

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM HOSPITALAR  
ÁREA: TERAPIA INTENSIVA

LEILANE SOUZA PRADO

**CONCEPÇÕES ÉTICO-LEGAIS ACERCA DA  
RESTRICÇÃO FÍSICA DE PACIENTES, E OS FATORES  
RELACIONADOS A ESTA PRÁTICA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Belo Horizonte

2010

LEILANE SOUZA PRADO

**CONCEPÇÕES ÉTICO-LEGAIS ACERCA DA  
RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES, E OS FATORES  
RELACIONADOS A ESTA PRÁTICA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar, área de concentração: Terapia Intensiva, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Terapia Intensiva.

Orientadora: Professora Anadias Trajano Camargos

Belo Horizonte

2010

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o amor e dedicação para comigo, por terem sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou.  
Ao meu noivo pelo carinho e apoio dispensados em todos os momentos que precisei.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

Ao meu pai Luiz, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, pessoa que sigo como exemplo, pai dedicado, amigo, batalhador, que abriu mão de muitas coisas para me proporcionar a realização deste trabalho;

A minha mãe Dora, pelos momentos de dedicação e preocupação mesmo a distância. Agradeço sempre pelas intensas orações.

A minha avó Terezinha, por estar sempre torcendo e rezando para que meus objetivos sejam alcançados.

As minhas irmãs pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, por serem exemplos de perseverança.

Ao meu noivo Ran Shin pelos momentos de apoio e companhia que me trouxeram forças para a conclusão desta monografia. Agradeço também pela compreensão perante os momentos de stress e ausência.

As amigas que fiz durante o curso, agradeço por todos os momentos prazerosos que passamos durante esse tempo meu especial agradecimento.

A minha orientadora, professora Anadias Trajano Camargos, por mais uma vez agradeço pelos ensinamentos e dedicação dispensados no auxílio à concretização dessa monografia;

Por fim, gostaria de agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, meu eterno AGRADECIMENTO.

## RESUMO

O processo de cuidado de enfermagem engloba intervenções que visam proporcionar ao paciente um cuidado individualizado e holístico. Dentre as diversas intervenções foi abordada, neste estudo, a restrição física de pacientes ao leito, uma prática que há muito tempo instiga questionamentos, principalmente nos ambientes de cuidados intensivos em que os pacientes possuem alto risco para o desenvolvimento de delírio e agitação. O presente estudo tem como objetivo, por meio de uma revisão integrativa, conhecer as concepções relacionadas à prática da restrição física dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, além de discutir sobre os aspectos ético-legais associados a esta prática. Os resultados obtidos evidenciam que os estudos, em sua maioria, indicam a necessidade da minimização do uso da restrição física visando um cuidado de melhor qualidade. Porém ainda existe uma lacuna teórica relacionada a falta de estudos que demonstrem os riscos e benefícios ao prognóstico do paciente, além de concepções controversas a cerca do uso desta prática.

Palavras chave: Restrição física, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem

## **ABSTRACT**

The process of nursing care includes interventions that aim to give the patient a holistic and individualized care. Among the various interventions it has been addressed in this study, the physical restraint of patients in bed, a practice that for a long time encourages questions, especially in intensive care environments in which patients are at high risk for developing delirium and agitation. This study aims, through an integrative review, identify the concepts related to the practice of physical restraint of patients in the Intensive Care Unit, and meet the ethical-legal aspects associated with this practice. The results show that most studies, indicate the need to minimize the use of physical restraint seeking a better quality of care. But there is still a theoretical gap related to lack of studies showing the risks and benefits to the patient's prognosis, and controversial views about the use of this practice.

