiva, um estudo brasileiro sobre queda e comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante a hospitalização em UTI. Essa investigação revelou que a não realização de restrição física pode culminar em comportamento negativo, que pode trazer consequências indesejáveis aos pacientes. Os principais eventos encontrados foram: traumas teciduais, retiradas de artefatos terapêuticos, desconexão de artefatos terapêuticos diversos, alterações emocionais, piora das condições clínicas e óbito (DECESARO, PADILHA, 2001).

Porém para romper o preconceito e prestar esse cuidado de forma segura se faz necessário conhecer suas peculiaridades. Quanto ao local em que se pode restringir um paciente, é variado, por exemplo, o paciente pode ser restrito no leito, na cadeira de rodas, cadeiras de conforto, etc.

A escolha do local da aplicação da restrição visa uma restrição parcial ou completa dos movimentos da pessoa. Também assegura que o doente não sofra uma queda. Entretanto, no ambiente de UTI, o local principal em que se restringe um paciente é o leito, pois as características particulares desse ambiente e do próprio paciente, muitas vezes não permitem que ele seja retirado do leito.

A literatura indica que a localização anatômica da restrição física pode ser na altura do tórax, e dos membros (punho ou tornozelo) com faixas apropriadas e imobilizadores de punho/tornozelos e também das mãos com luvas sem dedos. A colocação de grades laterais na cama também é considerada forma de restrição (MARCOLAN, 2004).

Com relação ao material indicado para a realização da restrição física, este deve ser constituído de material resistente, de fácil manuseio, laváveis, de fácil manutenção, de baixo custo e alta durabilidade (MARCOLAN, 2004).

Existem no mercado materiais que podem ser indicados, por exemplo, faixas imantadas, que são faixas de algodão, com orifícios envolvidos por metal ao longo da extensão de suas extremidades, e para prendê-las são utilizadas uma espécie de caneta metálica. Porém, tem o inconveniente de ter um alto custo. A vantagem desse tipo de material é permitir liberdade de movimentos, mas com algum grau de restrição. Outro tipo de material indicado, com a vantagem de ser mais barato, são as faixas de algodão mercerizado, que tem a característica de ser macio, durável, e poder ser confeccionado no setor de costura da própria instituição (MARCOLAN, 2004).

Embora a restrição física seja realizada com a intenção de proteger, quando não realizada de forma preconizada, pode provocar efeitos deletérios diretos no paciente, causando desde úlceras por pressão até o óbito. Outras complicações também podem ocorrer, tais como traumas psicológicos, luxações, fraturas, trombose, isquemia, edemas, asfixia e até estrangulamento (MINNICK *et al.*, 2007).

Portanto, seria apropriado afirmar que a restrição física é um cuidado diretamente relacionado à SP, pois é utilizado para prevenir injúrias e também como forma de proteção, mas, se realizado de forma inadequada, pode provocar EA.

2.5.1 Aspectos éticos e legais envolvendo a restrição física

Uma questão polêmica do uso da restrição física é quanto ao aspecto ético e legal do seu uso. Autores consideram que sendo um procedimento realizado para impedir a liberdade do indivíduo pode ser considerada antiética e ilegal. No entanto, se utilizada como medida protetora e em consonância com o objetivo de manter tanto a segurança quanto o conforto e a dignidade do paciente, não há como ferir os princípios éticos e legais da profissão (IGLESIAS *et al.*, 2012).

Entretanto, apesar de existir legislação que assegura que a restrição física deve ser realizada após prescrição médica, um estudo nacional afirma que a restrição física é um recurso utilizado pela equipe de enfermagem, que se percebe sozinha ao realizar esse cuidado, pois na maioria das vezes, não há empenho do médico nesse cuidado (SILVA, 2008).

O uso abusivo desse método sempre foi um dos fatores que conduziram ao aparecimento de EA e em decorrência disso, às opiniões em contrário a esse cuidado, emergiram muitas vezes de forma radical. Para orientar a prática correta da restrição física, critérios e diretrizes são adotados em todo o mundo, pois, caso não seja possível evitá-la, deve-se praticá-la de forma correta, sem causar danos aos pacientes.

Os Princípios de Siracusa sobre a Limitação e Anulação de Disposições Contidas no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (Princípios de Siracusa) fixam critérios que devem ser atendidos quando os direitos são restringidos. A restrição física pode ser entendida como uma forma de restringir direito à liberdade. Segundo os princípios de Siracusa, as restrições devem ser de duração limitada e sujeitas à revisão (UNITED NATIONS, 1985).

Em síntese, os Princípios de Siracusa compreendem:

- a) A restrição deve ser prevista e executada em conformidade com a lei.
- b) A restrição deve ser realizada respeitando o interesse geral.
- c) A restrição será necessária para responder a uma necessidade de saúde e proteção.
- d) A restrição é o método mais adequado, e não há meios menos invasivos e restritivos disponíveis.
- e) A restrição não deve ser arbitrariamente elaborada ou imposta.

Nesse sentido, a Associação Americana de psiquiatria também determina alguns princípios para o uso apropriado da restrição física (STUART, LARAIA, 2001):

- a) Evitar dano ao paciente e a outras pessoas, quando outros meios foram ineficazes;
- b) Evitar uma grave alteração do tratamento ou dano importante ao ambiente;
- c) Manter intervenção como parte de terapia comportamental em curso;
- d) Diminuir os estímulos ambientais que pioram o quadro psíquico alterado;
- e) Atender à solicitação vinda do paciente.

Alguns estudiosos descrevem restrição física como um método terapêutico e que o seu uso adequado e apropriado deve ser tomado como uma medida para reduzir riscos imediatos ao paciente e ao ambiente que o cerca (BOWER, MCCULLOUGH, 2000; MARCOLAN, 2004).

Uma recente resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi publicada para normatizar os procedimentos da enfermagem no emprego de restrição física de pacientes. Nessa resolução considera-se restrição física como contenção mecânica e retrata que é atribuição do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prevenção e controle

sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem (COFEN, 2012).

As determinações dessa resolução visam garantir a segurança do paciente no uso da restrição física, e são resumidas a seguir:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregá-la sob supervisão direta do enfermeiro e, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde a que estejam vinculados.

Art. 2º Apenas será empregada a contenção mecânica quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente submetido à contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente (Resolução COFEN nº. 427/2012).

Entretanto, essa resolução deixa incerta a questão da prescrição da restrição física pelo enfermeiro. Entende-se que os conselhos de todos os profissionais envolvidos na atenção ao paciente, devessem auxiliar na elaboração de um modelo de protocolo, onde fossem definidos quais profissionais poderiam prescrever esse cuidado, bem como a sua retirada e vigilância do paciente. Acredita-se que o envolvimento multiprofissional seja um dos princípios necessários para a manutenção da segurança do paciente.

Outra iniciativa tomada nesse sentido foi a publicação da Resolução 1.408/94 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1994) que determina no seu artigo 4º que nenhum tratamento será realizado sem o consentimento esclarecido do portador de transtorno mental, exceto quando as condições clínicas não permitirem e em situações emergenciais, para evitar danos ao paciente e a outros. No artigo 11º é afirmado que a restrição física de um paciente em tratamento só pode ser realizada por meio de prescrição médica, com acompanhamento direto de um auxiliar do corpo de enfermagem pelo período que o paciente for restrito.

No entanto, apesar de ser uma legislação que visa à promoção dos direitos do paciente, apresenta a um forte corporativismo e destoa das cenas corriqueiras das unidades assistenciais de saúde (MARCOLAN, 2004).

Afirma-se, mais uma vez, que o envolvimento de uma equipe multiprofissional capacitada para o exercício profissional é a melhor forma de atender com qualidade às necessidades do paciente.

Portanto, compreende-se que existem diferenças cruciais entre restrição que viola direitos e dignidade e restrição que não viole os desejos expressos de forma autônoma e que protege o paciente e o ambiente que o cerca, executado com princípios éticos e legais com intenção de oferecer o atendimento aos pacientes (NIRMALAN *et al.*, 2004).

3 INQUIETAÇÕES QUE CONDUZIRAM AO ESTUDO DA TEMÁTICA

A utilização rotineira da restrição fez emergir na equipe de Enfermagem diversos questionamentos, para os quais a vida profissional diária nem sempre permitiu tempo adequado à reflexão, quais sejam:

- O procedimento de restrição física é ético?
- Seria direito e dever da equipe de enfermagem restringir um paciente?
- Os efeitos positivos desse método são superiores aos negativos?
- Por que se deve restringir um paciente?
- A equipe de Enfermagem está preparada para realizar o procedimento?
- A restrição física é realizada sob a perspectiva de práticas seguras?
- Existe uma forma de se proteger o paciente quando este está em estado de confusão mental, agressivo e confuso contra incidentes/eventos adversos (INC/EA) sem utilizá-la?

Tais questionamentos fizeram emergir o anseio por percorrer e conhecer melhor os caminhos do referido cuidado. Por meio da interação com diversos profissionais, conduziu-se o assunto da restrição física à temática de segurança do paciente – contexto que até então adormecido.

Iniciou-se então, a busca por maiores esclarecimentos acerca do assunto. Entretanto, constatou-se que havia escassez de estudos abordando tal temática. Devido à falta de informações iniciais, tomou-se a decisão por tentar descobrir a realidade vivenciada dentro da própria unidade de trabalho e verificar se os dados relatados seriam úteis para a comunidade em geral e também para a melhoria do cuidado de Enfermagem.

Pelo exposto, traçou-se como meta da presente pesquisa inserir a problemática da restrição física à segurança do paciente, buscando descrever a ocorrência do uso de tal método entre os pacientes internados em uma UTI de um hospital universitário (HU).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso da restrição física em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os fatores condicionantes à internação hospitalar dos pacientes submetidos à restrição física.
- Caracterizar os procedimentos de restrição física realizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Descrever a prestação de cuidados pela equipe de Enfermagem aos pacientes submetidos à restrição física.
- Identificar os registros realizados no prontuário pela equipe de enfermagem sobre a restrição física.
- Verificar a ocorrência de INC/EA.
- Identificar a ocorrência de fatores contribuintes para a adoção da restrição física.

5 METODOLOGIA

Nesse capítulo são descritos detalhadamente, em nove subseções, os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de caráter exploratório-descritivo e quantitativo. As pesquisas exploratórias são aquelas que têm por objetivo explicar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura um maior conhecimento sobre o assunto em estudo (GIL, 2006).

A pesquisa exploratória, quanto aos fins, é realizada na área onde há pouco conhecimento científico acumulado ou sistematizado. Por se tratar de uma pesquisa que busca explorar conceitos e fatos de pouca bibliografia, principalmente nacional, e por ser nova a preocupação acerca do assunto, na unidade pesquisada, considerou-se um estudo exploratório (VERGARA, 2000).

Além disso, por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, por todavia, poderão surgir durante a realização da pesquisa ou ao seu final. Portanto, pretende descrever as características do fenômeno (TRIVINÕS, 1987; VERGARA, 2000).

Destaca-se que, quanto aos fins, a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou fenômeno.

Este estudo busca expor as características concernentes ao uso da restrição física na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Não tem o compromisso de explicar o que descreve, embora sirva de base para algumas explicações e assim foi feito.

As investigações de cunho descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Considera-se que a definição de estudo descritivo é apropriada, pois reúne os elementos essenciais da epidemiologia descritiva, isto é, o “que” (a restrição física), “quem”(os pacientes graves), “onde” (na Unidade de Terapia Intensiva), “quando” (no período analisado) e “como” (resultados encontrados) (PEREIRA, 2011).

As descrições do fenômeno proposto neste estudo têm caráter quantitativo, pois para a coleta sistemática de dados e determinação das variáveis importantes para o entendimento do

fenômeno, foi requerido o uso de recursos e de técnicas estatísticas (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Realizado na UTI adulto de uma instituição pública de ensino, de grande porte, localizada no município de Goiânia, Goiás, que oferece múltiplas especialidades de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cidade de Goiânia está localizada na região Centro-Oeste do país e possui área territorial de cerca de 740 km² e população estimada para o ano de 2012 foi de 1.3333,67 habitantes. Atualmente, a cidade concentra 604 estabelecimentos de saúde, dos quais 303 são de responsabilidade do SUS (IBGE, 2010).

O hospital em que foi realizada a pesquisa está localizado na região leste do município de Goiânia. Atende, diariamente, em média, 3.340 pacientes. Prestam atendimento em consultas ambulatoriais (por encaminhamento das unidades primárias de saúde), de urgência e emergência, cirurgias eletivas, internações e realiza exames laboratoriais e de imagem.

Possui três UTI, duas para atendimento adulto e uma para atendimento neonatal. A unidade na qual foi realizada esta pesquisa dispõe de oito leitos, recebem pacientes adultos e idosos, usuários do SUS de múltiplas especialidades clínicas e cirúrgicas.

No período de coleta de dados, a equipe de enfermagem da UTI era composta por nove enfermeiros assistenciais, um gerente e 53 técnicos de enfermagem, distribuídos entre os plantões do turno da manhã (7h às 13h), tarde (13h às 19h) e noite (19h às 7h).

A proporção de enfermeiros por leito a cada plantão, geralmente, é de 1:4 no período diurno e 1:8 no período noturno, e de técnicos de enfermagem é de 1:2 em todos os períodos. Fazem parte da equipe multidisciplinar fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e residentes de enfermagem, odontologia, fisioterapia e medicina.

Os técnicos de enfermagem prestam assistência integral ao paciente norteada pela prescrição de enfermagem e estão sob supervisão e orientação do enfermeiro do turno. Os enfermeiros supervisionam a equipe de enfermagem, prestam cuidados de natureza invasiva e não invasiva, aplicam a Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) e realizam, ainda, atividades de gerenciamento do serviço.

Os residentes de enfermagem são acompanhados pelos enfermeiros, e também prestam cuidados invasivos e não invasivos, além da SAE.

A coleta de dados foi realizada de 19 de julho de 2012 a 26 de outubro de 2012, nos períodos matutino, vespertino e noturno.

No ano de 2012, a UTI admitiu 550 pacientes, 477 receberam alta por transferência e 73 tiveram alta por óbito.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para seleção da amostra de participantes do estudo no universo de pacientes admitidos na UTI, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: adultos, maiores de 18 anos, ambos os sexos, admitidos para tratamento clínico e/ou cirúrgico, que receberam restrição física no período compreendido entre 19 de julho de 2012 a 26 de outubro de 2012, e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Foi solicitada a concordância e assinatura dos responsáveis legais de pacientes com alterações cognitivas e/ou comportamentais ou em estado de inconsciência.

Como critérios de exclusão, determinou-se a não participação no estudo de pacientes com idade inferior a 18 anos, aqueles não foram restritos e aqueles que não aceitaram convite para participar do estudo, assim como aqueles que seus responsáveis legais não aceitaram sua participação na pesquisa.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Realizou-se amostragem por conveniência, através da seleção de pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-determinados na pesquisa.

Vale destacar que quando os estudos clínicos para conhecimento de um problema são os primeiros a serem realizados, a amostra mais indicada é a amostra por conveniência (ou amostra de base institucional ou hospitalar) que, em geral, reflete o padrão de atendimento, com predominância de pacientes mais gravemente afetados. Assim, a amostra de base institucional foi utilizada no presente estudo (PEREIRA, 2011).

5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

5.5.1 Definições operacionais

Com o propósito de tornar clara a descrição desta investigação, foram adotados alguns conceitos propostos pelo Grupo de Taxionomia da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, que identificou conceitos-chave de relevância para a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) proposta pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (TICPSY, 2012).

As definições utilizadas são descritas a seguir:

- Evento é algo que acontece ou envolve um paciente.
- Incidente é o evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes originam-se tanto de atos não intencionais como de atos intencionais.
- Dano implica prejuízo da estrutura ou função corporal, incluindo doença, ferimento, sofrimento, incapacidade e morte. Pode ser físico, social ou psicológico.
- Incidente sem dano é um evento que alcançou o paciente, mas nenhum dano foi observado, por exemplo, se a unidade de sangue foi infundida, mas não era incompatível.
- Evento adverso é um incidente que conduz ao dano ao paciente, por exemplo, se a unidade errada de sangue foi infundida e o paciente morreu de uma reação hemolítica.
- Erros, por definição, são involuntários, e pode se tornar rotineiro e automático em determinados contextos. Um erro é uma falha em realizar uma ação de planejamento como pretendido ou aplicação de um planejamento ou plano incorreto. Podem manifestar-se pelo ato de fazer a coisa errada (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento como na fase de execução.
- Risco: probabilidade em que um incidente ocorrerá.
- Fator contribuinte: a circunstância, ação ou influência que, acreditamos, teve participação na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou, ainda, aumentou o risco de um incidente.

Quanto à restrição física, considerou-se como sendo a restrição do paciente no leito por meio de materiais que o imobilizem, evitando que o mesmo se levante, retire cateteres, sondas, drenos e outros artefatos terapêuticos ou venham a ferir outras pessoas ou danificar o meio que o cerca (MARCOLAN, 2004).

Com relação à restrição verbal, definiu-se como a forma de tentar controlar agitação de um paciente por meio da comunicação verbal (RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008).

Quanto à restrição química, adotou-se nesse estudo, por definição, a prescrição de um fármaco como forma de conter o comportamento do paciente (CURRIER, ALLEN, 2000).

Comorbidade foi designada como um estado patológico associado a uma ou mais doenças ou transtornos (PETRIBÚ, 2001).

Complicação foi definida pelo surgimento indesejado de um evento, porém, que não estivesse associado a erro médico e sim às reações orgânicas do paciente (PETRIBÚ, 2001).

Quanto à queda, adotou-se como definição “a mudança súbita e inesperada na posição corporal em que o mecanismo estático de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este equilíbrio é inadequada” (SEHESTED P, SEVERIN, 1977).

Com relação aos tubos endotraqueais e tubos de traqueostomia, foram descritos como dispositivos terapêuticos inseridos na traqueia com a finalidade de proporcionar uma via respiratória artificial. Quando se inseri o tubo pela cavidade oral, é chamado tubo orotraqueal (TOT) e quando é inserido pela cavidade nasal é conceituado como tubo nasotraqueal (TNT). O tubo de traqueostomia (TQT) é introduzido na traqueia através de uma incisão cirúrgica na traqueia com objetivo de conseguir uma via artificial respiratória (ARAÚJO *et al.*, 2000).

As sondas, drenos e cateteres foram conceituados como dispositivos terapêuticos invasivos inseridos em orifícios naturais ou artificiais que tem por finalidade: drenar fluídos e secreções orgânicas, infundir medicamento, dietas, monitorizar a evolução clínica dos pacientes, seja pela evolução das drenagens ou pela mensuração de parâmetros objetivos (pressão venosa central, pressão arterial média, pressão de capilar pulmonar, medida de débito cardíaco e outros) e realizar procedimentos dialíticos, de irrigação ou transfusionais (ARAÚJO *et al.*, 2000).

Definiu-se máscara facial e cateter de O₂ nasal como dispositivos para oxigenoterapia. Com esse tipo de tratamento pode-se administrar oxigênio acima da concentração do gás ambiental normal (21%). Estes dispositivos têm como objetivo manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e, conseqüentemente, promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio (AARC, 2010).

Determinou-se por Escala de Ramsay, como uma escala subjetiva utilizada para avaliar o nível de sedação em pacientes, visando evitar a sedação insuficiente ou demasiadamente excessiva (DIAS, 2002). Tem sido usado principalmente para avaliar

pacientes em UTI (QUINTANA, 2004). Essa escala compreende escores que vão de 1 a 6, atribuídos observando as respostas dadas pelo paciente após estímulos (Quadro 1).

Quadro 1 – Escala de *Ramsay*

Escore	Estado do paciente
Escore 1	Ansioso, agitado
Escore 2	Cooperativo, orientado, tranquilo
Escore 3	Sonolento, atendendo aos comandos
Escore 4	Dormindo, responde rapidamente ao estímulo sonoro vigoroso
Escore 5	Dormindo, responde lentamente ao estímulo sonoro vigoroso
Escore 6	Dormindo, sem resposta

Fonte: DIAS – 2002

Quanto à Escala de Coma de *Glasgow*, foi considerada como escala neurológica utilizada para registrar o nível de consciência de uma pessoa. (TEASDALE, JENNETT, 1974).

Essa escala compreende três testes: respostas de abertura ocular, fala e capacidade motora. Para cada elemento analisado há uma escala diferente, que no final se somam resultando em um escore total (TEASDALE, JENNETT, 1974). Os elementos avaliados são pontuados da seguinte maneira, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Escala de coma de *Glasgow*

Teste	Reações	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	À dor	2
	Ausente	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localização à dor	5
	Flexão inespecífica (retirada)	4
	Flexão hipertônica	3
	Extensão hipertônica	2
	Sem resposta	1
Resposta verbal	Orientado e conversando	5
	Desorientado e conversando	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Sem resposta	1

Fonte: TEASDALE, JENNETT – 1974

A interpretação é feita da seguinte forma:

Pontuação total: de 3 a 15

3 = Coma profundo; (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo)

4 = Coma profundo;

7 = Coma intermediário;

11 = Coma superficial;

15 = Normalidade (TEASDELE, JENNETT, 1974).

Os valores determinados para as escalas de *Ramsay* e de *Glasgow* foram atribuídos pelos enfermeiros assistenciais da UTI e anotados na ficha de Sistematização em Enfermagem, um dos documentos que compõe o prontuário do paciente.

5.6 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

O método de coleta de dados foi guiado pela observação estruturada, que permite a formulação de um sistema para classificar, registrar e codificar as observações e a amostragem dos fenômenos de interesse (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Com o objetivo de completar informações relativas aos dados socioeconômicos e demográficos, que não puderam ser obtidas por meio da observação, foi realizada investigação dos registros no prontuário dos pacientes.

Quanto aos INC/EA, além dos dados resultantes da observação foram pesquisados registros nas fichas de notificação de incidentes/eventos adversos (FN-INC/EA) (Anexo B), implementado pela gerência de Risco Sanitário Hospitalar do serviço de saúde, fornecido pela ANVISA. Foi investigado nas FN-INC/EA informações dos pacientes não restritos com a finalidade de correlacionar com os resultados encontrados na amostra.

Também faz parte do prontuário do paciente a ficha de Sistematização em Enfermagem. Esse documento é preenchido pelos enfermeiros nos períodos diurno e noturno. Após o exame físico, os enfermeiros registram a coleta de dados, levantam os diagnósticos, descrevem a evolução e realizam a prescrição de enfermagem. A implementação das prescrições é checada nesse mesmo documento, tanto pelos enfermeiros, quanto pelos técnicos de enfermagem.

O registro dos dados foi realizado por meio de um formulário idealizado e desenvolvido pela própria pesquisadora. Para a efetivação dessa etapa foi realizada busca intensa de referências na literatura especializada (MINNICK *et al.*, 1998; BOWER, MCCULLOUGH, 2000; CURRIER, ALLEN, 2000).

Com o objetivo de aprimorar o instrumento, três especialistas foram convidadas a analisá-lo. O instrumento foi submetido ao processo de testagem com aplicação de 18 testes que permitiram os ajustes finais dos instrumentos. Somente após a sua validação, iniciou-se a coleta de dados. Assim, Considera-se que o instrumento atendeu aos objetivos propostos na pesquisa.

Considerando a viabilidade do estudo, houve necessidade da participação de um auxiliar de pesquisa, o qual foi orientado sobre a metodologia do estudo e acompanhado previamente, e durante a coleta de dados para a devida aplicação do instrumento. O auxiliar de pesquisa é graduado em Enfermagem.

O monitoramento foi realizado diariamente pela pesquisadora e pelo auxiliar de pesquisa, uma vez ao dia, nos períodos matutino, vespertino ou noturno, durante o período de internação na UTI da amostra selecionada. A pesquisadora e o auxiliar de pesquisa coletaram informações de 44 pacientes selecionados de forma não aleatória.

5.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado, designado como “Formulário de Monitoramento do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)” (Apêndice B) e foi elaborado em quatro partes.

- 1) Caracterização socioeconômico-demográfica dos pacientes, constituída por nove variáveis.
- 2) Caracterização da internação na UTI, constituída por 12 variáveis.
- 3) Caracterização da restrição e das condições do paciente contido na UTI, constituída por 15 variáveis.
- 4) Caracterização dos cuidados de enfermagem realizados durante a restrição física, constituída por 22 variáveis.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados realizada foi conduzida por meio da estatística descritiva pertinente ao estudo. A apresentação dos dados ocorreu em forma de tabelas de frequência, tabelas de medidas descritivas e gráficos.

As variáveis foram analisadas quanto às frequências relativa e absoluta. Utilizou-se o método de estatística descritiva, sendo avaliado o desvio padrão, mínimo, máximo e a média das variáveis pertinentes.

Os dados coletados foram categorizados e tabulados pela ESTAT Consultoria. O gerenciamento do banco de dados foi realizado com auxílio do Microsoft Excel 2007. Com o objetivo de evitar viés de processamento da informação, os dados foram reprocessados e confirmados por um segundo profissional, utilizando-se o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS - Versão 18.0).

5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Esta pesquisa foi submetida à avaliação e autorização da Diretoria Geral da instituição hospitalar selecionada e da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob o parecer 43/12 (Anexo C).

A inclusão de pacientes no estudo deu-se apenas após o esclarecimento dos objetivos, riscos e benefícios do estudo por parte dos pesquisadores, seguida da assinatura do TCLE pelo paciente ou por seu responsável legal.

Os participantes ou seus responsáveis legais foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, sobre a confidencialidade dos dados e sobre a ausência de riscos ou prejuízos por participar ou não da pesquisa.

Foi garantida a livre participação na pesquisa e seu consentimento foi registrado com a assinatura do TCLE. Este documento foi elaborado a fim de garantir o anonimato institucional, o sigilo da identidade dos participantes, a ausência de danos ou riscos e a inexistência de ônus para a Instituição, em atendimento à Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (CNS,1996).

6 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados dos dados coletados no período de 19 de julho a 26 de outubro de 2012, correspondendo aos objetivos propostos.

As informações coletadas incluem dados socioeconômico-demográficos de cada paciente, dados sobre a internação e a caracterização da restrição física, das condições clínicas do paciente e dos cuidados prestados ao paciente restrito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cenário da investigação.

Os resultados apresentados demonstram análises descritivas das variáveis pesquisadas. A análise tem apenas caráter exploratório, dando suporte para conhecimento do comportamento geral das variáveis.

No período de observação, que foi equivalente a um tempo de 3,2 meses, a taxa geral de ocupação foi de 88,7% (n=169) dos leitos. O total geral de altas foi de 169, sendo 21 por óbito e 148 por transferência para outra unidade. A média de permanência/dia geral foi de 5,3 dias.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

A Tabela 1 apresenta a caracterização do total de pacientes restritos na UTI, segundo dados sociodemográficos de sexo, idade e etnia, escolaridade e moradia.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de pacientes restritos na UTI (n=44), segundo dados sociodemográficos – Goiânia, julho a outubro de 2012

Caracterização	N	%
Sexo		
Feminino	16	36,4
Masculino	28	63,6
Faixa etária (anos)		
23 a 40	10	22,7
41 a 60	14	31,8
61 a 80	16	36,4
81 a 86	2	4,5
Sem informações	2	4,5
Etnia		
Branca	26	59,1
Negra	12	27,3
Parda	6	13,6
Escolaridade		
Não alfabetizado	11	25,0
Ensino fundamental incompleto	6	13,6
Ensino fundamental completo	18	40,9
Ensino médio completo	5	11,4
Ensino médio incompleto	1	2,3
Ensino superior incompleto	1	2,3
Pós-graduação	1	2,3
Sem informações	1	2,3
Moradia		
Com família	39	88,6
Sozinho	4	9,1
Sem informações	1	2,3

Observa-se que, de um total de 169 admissões na UTI, 44 pacientes foram submetidos à restrição física, resultando na incidência de 26%. Na amostra observada constata-se predominância de pacientes do sexo masculino (63,6%).

Quanto à idade dos pacientes, variou de 23 a 86 anos, com média ponderada de 55,17 anos (DP=18,29).

Com relação à etnia, os registros nos prontuários consultados indicam a predominância da etnia branca (59,1%), (DP= 6,00).

Na análise do nível de escolaridade, constatou-se que pacientes não alfabetizados corresponderam a 25%, pacientes com ensino fundamental incompleto corresponderam a 13,6% e pacientes com ensino fundamental completo corresponderam a 40,9% (DP= 6,19), demonstrando um modo geral, baixo nível de escolaridade. Esses resultados não contemplaram um paciente (2,3%), por não haver registro dessa variável.

Quanto à situação de moradia, a maior parte dos pacientes residia com a família (n=39; 88,6%).

A Figura 1, apresenta os resultados da caracterização econômica, quanto à variável renda familiar da amostra no período analisado. Na época do estudo o salário mínimo vigente era de R\$ 622,00.

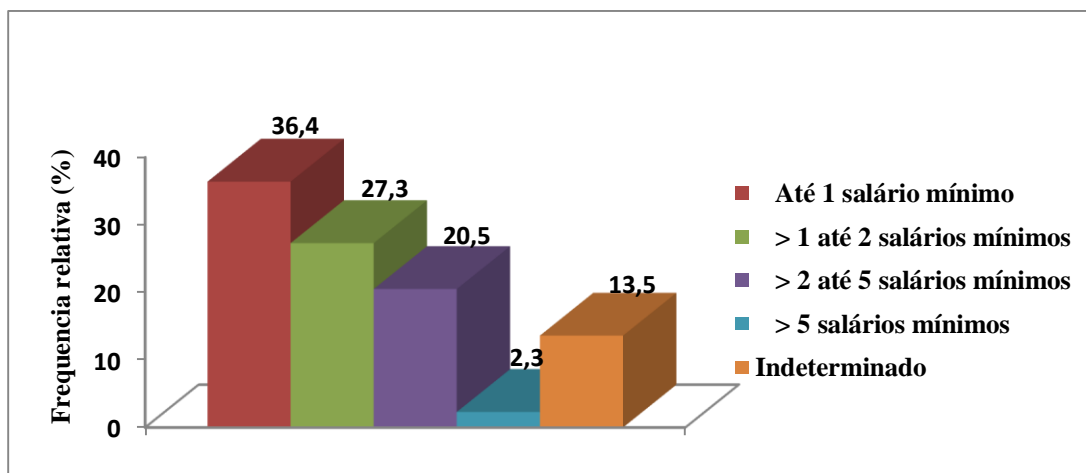


Figura 1 - Distribuição percentual da renda familiar, em salários mínimos, de pacientes restritos na UTI (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Quanto à variável renda familiar, verificou-se que 16 (36,4%) dos pacientes recebiam até um salário mínimo (SM). Pacientes que recebiam de um até cinco SM corresponderam a 21 (47,8%). Esses dados resultaram em uma média de 1,86 SM (DP=1,84).

A Figura 2 apresenta a distribuição da fonte de renda dos participantes da pesquisa.

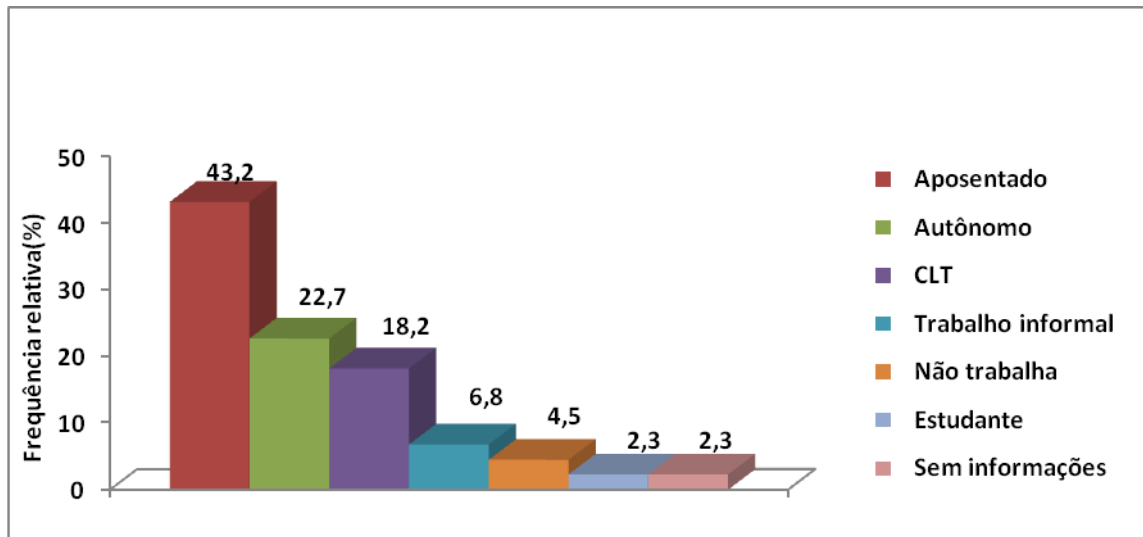


Figura 2 – Distribuição percentual da fonte de renda dos participantes do estudo (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Quanto à fonte de renda verificou-se que a aposentadoria predominou em 43,2% (n=19) dos participantes e 40,9% (n=17) eram trabalhadores autônomos ou trabalhavam no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Com relação à variável ocupação, os resultados demonstraram que não houve uma ocupação predominante, no entanto, destacaram-se algumas ocupações de menor renda (lavrador, serviços gerais e empregados domésticos) representando 12 (27,3%) da amostra estudada. Esse resultado era esperado, uma vez que, 28 (63%) dessa amostra foi composta por pacientes com renda familiar de até dois salários mínimos.

Outra categoria encontrada com um valor expressivo de 12 (27,3%) foi a de desocupados. Ressalta-se, que fazem parte desse grupo pacientes aposentados e aqueles que não estavam trabalhando no período da coleta dos dados.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA

A Tabela 2 apresenta os resultados gerais da internação na UTI, dos pacientes analisados, com relação ao tempo de permanência, tipo de alta hospitalar, presença de comorbidades, presença de complicações.

Tabela 2 – Características gerais da internação dos pacientes (n=44) da UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012

Internação	N	%
Tempo de permanência (dias)		
1 a 5	19	43,2
6 a 10	10	22,7
11 a 20	8	18,2
21 a 28	5	11,4
29 a 92	2	4,5
Tipo de alta hospitalar		
Transferência	26	59,1
Óbito	18	40,9
Comorbidades além da doença fim de internação		
Sim	21	47,7
Não	23	52,3
Complicações durante internação		
Sim	27	61,4
Não	17	38,6

Quanto ao tempo de permanência dos pacientes restritos, obteve-se a média ponderada de 11,47 dias (DP=13,00). Todos os pacientes da amostra foram acompanhados até a alta da UTI, sendo que 26 (59,1%) receberam alta por transferência e 18 (40,9%) foram a óbito.

Os óbitos da amostra corresponderam a um total de 85% de todos os óbitos (n=21) constatados no período analisado. Portanto, apenas 15% dos pacientes que foram a óbito não foram restritos.

Quanto ao tipo de tratamento recebido no serviço de saúde, registrou-se predomínio de pacientes em tratamento cirúrgico (n=27; 61,4%). De acordo com os dados analisados, 43,2% (n=19) dos pacientes estavam sob efeito de sedação, desses, foi possível determinar que 10 (52,6%) dos estavam em recuperação pós-anestésica. Os resultados também mostraram que 23 (52,3%) dos pacientes não possuíam comorbidades e 27 (61,4%) tiveram algum tipo de complicação durante o período de internação na UTI.

A Figura 3 apresenta a distribuição das principais comorbidades que acometeram os pacientes restritos na UTI, no período analisado.

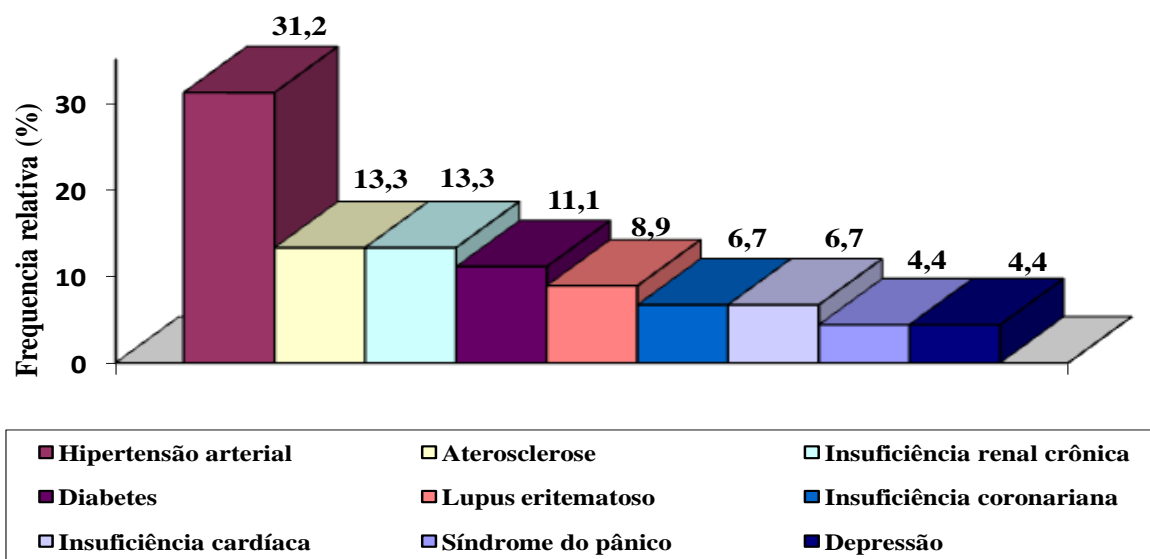


Figura 3 – Distribuição percentual das principais comorbidades encontradas na amostra (n=45) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Observa-se uma alta frequência de comorbidades na amostra analisada, perfazendo um total de 45.

A comorbidade hipertensão arterial sistêmica prevaleceu em 14 (31,2%) dos resultados, aterosclerose e insuficiência renal crônica contabilizaram juntas 12 (26,6%) das comorbidades, diabetes resultou em cinco (11,1%) dos casos, lúpus eritematoso sistêmico em

quatro (8,9%) e as demais comorbidades (síndrome do pânico, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca e depressão) totalizaram 10 (22,2%) dos resultados.

A Figura 4 apresenta as complicações que acometeram os pacientes em uso de restrição física no período analisado.

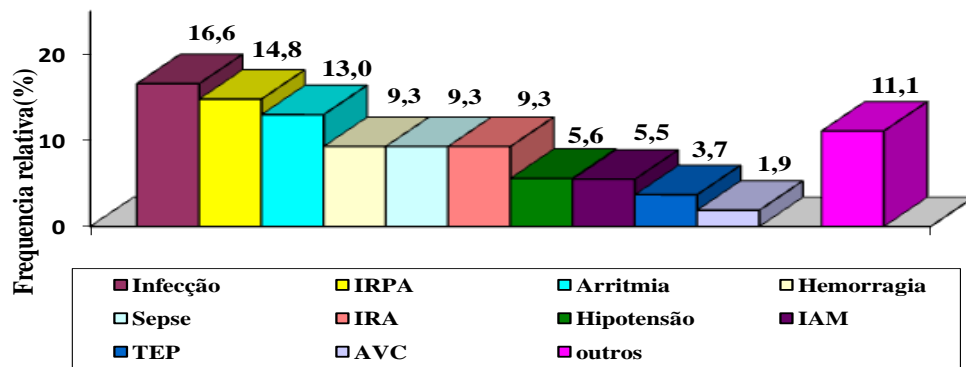


Figura 4 – Distribuição percentual das complicações (n=54) que acometeram os pacientes em uso de restrição física na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012

Alguns pacientes apresentaram mais de uma complicação durante o período analisado, perfazendo um total de 54 complicações constatadas.

Observa-se que as complicações referentes a infecções (trato urinário, corrente sanguínea, respiratória, gastrointestinal), insuficiência respiratória aguda (IRPA) e arritmia prevaleceram na maioria dos resultados, totalizando em 24 (44,4%) das complicações. Hemorragia, sepse e IRPA tiveram a mesma frequência de cinco registros, totalizando 15 (27,7%) de todas as complicações.

A Tabela 3 apresenta o tempo de uso dos dispositivos terapêuticos entre os pacientes participantes do estudo.

Tabela 3 – Distribuição do tempo de uso dos dispositivos terapêuticos na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Dispositivos Terapêuticos	Nº. de Pacientes	Nº. de dias	Mínimo (dias)	Máximo (dias)	Média (dias)	Desvio Padrão
Sonda vesical de demora (SVD)	40 (90,9%)	390	1	45	9,75	9,64
Cateter venoso central (CVC)	33 (75,0%)	371	2	45	11,24	10,79
Cateter orotraqueal (COT)	30 (68,2%)	276	1	45	9,20	8,46
Sonda nasoenteral (SNE)	22 (50%)	233	2	36	10,59	8,86
Pressão arterial invasiva (PAI)	18(40,9%)	138	1	36	7,67	8,37
Drenos	11 (25%)	52	2	10	4,73	2,65
Cateter Nasal	9 (20,4%)	59	2	21	6,56	6,33
Cateter duplo lúmen (CDL)	8 (18,2%)	83	3	34	10,38	10,17
Máscara Facial	8 (18,2%)	65	3	28	8,13	8,24
Cateter venoso periférico (CVP)	7 (15,9%)	68	2	23	9,71	8,26
Cateter periférico de inserção central(PICC)	5 (11,4%)	54	6	23	10,80	6,98
Traqueostomia (TQT)	5 (11,4%)	43	6	13	8,60	2,61
Cateter arterial pulmonar (CAP)	4 (9,1%)	24	2	11	6,00	3,74
Outros*	5 (11,4%)	18	2	45	3,60	2,07

Nota: *Outros: cateter Portocath, cateter de Tenkoff, cateter Swan Ganz.