**Keywords:** Physical restraint, Intensive Care Unit, Nursing

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.</b>	<b>16</b>
4.1	Referencial teórico metodológico.	16
4.2	População e amostra.	19
4.3	Crítérios de inclusão.	20
4.4	Variáveis de estudo.	20
4.5	Instrumento de coleta de dados.	20
4.6	Análise dos dados.	21
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS.</b>	<b>30</b>
	<b>APÊNDICE.</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de cuidar existe desde o início da humanidade, uma vez que é imprescindível para manter e sustentar a vida do ser humano. Ressalta-se que foi esta uma atividade inata que esteve na origem da profissão de Enfermagem. Atualmente a Enfermagem é entendida como uma ciência e uma arte, a arte de cuidar, englobando cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados na relação interpessoal. A sua essência são os cuidados às pessoas, integrados num modelo holístico, em que a pessoa é um todo não podendo ser dissociado em partes. (FERREIRA; PONTES; FERREIRA, 2009).

De acordo com Pacheco (2002), para cuidar é necessário ter sempre presente a competência técnica e a sensibilidade afetiva, pois o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica, mas, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nenhuma das necessidades do paciente, incluindo aquelas para as quais se tornam necessárias as intervenções técnicas, que em muitos casos podem ser prescritas pela enfermagem.

De acordo com Wetsphalen e Carraro (2001, p 23), a prescrição de enfermagem é a determinação das intervenções a serem realizadas pela equipe de enfermagem, redigida pelo profissional enfermeiro, com os objetivos de direcionar e individualizar o cuidado, proporcionar a continuidade, comunicação e avaliação do cuidado, para a obtenção dos resultados esperados.

A restrição de pacientes refere-se a qualquer dispositivo ou ação que interfere nas habilidades dos pacientes ou que restringe sua capacidade de movimentar-se, alterando sua capacidade de raciocínio, a liberdade de movimentos, atividade física, ou o acesso normal ao seu corpo (COREN-SP, 2009).

A restrição da mobilidade dos pacientes pode ser feita de diversas formas, como a restrição física em que é usado um dispositivo para conter o paciente ao leito, e a química, em que a restrição é feita por meio de ação medicamentosa. (CAVALCANTE; HUMEREZ, 1997)

Dentre as diversas intervenções será abordada, neste estudo, a restrição física de pacientes ao leito, uma prática que desde antigamente instiga muitos questionamentos e viabilidades em seu uso, lembrando que é importante atribuir o mesmo valor à restrição tal como as demais técnicas utilizadas pelos profissionais nos serviços de saúde.

Durante minhas atividades cotidianas observei que os pacientes mais propensos à restrição são aqueles que apresentam algum distúrbio psiquiátrico e/ou cognitivo, delirium, risco de quedas, uso de sondas, dentre outros. Além disso, observa-se ainda, que existe uma íntima relação entre a agressividade apresentada pela pessoa e o medo, pois se considera que o paciente que agride é uma pessoa que está assustada e amedrontada. A insegurança gera o medo, que produz descontrole de impulsos agressivos e descontrolados. Sendo assim é possível concluir que muitos, se não a maioria, dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), necessitarão, ou serão julgados como necessitantes de algum tipo de restrição ao leito.

Apesar de oferecer um serviço especializado, com profissionais capacitados, a UTI talvez seja o setor que mais gera estresse nos pacientes, pela própria estrutura ambiental, pelas técnicas e procedimentos, pela doença que contribui para isso e interfere na capacidade de adaptação e mudanças no indivíduo e na sua família (LEMOS; ROSSI, 2002).

O uso de restrição física somente deve ocorrer quando o risco de seu emprego é superado pelo risco de não utilizá-lo. É utilizada para proteger o paciente ou outras pessoas de lesões e traumas provocados por ele mesmo, ou para prevenir a interrupção do tratamento a que vem sendo submetido. Assim, a aplicação de restrição somente deve ser realizada quando outras medidas preventivas já foram consideradas ou utilizadas, não se mostrando adequadas em proteger a pessoa que tem risco de lesionar-se ou a outros. Deve ser baseado na premissa de minimizar o uso de restrição ou qualquer forma de contenção, com vistas à promoção de práticas seguras (COREN-SP, 2009).