A Tabela 3 mostra, em geral, um elevado percentual do uso de dispositivos terapêuticos, tanto em relação ao número de dias quanto em quantidade de dispositivo utilizado. Percebe-se, que cada paciente pode ter utilizado mais de um dispositivo terapêutico.

Nota-se, que 90,9% dos pacientes utilizaram SVD, totalizando 390 dias de uso de dispositivos, com média de 9,75 dias por paciente (DP= 9,64). Quanto ao uso de CVC, também se mostrou alto, sendo que 33 (75%) dos pacientes o utilizaram, perfazendo um total de 371 dias de uso do dispositivo, média de 11,24 dias por paciente (DP=9,64). O cateter de

PAI foi utilizado por 18 (40,9%) dos pacientes, resultando em um total geral de 138 dias de uso desse dispositivo, média por paciente de 7,67 dias (DP= 8,37). Outro dispositivo com alta frequência foi a SNE, sendo utilizada por 22 (50%) da amostra, resultando em 233 dias de uso, média por paciente de 10,59 (DP= 8,86). Quanto ao COT, foi utilizado por 30 (68,2%) pacientes da amostra, resultando em 276 dias de uso, média de 9,20 (DP= 8,46). Ressalta-se que, 11 (25%) dos pacientes utilizaram algum tipo de dreno, correspondendo a 52 dias de uso desse dispositivo, obtendo uma média de 4,73 (DP= 2,07).

A Figura 5 apresenta claramente a preponderância no uso de SVD, CVC, PAI, SNE e COT.

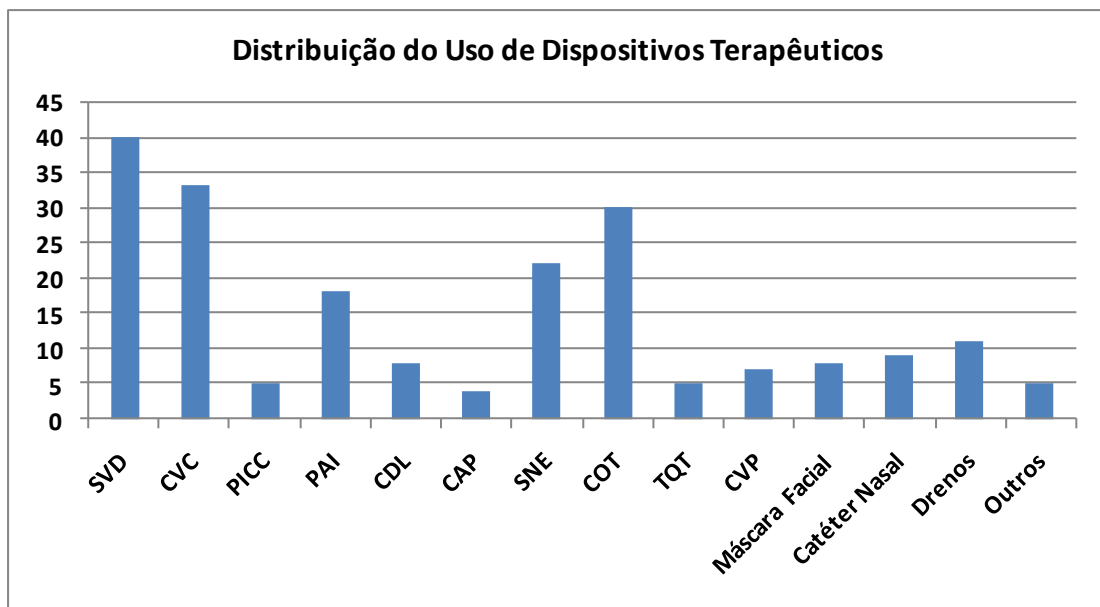


Figura 5 – Distribuição da frequência dos dispositivos terapêuticos (n=14) por pacientes (n=44) Goiânia, julho a outubro de 2012

A Tabela 4 apresenta os escores do nível de sedação (Escala de *Ramsay*) e do nível de consciência (Escala de coma de *Glasgow*) na amostra.

Tabela 4 – Distribuição dos escores da Escala de *Ramsay* (n=19) e da Escala de coma de *Glasgow* (n=25) na amostra – Goiânia, julho a agosto de 2012

Escalas	N	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
<i>Ramsay</i>	19 (43,2%)	1,00	6,00	3,52	1,50
<i>Glasgow</i>	25(56,8%)	6,00	15,00	11,21	3,20

Entre os 44 pacientes analisados, 19 (43,2%) foram sedados. O menor escore encontrado para a escala de *Ramsay* foi de um e o maior foi de seis, resultando em uma média de 3 (DP=1,50). Quanto ao escore da escala de coma de *Glasgow*, o menor ficou em seis e o maior em 15, resultando na média de 11(DP=3,20).

Na Figura 6 tem-se o percentual do escore da Escala de *Ramsay* nos pacientes submetidos à restrição física na UTI e que receberam sedação.

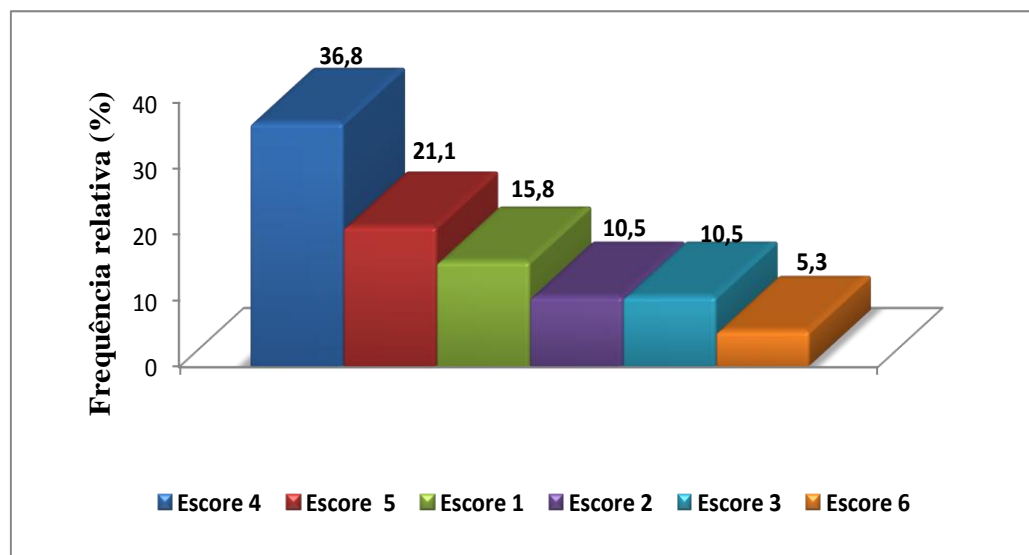


Figura 6 – Distribuição percentual dos escores da Escala de *Ramsay* (n=19) na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012

Percebe-se, pelos resultados, que o escore 4, que equivale a um nível moderado de sedação, totalizou sete (36,8%) do total dos escores encontrados. Em segundo lugar, ficou o escore de *Ramsay* igual a 5, que equivale a um nível alto de sedação, totalizando quatro (21,1%) dos resultados. Na terceira posição, ficou o escore 1, que indica que o paciente está

tranquilo, resultando em três (15,8%) dos dados analisados. Os escores 2 e 3, que indicam, respectivamente, agitação e sonolência, ocuparam a quarta posição, totalizando quatro (21%) dos dados encontrados. E, finalmente, o escore 6, que equivale sedação profunda, correspondeu a apenas um (5,3%) dessa amostra. Desses pacientes, sete (36,8%) estavam em recuperação pós anestésica.

Na Figura 7 é apresentado o percentual dos escores da Escala de coma de *Glasgow*, conforme sua distribuição nos pacientes que não receberam sedação.

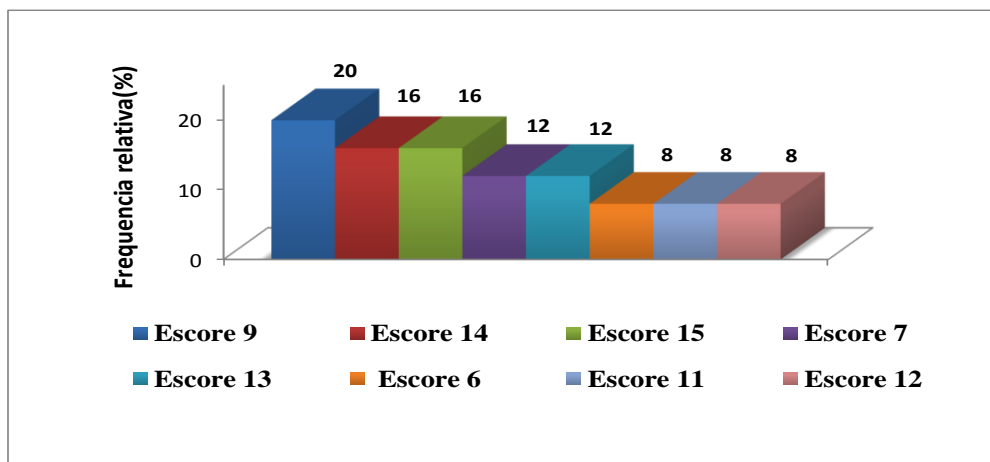


Figura 7 – Distribuição percentual dos escores da Escala de coma de *Glasgow* (n=25) na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012

Os dados indicam que a maior frequência encontrada para a escala de coma de *Glasgow*, foi do escore de 9, que significa coma moderado, correspondendo a cinco (20%) do total dessa amostra. Em segundo lugar, ficaram os escores de 14 e 15, que expressam, respectivamente confusão mental e orientação, escores que representaram 4 (16%) cada um. Em terceira posição ficaram os escores 7 e 13, significando, respectivamente, coma intermediário e coma superficial, totalizando cada um, três (12%) dos resultados. Na quarta e última posição, ficaram os escores 6, expressando coma grave e os escores 11 e 12, significando coma superficial. Esses representam cada um, dois (8%) dos resultados.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os resultados a seguir descritos caracterizam as ações e procedimentos inerentes ao uso de restrições na UTI, pela equipe de enfermagem.

A Figura 8 representa as formas de restrição empregadas na restrição física de pacientes na UTI, no período de coleta de dados.

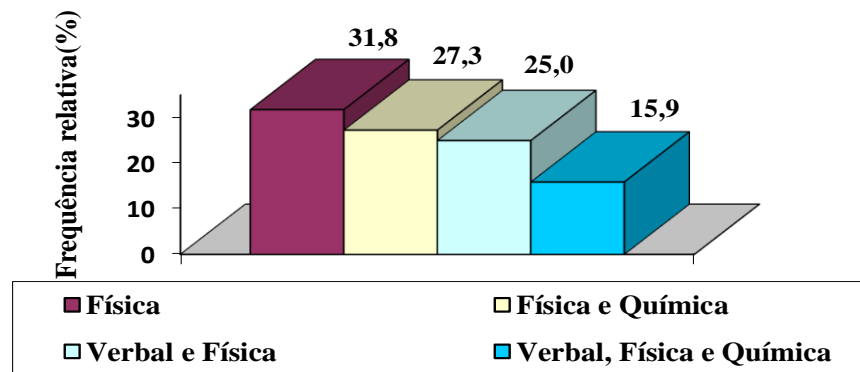


Figura 8 – Distribuição percentual das formas de restrição utilizadas na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Os resultados referentes às formas de restrição empregadas demonstram que a restrição física, utilizada isoladamente, totalizou 14 (31,8%) da distribuição na ocorrência. Na sequência, apresenta-se a restrição física associada à restrição química, obtendo uma frequência de 12 (27,3%), a restrição verbal associada à física totalizou 11 (25%). Quanto à associação simultânea dos três tipos de restrição, predominaram em sete (15,9%) dos resultados.

O uso de um ou mais tipos de restrição foi justificada por alguns profissionais pelo insucesso de medidas restritivas, tais como verbal e química, registrado em quatro (9,1%) casos, química, registrada em três (6,8%) e verbal, registrada em dois (4,5%). Oito (18,2%) internações não continham registros de qual medida restritiva houve falha.

A Figura 9 mostra os pontos de restrição física dos pacientes que foram restritos.

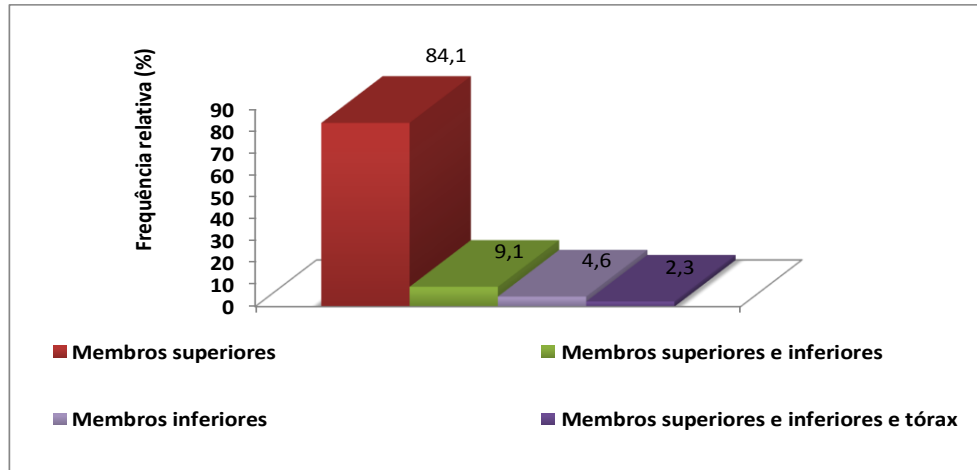


Figura 9 – Distribuição percentual dos pontos de restrição física na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Verificou-se na amostra a predominância da restrição dos membros superiores, isolada ou associada a restrição de outros membros, totalizando 42 (95,5%) dos resultados.

A Figura 10 apresenta a distribuição do tempo em dias, em que os pacientes permaneceram sob restrição física.

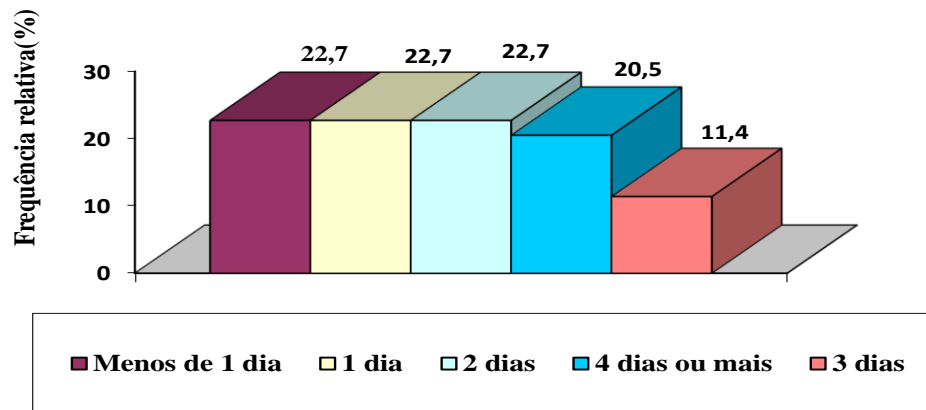


Figura 10 – Distribuição percentual do tempo de permanência de restrição física – Goiânia, julho a outubro de 2012

Demonstra-se nessa figura, um resultado linear do tempo de restrição física na maioria dos casos, sendo que o tempo inferior a um dia predominou em 10 (22,7%) e os períodos de um e dois dias contabilizaram também, 10 (22,7%) cada um. Quatro dias ou mais totalizaram nove (20,5%) e três dias totalizaram cinco (11,4%).

A Tabela 5 apresenta a distribuição do tempo em que os pacientes estiveram sob restrição física.

Tabela 5 – Distribuição do tempo de restrições físicas, na amostra (n=44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Dias de Restrições	Nº de Pacientes	Mínimo (dias)	Máximo (dias)	Média Ponderada (dias)	Desvio Padrão (dias)
0,125 (3h)	3	0,125	16,00	2,57	3,69
0,229 (5,5h)	5				
0,75 (18h)	2				
1	10				
2	10				
3	5				
4	3				
5	2				
8	2				
11	1				
16	1				

Com relação ao tempo que os pacientes permaneceram restritos, os dados mostram o mínimo de dias de 0,125 (3horas) e o máximo de dias 16, resultando em uma média ponderada de 2,57 (DP=3,69).

Destaca-se, que 10 pacientes permaneceram restritos por menos de 24 horas, desses, cinco (50%) ficaram restritos entre cinco e seis horas, dois (20%) ficaram restritos por 18 h e três (30%) permaneceram restritos por menos de três horas. Dessa forma, a média de horas de restrição inferior a 24 horas foi de 5,7 horas.

Observa-se na tabela 6 a distribuição da sequência adotada nos casos de restrição simultânea, pelos profissionais de enfermagem, nos pacientes da UTI, no período analisado.

Tabela 6 – Distribuição da sequência (n=30) da utilização das restrições realizadas na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012

Sequência	N	%
Verbal => Física	9	30,1
Química => Física	7	23,4
Física => Química	5	16,7
Verbal => Química => Física	4	13,3
Verbal => Física => Química	2	6,6
Física => Verbal	2	6,6
Química => Verbal => Física	1	3,3

Os resultados demonstrados indicam que a restrição verbal prepondera na sequência como primeira opção, resultando em 50% das escolhas adotadas. A restrição química obteve o percentual de 26,7% no que se refere à primeira opção adotada, e a restrição física ficou em terceiro lugar ao ser escolhida como primeira opção, resultando em 23,3% das medidas adotadas.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das justificativas adotadas pelos profissionais durante a restrição física dos pacientes participantes do estudo.

Tabela 7 – Distribuição das justificativas (n=44) apresentadas para a indicação das restrições físicas – Goiânia, julho a outubro de 2012

Caracterização	N	%
Justificativa		
Agitação	4	9,1
Agitação e retirada de dispositivos terapêuticos	1	2,3
Agitação e risco de queda	1	2,3
Agitação e risco de retirada de dispositivos terapêuticos	4	9,1
Agitação, risco de queda e insucesso de outras medidas	3	6,8
Agitação, risco de queda, insucesso de outras medidas e retirada de dispositivos terapêuticos	2	4,5
Agitação, risco de queda, insucesso de outras medidas e risco de retirada de dispositivos terapêuticos	2	4,5
Confusão mental	4	9,1
Confusão mental e agitação	1	2,3
Confusão mental e insucesso de outras medidas	3	6,8
Confusão mental e retirada de dispositivos terapêuticos	4	9,1
Confusão mental e risco para retirada de dispositivos terapêuticos	3	6,8
Confusão mental, agitação e insucesso de outras medidas	1	2,3
Confusão mental, agitação e retirada de dispositivos terapêuticos	2	4,5
Confusão mental, agitação, risco de queda e insucesso de outras medidas	2	4,5
Confusão mental, agitação, risco de queda e retirada de dispositivos terapêuticos	2	4,5
Insucesso de outras medidas	3	6,8
Retirada de dispositivos terapêuticos	2	4,5

Constata-se, que em 13 (29,5%) dos casos apresentou-se apenas uma justificativa para realizar o procedimento, em 17 (38,6%) apresentaram duas justificativas, em cinco (11,4%) apresentaram-se três justificativas e em nove (20,5) apresentaram-se até quatro justificativas para restringir o paciente.

A agitação do paciente foi considerada como justificativa em 18 (40%) procedimentos. Confusão mental foi justificada em nove (20,4%) dos procedimentos, risco para retirada de

dispositivos terapêuticos e retirada de dispositivos terapêuticos totalizaram juntos nove (20,4%), insucesso de outras medidas (restrição verbal, restrição química, familiar acompanhando, profissional acompanhando à beira leito) totalizou sete (15,9%) e risco de queda somou seis (13,6%) das justificativas para restringir o paciente.

Na análise da variável orientação ao paciente, os dados indicam que 33 (75%) dos pacientes foram orientados quanto à restrição física, três (6,8%) não foram orientados e não foi possível coletar essa informação no caso de oito (18,2%) dos pacientes.

6.4 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA

A Tabela 8 apresenta os registros de enfermagem relativos ao uso da restrição física.

Tabela 8 – Frequência dos registros dos profissionais, quanto às restrições utilizadas na amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012

Registros	N	%
Informações do procedimento (n=44)		
Sim	19	43,2
Não	25	56,8
Tipo de registro no prontuário (n=19)		
Indicação da restrição	5	26,5
Tipo de restrição	4	21,0
Membros restritos	4	21,0
Profissional que indicou a restrição	2	10,5
Profissionais que retiraram a restrição	2	10,5
Informação sobre ausência de evento adverso	2	10,5

Considera-se que houve um baixo percentual de registros sobre a restrição física nos prontuários dos pacientes, sendo encontrados em apenas 19 (43,2%) dos casos.

Os tipos de registros que predominaram foram indicação do procedimento, resultando em 26,5% dos registros, o tipo de restrição totalizou 21% sendo o mesmo percentual dos registros sobre quais membros foram restritos.

Foram registrados 17 casos de incidentes/eventos adversos (INC/EA) adversos nos pacientes sob restrição física, conforme representação da Figura 11ir.