A decisão de uso das restrições, principalmente a física, deve ser baseada no julgamento clínico de profissionais qualificados, em colaboração com a equipe multidisciplinar, com o cliente e família, devendo sempre ser documentada no prontuário do paciente.

Ressaltando a carência de estudos a respeito do tema, bem como a relevância do mesmo, este estudo visa proporcionar esclarecimento ético-legal a respeito das variáveis

relacionadas ao uso de restrições físicas, bem como esclarecer questionamentos surgidos na prática vivenciada em uma Unidade de Terapia Intensiva.

O presente estudo justifica-se pelo meu desejo em estudar a temática tendo em vista que há escassez de publicações sobre o tema, que demonstram o quanto nós profissionais ainda somos carentes não só do respaldo tão necessário em nossa prática diária, mas também de embasamento teórico para nos guiar, e assim assumo o desafio para buscar informações que possam contribuir para meu aprendizado e também subsidiar não só outros trabalhos a respeito do assunto, como também a prática cotidiana do trabalho da enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

- Conhecer as concepções relacionadas à prática da restrição física dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva
- Discutir sobre os aspectos ético-legais associados com esta prática

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A técnica de restrição física envolve o uso de dispositivos mecânicos ou manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Esses recursos devem ser utilizados somente depois de esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente (STUART; LARAIA, 2001).

No dicionário médico, restrição significa o ato de conter, imobilizar, de reduzir um impulso (FORTES; PACHECO, 1989).

No dicionário da língua portuguesa restrição significa limitar, tornar mais estreito ou apertado, sendo que apertar é atar, prender. (FERREIRA, 1985)

Ainda segundo Stuart e Laraia (2001), a restrição física é empregada, de modo geral, pela enfermagem psiquiátrica, como forma de determinar o limite concreto do comportamento social ao paciente. No entanto, outras formas de dar o limite ao outro é possível, e acredita-se que, na vida cotidiana, ela medeia as relações entre as pessoas e, portanto, está presente nas ações dos enfermeiros, seja na clínica ou na psiquiatria.

Segundo Cavalcanti e Humerez (1997), a restrição como determinação do limite é considerada não apenas como um ato objetivo e concreto de limitar ações e comportamentos dos pacientes, mas também como mediação da relação, sendo que esta, muitas vezes, não está sendo refletida, é implícita, o que tem inviabilizado, geralmente, de usá-la terapêuticamente.

Nas instituições onde se prestam cuidados de saúde, os episódios de agressividade, com passagem ao ato da pessoa doente, são motivos de preocupação para as equipes multidisciplinares. No entanto, quando existe um acompanhamento adequado dos doentes, tais episódios podem, em muitas situações, ser prevenidos. Para isso é fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente e com competências técnicas específicas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, para acompanhar com segurança os doentes, e tentar inserir medidas de reabilitação psicossocial, quando aplicável, com a participação e envolvimento do doente (WALDOW, 1998).

Observa-se frequentemente que muitos dos autores referenciam a restrição física como parte do tratamento dos acontecimentos psiquiátricos, como afirmam Paes *et al.* (2009) que, paciente com sintomas agudos relativos ao transtorno mental que manifeste comportamento agressivo e agitação psicomotora, de modo que as abordagens de acolhimento pela comunicação verbal não sejam suficientes, a restrição física poderá constituir procedimento válido no atendimento às emergências psiquiátricas.

Existe uma íntima relação entre a agressividade apresentada pela pessoa em sofrimento mental e os pacientes que se encontram em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI), pois se considera que o paciente que agride é uma pessoa que está assustada e amedrontada, sofrendo muitas vezes de uma psicose, aguda ou não (PAES *et al.*, 2009).