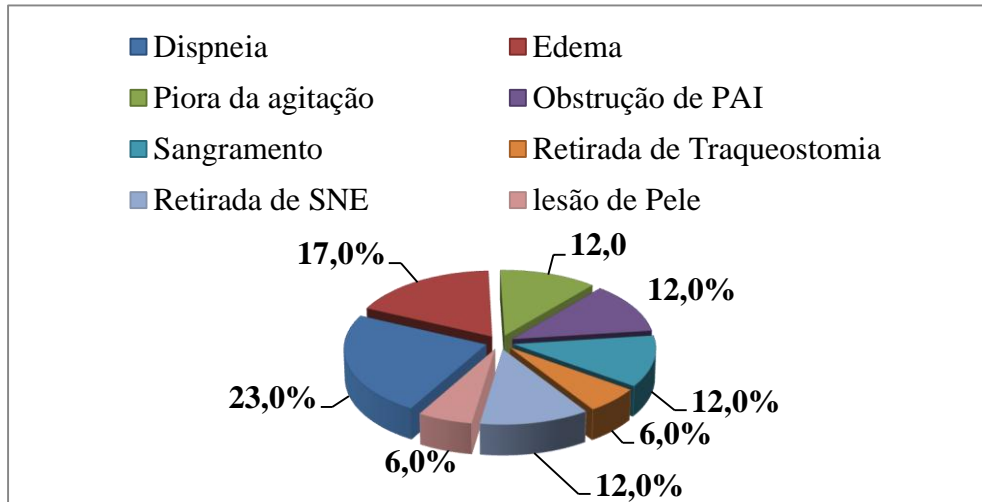


Figura 11 – Distribuição percentual dos INC/EA (n=17) que acometeram a amostra – Goiânia, julho a outubro de 2012

Nota: PAI = Pressão Arterial Invasiva; SNE = Sonda Nasoentérica

A incidência de INC/EA foi de 17 (38,6%). Os eventos mais presentes foram dispneia acometendo quatro (23%) dos casos e edema em três casos (17,4%). Obstrução do cateter de PAI, retirada de SNE, sangramento e piora da agitação totalizaram, respectivamente, dois (12%) dos registros de/INCEA.

Vale ressaltar que não há como afirmar que os INC/EA como, edema, dispneia, sangramento e retirada da traqueostomia, foram decorrentes da restrição física, pois esses eventos podem ter ocorrido devido à própria condição do paciente.

Apenas nos casos de piora da agitação, obstrução da PAI e lesão de pele foram identificados registros, confirmando ser a restrição física o motivo para tais INC/EA, totalizando 30% dos eventos registrados.

Com o objetivo de investigar os índices de INC/EA nos pacientes restritos, comparou-se com os resultados encontrados nas fichas de notificação de INC/EA dos pacientes não restritos (n=125). Nesse grupo, obteve-se uma incidência proporcionalmente maior de eventos, correspondendo a 63 (50,4%). Observando alguns resultados específicos, como a retirada de dispositivos terapêuticos, o percentual também foi maior, correspondendo a 24 (38%) dos relatos, contra 18% desse tipo de evento nos pacientes restritos.

A Tabela 9 apresenta as formas como foi realizada a retirada da restrição física.

Tabela 9 – Características da retirada das restrições físicas utilizadas nos pacientes da UTI (n-44) – Goiânia, julho a outubro de 2012

Caracterização	N	%
Critérios de retirada		
Melhora do quadro mental	13	29,5
Perda plena da consciência	6	13,6
Indeterminado	5	11,4
Melhora do quadro mental e outros*	5	11,4
Perda plena da consciência e outros*	4	9,1
Presença de profissional para assistir totalmente o paciente	3	6,8
Presença de profissional para assistir totalmente o paciente e outros*	3	6,8
Melhora do quadro mental e profissional para assistir totalmente o paciente	2	4,5
Paciente extubado	1	2,3
Restrição alterando valores da PAM e outros*	1	2,3
Tipo de retirada		
Simultaneamente	28	63,6
Indeterminado	10	22,7
Gradualmente	6	13,6

Nota: *Outros critérios: banho no leito, alta da ventilação mecânica, retirada de dispositivos tubulares, paciente tranquilo e imobilidade fisiológica do paciente.

Mostra-se nessa tabela, que a maioria dos pacientes foi liberada da restrição por melhora do quadro mental, equivalendo a 29,5% dos resultados. A retirada simultânea da restrição preponderou em 63,6% dos resultados.

A Tabela 10 apresenta os cuidados de enfermagem com os pacientes sob-restrição física.

Tabela 10 – Distribuição dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes (n=44) sob restrição física – Goiânia, julho a outubro de 2012 (continua)

Caracterização	N	%
Mudança de decúbito		
Sim	44	100
Vigilância do paciente		
Sim	44	100
Posicionamento no leito		
Sim	44	100
Uso de materiais para conforto físico		
Sim	44	100
Administração de medicamentos		
Sim	44	100
Cuidados com fixação de dispositivos terapêuticos		
Sim	43	97,7
Sem informações	1	2,3
Manutenção da permeabilidade do cateter		
Sim	43	97,7
Sem informações	1	2,3
Elevação de grades laterais do leito		
Sim	41	93,2
Não	3	6,8
Interação paciente-família		
Sim	40	90,9
Não	4	9,0
Curativos		
Sim	29	65,9
Não	11	25,0
Sem informações	4	9,0

Tabela 10 – Distribuição dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes (n=44) sob restrição física na UTI– Goiânia, julho a outubro de 2012 (conclusão)

Caracterização	N	%
Higiene corporal		
Sim	44	100
Avaliação de sinais vitais		
Sim	44	100
Uso de materiais para eliminações fisiológicas		
Sim	43	97,7
Não	1	2,3
Higiene oral		
Sim	42	95,5
Não	1	2,3
Sem informações	1	2,3
Uso de oxigenoterapia		
Sim	42	95,5
Não	1	2,3
Sem informações	1	2,3
Avaliação de perfusão tecidual		
Sim	42	95,5
Não	1	2,3
Sem informações	1	2,3
Aspiração de vias aéreas superiores		
Sim	34	77,3
Não	7	15,9
Sem informações	1	2,3
Dieta por sonda		
Sim	28	63,3
Não	11	25,0
Sem informações	5	11,4
Dieta oral		
Sim	12	27,3
Não	28	63,3
Sem informações	4	9,1

Percebe-se pelos resultados, que a maioria dos cuidados foram prestados a mais de 90% dos pacientes, obtendo uma média de 42,1 de pacientes que receberam todos os cuidados investigados.

Ressalta-se que alguns cuidados tiveram uma baixa frequência devido ao fato de haver contraindicações para realização do cuidado, por exemplo, a administração de dieta por via oral, que obteve uma percentagem de 27,3%. Isso ocorreu porque 63,3% dos pacientes recebiam dieta por SNE e 9,4% estavam de dieta zero.

A Tabela 11 apresenta a variação do número de pacientes e profissionais, diariamente, na UTI.

Tabela 11 – Distribuição dos profissionais por turno de trabalho na UTI – Goiânia, julho a outubro de 2012

Número de Profissionais	Mínimo	Máximo	Mediana
Enfermeiros	1	3	1
Médicos	1	2	1
Técnicos de Enfermagem	4	6	5

Durante o período estudado, o número de pacientes internados variou de quatro a oito, com mediana de sete pacientes por dia. O número de pacientes restritos variou de um a cinco pacientes por dia, com mediana de três pacientes.

O número de profissionais responsáveis pela vigilância do paciente durante o período de internação foi variável, sendo de um a três enfermeiros/período, de um a dois médicos/período e de quatro a seis técnicos/período. A mediana de médicos e enfermeiros foi de um profissional para sete pacientes.

A assistência de outros profissionais, como fisioterapeuta, também foi identificada em oito internações.

Quanto à percepção do paciente frente à restrição física, apenas 12 (27,3%) tiveram condições de expor sua opinião. Desses, cinco (41,7%) se mostraram tranquilos e seguros sobre o procedimento de restrição. Quatro (33,3%) disseram que ficavam angustiados, irritados e ansiosos por estarem restritos no leito, pois acreditavam que poderiam ter as mãos soltas que não correriam riscos. E, três (25%) não se lembravam do procedimento.

7 DISCUSSÃO

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é permeado por situações complexas, algumas vezes estressantes, que podem influenciar significativamente no estado emocional do paciente. Esse cenário é constituído por pessoas clinicamente instáveis que são tratadas por profissionais qualificados e que utilizam uma tecnologia de ponta como amparo de suas ações. O saber especializado é altamente desejado e valorizado nesse ambiente. Porém, o conhecimento do exercício diário, dos cuidados essenciais à saúde humana também tem seu valor inquestionável (COLLIÉRE, 2003; AYRES, 2005).

Nesse cenário, a discussão dos resultados encontrados possibilita investigar a realidade vivenciada pelos pacientes e profissionais da UTI, auxiliando no diagnóstico das fragilidades do sistema, com vistas a criar estratégias de prevenção de erros e implementação de intervenções que visem garantir segurança e qualidade na assistência.

A seguir, são discutidos os resultados encontrados na pesquisa de acordo com os objetivos traçados.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

Quanto à incidência casos de pacientes submetidos à restrição física (26%), os resultados encontrados estão dentro do esperado, sendo corroborado por um estudo realizado em um hospital psiquiátrico do município do Rio de Janeiro, que verificou que 25% dos pacientes agitados e agressivos foram restritos fisicamente (PAES, 2009).

Porém, ressalta-se que na literatura internacional, a média é bastante variável, pois as taxas de incidência situam-se entre 7,4% e 17% nos serviços hospitalares de período de internação de curta permanência, 3,4% a 21% nos serviços que recebem pacientes na fase aguda das doenças e nas instituições especializadas, como a UTI, pode chegar até a 50%. Em lares de idosos, a prevalência varia entre 41% a 64%. Alguns serviços de psiquiatria chegam a relatar uma taxa prevalência de até 100% (NAMI, 2000).

Quanto aos resultados referentes ao gênero, predominou a restrição em pacientes do sexo masculino (63,6%), o que reproduz os achados de outro estudo envolvendo pacientes psiquiátricos (ALEXANDER *et al.*, 2004). Sugere-se que esse resultado ocorreu devido ao

comportamento masculino ser mais propenso à agressividade que o feminino (NAMI, 2000). 2012).

Com relação à etnia, a maioria era branca (59,1%). Destaca-se, que são escassos os estudos que investigaram essa variável. Encontrou-se apenas um estudo que faz referência à etnia, onde relata que a restrição física prevaleceu em 73% de homens negros (ZUN, 2003), contrariamente aos resultados dessa pesquisa. Entretanto, acredita-se que esse resultado assemelha-se à população brasileira como um todo, pois estudos evidenciam que, em média, ancestrais europeus respondem por quase 80% da herança genética da nossa população. Assume-se nesse resultado a possibilidade de viés da informação, haja vista que a determinação da etnia pela cor da pele ou características da aparência física é questionável, pois a composição étnica da sociedade brasileira é resultado de uma confluência de pessoas de várias origens étnicas (LINS, 2010).

Quanto às variáveis escolaridade, renda familiar e ocupação e fonte de renda, agregadas, representam uma baixa condição socioeconômica, evidenciando-se, em geral, um baixo nível de escolaridade, baixa renda e a predominância de ocupações de remuneração salarial baixa e de aposentados.

Não há como correlacionar os fatores socioeconômicos ao uso da restrição física, pois não houve investigação da condição socioeconômica dos pacientes que não estavam restritos. Mas acredita-se, que os resultados sejam semelhantes à população de um modo geral, que faz uso dos serviços públicos de saúde.

Quanto à variável moradia, coincide com o perfil da população brasileira, onde predominam resultados em que os índices de pessoas casadas, com filhos e morando com algum parente ainda é alta (ALVES, 2006).

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA

No que se refere às características da internação do paciente na UTI predominou a média de 11,7 dias de tempo de permanência na UTI, abaixo dos resultados encontrados por estudos brasileiros, que tiveram uma média variando entre 13,9 dias e 23,3 dias (TOFFOLETO, 2008). Porém, bem acima da média de permanência geral da unidade pesquisada, que foi de 5,3 dias, sugerindo então, que um tempo de permanência maior é um fator contribuinte para a restrição física.

Quanto à taxa de óbitos nos pacientes restritos, ficou em 40,9%, sendo considerada elevada. Esse índice de óbitos equivale a 85% do total de óbitos (n=21) relatados durante o período de internação. Esse resultado sugere que a gravidade clínica do paciente também é um fator contribuinte para a restrição física.

Estudo nacional contrapõe esse resultado, verificando uma média de 25,4% de óbitos na UTI (TOFFOLLETO, 2008). Entretanto, a bibliografia pesquisada mostrou-se bastante heterogênea, com taxas de óbito de 10,0%, a 61% (JCAHO, 1998; ZUN, 2003).

Cabe ressaltar que, estudos internacionais descrevem um percentual significativo de óbitos relacionados ao uso de restrições, no entanto, esses estudos foram realizados em um contexto diferente da UTI, por exemplo, em instituições psiquiátricas (JCAHO, 1998).

Um documento importante que admite a alta frequência de óbitos é produto de uma investigação em hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1990. Esse documento apresentou um sumário de 54 comunicações de incidentes graves e mortes em processos de contenção e isolamento (NAMI, 2000).

Uma vez que a restrição física não foi associada à causa dos óbitos e às possíveis complicações, sendo estes consequentes das próprias condições clínicas dos pacientes, esses resultados podem indicar que a alta instabilidade hemodinâmica dos pacientes faz com que se desdobrem as ações para impedir possíveis eventos adversos, por exemplo, a retirada de dispositivos terapêuticos e, por isso, a realização da restrição física.

Quanto ao tipo de tratamento, registrou-se o predomínio do tratamento cirúrgico (61,4%), e uma elevada frequência de uso de dispositivos terapêuticos (31,8%). Esse fato é corroborado por estudos que referem que a presença de dispositivos terapêuticos em pacientes no pós-operatório são fatores contribuintes para a restrição física (DEMIR, 2007).

Quanto à frequência de comorbidades, as mais encontradas entre os pacientes sob restrição foram hipertensão arterial (31,2%), aterosclerose (13,3%), insuficiência renal crônica

e diabetes. Um estudo corrobora esses resultados, quanto ao tipo mais comum de comorbidades, no entanto, sugerem uma taxa bem acima da encontrada nessa pesquisa, apresentando a prevalência de hipertensão arterial como a comorbidade mais frequente (86,2%), seguida por dislipidemia (60,3%) e diabetes (36,2%) (FERNANDES, 2009).

Quanto à insuficiência renal crônica, também tem uma elevada ocorrência nos estudos sobre o perfil do paciente em UTI, sendo estimada a incidência de 40%, sendo maior do que os resultados desse estudo que é de 13,3% (SANTOS *et al.*, 2009).

Ocorreu também, alta frequência de complicações, acometendo 70% da amostra. Foram registrados 54 casos de complicações, sendo um número maior que o de pacientes, isso ocorre porque alguns pacientes tiveram mais de uma complicação. Esse resultado é corroborado por estudos que referem que as condições clínicas graves dos pacientes são influenciadas pelas complicações existentes (SANTOS *et al.*, 2008; TOFFOLETTO, 2008).

Considera-se importante destacar que, 40% das justificativas de restrição foram devido à agitação e 20,4% foram atribuídas à presença de confusão mental, podendo sugerir a presença de *delirium* como complicação da internação hospitalar. No entanto, por não haver uma escala de monitoramento de *delirium* na UTI, não foi possível investigar essa situação. Corrobora esse estudo a literatura especializada, afirmando que a maioria dos pacientes são restritos devido ao estado de confusão mental (MARCOLAN, 2004; DEMIR, 2007).

Nesse estudo foi encontrada uma alta predominância do uso de dispositivos terapêuticos sendo que a maior frequência relativa de 90,9%, sendo destinada ao uso de sondagem vesical de demora. O uso de cateterismo venoso central também se mostrou alto, apresentando uma proporção de 75%.

Outros dispositivos que também mereceram destaque foram: cateter de pressão arterial não invasiva (40,9%), sonda nasoenteral (50%) e cateter orotraqueal (68,2%). O tempo de permanência desses dispositivos foi considerado alto, variando de 11,24 dias (DP= 9,64) para o dispositivo mais utilizado, o cateterismo vesical de demora.

Esses resultados são confirmados em outros estudos, que indicam que o elevado número de dispositivos terapêuticos exigem monitorização e vigilância frequentes, reafirmando o risco aumentado para ocorrência de eventos adversos (TOFFOLETTO, 2008; TANIOS *et al.*, 2010).

A longa permanência desses dispositivos coincide com o longo tempo de internação, que foi de 11,47 dias (DP=13,00). A média de dispositivos terapêuticos por paciente foi de 4

(DP=1,70). A literatura mundial confirma esses resultados (TOFFOLETTO, 2008; TANIOS *et al*, 2010).

Quanto ao uso de sedação, foi utilizada em 43,2% dos pacientes, sendo que sete (36,8%) estavam em recuperação pós-anestésica devido ao pós-operatório imediato.

O escore mais presente da escala de *Ramsay* foi 4, que significa sedação moderada. Ressalta-se que, o paciente internado na UTI está constantemente exposto a sofrimento psíquico causado por fatores diversos e estes podem desencadear quadros psicóticos como agitação ou até mesmo agressividade e violência, sendo fatores contribuintes para a utilização da restrição química (AMARAL, 1996). A instituição e manutenção de ventilação artificial também é um forte fator contribuinte para a sedação do paciente. Esse valor é ratificado por um estudo, que apresentou um escore de *Ramsay* de 4 para a maioria dos pacientes sedados (AMARAL,1996).

Valores maiores que 4, sugerindo sedação profunda, apresentaram um percentual de 26,4% na amostra, valor bem menor que o de um estudo realizado em um hospital de ensino, abordando pacientes críticos sob ventilação mecânica. Esse estudo concluiu que 40,6% dos pacientes apresentavam sedação excessiva. Esses valores predispõem a uma elevação na taxa de mortalidade e risco aumentado de estresse pós-traumático, além do mais, não justifica a restrição física, pois, nesses casos, os pacientes estão profundamente sedados (AMARAL, 1996).

Quanto aos pacientes que não foram sedados, obteve-se a média para escala de *Glasgow* de 11 (DP= 3,20), que pode ser interpretado como um coma leve. No entanto, a avaliação na íntegra do paciente se faz necessário para determinar qualquer inferência nesse sentido (TEASDALE, 1974).

Destaca-se que, três pacientes (16%) foram restritos, apresentando um escore de *Glasgow* igual a 15. Esse valor sugere orientação do paciente, o que não justificaria a restrição física. No entanto, durante a coleta de dados observou-se que em dois casos, o próprio paciente solicitou a restrição por medo de dormir e retirar algum dispositivo importante. Também, ocorreu um caso em paciente cateterizado, que estava preocupado em dormir e flexionar o membro afetado.

7.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Essa subseção apresenta a discussão dos resultados que caracterizaram as condições inerentes ao uso de restrições físicas na UTI pela equipe de enfermagem.

Observou-se que, 100% das restrições físicas foram realizadas por meio de atadura crepe amarrada nas grades laterais da cama. O uso de compressas e algodão ortopédico também foi utilizado para proteger o membro restrito.

A literatura nacional contrapõe essa prática, afirmando que ataduras crepe são inadequadas por provocar escoriações, e outras lesões de pele, favorecer o garroteamento dos membros e permitir que o paciente se solte mais facilmente. O custo benefício é alto, pois são descartáveis e, por isso, também possibilita um aumento na quantidade de resíduo hospitalar, o que não é favorável ao meio ambiente. Outro inconveniente é que não possui a largura necessária e nem a textura adequada (MARCOLAN, 2004).

Quanto às formas de restrição utilizadas, a restrição física, empregada isoladamente, obteve a frequência de 31,8% dos resultados. Esse valor é inferior ao publicado por um estudo sul africano, que pesquisou o uso de restrição física em três UTI e encontrou a frequência de 48,4% (LANGLEY, 2011). Na sequência, apresenta-se a restrição física associada à restrição química, com 27,3%, a restrição verbal associada à física, totalizando 25%, e a utilização simultânea dos três tipos de restrição ocorrendo em 15,9% dos resultados, assemelhando-se a um estudo norte-americano (ZUN, 2003). Entretanto, encontra-se variabilidade nesses resultados, sendo confirmado por um estudo que verificou um resultado de 42,2% do uso de restrição física associada à restrição química (SWICKHAMER, 2013).

Uma pesquisa realizada em um hospital para idosos, nos EUA, afirma que não encontrou resultados que sugerissem diferenças significativas na presença de complicações entre o uso de restrição física isolada e a associação desses dois tipos de restrição (SWICKHAMER, 2013). No entanto, poucos estudos comparando os modos de restrição na UTI foram encontrados, dificultando a comparação dos dados.