A psicose é uma disfunção da capacidade de pensamento e processamento de informações. Há uma incapacidade de ser coerente em perceber, reter, processar, relembrar ou agir sobre informações de uma maneira consensualmente validada. Uma das características principais do estado psicótico é a falha em quantificar e classificar a prioridade dos estímulos. A capacidade de agir sobre a realidade é imprevisível e diminuída, porque o paciente é incapaz de distinguir os estímulos externos dos internos. Estes pacientes devem ser considerados como impulsivos e incapazes de priorizar os estímulos e suas reações a estes. Por causa desta disfunção, devem sempre ser considerados como um perigo para si mesmo, um perigo para os outros e, severamente, incapazes (MOFFAT, 1983).

Além das psicoses agudas que podem ser apresentadas pelos pacientes, principalmente de um CTI, outros quadros clínicos também podem levar ao paciente a situações de agitação, comportamento combativo e até mesmo agressividade, como nos casos de severa hipoglicemia, intoxicação aguda, retirada aguda de algum fármaco, dentre outros distúrbios (BRIEVA, 1999).

Buscando compreender o uso da restrição física, principalmente nos CTI's, apoio em Moffatt (1983) ao destacar que o paciente colocado em situações desconhecidas e adversas até então, sente basicamente só e poderá ficar confuso; pois, perdeu parte dos vínculos com as pessoas significativas de sua relação e a capacidade de estruturar a realidade poderá ficar também comprometida e assim, é frequente e esperado que apresente comportamentos, que muitas vezes não são aceitos socialmente, como o choro, inquietação, ansiedade, agressividade, dentre outros.

Diante do exposto Moffatt (1983) afirma ainda que a restrição física muitas vezes é utilizada para conter impulsos, limitar o outro, mas conter não apenas os impulsos físicos, mas especialmente os emocionais.

A restrição física é um procedimento que, se não for utilizado com critério e cuidados mínimos, pode desencadear complicações que vão muito além da discussão do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como desidratação, anoxia em extremidades e outros distúrbios passíveis de serem evitados se houver um olhar cuidadoso do paciente contido fisicamente.

Beckman *et al.* (1990), em estudo sobre incidentes críticos, ressaltam a importância de um processo contínuo de monitorização de problemas identificados na prática que possibilitem implementar intervenções junto à equipe assistencial, principalmente nas unidades que apresentam uma complexa estrutura organizacional, como é o caso dos CTI's.

Em alguns países existe a preocupação de criar e utilizar protocolos para a prática de restrição, assim como é feito para outros procedimentos. Acreditando que a restrição física, em determinadas situações, deva ser adotada precocemente, antes mesmo de uma avaliação médica, o órgão regulador norte-americano "*Health Care Financing Administration*" estabeleceu normas que entraram em vigor em 2 de agosto de 1999. Dentre estas normas há uma autorização para profissionais independentes licenciados não-médicos, incluindo enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, prescreverem contenção física; porém, uma avaliação médica direta deverá ocorrer dentro da primeira hora (BRIEVA, 1999). Apesar de a enfermagem existir por mais de cem anos, se desconhece a respeito de publicação de dispositivos legais que trate dessa prática, em se tratando do Brasil.

De acordo com Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul – COREN/MS- (2004) restrição física integra os cuidados dispensados na assistência de pessoas que representam risco para si mesmo e para os outros. Com a evolução do conhecimento aplicado à enfermagem, o processo do cuidar em enfermagem foi sistematizado em cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas que integram as funções intelectuais na solução de problemas de saúde que determinam a necessidade de ações de enfermagem, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem,

prescrição de enfermagem, implementação das ações de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos.

O processo de enfermagem, aplicado na sua integralidade, constitui o método que aplica a estrutura teórica à prática de enfermagem, uma vez que tem por objetivo definir as ações de enfermagem. Considerando que o potencial para a violência dirigida a si mesmo ou aos outros constitui um problema de saúde que requer ações de enfermagem, este é identificado através de diagnósticos de enfermagem (COREN/MS, 2004).

Convém destacar que, conforme esclarecem Krupnick e Wade (1999), um diagnóstico de enfermagem é a determinação de um problema de saúde real ou em potencial que um enfermeiro pode e é legalmente habilitado a diagnosticar e prescrever ações terapêuticas reconhecidas como procedimentos de enfermagem. A determinação de um ou mais diagnósticos de enfermagem no atendimento de um paciente garante a base para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem individualizado e efetivo.