Destaca-se que, a restrição verbal está presente em 40,9% dos procedimentos de restrição. Autores afirmam que a restrição verbal deve ser a primeira alternativa a ser realizada (MARCOLAN, 2004; RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008; SANTOS, 2009; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

No entanto, analisando o contexto da UTI, em 43,2% dos casos de restrição o paciente estava sedado, entendendo-se que, por isso, não foi realizada restrição verbal. Todavia, esse

fato não justifica ausência de comunicação verbal, pois mesmo o paciente estando sedado, ele pode estar ouvindo e percebendo a situação em que se encontra. Comprova essa afirmativa a escala de *Ramsay*, que determina que em alguns níveis de sedação o paciente está tranquilo, ou inquieto ou atende aos comandos verbais (AMARAL, 1996).

Quanto à localização do membro restrito, é importante salientar que a grande maioria (84,1%) ocorreu somente nos membros superiores. Esse resultado é confirmado por estudos, sendo compreensível, pois geralmente é com as mãos que os pacientes podem realizar algum movimento de retirada ou de agressividade (MINNICK *et al.*, 1998; FARIA *et al.*, 2012; PÉREZ, 2012).

Uma pesquisa realizada em Portugal verificou que 50% dos pacientes eram restritos nos membros superiores. Esse estudo afirma que a localização anatômica da restrição física pode ter um importante significado, pois vai interferir na aptidão que o indivíduo tem para efetuar movimentos com o corpo, incluindo a capacidade de regular os mecanismos de controle sobre si próprio (FARIA *et al.*, 2012).

Ressalta-se que, nos casos de agitação severa e agressividade foram utilizadas restrições também nos membros inferiores e além do tórax, obtendo uma baixa incidência (2,3%). Autores confirmam esse resultado, salientando que em último caso, e somente e nos casos de agressividade intensa, o tórax também deve ser restrito (MINNICK *et al.*, 1998; MARCOLAN, 2004; FARIA *et al.*, 2012). Destaca-se que um caso de restrição somente no membro inferior ocorreu por solicitação do paciente, com o propósito de prevenir a flexão do membro cateterizado.

Quanto ao tempo de restrição, o tempo inferior a um dia predominou em 22,7% dos resultados e o período de um a dois dias totalizou 45,5%. O tempo superior a três dias resultou em 31,8%. A média ponderada foi de 2,57 dias (DP=3,69).

De acordo com a literatura, o tempo de duração da restrição é discutível, e não pode ser padronizado, devendo durar o menor período possível (MARCOLAN, 2004). Um estudo de revisão sistemática da utilização de restrição física demonstrou uma média de 4,5 dias (ZUN, 2003), um valor acima da média desta pesquisa.

Destaca-se que, 10 pacientes permaneceram restritos por menos de 24 horas, desses, cinco (50%), permaneceram restritos entre cinco e seis horas, dois (20%) permaneceram restritos por 18 horas e três (30%) permaneceram restritos por menos de três horas. Dessa forma, a média de horas de restrição inferior a 24 horas foi de 5,7 horas. Essa média é semelhante à de outro estudo (ZUN, 2003).

No caso da associação de restrição, o resultado de 50% como primeira escolha para a restrição verbal é condizente com a literatura. Autores são unânimes ao indicar que a abordagem verbal deve ser a primeira opção a ser escolhida (MARCOLAN, 2004; RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

Quanto à orientação realizada pela equipe de enfermagem em relação à restrição física, ocorreu em 75% dos casos. Um resultado considerado satisfatório, acima da média de um estudo europeu, que resultou em 31% de orientações ao paciente restrito (FARIA, 2012).

Considera-se, também, que 43,2% estavam sedados, e talvez tenha influenciado nas orientações ao paciente. No entanto, reafirma-se que essa condição não deve impedir que seja realizada orientação e comunicação com o paciente (STUART, 2001; MARCOLAN, 2004).

Com relação às justificativas para a realização da restrição física, constata-se que em 29,5% dos casos apresentou-se apenas uma justificativa, em 36,6% apresentou-se duas justificativas, em 11,4% apresentaram-se três justificativas e em 20,5% apresentou-se até quatro justificativas para restringir o paciente. Confirma esse resultado, um estudo prospectivo que avaliou a taxa de complicação do uso de contenção (ZUN, 2003). A agitação como principal justificativa encontrada nesta pesquisa, equivalendo a 40% dos resultados, também é semelhante à de outros estudos, que indicam uma prevalência de 22,7% a 45,4% (DEMIR, 2007; PAES, 2009; FARIA, 2012).

Tanto a confusão mental quanto a retirada de dispositivos terapêuticos tiveram uma alta frequência, e foi justificado cada um em 20,4% dos procedimentos. Estudos nacionais e internacionais corroboram esses dados (TOFFOLETTO, 2008; RHATIER, 2011).

Vale a pena destacar que um estudo norte-americano considera que a ausência de restrições físicas é fator contribuinte para o aumento de risco da retirada de dispositivos terapêuticos em pacientes com quadro de perturbação mental na UTI (TANIOS *et al*, 2010).

Quanto ao estado de confusão mental na UTI, a literatura mostra uma frequência média de diagnóstico psiquiátrico em pacientes internados em UTI devido a tratamento clínico e pós-operatório que apontam para 35% de transtornos do humor (episódios depressivos, transtorno bipolar), 20% de transtornos de ansiedade; 20% de transtornos relacionados ao uso de substâncias, 20% de transtornos mentais orgânicos; e 5% de outros transtornos. A presença desses diagnósticos contribuem para a alteração no nível de consciência, resultando em confusão mental e possível *delirium*. (SCHMITT, GOMES, 1994).

Quanto ao insucesso de outras medidas obteve-se a frequência de 15,9%. Esse resultado foi considerado abaixo do desejado, pois é aconselhada pela literatura mundial que medidas menos restritivas devam proceder a restrição física (MARCOLAN, 2004; RODRÍGUEZ, ORTEGA, 2008; STEFANELLI, CARVALHO, 2012).

Quanto ao risco para quedas resultou em 13,6% das justificativas. Pesquisa europeia apresentou resultado quase três vezes maior que o desta pesquisa (FARIA, 2012).

7.4 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA

Os resultados encontrados permitiram conhecer as ações de enfermagem no que se refere ao uso da restrição física e verificar se estão de acordo com as recomendações da literatura nacional e internacional.

A frequência apontada quanto aos registros das informações de 43,2%, foi considerada inadequada, pois é consenso que os registros fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo comprovado por vários estudos nessa área que é necessária para uma assistência segura e de qualidade (COFEN, 2009; CARVALHO, 2008).

A literatura corrobora com esses dados. Existe uma gama de estudos que indicam resultados similares, afirmando que a falta de registros é um problema comum nas instituições de saúde (CARVALHO, 2008; ARAÚJO *et al.*, 2010).

No caso específico dos registros sobre o procedimento de restrição física, estudo brasileiro afirma que, apesar da prática ser rotineira, ocorre subnotificação dos casos. Ou seja, a falta de registro oculta o que é visível aos olhos (SILVA, 2008). Pesquisa canadense indica que há pouco esforço para a documentação das ações de enfermagem em se tratando de restrição do paciente (BROCKENSHIRE, 1985).

Ressalta-se assim, a importância da realização da restrição física ancorada na SAE. Entretanto, raramente encontra-se nos registros de enfermagem relatos desse procedimento. É importante documentar as informações como, por exemplo, diagnóstico de enfermagem, prescrição, horário, método utilizado e complicações (CARVALHO, 2008; COFEN, 2009).

Recente publicação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sobre restrição física, trata da obrigatoriedade dos registros no prontuário do paciente. Determina-se nessa resolução, que todos os casos de contenção física de pacientes, as razões para o emprego e sua

duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário (COFEN, 2012).

Outra informação que vale a pena comentar é sobre a prescrição médica. O Conselho Federal de Medicina (CFM) considerou a restrição física ato médico (CFM, 1994).

No entanto, os resultados dessa pesquisa indicam que não há envolvimento dos médicos nesse procedimento, pois nenhuma prescrição de restrição física foi encontrada nos prontuários dos pacientes, ficando a cargo da enfermagem a sua indicação, execução e avaliação.

Estudo espanhol identificou que 50% dos procedimentos de restrição física eram iniciados sem prescrição médica e 68% das restrições eram retiradas sem avaliação médica. Apenas 21% das UTI tinham protocolo para uso da restrição (IGLESIAS *et al.*, 2012). Outras pesquisas corroboram esses resultados (SILVA, 2008; FARIA, 2012; PÉREZ, 2012).

A incidência de incidentes/eventos adversos (INC/EA) que acometeram os pacientes da amostra foi de 38,6%. Os eventos mais presentes foram dispneia, edema, obstrução do cateter de pressão arterial invasiva, retirada de SNE, sangramento e piora da agressividade.

Confrontando os resultados de INC/EA da amostra (38,6%) com os resultados encontrados nas fichas dos pacientes não restritos (50,4%), sugere-se que o índice de eventos na amostra foi menor do que nos pacientes não restritos. O percentual de retiradas de dispositivos terapêuticos foi 20% menor na amostra analisada. No entanto, deve-se ter cautela ao fazer alguma inferência sobre esses resultados, pois o número de pacientes não restritos foi quase quatro vezes superior aos restritos e caberia uma análise estatística mais complexa comparando as duas amostras. Eventos adversos são os fatores relacionados à restrição física que mais são investigados pelos pesquisadores (BOWER, MCCULLOUGH, 2000; MINICK 2001; DEMIR, 2007).

Encontra-se na literatura farta manifestação de estudiosos que recomendam a redução da restrição devido aos riscos de EA que podem acontecer. Contudo, a grande maioria diz respeito à restrição física em instituições psiquiátricas e lares para idosos (BOWER, MCCULLOUGH, 2000; NAMI, 2000; CURRIER, ALLEN, 2000; DEMIR, 2007).

Estudo egípcio relata que, os eventos mais comumente encontrados são complicações locais como, vermelhidão, hematomas, inchaço e edema (KANDEEL, ATTIA, 2013). A retirada de dispositivos terapêuticos como um dos principais motivos de EA em pacientes restritos foi relatada em estudos europeus, africanos e asiáticos, corroborando os resultados dessa pesquisa (DEMIR, 2007; LANGLEY, 2011; IGLESIAS, 2012).

Apesar das publicações demonstrarem preocupação de EA nos pacientes restritos, outros estudos encontraram uma incidência pequena de dessas complicações (ZUN, 2003; PÉREZ, 2012; FARIA 2012). Entretanto, não há como afirmar que a restrição física estivesse associada a todos os INC/EA, apesar da elevada frequência. Alguns eventos foram correlacionados ao estado clínico do paciente como, por exemplo, sangramento, dispneia e edema. Destaca-se que existe alta variabilidade das taxas de INC/EA relatadas na literatura. Um estudo brasileiro, que investigou EA em UTI, alcançou o alto resultado de 94,5%. Foram descritos 550 EA na amostra pesquisada (n=576). Contrapondo esse resultado, a ANVISA divulgou em 2011, a baixa frequência de 1.110 notificações por mês em todo o Brasil (ANVISA, 2011).

A prevalência indicada por outros estudos nacionais varia de 19,7% a 24,3% (TOFFOLETTO, 2008). De acordo com a Organização Mundial de saúde a prevalência de EA nos países desenvolvidos é de 10% e, nos países em desenvolvimento espera-se um número 20 vezes maior de EA, portanto, a prevalência total de INC/EA encontradas nesse estudo, de 51,5%, está acima da média nacional, contudo, contrapõe-se aos dados da OMS, podendo representar subnotificação (WHO, 2008).

Quanto à retirada da restrição física, a maioria (36,5%) ocorreu por melhora do quadro mental, sendo associado a outras causas, por exemplo, alta da ventilação mecânica e presença de profissional assistindo plenamente o paciente. Esses resultados eram esperados, pois a literatura confirma que tratando a causa das comorbidades psiquiátricas, o paciente tende a melhorar o quadro mental e a dispensar a necessidade da restrição física (SCHMITT, GOMES, 1994; MARCOLAN, 2004; RATHIER, 2011; BALAS *et al.*, 2012).

A retirada simultânea da restrição preponderou em 63,6% dos resultados, sendo semelhante a outro estudo (FARIA, 2012), apesar de não ser o ideal, sendo recomendada a retirada gradual da restrição, devido ao risco de movimento abrupto do paciente nesse momento (MARCOLAN, 2004).

A análise dos resultados referentes aos cuidados de enfermagem correspondeu à expectativa, pois a maioria dos cuidados foi prestada a mais de 90% dos pacientes, o que é recomendável dentro de uma UTI, que tem como objetivo principal a prestação de cuidados contínuos a pacientes gravemente enfermos (PADILHA, 1994).

Vale destacar, que é rotina na UTI registrar a cada duas horas, na ficha da SAE, a frequência cardíaca e respiratória, temperatura axilar, oximetria de pulso, pressão arterial e outros valores pressóricos e parâmetros hemodinâmicos monitorizados de acordo com a

doença de cada indivíduo, tais como: pressão venosa central, pressão intra-abdominal, saturação venosa central e débito cardíaco.

Destaca-se, também, que existe um monitor multiparamétrico para cada leito e há monitorização contínua, minimamente, da frequência cardíaca, pressão arterial e oximetria de pulso de todos os pacientes, fato que propicia a adoção de ações imediatas frente às alterações hemodinâmicas detectadas precocemente e que favorece a execução do cuidado.

Quanto aos cuidados de higiene também fazem parte da rotina diária, sendo realizado o banho no leito (na maioria das vezes) uma vez por dia, ou mais, quando necessário, e higiene oral quatro vezes ao dia. A mudança de decúbito é realizada a cada duas horas salvo contra-indicações. Curativos, dieta, aspiração das vias aéreas e administração de medicamentos são cuidados individualizados, conforme a necessidade e as contra-indicações de cada paciente.

Com relação aos cuidados com a fixação dos dispositivos terapêuticos, uso de materiais para conforto físico, elevação de grades e avaliação da perfusão dos tecidos, ocorreram em mais de 93,2%, correspondendo às expectativas. A literatura internacional confirma esses resultados (NIRMALAN *et al.*, 2004).

Quanto à distribuição de profissionais por paciente, que obteve a mediana de 1 enfermeiro/médico para cada sete leitos e 5 técnicos de enfermagem para cada sete leitos, está de acordo com a legislação atual, que recomenda o montante de dois técnicos para cada leito de UTI, um enfermeiro para cada oito leitos e um médico para cada 10 leitos. (BRASIL, 2010).

Estudos evidenciam que a relação enfermeiro/paciente adequada tem estreita ligação com melhores resultados para o paciente (DOERING, 2003).

A assistência de outros profissionais, como fisioterapeuta, foi identificada em oito internações, um número considerado insatisfatório, pois a RDC N.7 prevê a presença de, no mínimo, um fisioterapeuta para cada 10 leitos (BRASIL, 2010). Também, considera-se inquestionável a importância de uma equipe multiprofissional para uma melhor assistência à saúde (LUCCHESI, 2008).

Finalmente, cabe ressaltar que, inicialmente, não seria objetivo do estudo investigar questões relativas às percepções dos pacientes, por se tratar de uma investigação que envolveria outro método de estudo. No entanto, como esse resultado surgiu espontaneamente durante a coleta de dados (pacientes comentavam sobre a restrição), considerou-se ser

importante apresentar esses resultados, embora, não estejam relacionados aos objetivos propostos.

Observa-se nesses resultados, que apenas 27,3% tiveram condições de expor sua opinião. Desses, 41,7%, inesperadamente, se mostraram tranquilos e seguros sobre o procedimento de restrição. Esses pacientes relataram que compreenderam o motivo da restrição e aceitaram bem o procedimento. Outros 33,3%, disseram que ficavam angustiados, irritados e ansiosos por estarem restritos no leito. Acreditavam que poderiam ter as mãos soltas que não correriam riscos. Os demais 25%, não se lembravam do procedimento.

Compreende-se que avaliar essa questão é um tanto complexo. Necessita-se dispor de uma metodologia voltada para a análise qualitativa dos resultados, fato que não foi considerado inicialmente no estudo, entretanto, percebe-se que a orientação ao paciente foi uma ação positiva da equipe de enfermagem.

Ressalta-se, que vários autores acreditam nos efeitos deletérios da restrição ser superiores aos efeitos benéficos e que mentalmente o paciente experimenta efeitos negativos intensos. Sensações de agitação, confusão, depressão, raiva, medo, desespero, dificuldade para dormir e problemas cognitivos foram associados ao uso da restrição física, sendo percebidos mais tardiamente pelos pesquisadores (DEMIR, 2007; IGLESIAS, 2012).

Cabe destacar que, para investigar complicações tardias, outro estudo seria recomendado, utilizando um método que permita acompanhar o paciente por um tempo maior, um estudo de coorte, por exemplo.

Confirmando a característica polêmica do estudo, outras pesquisas encontraram resultados que corroboram os resultados descritos nesta investigação. Esses estudos concluíram que pacientes em uso de restrições físicas e seus familiares expressaram uma ampla gama de sentimentos e sensações, sem repercussões negativas futuras. Em geral, os pacientes apresentaram boa percepção com relação ao uso de restrição física (PÉREZ *et al*, 2012; ZUN, 2003).

Resultados desse estudo indicam à necessidade de correlacionar a segurança do paciente com o assunto estudado, devendo ser estendida a todos os serviços de saúde. Também, se somam a resultados de outros estudos e contribuem com discussões inovadoras no âmbito da UTI.

Considerando-se que o enfoque dado à segurança do paciente no contexto da UTI, particularmente no uso da restrição física deve ser de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, julga-se que os resultados dessa investigação contribuem para

instigar a discussão sobre essa temática, possibilitando novos estudos que auxiliem na melhoria das condições prestadas aos pacientes não só de UTI, mas de todas as instituições de saúde.

8 CONCLUSÕES

O estudo que investigou o uso da restrição física em Unidade de Terapia intensiva (UTI) permitiu realizar as seguintes conclusões privativas ao ambiente de estudo.

8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA QUANTO AO PERFIL SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

A análise dos resultados sobre a caracterização socioeconômico-demográfica dos pacientes restritos mostrou as seguintes conclusões:

- Existe uma expressiva frequência do uso da restrição física no ambiente analisado;
- Não foi possível comprovar uma associação entre as condições socioeconômicas dos pacientes e a indicação da restrição física;
- Pacientes do sexo masculino apresentaram maior percentual de restrição física.

8.2 CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES À INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES SUBMETIDOS À RESTRIÇÃO FÍSICA

Após a análise dos resultados relacionados à internação hospitalar da amostra chegou-se as seguintes conclusões:

- Os pacientes restritos fisicamente possuíram uma taxa de óbito elevada, porém, não foi constatada relação causal entre a restrição e o óbito;
- A condição clínica grave é um fator contribuinte para a adoção da restrição física;
- Tratamento no pós-operatório e maior permanência de artefatos terapêuticos também são fatores contribuintes para a indicação da restrição física.

8.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A análise dos resultados referentes à caracterização da restrição física utilizada na unidade pesquisada indicam as seguintes conclusões:

- O material utilizado para restringir o paciente não está em conformidade com as recomendações da literatura pesquisada;

- É necessária orientação do pessoal de enfermagem quanto às percepções do paciente, valorizando a comunicação verbal e orientação do paciente, independente do seu estado de consciência;
- A determinação do tempo de restrição física dependeu da necessidade, sendo realizado monitoramento contínuo do paciente;
- Distúrbios comportamentais, como agitação e tentativa de retirada de dispositivos terapêuticos são fatores contribuintes ao uso da restrição física;
- Não é rotina utilizar medidas alternativas para evitar a restrição física.

8.4 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DOS PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA

A análise dos resultados encontrados referentes às ações de enfermagem no uso da restrição física sugerem as seguintes conclusões:

- É necessário melhorar a qualidade dos registros de enfermagem, criar protocolos de acompanhamento do paciente restrito;
- Não existe prescrição médica para o procedimento da restrição física, ficando a cargo da equipe de enfermagem a indicação, execução e retirada do mesmo;
- O índice de pacientes que desenvolvem quadro de agitação e confusão mental é alto, no entanto, não se pode diagnosticar como *delirium*, pois não se trabalha com escalas e protocolos de delírio na unidade pesquisada;
- Incidentes e eventos adversos têm alta incidência em pacientes de UTI, no entanto, tiveram uma baixa correlação com o uso da restrição física;
- A realização da restrição física oferece poucos riscos aos pacientes. O ambiente de UTI auxilia na prestação de cuidados aos pacientes, possui um número adequado de profissionais de enfermagem, médico e aparelhagem que beneficia a monitorização constante do paciente;
- Percebe-se presença de gerenciamento de riscos na unidade, pelo índice considerável de notificação de INC/EA;
- A presença de outros profissionais, como fisioterapeuta, psicólogos e terapeutas é indicada pela literatura, porém, não fazem parte do quadro ativo de profissionais da UTI pesquisada;

- A percepção do paciente sobre a restrição física sofre forte influência da forma como a equipe se manifesta a respeito do procedimento. Quando a percepção do paciente é considerada e ele é bem orientado, os resultados encontrados são positivos.