A partir do exposto em 2009, o COREN/MS libera um parecer referente ao assunto:

o nosso parecer é de que o enfermeiro possui competência técnica e legal para realizar a prescrição da contenção e/ou descontenção física de pacientes em risco para a violência dirigida a si mesmo ou aos outros, constituindo atividade compartilhada com o profissional médico, independente da presença deste (COREN/MS, 2004).

Com base no que se apresentou até o momento, pode-se concluir que o uso da restrição física de pacientes é uma prática muito contestada, embutida de muitas controvérsias, que se iniciam, muitas vezes, na própria prescrição do ato, mas nem por isso pouco utilizada. Diferente de outras práticas que ainda são alvo de questionamentos, o uso da restrição física nem sempre dispõe de um protocolo. Ainda assim, há muito pouco escrito na literatura sobre a frequência de uso e os fatores predisponentes para esta prática em pacientes agitados/agressivos seja em emergências psiquiátricas, seja em outras unidades clínicas como o CTI, principalmente com relação aos fatores associados ao uso dessa prática (MARCOLAN, 2004).

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Referencial teórico metodológico

O movimento designado de prática baseada em evidências teve origem na constatação de que as evidências geradas por pesquisadores em todo o mundo não chegavam aos médicos e pacientes de modo atualizado e confiável. Esse movimento desenvolveu-se com o propósito de enfrentar a lacuna existente entre pesquisa e prática. Fundamenta-se na aplicação de conhecimentos básicos de epidemiologia e bioestatística para avaliar a evidência clínica quanto a sua validade e utilidade potencial. Praticar com base em evidências é integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do paciente (SACKETT *et al.*, 2003).

A prática baseada em evidência pode ser aplicada em todas as áreas da saúde, não somente pela medicina, o que reafirma ser um movimento voltado para a formação de profissionais com espírito crítico aguçado e aptos a manter o processo de educação continuada, o que tem ajudado a definir novas estratégias e métodos didático-pedagógicos e a divulgar outros anteriormente desenvolvidos (LOPES, 2000).

Segundo Lopes (2000) a Medicina Baseada em Evidências (MBE) se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos. A aquisição de conhecimentos de Epidemiologia Clínica, o desenvolvimento do raciocínio científico, atitudes de auto-aprendizagem e capacidade de integrar conhecimentos de diversas áreas são fundamentais para a prática da MBE.

A enfermagem baseada em evidência tem sua origem neste movimento da medicina baseada em evidências e é definida como "o consciencioso, explícito e criterioso uso da melhor evidência para tomar decisão sobre o cuidado individual do paciente" (GALVÃO *et al.*, 2002). Outros autores corroborando com a idéia colocam que a enfermagem baseada em evidências requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisões,

buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações (DOMENICO; IDE, 2003). A intuição, observações não sistematizadas, princípios fisiopatológicos não são desconsiderados, porém não são fontes de evidências com alto grau de validade.

A partir disso considera-se que a prática baseada em evidências traz consigo muitas vantagens, como uma assistência a saúde mais qualificada e racional e um ensino mais criativo e menos dogmático. Mas também apresenta algumas desvantagens como a vasta literatura a ser pesquisada perante pouco tempo que se despende para a pesquisa, além da questão de que poucos profissionais tem habilidade de avaliar estas pesquisas realizadas.

De acordo com Bork (2005), para a aplicação da prática em saúde baseada em evidências, seguem-se cinco etapas: transformar a dúvida em questão clínica, buscar a melhor evidência para a melhor resposta, avaliar a validade, impactar e aplicar essa informação, integrar a evidência com a experiência clínica e as características do paciente, e uma auto-avaliação do desempenho nas fases anteriores.