Finalmente, conclui-se que o emprego da restrição física deva ser compreendido dentro dos princípios da segurança e da qualidade, sendo relevante a atuação do gerenciamento de risco, pois é um processo que pode prevenir ou ocasionar desfechos indesejáveis.

Vale destacar que, o presente estudo gerou um artigo (Apêndice C) que está em processo de submissão em revista científica especializada.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que tange à relevância dos dados obtidos, o presente estudo apresentou algumas limitações a seguir apresentadas.

Apesar de a escolha da amostra por conveniência ter sido satisfatória, o tamanho foi pequeno e o local de estudo foi único, não havendo comparação entre amostras – o que dificulta a generalização dos dados, o que seria interessante para a comunidade científica.

Registros incompletos e até mesmo a inexistência destes nas fontes de informação, foram importantes limitações encontradas no processo de coleta de dados.

O reduzido número de estudos, principalmente, nacionais, voltados à análise da restrição física em UTI com as mesmas características do presente estudo, incluindo as variáveis descritas, limitou a discussão dos resultados.

Apesar dos cuidados tomados em relação ao viés metodológico, não se pode descartar a influência dos pesquisadores sobre a equipe de Enfermagem durante a coleta de dados, podendo influenciar nos resultados.

RECOMENDAÇÕES

O presente estudo possibilita sugerir algumas recomendações para a realização da restrição física em Terapia Intensiva sob a perspectiva da segurança do paciente e oferecendo um cuidado com o máximo de qualidade, em conformidade com o atual PNSP.

Assim, sugere-se dar maior atenção ao impacto do ambiente e outros fatores na presença de comorbidades clínico-psiquiátricas, sendo importante atentar para possíveis motivações de agitação, por exemplo, altas ou baixas temperaturas, dor, sede, privação de sono, ruídos excessivos, ausência de pessoas significativas, alterações fisiológicas.

Considera-se ser importante a tomada de medidas para tranquilizar o paciente, por exemplo, envolvendo terapias alternativas, como arteterapia, música, terapia ocupacional, acupuntura, massagem, toque, comunicação não verbal, restrição química, envolvimento de amigos e da família.

Além disso, sugere-se tomar decisões a respeito do uso ou não uso da restrição física após uma avaliação detalhada do paciente, por uma equipe interdisciplinar, considerando aspectos éticos e legais. Para tanto, deve-se:

- Documentar as decisões, planos e tratamento nos registros dos pacientes;
- Envolver o paciente e sua família nas discussões e tomadas de decisões;
- Promover educação permanente, esclarecendo os profissionais sobre os tipos de restrição química, física e verbal, levando em conta programas de treinamento e competências nas unidades de cuidados intensivos;
- Desenvolver e implementar protocolos/diretrizes a fim de auxiliar enfermeiros e outros profissionais na execução da restrição física. Entende-se que um modelo de protocolo é essencial para garantir a qualidade de cuidados e competências técnicas da equipe de enfermagem, visando sempre a integralidade física, psíquica e moral dos pacientes e dos profissionais de saúde.
- Aquisição de insumo recomendado pela literatura para a aplicação da restrição física, ou seja, faixas de tecido de algodão mercerizado, conforme os modelos adequados;
- Adoção de um modelo de gestão de qualidade, prevendo auditoria externa e certificação do hospital.

Finalizando, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas, envolvendo a perspectiva dos pacientes e família sobre a restrição física, a percepção dos profissionais de saúde frente a essa problemática e estudo comparativo entre os tipos de restrição. Estudos analíticos são recomendados, a fim de avaliar os efeitos da restrição física no paciente em longo prazo e em populações distintas.

REFERÊNCIAS

AARC- AMERICAN ASSOCIATION RESPIRATORY CARE. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*.v.55,n.6,p.758-764. 2010.

ALEXANDER, J. *et al.* Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomized trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. **Br J Psychiatry**. v. 185. p. 63-9. 2004.

ALVES, J. E. D. Déficit habitacional, famílias conviventes e condições de moradia In: **Demografia dos negócios** ed.Campinas : ABEP, 2006, v.3, p. 257-286.

AMARAL, J.L.G. **Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI**. São Paulo: Atheneu; 1996. [Série: CBMI - Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva; ano 1, v.2, 1996]

ANVISA. **Do Risco à Qualidade**. A Vigilância Sanitária no Serviço de Saúde. Ed. ANVISA, 2008.

_____ Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde. Brasília: GGTES/Anvisa; v.1,n.1, Jan-Jul de 2011. Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOL_ETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 29 nov.2012.

_____ Projeto Hospitais Sentinela: Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços. Brasília, 2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_3_roda_2007.pdf> Acesso em 12 nov. 2012.

_____ Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária Relatório de Eventos Adversos (EA). Brasília, jan. a dez. 2011.

ARAÚJO, E. *et al.* Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 2, p. 94-98, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a03v59n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Eds.). **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BALAS, M. C *et al.* Management of delirium in critically ill older adults. **Crit. Care Nurse**, v. 32, n. 4, p. 15-26, ago. 2012.

BECCARIA, L. M. *et al.* Eventos adversos na assistência de enfermagem **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3>> Acesso em: 10 jan.2012

BERGERON, N. *et al.* Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. **Intensive Care Med.** v.5, n. 27. p. 859-64. 2001.

BERMEJO, JC. **Salir de la noche: por una enfermería humanizada**. Serie: Humanizar la salud. Santander, ed. Salterae. Espanha, 1999.

BOWER, F.; MCCULLOUGH, C. Restraint Use in Acute Care Settings: Can It Be Reduced? **Journal of Nursing Administration** ,v.30, n. 12, p.592-598, 2000. Disponível em: <http://journals.lww.com/jonajournal/Fulltext/2000/12000/Restraint_Use_in_Acute_Care_Settings_Can_It_Be.10.aspx> Acesso em: 22 jan. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>> Acesso em: 12 abr 2013.

_____ Resolução da diretoria colegiada - **RDC Nº. 63** de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf>> Acesso em 12 maio 2013.

_____ Portaria Nº 529, 1 de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>> Acesso em 03 abr. 2013.

BROCKENSHIRE, A. Restraints: Whose Needs Do They Serve? **Can. Fam. Physician** V.3, dez. 1985.

CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.

CARVALHO, E. C. O significado de processo de enfermagem para quem o ministra. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 352-60, jul. 2008.

CASEY, D. A. *et al.* **Delirium**. Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. **Postgrad Med**. [Symposium], v. 100, n. 1, p. 121-124, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8668611>>. Acesso em: 22 mar. 2013.

CFM- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.407, de 15 junho de 1994. Adota "Os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à Saúde Mental, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Brasília, Diário Oficial da União, 19 jun. 1994, seção 1. p. 8799.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196 - Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: 10 de outubro de 1996, p. 1-5 1996.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar**: a primeira arte da vida. 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2003.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009** - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html > Acesso em 30 maio 2013.

_____ **Resolução nº 427** - Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 7 maio 2012.

COREN/SP- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer nº 7** - Dispõe sobre os procedimentos de enfermagem na contenção física. Câmara Técnica Ética, São Paulo, 1997.

CURRIER, G.; ALLEN, M. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. **Psychiatr Serv**. v. 51, n. 6, p.717-719, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10828101>> Acesso em: 15 nov. 2011.

DECESARO, M.N; PADILHA, K.G. Queda: comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante o período de internamento em UTI. **Arq Ciências Saúde UNIPAR**.v.5,n.2, p.115-125. 2001.

DEMIR, A. Nurses' Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. **Journal of Nursing Scholarship**, v.39, n. 1, p.38-45, 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00141.x>>> Acesso em: 15/11/2012.

DIAS, F. S. **Choque**. Porto Alegre: Editora EDIPUCRS, 2002.

DOERING, L. V. California's AB 394: the two sides of mandated staffing ratios. **Intensive and Critical Care Nursing**, n. 19, p. 253-256, 2003.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**. V. 12, n. 23, p. 1743-8. 1988.

ECRI INSTITUTE. **The Discipline of Science**. The Integrity of Independence. 2009.

Disponível em:

<https://www.ecri.org/press/pages/2009_Healthcare_Standards_Directory.aspx> Acesso em 11 jun 2013.

ELY, E.W. *et al* - Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Crit Care Med**. V.29, p.1370-1379. 2001.

FARIA, H. *et al*. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. **Rev. Enf**. v..3, n. 6. Coimbra, mar. 2012.

FERNANDES, M.V.B. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**. v. 4. n.11. P. 993-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>> Acesso em 05 jan. 2013.

GABA, D.M. Anaesthesiology as a model for patient safety in a health care. **BJM**. v.320, p. 785-8, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2006.

GRIFFITHS, J. *et al*. The prevalence of post-traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. **Intensive Care Med** .v. 9, n. 33. p.1506-18, 2007.

GUERRER, F. J. L. **Estresse dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

HARADA, M.J.C.S. *et al* . **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu; 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sócio-demográficos do Censo de 2010 (*Cidades@*) [*serial on the Internet*], 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=520870>> Acesso em: 02 abr. 2012.

IGLESIAS, V.M. *et al*. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. **Enferm Intensiva**. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.002V>> Último acesso em 27 abr 2012.

JCAHO- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing Restraint Deaths**. Sentinel Event Alert .v. 8. Nov. 1998. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_8.htm>. Acesso em: 14 jan. 2013.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Medicina Psiquiátrica de emergência**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

KANDEEL, N. A.; ATTIA, A. K. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. **Nurs Health Sci.**, v. 15, n. 1, p. 79-85, mar. 2013.

KNOBEL, E.; KUHLE, S.D. Organização e Funcionamento das UTIs. In Knobel E. editor. **Condutas no paciente grave**. 2 ed. São Paulo: Ateneu. 1998.

LANGLEY G. Restraints in intensive care units--amixed method study. **Intensive Crit Care Nurs**. V.2 n. 27. p. 67-75, 2011.

LINS, T. C. Genetic composition of Brazilian population samples based on a set of twenty-eight ancestry informative SNPs. **American Journal of Human Biology**, v. 22, p. 187-192, 2010.

LUCCHESI, F. *et al*. Saúde mental na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Universidade Federal de São Paulo, Rio de Janeiro, v.11 n.1, jun. 2008.

MARCOLAN, J. F. **A Contenção física do paciente:** uma abordagem terapêutica. 1. ed. São Paulo: Fundação Espírita Américo Bairral. 2004.

MEIRA, R. L. C. *Delirium* no paciente idoso. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 33, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_02.htm> Acesso em: 07 jan. 2013.

MELLO, D.F.; LIMA, R.A.G. O cuidado de enfermagem e a abordagem winnicottiana. **Texto Contexto Enferm.** v. 3, n. 19, p. 563-9, Florianópolis, jul-set 2010.

MENEZES, R. A. Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 27-49, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v10n2/a02v10n2.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

MINNICK, A. et al. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 39, n. 1, p.30-37, 2007. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00140.x>>> Acesso em: 02 abr. 2013.

_____ Preventing restraint deaths sentinel event alert. **Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organizations**, v. 8, n. 3, p. 1-3, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11902227>>. Acesso em: 14 jan. 2012.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Rev. Escola Anna Nery**, v.10, n. 4, p.735-739, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a17.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2013.

NAMI – National Alliance for Mentally Ill, “ Cries of Anguish”march 2000. Disponível em:<www.nami.org> Acesso em: 26 abr. 2013.

NIRMALAN, M. *et al.* Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations. **British Journal of Anaesthesia**, n. 92, p. 789-792, 2004.

NPSF. National Patient Safety Foundation. **National Patient Safety Foundation**. Disponível em: <http://www.npsf.org/about-us/mission-and-vision/>. Acesso em: 29 nov. 2012.

PADILHA, KG. Descuidar: As representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 1994.

PAES, M. R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p. 479-484, 2009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n4/v17n4a04.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

PEREIRA, M. G. **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PÉREZ, C.I.*et al.* Uso restrição física em unidades de cuidados intensivos. Percepções de pacientes e suas famílias. **Enferm Intensiva**.v. 2 n. 23.p. 77-86. 2012.

PETTRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. supl II, p. 17-20, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s2/a06v23s2.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUINTANA,B. Monitorizacion en anestesia. **Medicina de Urgencias y Cuidados Intensivos**. Espanha: Elsevier, 2004.

RATHIER, M. O.; BAKER, W. L. A review of recent clinical trials and guidelines on the prevention and management of delirium in hospitalized older patients. **Hosp. Pract.**, v. 39, n. 4, p. 96-106, out. 2012.

RODRÍGUEZ, J.; ORTEGA, R. Intervención de enfermería ante la agitación de una persona discapacitada intelectual institucionalizada. **Rev Enfermería Global**,v.14, n. 18, p.1-8, 2008. Disponível em:<<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/36051/34571>>> Acesso em: 22 jan. 2012.

SANTOS, T. Fidedignidade do registro de enfermagem relacionado ao trauma físico em pacientes de terapia intensiva devido à restrição física ao leito. **Web Artigos [serial on the Internet]**, 2009. Disponível em:<<http://www.webartigos.com/artigos/fidedignidade-do-registro-de-enfermagem-relacionado-ao-trauma-fisico-em-pacientes-de-terapia-intensiva-devido-a-restricao-fisica-ao-leito/22101>> Acesso em: 22 out. 2012.

SCCM. **Society of Critical Care Medicine**. History of Critical Care. Disponível em: <<http://www.myicucare.org/Pages/HistoryofCriticalCare.aspx>> Acesso em: 04 jan. 2013.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A.; LABATE, R. C. Interconsulta em Enfermagem Psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 7-14, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7765.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

SCHMITT, R.; GOMES, R. H. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

SEHESTED, P. SEVERIN, N.T. **Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention**. *geriatrics*.v. 4, n.32, p. 101-8. 1977.

SILVA, T. S. **O tempo do esquecimento: a contenção física e a enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008. p.100. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, out. 2008.

SIMÃO, A. T. **Terapia Intensiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.

STEFANELLI, M.; CARVALHO, E. **A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

_____. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**,v. 27, n. 1, p.71-81, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a09.pdf>> Acesso em: 02 abr. 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SWICKHAMER, C. Restraint Use in the Elderly Emergency Department Patient. **J Emerg Med**. jan. 2013 doi: 10.1016/j.jemermed.2012.02.080.

TANIOS, M.A. et al. Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? A large-scale multidisciplinary survey. **Respir Care**. v.5 n.5. p. 561-8. 2010.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. **A practical scale**. *Lancet*, n. 2, p. 81-84, 1974.

TICPS- TOWARDS AN INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY: **key concepts and terms**. Oxford, University Press, 2009.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

TRUMAN, B.; ELY, E.W. Monitoring delirium in critically ill patients: using the Confusion Assessment Method for the ICU. **Crit Care Nurse**. v. 23. p. 25-36.2003.

TURGAY, A.; SARI, D.; GENÇ, R. Physical restraint use in turkish Intensive Care Units. **Clinical Nurse Specialist**, v. 23, n. 2, p. 68-72, 2009. Disponível em: <http://journals.lww.com/cns-journal/Fulltext/2009/03000/Physical_Restraint_Use_in_Turkish_Intensive_Care.7.aspx>. Acesso em: 02 mar. 2013.

UNITED NATIONS. **Economic and Social Council**, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. 1985. Disponível em: <<http://www.derechos.org/nizkor/excep/siracusa84.html>> Acesso em: 10 maio 2012.

VERGARA, S. C. Teoria prática educacional – da técnica à ética. **Revista Fórum Educacional**, v. 13, n. 3, jun./ago.1989.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

WHO – World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. **The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2008.

ZUN, L.S. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency room. Fonte Departamento de Medicina de Emergência, Finch University / Chicago Medical School, Mount Sinai Hospital, de Chicago, Illinois, EUA. **J Emerg Med**. v. 2, n. 24, p. 119-24, fev. 2003.

ANEXOS

ANEXO A

Formulário para Notificação de INC/EA

GERÊNCIA DE RISCO SANITÁRIO
HOSPITALAR HC/UFG
TECNOVIGILÂNCIA

Formulário para notificação de:

Queixas Técnicas
 Eventos Adversos

Data da ocorrência: ___/___/___ Setor: _____
 Nome do produto/equipamento: _____
 Lote: _____ Fab.: ___/___/___ Val.: ___/___/___ S/N: _____

1 – Tipo de Material:
 Equipamento;
 Material Médico Hospitalar;
 Saneantes

2- O que ocorreu?
 Vazamento;
 Não liga / desliga;
 Rompe com facilidade;
 Embalagem danificada;
 Outros: _____
 Não desempenha a função requerida;
 Fornece dados incorretos;
 Travamento;

3- Queixa Técnica: _____

4- Eventos Adversos

Nome do paciente: _____
 Prontuário: _____ Hora da ocorrência: _____ h
 (Descrição detalhada): _____

Notificador: _____
 Ramal: _____ Categoria Profissional: _____

Atenção: Em caso de dúvida ligar no Ramal 8339.

Agradecemos as informações e aproveitosa oportunidade para informá-lo que os dados são considerados absolutamente confidenciais.
NOTIFIQUE!

Fonte: Hospital das Clínicas-Universidade federal de Goiás-2012

ANEXO B Aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Brasília



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **043/12**

Título do Projeto: “Análise do Uso da Contenção Física em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário de Goiás”.


Pesquisadora Responsável: Vânia Hilário Tavares

Data de Entrada: 17/04/2012

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **043/12** com o título: “Análise do Uso da Contenção Física em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário de Goiás”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de maio de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 28 de junho de 2012.


Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- nível mestrado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido n ()

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “**SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DO USO DA RESTRIÇÃO FÍSICA**”. Meu nome é Vânia Hilário Tavares, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sou aluna de mestrado do programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

O objetivo da pesquisa é analisar o uso da restrição física pela equipe de enfermagem na UTI. O método de coleta de dados é do tipo observação não participante. Serão observados os pacientes que estiverem internados na UTI, quando em uso da restrição física. Também serão coletados os seus dados no prontuário.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em ser observado pela pesquisadora. A qualquer momento você poderá desistir, sem prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de saúde. Garantimos que não sofrerá nenhum tipo de risco, que não terá a geração de ônus e que o sigilo quanto ao anonimato será mantido. Não será fornecido nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. É facultado ao participante o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Com sua participação poderemos entender melhor o processo de cuidado realizado com pacientes contidos em UTI, possibilitando uma avaliação dos serviços e subsidiando o planejamento de estratégias que visem à segurança do paciente e a qualidade do serviço. A pesquisadora se dispõe a esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Os resultados da pesquisa serão utilizados para dissertação de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília. O material utilizado ficará em posse da

pesquisadora, Vânia Hilário Tavares. A divulgação dos resultados será feita em forma de artigos, publicados em revistas especializadas em enfermagem no Brasil.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma delas é do participante da pesquisa ou responsável legal e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Vânia Hilário Tavares. Telefones (62) 8579-0044 ou (62)3586-6073:

Profa. Dra. Maria Cristina soares Rodrigues (61) 3107-1762

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília telefone: (61) 3107-1947,

Pesquisadora responsável: Vânia Hilário Tavares

Assinatura: _____

Eu _____, RG nº _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e fui devidamente informado sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim manifesto com minha assinatura o aceite em participar da pesquisa em questão.

Goiânia, ____ de _____ de 2012.