A filosofia da prática baseada em evidência é condizente com a idéia de que a boa prática requer integração da ciência e da arte. A introdução nas escolas de métodos didáticos inovadores que estimulem o auto-aprendizado, bem como de cursos de Epidemiologia Aplicada aos Problemas Clínicos e de Análise Crítica de Trabalhos Científicos, deverá contribuir para a formação de profissionais capazes de selecionar adequadamente a fonte do conhecimento e de avaliar criteriosamente como se transferir a informação para a prática (LOPES, 2000).

Além do mais, Lopes (2000) considera ainda que seja importante que as escolas utilizem métodos didáticos que capacitem o estudante a pesquisar e criticar a informação científica, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento de atitudes que resultem na melhoria da qualidade dos cuidados que o mesmo venha prestar aos seus pacientes ao se tornar um profissional da saúde.

Neste estudo, optou-se pelo método da revisão integrativa, visto que ele permite sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse.

O objetivo de uma revisão integrativa da literatura é mapear, caracterizar e sumarizar o estado atual de conhecimento sobre determinado tema e problema, identificando as evidências que são embasadas cientificamente, e, os aspectos do tema que merecem mais estudos pois não têm base sólida de sustentação. O aumento da aplicabilidade da prática em evidências resultou-se em uma maior produção das revisões de literatura, com mais rigor científico, sendo elas integrativa, sistemática, metanálise e metassíntese (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (ROMAM; FRIEDLANDER, 1998).

Uma revisão integrativa tem o objetivo de definir conceitos, rever teorias, analisar evidências e questões metodológicas de um tema específico e caracterizar a produção científica relacionada a uma temática. Permitindo assim, uma abordagem mais ampla, pois ao incluir estudos de diferentes abordagens, tem o potencial de analisar as diferentes perspectivas do mesmo fenômeno (ROMAM; FRIEDLANDER, 1998).

O desenvolvimento da revisão integrativa prevê seis etapas, a saber: seleção de hipóteses ou questões para a revisão; seleção das pesquisas que irão compor a amostra; definição das características das pesquisas; análise dos achados; interpretação dos resultados e, relato da revisão (ROMAM; FRIEDLANDER, 1998).

## 4.2 População e amostra

Para o presente estudo foi realizado uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE, da biblioteca virtual em saúde – BVS. Para definir a população no LILACS foi utilizado como estratégia de busca o formulário básico, com o descritor de assunto “restrição física” no primeiro campo e com as palavras “restrição física, restriccion, restricciones, restriccionesen, restriccion, restringir” no segundo campo. Foram encontrados 43 artigos. No MEDLINE, assim como na outra base de dados, foi utilizado como estratégia de busca o formulário básico, com o descritor de assunto “restrição física” no primeiro campo, e no segundo campo: “centro de unidade de terapia intensiva, centros de terapia intensiva, unidade de terapia intensiva e unidades de terapia intensiva”, também como descritor de assunto, pois se usado como palavra em um dos campos da pesquisa, não se obtêm artigos de interesse. Assim foram encontrados 39 artigos.

Ressalta-se que a base de dados SCIELO não foi considerado no estudo em questão pois os resultados obtidos, com os descritores relacionados com o tema, não eram condizentes com a pesquisa em questão.

A amostra será constituída por toda a produção científica que compõem a população do estudo, após análise crítica da literatura. (Quadro 1)

### QUADRO 1

Distribuição da população e amostra, Belo Horizonte, 2010

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>PESQUISA</b>	<b>AMOSTRA</b>
LILACS	43	"Retricao fisica" [Descritor de assunto] and "Restricao Fisica" or "Restricao Fisica/" or "Restriccion" or "Restricciones" or "Restriccionesen" or "Restriction" or "Restringir" [Palavras]	3
MEDLINE	39	"restricao fisica" [Descritor de assunto] and "centro de terapia intensiva" or "centros de terapia intensiva" or "unidade de terapia intensiva" or "unidades de terapia intensiva" [Descritor de assunto]	9