Assinatura: _____

Participante da pesquisa ou responsável legal

APÊNDICE B

Instrumento para Coleta de Dados

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - NÍVEL MESTRADO

PESQUISA DE MESTRADO Nº ()

Formulário de Monitoramento do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DOS PACIENTES	
A- Nº PRONTUÁRIO: _____	
B- SEXO: A () MASCULINO B () FEMININO	C- DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____
D- ETNIA: A () NEGRA B () BRANCA C () AMARELA D () PARDA E () OUTRA () _____	
E- RENDA FAMILIAR: A () 1 ^ª SM B () 1 ATÉ 2 SM C () 2 ATÉ 5 SM D () MAIS DE 5 SM E () OUTRA _____	
F- FONTE DE RENDA: A () APOSENTADO B () TRABALHADOR CLT C () PROGRAMAS SOCIAIS D () SERVIDOR PÚBLICO () OUTROS _____	
G - OCUPAÇÃO: _____	
H- ESCOLARIDADE: A () NÃO ALFABETIZADO B () ENSINO FUNDAMENTAL C () ENSINO MÉDIO D () ENSINO SUPERIOR E () PÓS GRADUAÇÃO F () COMPLETO () INCOMPLETO G () NÃO IDENTIFICADO	
I- CONDIÇÃO DE MORADIA: A () SOZINHO B () COM A FAMÍLIA C () INSTITUIÇÕES OUTROS _____	
2 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO NA UTI	
A- ADMISSÃO ___/___/_____ B- ALTA ___/___/_____ C- TEMPO DE INTERNAÇÃO: ___ DIAS E/OU ___ HORAS D- TIPO DE ALTA: () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO	
E- DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____	
F-PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____	
G- COMORBIDADES: A () HAS B () DM C () ATEROSCLEROSE () IRC D () OUTRAS _____	
H- COMPLICAÇÕES: A () INFECÇÃO - TIPO: _____ B () HEMORRAGIA C () SEPSE D () IRPA E () IRA F () ARRITMIA G () AVC H () TEP I () IAM () OUTROS _____	
I- DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS: A () SVD B () CVC C () PICC D () PAM E () CDL F () CAP G () SNE H () COT I () TQT J () CVP L () MÁSCARA FACIAL M () CATETER NASAL N () DRENOS- TIPO: _____	

O- () OUTROS _____
J- DIAS DE DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS: A ___ C ___ D ___ E ___ F ___ G ___ H ___ I ___ J ___ L ___ M ___ N ___ O ___
K- PACIENTE ESTÁ EM RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA? () SIM () NÃO L- ESCALA DE RANSAY: _____ M- ESCALA DE COMA DE GLASGOW _____
3- CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO E DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE CONTIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
A- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DA RESTRIÇÃO FÍSICA: A() CONFUSO B() ORIENTADO C() AGRESSIVO D() AGITADO E() SEDADO () OUTRO _____
B- TIPO DE RESTRIÇÃO: A() VERBAL B() FÍSICA C() QUÍMICA - MEDICAMENTO UTILIZADO: _____ _____
D- ESCOLHA SEQUÊNCIA: () _____
E- EM CASO DE RESTRIÇÃO FÍSICA, O PACIENTE FOI ORIENTADO ANTES DO INÍCIO DA RESTRIÇÃO? A() SIM B() NÃO () INDETERMINADO
F- JUSTIFICATIVA DA RESTRIÇÃO FÍSICA? A() AGRESSIVIDADE B() CONFUSÃO MENTAL C() AGITAÇÃO D() RISCO DE QUEDA E() INSUCESSO DE OUTRAS MEDIDAS _____
G- () RETIRADA DE DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS: QUAIS? _____ H() OUTROS _____
G- ANOTE O(S) PONTO(S) DA RESTRIÇÃO FÍSICA: A() MEMBRO SUPERIOR DIREITO B() MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO C() MEMBRO INFERIOR DIREITO D() MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E() TÓRAX F() OUTROS _____
H- FORAM REGISTRADAS INFORMAÇÕES SOBRE O PROCEDIMENTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE: A() SIM B() NÃO H- TIPO DE REGISTRO: A() INDICAÇÃO B() TIPO DE RESTRIÇÃO C() MEMBROS RESTRITOS D() PRESCRIÇÃO DA RESTRIÇÃO E() PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RELATIVOS À RESTRIÇÃO FÍSICA F() PROFISSIONAL QUE INDICOU A RESTRIÇÃO G() PROFISSIONAL QUE INDICOU A RETIRADA DA RESTRIÇÃO H() () PROFISSIONAL QUE REALIZOU A RESTRIÇÃO I() PROFISSIONAL QUE RETIROU A RESTRIÇÃO J() OUTROS _____
I- OCORRÊNCIA DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS: () SIM () NÃO SE SIM, J- QUAIS? A() EDEMA B() CIANOSE C() DOR D() FERIDA/LESÕES DE PELE E() SANGRAMENTO F() DISPNEIA G() () OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS H() CONSTIPAÇÃO I() TRAUMA E FRATURA DOS MEMBROS J() REJEIÇÃO DA DIETA OU DA HIDRATAÇÃO ORAL L() DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA M() SINTOMAS EXTRAPIRAMIDAIS N() CONVULSÕES O() ALTERAÇÕES DA CONSCIÊNCIA P() OUTROS: _____

Q- FORAM RELACIONADOS À RESTRIÇÃO FÍSICA? SIM () NÃO ()

J- INÍCIO DA RESTRIÇÃO: DATA:
 ___/___/___ HORA: ___H___MIN
 () NÃO REGISTRADO
 DIA DE UTI: _____

K- FIM DA RESTRIÇÃO: DATA: ___/___/___ HORA: ___-
 H___MIN
 () NÃO REGISTRADO
 DIA DE UTI: _____

L- CRITÉRIOS PARA RETIRADA DA RESTRIÇÃO FÍSICA: A () MELHORA DO QUADRO MENTAL DO PACIENTE B () PERDA PLENA DA CONSCIÊNCIA C () PRESENÇA DE PROFISSIONAL PARA ASSISTIR TOTALMENTE O PACIENTE D () ÓBITO
 () OUTROS _____

M - COMO FOI REALIZADA A RETIRADA DA RESTRIÇÃO?

A () GRADUALMENTE B () SIMULTANEAMENTE C () INDETERMINADO

N- HOUVE NOVA RESTRIÇÃO FÍSICA? SIM () NÃO ()

INICIO: ___/___/___ TÉRMINO: ___/___/___ HORA: _____ DIA DE UTI: _____

O - OPINIÃO DO PACIENTE SOBRE A CONTENÇÃO FÍSICA

*O SALÁRIO MÍNIMO (SM) ATUAL CORRESPONDE A R\$ 622,00

4- CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS DURANTE A RESTRIÇÃO FÍSICA

A. MUDANÇA DE DECÚBITO: () SIM () NÃO		K. VIGILÂNCIA DO PACIENTE () SIM () NÃO	
B. HIGIENE CORPORAL () SIM () NÃO		L. HIGIENE ORAL: () SIM () NÃO	
C. ADMINISTRAÇÃO DE DIETA () SIM () NÃO	D- GRADES LATERAIS DO LEITO ELEVADAS () SIM () NÃO	M. POSICIONAMENTO NO LEITO () SIM () NÃO	N- USO DE MATERIAIS PARA O CONFORTO FÍSICO () SIM () NÃO
E. USO DE MATERIAIS PARA AS ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS () SIM () NÃO		O. ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES () SIM () NÃO	
F. USO DE OXIGENOTERAPIA () SIM () NÃO		P. INTERAÇÃO PACIENTE-FAMÍLIA () SIM () NÃO	
G. INTERAÇÃO PACIENTE-PROFISSIONAL (DIÁLOGO, ORIENTAÇÃO SOBRE OS PROCEDIMENTOS, ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES VERBAIS) () SIM () NÃO			
H. AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS () SIM () NÃO		Q. AVALIAÇÃO DE PERFUSÃO TECIDUAL DO MEMBRO RESTRITO () SIM () NÃO	
I. CUIDADOS COM FIXAÇÃO DOS DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS () SIM () NÃO		R. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS () SIM () NÃO	

J. MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DO CATETER <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	S. CURATIVOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO
T- OBSERVAÇÕES: _____ _____	
U - Nº PACIENTES INTERNADOS: _____ V- Nº PACIENTES CONTIDOS _____ X- FUNCIONÁRIOS: MÉDICOS: _____ ENFERMEIROS: _____ TÉC.ENF.: _____ FISIOTERAPEUTA: _____ OUTROS: _____	

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

DATA DA COLETA DOS DADOS: ____/____/____

APÊNDICE C

Artigo submetido à Revista Brasileira de Enfermagem

ARTIGO ORIGINAL

Eventos ocorridos em uma Unidade de Terapia Intensiva: análise à luz da segurança do paciente

Events in the Intensive Care Unit: analysis in the light of patient safety

Eventos en la Unidad de Cuidados Intensivos: análisis la luz de la seguridad del paciente

Vânia Hilário Tavares¹

Maria Cristina Soares Rodrigues²

1. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), Enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas/ UFG. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Grupo de Pesquisa “Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente” (LEPSP). Brasília, DF, Brasil.

2. Enfermeira e Farmacêutica. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB. Líder do Grupo de Pesquisa “Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente” (LEPSP). Brasília, DF, Brasil. E-mail: mcsouares@unb.br.

Autora para correspondência: Vânia Hilário Tavares.

Av Central, Qd Área, It 04, Residencial Malibú I, setor Empresarial.

CEP 74583350

Goiânia, Goiás.

E-mail: Vh.t@hotmail.com

RESUMO

O estudo objetivou analisar incidentes e eventos adversos descritos em formulários de notificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário da rede sentinela de Goiás. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo, realizada de agosto de 2011 a agosto de 2012, no qual pacientes foram monitorados durante o período de internação na unidade. Registraram-se 290 incidentes/eventos adversos, predominando em 51,7% dos relatos a retirada de dispositivos terapêuticos, seguido de erros de medicação, correspondendo a 15,2%, e dos erros nos procedimentos totalizando 13,8%. Mensurar e analisar a ocorrência de eventos na assistência é fundamental para adoção de medidas que visem à redução dos erros, a fim de se garantir cuidados adequados para alcance da segurança do paciente, evidenciando a qualidade da assistência no serviço de saúde.

Descritores: Enfermagem; Segurança do paciente; Iatrogenia; Terapia intensiva.

ABSTRACT

The study aimed to analyze incidents and adverse events described in the notification forms of the National Agency for Sanitary Vigilance, in an Intensive Care Unit of a university hospital in the sentinel network of Goiás. This is a descriptive research, of quantitative character, performed from August 2011 to August 2012, in which patients were monitored during the period of hospitalization in the unit. It was registered 290 incidents/adverse events, predominating in 51.7% of the reports the withdrawal of therapeutic devices, followed by medication errors, corresponding for 15.2% and errors in procedures totaling 13.8% of the reports. Account and analyze the occurrence of events in the assistance is key for the implementation of measures aimed at reducing mistakes, in order to ensure appropriate care to achieve patient safety, demonstrating the quality of the assistance in the health service.

Keywords: Nursing, Patient Safety; Iatrogeny; intensive Therapy.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar incidentes y acontecimientos adversos descritos en los formularios de notificación de Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario de red centinela de Goiás. Es una investigación descriptiva, de carácter cuantitativo, realizada de Agosto de 2011 hasta Agosto de 2012, los pacientes fueron monitorizados durante el periodo de estancia en la unidad. Se registraron 290 incidentes / eventos adversos, predominante en 51,7% de los informes la extracción de dispositivos terapéuticos, seguidos de los errores de medicación, que representan 15,2%, y errores en procedimientos resultante 13,8% de los informes. Medir y analizar la ocurrencia de eventos es fundamental en la asistencia para adoptar medidas centradas en la reducción de erros, con el fin de garantizar una atención adecuada para alcanzar la seguridad del paciente, lo que demuestra la cualidad de la atención en el servicio de salud.

Palabras clave: Enfermería, Seguridad del Paciente, iatrogenia, Terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares diariamente recebem pessoas que confiam no método de diagnósticos, tratamentos e cuidados a elas dispensados para recuperação da sua saúde. A exigência de um cuidado prestado com o máximo de segurança possível é um direito reconhecido por todos. Nesse sentido, os serviços de saúde buscam garantir segurança aos pacientes, e têm como meta oferecer à clientela assistência com qualidade, livre de riscos e danos, com o objetivo de promover satisfação aos envolvidos no processo de atenção à saúde⁽¹⁾.

Contrastando esse princípio de qualidade e segurança nos serviços de saúde, situações de iatrogenia relacionadas à privação, imposição ou prestação insatisfatória de cuidados têm sido apontadas como determinantes para ocorrência de transtornos, danos ou prejuízos ao bem-estar das pessoas, sendo foco de interesse de mensuração em pesquisas⁽¹⁾. Iatrogenia é definida como a ocorrência de uma alteração indesejável, de natureza prejudicial ou danosa ao paciente, desencadeada por omissão ou ação inadvertida ou falha, voluntária ou involuntária praticada por quem assiste o paciente⁽²⁾.

No contexto de processos assistenciais em saúde, prevenir a ocorrência de iatrogenia é uma meta almejada. No entanto, no que diz respeito aos profissionais que prestam cuidados há que se considerar que se trata de seres humanos, e como tal são falíveis. Mesmo a melhor, a maior, a mais preparada e dedicada equipe de trabalho poderá cometer erros, pois essa falibilidade é parte imutável da condição humana⁽²⁻⁵⁾.

Nos Estados Unidos da América (EUA), pesquisadores realizaram uma análise sofisticada sobre os vários fatores que contribuem para os EA em procedimentos de anestesia e concluíram que a maioria dos incidentes ocorre durante o procedimento cirúrgico e não no início, como se acreditava, pois os problemas mais importantes estavam relacionados às falhas na vigilância durante o transoperatório⁽⁶⁾.

Apesar da importância das pesquisas realizadas, atitudes realmente positivas somente foram efetivadas após a eleição de Ellison Pierce para presidente da Sociedade Americana de Anestesiologia, em 1982. Pierce convenceu os anestesistas de que era possível reduzir a taxa de mortalidade por causas anestésicas e desde então o campo da anestesiologia e obstetrícia lideraram a abordagem sistemática da redução das lesões iatrogênicas, antecipando em quase uma década o movimento da segurança do paciente⁽⁶⁾.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem edificando uma sequência ordenada de atividades voltadas à segurança do paciente e da qualidade em serviços de saúde. Dentre as ações realizadas, instituiu-se, em 2004, o Projeto Hospitais Sentinela (HS), com a criação de uma rede de serviços, capacitando Gerentes de Risco na identificação e notificação de eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância dentro dos hospitais e na implementação do Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária⁽⁷⁾.

Portanto, a cultura de segurança do paciente está sendo construída em todo o mundo e se faz necessária a consolidação de uma política dentro dos hospitais onde os erros sejam investigados e tratados de uma maneira não punitiva, restrita ao indivíduo e sim entendê-lo como um processo sistêmico, que permita a criação de estratégias de segurança que previnam ocorrências indesejáveis⁽³⁾.

Dessa forma, é crucial o desenvolvimento de cultura de segurança em saúde. Para romper com o velho paradigma – o que tenta criar profissionais perfeitos e trata o erro como atitude individual, provocando sentimentos como culpa e vergonha – deve-se incentivar a aceitação do moderno movimento para a segurança do paciente, que é pautado em uma nova abordagem, conhecida como modelo mental sistêmico que considera a ideia de repensar os processos assistenciais em busca de correções necessárias⁽³⁾.

Diante do exposto, acredita-se ser importante conhecer a ocorrência de Incidentes (INC) e EA na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois se trata de um ambiente onde a maioria dos pacientes está gravemente enferma, podendo ser submetidos à manipulação excessiva e procedimentos invasivos, o que aumenta potencialmente o risco de INC/EA⁽⁸⁻⁹⁾.

Justifica-se a relevância na realização desse estudo considerando-se a contribuição para a implementação de uma política para a redução da ocorrência de INC/EA em UTI, favorecendo, assim, uma melhor atenção aos pacientes criticamente enfermos assistidos nestas unidades, elevando o grau de segurança do paciente, assim como favorecendo a toda a sociedade com uma maior qualificação dos serviços de terapia intensiva.

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo analisar INC/EA descritos em formulários de notificação da ANVISA, de uma UTI de um hospital universitário da rede sentinela de Goiás.

MÉTODO

Para a realização da pesquisa optou-se pelo método descritivo, com abordagem quantitativa. O cenário da coleta de dados foi a UTI de um hospital universitário que integra a rede de HS da ANVISA, situado na cidade de Goiânia, Goiás. A UTI possui oito leitos ativos destinados a pacientes adultos, em que predominam diagnósticos pós-operatórios.

No período de coleta de dados, a equipe de enfermagem da UTI era composta por nove enfermeiros assistenciais, um gerente e 53 técnicos de enfermagem, distribuídos entre os plantões do turno da manhã (7h às 13h), tarde (13h às 19h) e noite (19h às 7h).

A proporção de enfermeiros por leito, por plantão, é de 1:4 no período diurno e 1:8 no período noturno, e de técnicos de enfermagem é de 1:2 em todos os períodos. Fazem parte da equipe multidisciplinar fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, biomédicos e residentes de enfermagem, odontologia, fisioterapia e medicina.

Os técnicos de enfermagem prestam assistência integral ao paciente norteada pela prescrição de enfermagem e estão sob supervisão e orientação do enfermeiro do turno. Os enfermeiros supervisionam a equipe de enfermagem, prestam cuidados de natureza invasiva e não invasiva, aplicam a Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE) e realizam, ainda, atividades de gerenciamento do serviço.

Os residentes de enfermagem são acompanhados pelos enfermeiros, e também prestam cuidados invasivos e não invasivos, além da SAE.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, os dados foram coletados a partir da consulta a um instrumento de notificação de INC/EA e de queixas técnicas, implementado pela gerência de Risco Sanitário Hospitalar fornecido pela ANVISA, implantado no mês de agosto de 2011, para avaliação e possível implementação na unidade.

O formulário é composto por quatro questões. As três primeiras são relacionadas à queixa técnica e falhas de equipamentos, as quais foram desconsideradas nesse estudo. A quarta questão era aberta, destinada à notificação dos INC/EA aos quais os pacientes poderiam ter sido submetidos. Ficava a critério do notificador, o registro dos dados. A maioria dos eventos foi descrita de forma sucinta, relatando-se apenas o evento em si, por exemplo, retirada de sonda. Não discorria detalhadamente o INC/EA. Dados como hora, tipo de lesão causada, complicações, motivo, profissional envolvido não constavam nos relatos. Essa questão foi julgada pertinente ao assunto abordado, sendo a única analisada pelas pesquisadoras.

Destaca-se, que esse instrumento é utilizado na UTI como rotina de trabalho e todas as notificações foram preenchidas pelos enfermeiros e residentes de enfermagem, não sendo identificada nenhuma notificação por parte de outros profissionais, apesar de a notificação ser de livre acesso a todos os profissionais que atuam na unidade.

Os critérios de inclusão estabelecidos para esse estudo foram todos os registros de INC/EA feitos no formulário específico da ANVISA, ocorridos de agosto de 2011 a agosto de 2012 na unidade pesquisada.

Com o propósito de tornar claro o objeto do estudo utilizaram-se os conceitos de evento, incidente, dano, incidente sem dano, evento adverso, erros e segurança do paciente propostos pelo a seguir descrito⁽¹⁰⁾.

- *Evento* é algo que acontece ou envolve um paciente.

- *Incidente* é o evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes originam-se tanto de atos não intencionais como de atos intencionais.

- *Dano* implica prejuízo da estrutura ou função corporal, incluindo doença, ferimento, sofrimento, incapacidade e morte. Pode ser físico, social ou psicológico.

- *Incidente sem dano* é um evento que alcançou o paciente, mas nenhum dano foi observado, por exemplo, se a unidade de sangue foi infundida, mas não era incompatível.

- *Evento adverso* é um incidente que conduz ao dano ao paciente, por exemplo, se a unidade errada de sangue foi infundida e o paciente morreu de uma reação hemolítica.

- *Erros*, por definição, são involuntários, e pode se tornar rotineiro e automático em determinados contextos. Um erro é uma falha em realizar uma ação de planejamento como pretendido ou aplicação de um planejamento ou plano incorreto. Podem manifestar-se pelo ato de fazer a coisa errada (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento como na fase de execução.

- *Segurança do Paciente* é definida como redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde ao mínimo aceitável (nível/grau).

O critério de exclusão dos formulários a serem analisados foi o registro de situações que não caracterizavam incidente, erro ou evento adverso, conforme os conceitos do GCISP⁽¹⁰⁾. Cabe esclarecer que as providências tomadas pela instituição no caso de eventos adversos registrados seguiram os trâmites usualmente adotados pelo serviço, não havendo qualquer relação com os objetivos do estudo.

Os dados foram tabulados por meio da utilização do programa da Microsoft Office Excel versão 2010 e apresentados na forma de tabela, descrita por frequência absoluta e relativa.

O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), sob o parecer 43/12.

RESULTADOS

Constatou-se nesse estudo um total de 595 admissões, com média de admissão/mês de 45,8 pacientes e taxa de ocupação de leitos de 88%.

Dos 595 pacientes assistidos no período, 279 (46,9%) sofreram algum tipo de INC/EA, destes 11(3,9%) sofreram mais de um tipo de evento, resultando no total de 290 registros. Obteve-se média de 1,3 eventos para cada paciente e 22,5 notificações mensais, totalizando um INC/EA a cada 1,7 dias.

Dos 290 INC/EA analisados, 150 (51,7%) foram relacionados a retiradas de dispositivos terapêuticos, dentre eles sondas (nasogástricas, nasoenterais, vesicais e gastrostomia), e extubações não planejadas, 44 (15,2%) a erros na administração de medicamentos (dose, omissão, via, diluição), 40 (13,8%) a erros de procedimentos

(contaminação de materiais, cateteres mal posicionados, punção de acesso venoso inadequado, falta de fixação de dispositivos terapêuticos), 34 (11,7%) à obstrução de sondas e cateteres venosos, 19 (6,5%) às úlceras por pressão e três (1,03%) às quedas.

Em 270 (93,1%) notificações não se fez menção quanto às circunstâncias em que o INC/EA ocorreu. Somente em 23(7,9%) fichas foi encontrado esse tipo de informação. Nesses registros, em oito (34,8%) houve o relato do INC/EA ter ocorrido durante o banho no leito, em dois (8,7%) no atendimento da fisioterapia, quatro (17,4%) na troca da fixação do dispositivo, três (13,0%) durante o transporte, em três (13,0%) casos ocorreu extubação acidental devido ao vazamento do *Cuff*, dois (8,7%) na realização de raios-X no leito e um (4,3%) durante o procedimento de aspiração traqueal.

Quanto ao estado de consciência do paciente, em apenas 11 (3,8%) dos relatos se obteve essa informação, sendo que em seis (54,5%) referiam que o estado mental era confuso e em cinco (45,4%) mencionavam comportamento de agitação dos pacientes. Com relação à restrição física obteve-se 13 (4,5%) dos relatos e todos eles estavam presentes nas notificações de retiradas de dispositivos terapêuticos (sondas, drenos, tubos e cateteres).

No total dos registros, encontrou-se 17 respostas de pareceres negativos sobre equipamentos em teste na unidade pesquisada, não caracterizando INC/EA, os quais foram excluídos do estudo.

Na Tabela 1 são descritos os resultados dos registros de INC/EA constatados no estudo.

Tabela 1 – Distribuição de ocorrências quanto à natureza, registradas por mês, no período de agosto 2011 a agosto de 2012, na UTI. Goiânia - GO, 2012

Registros	EM		EP		RDC		RS		OCS	ENP		UPP	QD	Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		%
Ago	2	4,5	4	(10,0)	10	(25,6)	9	(10,8)	2	(5,8)	4	(14,3)	-	-	33(11,3)
Set	4	9,0	2	(5,0)	4	(10,2)	11	(13,3)	1	(2,9)	2	(7,1)	-	-	24(8,3)
Out	1	2,3	5	(12,5)	1	(2,5)	-	-	8	(23,5)	1	(3,6)	2	(10,5)	18(6,2)
Nov	1	2,3	6	(15,0)	6	(15,4)	8	(9,6)	2	(5,8)	4	(14,3)	1	(5,3)	28(9,6)
Dez	-	-	-	-	1	(2,5)	7	(8,4)	3	(8,8)	1	(3,6)	1	(5,3)	13(4,5)
Jan	4	9,0	4	(10,0)	1	(2,5)	1	(1,2)	1	(2,9)	1	(3,6)	2	(10,5)	14(4,8)
Fev	2	(4,5)	1	(2,5)	-	-	4	(4,8)	1	(2,9)	2	(7,1)	-	-	10(3,4)
Mar	2	(4,5)	4	(10,0)	1	(2,5)	8	(8,6)	3	(8,8)	2	(7,1)	2	(10,5)	23(7,9)
Abr	2	(4,5)	7	(17,5)	6	(15,4)	7	(8,4)	4	(11,7)	3	(10,7)	1	(5,3)	30(10,3)
Mai	12	(27,3)	2	(5,0)	1	(2,5)	-	-	2	(5,8)	3	(10,7)	3	(15,8)	23(7,9)
Jun	4	(9,0)	2	(5,0)	3	(7,7)	8	(8,6)	2	(5,8)	1	(3,6)	-	-	20(6,9)
Jul	3	(6,8)	2	(5,0)	1	(2,5)	7	(8,4)	3	(8,8)	-	-	3	(15,8)	19(6,5)
Ago	7	(15,9)	1	(2,5)	4	(10,2)	13	(15,6)	2	(5,8)	4	(14,3)	2	(10,5)	2(66,6)
Total	44	(15,2)	40	(13,8)	39	(13,4)	83	(28,6)	34	(11,7)	28	(9,6)	19	(6,5)	3(1,0)

LEGENDA: EM: erro de medicação, EP: erros de procedimento, RDC: retiradas de drenos e cateteres, RS: retiradas de sondas, OCS: obstrução de cateteres e sondas, ENP: extubação não planejada, UPP: úlcera por pressão, QD: quedas.

DISCUSSÃO

Estudos têm evidenciado que os hospitais possuem diferentes taxas de EA. Isso se deve, principalmente, ao método que é usado para estudar os erros e EA⁽³⁾. A taxa de notificação de INC/EA da presente pesquisa foi de 22,5 notificações mensais. Comparando-se

aos resultados divulgados pela ANVISA em 2011, que foi de 1.110 notificações por mês em todo o Brasil, somente na unidade pesquisada registrou-se 2,0% dos resultados nacionais, um índice relativamente alto, pois nesse mesmo ano o estado de Goiás totalizou 2,1% de notificações de EA⁽¹¹⁾. Esse resultado pode significar que o sistema de notificação ainda seja falho e a maioria das instituições hospitalares, inclusive a que foi pesquisada, não registrem e encaminhem seus dados à ANVISA.

A taxa de prevalência no presente estudo foi de 46,9% de registros de INC/EA. Quando contraposta com a prevalência indicada por estudos nacionais, que é de 19,7% a 24,3%⁽¹²⁾ para as internações em hospitais universitários, mostra que a prevalência do atual estudo é alta. No entanto, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS) a prevalência de EA nos países desenvolvidos é de 10% e, nos países em desenvolvimento espera-se um número 20 vezes maior de EA, portanto, 40,05% ainda deve representar subnotificação⁽¹³⁾.

A média de 1,3 eventos para cada paciente, um erro a cada 1,7 dias e 22,5 notificações mensais, permaneceu abaixo da média constatada por estudos recentes, que é de 1,7 erro relacionado à assistência em UTI por dia⁽⁴⁾, totalizando aproximadamente 51 erros mensais. No entanto, ainda é uma prevalência alta e sugere que pacientes internados em UTI são propensos a sofrer danos, devido aos fatores intrínsecos à gravidade do paciente e particularidades do ambiente que o cerca⁽¹⁾.

A seguir são discutidos os resultados obtidos na pesquisa, segundo os tipos de eventos notificados nos formulários examinados, que foram agrupados em cinco categorias.

Retirada de dispositivos terapêuticos (RDT) O evento predominante no estudo foi a retirada acidental ou não planejada dos dispositivos terapêuticos. Essa categoria inclui a retirada de drenos, sondas, cateteres venosos e arteriais e tubos orotraqueais. Predominou em 150 (51,7%) das ocorrências.

Os dispositivos mais retirados foram sondas gástricas e enterais, que são utilizadas para administração de dieta e para drenagem de secreção do aparelho digestivo, correspondendo a 83(28,6%), seguido por retiradas de drenos e cateteres venosos e arteriais, que totalizaram 39 (13,4%) e, por último, extubações não planejadas, resultando em 28(9,6%) das ocorrências. Estudos corroboram os dados encontrados, enfatizando o alto índice de EA relacionados à retirada de dispositivos terapêuticos⁽⁸⁻⁹⁾.

Os dados encontrados também são semelhantes a outros estudos, que apontam o alto índice de EA relacionados às sondas, drenos e cateteres. A realização de cateterismo do tubo digestivo, apesar de ser caracterizado como um procedimento simples está sujeito a graves complicações, tanto no momento da passagem da sonda como no decorrer de seu uso⁽¹⁴⁾.

A retirada acidental de sondas introduzidas no aparelho digestivo pode aumentar o risco de broncoaspiração, ocasionando pneumonia e lesões no trato digestório, por exemplo, trauma em estruturas do nariz e perfurações no esôfago, aumentando o risco de mortalidade⁽¹⁴⁾.

O cateterismo vesical, de demora ou de alívio, pode levar a complicações como, traumatismo uretral, dor, falso trajeto, uretrorragia, bacteremia e infecção geniturinária. Portanto, a retirada não planejada desse dispositivo pode aumentar os riscos, devido, principalmente, às lesões provocadas pela passagem do balonete inflado pela uretra⁽¹⁵⁾.

Quanto à retirada indevida de cateteres venosos e arteriais, essa situação predispõe à ocorrência de EA relacionados à infecção e extravasamento sanguíneo, provocando

hematomas, perda da monitorização hemodinâmica e até choque hipovolêmico, caso ocorra uma grande perda de sangue na retirada desses dispositivos terapêuticos. Outra complicação que pode ocorrer é a impossibilidade de se aferir a dosagem de medicamentos que o paciente recebeu pela via que foi retirada acidentalmente. Pode haver perda de drogas usadas na terapêutica do paciente e essa perda não pode ser mensurado, o que pode ocasionar prejuízo à terapêutica medicamentosa do paciente.

Com relação aos drenos, a retirada indevida pode trazer sérios riscos ao paciente, ocasionando, muitas vezes, pneumotórax, hemorragias, choque hipovolêmico e infecção, prolongando o tempo de permanência hospitalar e risco de morte .

A extubação não planejada totalizou 28(9,6%) dos registros. Estudos corroboram esse índice, e demonstram que a frequência de extubação não planejada varia de 3% a 14%⁽¹⁶⁾. Entretanto, esta percentagem varia de acordo com as características das UTI e da duração da ventilação artificial. A retirada acidental de tubos orotraqueais é um evento que pode causar riscos ao paciente; Pode causar lesões no trato respiratório, provocando edema e dificultando a reintubação⁽¹⁶⁾. A broncoaspiração também é uma complicação comum nesses casos. Devido à necessidade de sedação para realizar o procedimento, os riscos inerentes a essa terapêutica são intensificados como, por exemplo, apneia, hipotensão arterial e bradicardia .

Não foi possível verificar, na maioria dos relatos, como ocorreu o EA e se acarretou em complicações para o paciente. O momento em que o evento ocorreu foi registrado em 23 (7,9%) dos relatos. Dentre esses registros, oito (34,8%) ocorreram durante o banho no leito, dois (8,7%) no atendimento da fisioterapia, quatro (17,4%) na troca da fixação do dispositivo, três (13,0%) durante o transporte, três (13,0%) casos de extubação acidental devido ao vazamento do *Cuff*, dois (8,7%) na realização de raios-X no leito e um (4,3%) durante a aspiração traqueal.

Observa-se o predomínio de retirada dos dispositivos terapêuticos, indicando que a equipe de saúde deve reforçar a orientação aos pacientes e familiares quanto à sua manutenção, visando promover a recuperação do paciente, evitar lesão no trajeto do dispositivo e desconforto ao ter que se submeter a um novo procedimento. Destaca-se, ainda, a necessidade de se adotar medidas preventivas de orientação à equipe de saúde quanto à técnica correta de inserção e manuseio destes dispositivos.

Outro fator importante no processo de evitar esses EA é a indicação e a manutenção correta do método de restrição física, que pode ser definido como qualquer instrumento, material ou equipamento utilizado para prender qualquer parte do corpo, e que não seja facilmente removida ou controlada pelo próprio paciente, e que pretende impedir os movimentos livres do corpo⁽¹⁷⁾. Esse procedimento só deve ser utilizado quando o comportamento do assistido ameaçar causar dano físico a si próprio e/ou a terceiros e, intervenções menos invasivas, quando possível, tenham sido tentadas sem sucesso. Deve-se aplicar uma abordagem que garanta a segurança, mantendo a dignidade individual e evitando o uso inapropriado da contenção, pois também se reconhece que o uso dessas técnicas podem gerar efeitos físicos e psicológicos danosos ao paciente⁽¹⁷⁾.

Erros na administração de medicamentos (EM)

Os erros na administração de medicamentos totalizaram 44 (15,2%) dos eventos registrados. Não foi possível identificar com precisão os tipos de EM que ocorreram, pois os relatos eram incompletos. Entretanto, foi possível verificar que os erros ocorridos eram relacionados à dosagem, omissão, via, diluição e prescrição de vários tipos de medicamentos.

Culturalmente, a maioria dessas ocorrências é atribuída à equipe de enfermagem, pois é uma atividade rotineira no cotidiano do trabalho dos profissionais. No entanto, o EM deve ser compreendido como um problema sistêmico, que envolve todos os profissionais, bem como os aspectos institucionais. Estudo realizado em um hospital de ensino do Distrito Federal, revelou um índice de erros de 87,6% no preparo das medicações, 6,2% no horário de administração e outros erros totalizaram 6,2%⁽¹⁸⁾.

Erros de procedimentos (EP) No presente estudo, 40 (13,8%) dos EA relatados correspondem aos erros de procedimentos. Os erros mais comuns foram: contaminação de produtos, sondas mal posicionadas, falta de fixação de dispositivos terapêuticos e punção venosa inadequada. Esses eventos podem aumentar o risco de infecção, broncoaspiração, perda inapropriada de dispositivos terapêuticos importantes para o tratamento do paciente, agravando o seu quadro clínico e, conseqüentemente, o risco de morte. Destaca-se, ainda, aumento nos custos hospitalares devido à perda de produtos, tempo gasto dos profissionais para refazer o procedimento e prolongamento do tempo de internação⁽⁵⁾.

Dos erros de procedimentos levantados, a maioria era relacionada a procedimentos de enfermagem, no entanto, os erros de punção venosa foram realizados pelos médicos, ao realizar cateterismo venoso central. Uma complicação referida foi a ocorrência de pneumotórax, conseqüentemente drenagem torácica e necessidade de intubação do paciente.

Em um estudo que fazia parte de um programa de monitorização de incidentes críticos, envolvendo sete UTI australianas de todo o país, foram identificados 610 incidentes, prevalecendo em 23% dos registros os erros envolvidos com procedimentos⁽¹⁹⁾.

Destaca-se a importância de incentivo à educação continuada, obtendo constantemente capacitação dos profissionais. Dispor de equipamentos que auxiliem na execução dos procedimentos também é um forte aliado para a prevenção de erros. Exemplo disso é o uso de ultrassonografia para guiar a punção venosa central.

Obstrução de cateteres e sondas (OCS) Dos EA registrados, a obstrução de cateteres e sondas correspondeu a 34 (11,7%) das ocorrências. Esse é um evento importante, pois se não corrigido a tempo interfere na administração de medicamentos, dieta e também na monitorização hemodinâmica. Cinco (14,7%) dos eventos relatados foram obstrução de cateter venoso periférico de inserção central (PICC), sete (20,6%) ocorreram por obstrução de cateter arterial para medidas hemodinâmicas, nove (26,5%) por obstrução de cateter venoso central e 13 (38,2%) por obstrução de sondas *Duboff*. Caso o quadro clínico do paciente exija nova cateterização, os riscos de lesões e falhas no procedimento são aumentados, fator que pode agravar o estado do paciente.

Úlceras por pressão (UPP) A formação da UPP pode ser desencadeada devido aos erros relacionados aos profissionais da saúde. Atitudes como avaliação incorreta da integridade física e do estado nutricional dos pacientes e falta de planejamento no cuidado à prevenção, podem ser fatores desencadeantes desse tipo de iatrogenia⁽⁵⁾.

Foram registrados 19 (6,5%) eventos referentes à ocorrência de UPP. Embora o cuidado de enfermagem esteja diretamente ligado à prevenção desse EA, toda a equipe multidisciplinar é responsável pela prevenção de UPP, pois suporte nutricional, tratamentos medicamentosos, a necessidade de restrição no leito e fatores inerentes ao paciente interferem no processo de formação da UPP⁽⁵⁾.

Os fatores negativos que essa ocorrência traz ao paciente são o prolongamento da permanência hospitalar, aumentando o risco para o desenvolvimento de complicações, como

infecções, dor, percepção negativa da imagem corporal, perda de tecido muscular, lesões ósseas e até de tecido nervoso, induzindo à intervenção cirúrgica. Para a instituição, acarreta em maiores custos e aumento da demanda de trabalho devido à necessidade de realização de curativos, uso de antimicrobianos e produtos especiais para tratamento de feridas.

Ressalta-se a importância da adoção de medidas preventivas, tais como planejamento e implementação de protocolos ou *bundles* destinados à prevenção de UPP, sensibilização da equipe e do próprio paciente quanto à necessidade da realização mudança de decúbito, utilização de protetores para proeminências ósseas, inspeção e proteção da pele, além de identificação dos clientes sob o risco de desenvolver a úlcera.

Quedas Constatou-se o registro de três (1,03%) quedas no período estudado. Esse índice dentro da UTI pode ser considerado alto, uma vez que os pacientes internados nessa unidade estão sob constante vigília da equipe de enfermagem, algumas vezes estão sedados e é obrigatório que as camas possuam grades laterais para proteção. Os relatos sobre esses eventos foram descritos minuciosamente, o que auxilia na investigação e tomada de providências para prevenir futuras quedas.

Evidencia-se nas ocorrências, vigilância inadequada dos pacientes e falta de manutenção nos equipamentos. Quedas podem causar danos físicos, como fraturas ósseas, traumatismos e perdas e desconexões de dispositivos terapêuticos. Podem, ainda, limitar o paciente na sua atividade e independência, comprometendo o bem-estar físico e mental⁽²⁰⁾.

Ressalta-se que as quedas são passíveis de monitorização, dessa forma, recomenda-se investigação minuciosa das ocorrências como uma forma de identificar e corrigir falhas que comprometem a segurança do paciente, com vistas à prevenção desse tipo de iatrogenia⁽²⁰⁾.

Algumas medidas podem ser tomadas para evitar que quedas ocorram como, elevação de grades nas camas, adequação da infraestrutura hospitalar, treinamento e capacitação do pessoal, sensibilização quanto à vigilância adequada, dimensionamento apropriado de pessoal e, nos casos em que se requeiram medidas restritivas, aplicação de técnicas de contenção de movimentos, por exemplo, a restrição no leito, desde que realizada corretamente de forma monitorada para que não traga prejuízos ao paciente.

CONCLUSÃO

Dentre os 290 eventos registrados pelos enfermeiros e residentes de enfermagem na UTI, os mais frequentes estavam relacionados à retirada de dispositivos terapêuticos (51,7%), seguido pelos erros administração de medicamentos (15,2%), erros nos procedimentos (13,8%), obstrução de cateteres e sondas(11,7%) úlceras por pressão (6,5%) e, por último, quedas (1,03%)

Considerando o exposto, conclui-se que a equipe de saúde na unidade pesquisada enfrenta diversos problemas relacionados aos cuidados de saúde, em diferentes níveis de incidência, principalmente com relação à retirada de dispositivos terapêuticos, erros de procedimentos e erros de medicações.

Esses eventos podem causar danos não somente aos pacientes, mas a todos que estão envolvidos no processo assistencial de saúde-doença, ou seja, pacientes, familiares, profissionais e instituição como um todo. Observou-se com o resultado desse estudo que o formulário adotado na unidade para os registros de INC/EA, por não ser específico para a notificação dos eventos, não possibilitou avaliação mais detalhada e adequada da situação,

faltando, em muitas situações, o registro de dados mais precisos das ocorrências.

Diante disso, faz-se necessário implantar um sistema de monitoramento de eventos adversos eficiente, que possibilite o gerenciamento e avaliação da qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Recomenda-se a inclusão de um programa de gestão que busque a qualidade na assistência à saúde. Acredita-se ser necessária para o alcance dessa meta, a organização de um sistema de informação que possibilite a notificação de dados qualificados e, sobretudo, que contribua para orientar as medidas a serem instituídas pelos gestores, pelos profissionais e pelos pacientes.

Conclui-se, portanto, que a cultura de segurança do paciente reconhece o erro como parte integrante do sistema e deve ser estimulada nas instituições de saúde com o objetivo de garantir qualidade na assistência. A notificação dos eventos contribui para o alcance dessa meta, pois sua análise repercute na prevenção dos erros e subsidia o planejamento de estratégias que minimizam sua ocorrência, garantindo assim, a melhor assistência à saúde, um direito que deve ser estendido a todos.

REFERÊNCIAS

1. Padilha, KG. Descuidar: As representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 1994.
2. Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. Rev Latino-am Enferm. 2000 ;8(3):11-7.
3. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre(RS): Artmed; 2010.
4. Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul(SP) : Yendis; 2010.
5. Harada MJCS ; Mavilde LGP; Peterlini MAS. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.
6. Gaba DM. *Anaesthesiology as a model for patient safety in a health care*. BJM. 2000, 320:785-8
7. Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde [internet]. Brasília: GGTES/Anvisa; 1(1) Jan- jul 2011. [acesso em 29.11.12]
Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>
8. Toffoletto MC. Fatores associados aos eventos adversos em uma Unidade de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
9. Beccaria LM. Eventos adversos na assistência de enfermagem Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):276-282
10. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms Int J Qual Health Care. 2009 Fev; 21(1): 18–26.
11. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária Relatório de Eventos Adversos (EA) Período: 2011 jan - dez/.

12. Nascimento CCP *et al.* *Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays.* Rev Latinoam Enferm. 2008;16(4):746-51.
13. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009. 1st ed. Geneva: WHO; 2008.
14. Carneiro FS *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr-jun; 19(2):204-11.
15. Wilde MH. *Long-term indwelling urinary catheter care conceptualizing the research base.* Journal of advanced nursing. 1997;25(6):1252-1261.
16. Forny TM, Castellões W, Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm, Brasília, 2009 jul-ago; 62(4): 540-5.
17. Marcolan J F. *A Restrição Física do Paciente: Uma Abordagem Terapêutica.* São Paulo: Fundação Espírita Américo Bairral, 2004. 263p.
18. Rodrigues MCS, Oliveira LC. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):511-9. [acesso em 02.03.2013]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a14.htm>.
19. Beckmann U, Balwin I, Hart GK, Runciman WB. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU an analysis of the first year of reporting. Anaesth Intens Care 1996 June; 24(3):320-9.
20. Decesaro MN, Padilha KG. Queda: comportamentos negativos de enfermagem e conseqüências para o paciente durante o período de internamento em UTI. Arq Ciências Saúde UNIPAR. 2001;5(2):115-2.