### **4.3 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram somente os que responderam a pergunta em questão através da leitura de títulos e resumos, permitindo atingir os objetivos previamente estabelecidos. Como limites serão utilizados os trabalhos publicados em idiomas português, inglês e espanhol; e os trabalhos publicados em periódicos de circulação nacional ou acessados via on-line, e para os que não estavam disponíveis via on-line, foi definido como período de busca os anos entre 2005 e 2010, e dentre os artigos encontrados foram solicitados aos periódicos responsáveis os cinco mais recentes. Sendo assim, resultando uma amostra composta, no total, por 12 artigos

### **4.4 Variáveis de estudo**

Neste estudo foram selecionadas as variáveis relacionadas aos autores: país de origem, área de atuação e qualificação; e as relacionadas às publicações: periódico, ano de publicação, idioma e o tipo de estudo. Quanto à variável de estudo: foram selecionados estudos que de alguma forma abordaram as concepções ético - legais a cerca da restrição física de pacientes, e os fatores relacionados a esta prática em Unidade de Terapia Intensiva.

### **4.5 Instrumento de coleta de dados**

Para facilitar a visualização do conteúdo dos artigos e organizar os dados obtidos, será utilizado o instrumento de fichamento. O fichamento é uma forma de investigação que se caracteriza pelo ato de fichar (registrar) todo o material necessário à compreensão de um texto ou tema. (APÊNDICE)

#### **4.6 Análise dos dados**

Primeiramente foi realizada uma análise crítica da literatura que fará parte da amostra, a partir dos critérios de inclusão, em seguida foram feitos os fichamentos de cada artigo e, posteriormente, construídos quadros sinópticos. A análise será por meio de uma síntese de dados descrita no fichamento buscando ordenar e avaliar o enfoque dado pelos pesquisadores em relação ao problema.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar esta pesquisa de revisão integrativa utilizou-se uma amostra composta de 12 artigos publicados no período de 2005 a 2010, predominantemente revisão integrativa, as quais constituíram objeto para as demais análises.

O Quadro 2 apresenta as variáveis relacionadas aos autores das publicações que fizeram parte da presente revisão integrativa.

**QUADRO 2**  
Caracterização dos estudos relacionado aos autores, Belo Horizonte, 2010.

CÓDIGO DO ESTUDO	TÍTULO	AUTORES	ÁREA DE ATUAÇÃO	PAÍS DE ORIGEM	QUALIFICAÇÃO
1	Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem	Paes, M. R.; Borba, L. O.; Brusamarello, T.; Guimarães, A. N.; Maftum, M. A.	Cuidado Humano em Enfermagem	Brasil	Mestre, Mestre, Mestre, Doutora
2	Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario	Guevara N.,C; Escobar C.,F; Fontecha, J.	Psiquiatria Médica	Colômbia	Não informado
3	Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em idosos: uma contribuição	Bachion, M. M.; Araújo, L. A. O.; Santana, R. F.	Enfermagem Geriátrica	Brasil	Mestre, Enfermeira PSF, Enfermeira-especializanda
4	Efficient and accurate measurement of physical restraint use in acute care.	Fogel J.F.; Berkman C.S.; Merkel C.; Cranston T.; Leipzig R.M.	Não informado	EUA	Não informado
5	Use of physical restraints from a bedside practice perspective.	Bryan M.	Terapia Intensiva	EUA	Enfermeira
6	Unplanned extubation study leaves questions unanswered.	Dunn DA	Não informado	EUA	Mestre
7	Physical restraint in critical care settings: will they go away?	Mion L.C.	Terapia Intensiva	EUA	Não informado
8	Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study.	Chang LY; Wang KW; Chao YF	Terapia Intensiva	EUA	Doutor, Mestre, Mestre
9	Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: a patient perspective.	Hofso K.; Coyer F.M.	Departamento de Anestesiologia e Medicina Intensiva;	Escocia	Mestre; Mestre
10	The use of physical restraint in critical care	Hine K	Terapia Intensiva	Inglaterra	Irmã de caridade
11	Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit?	Kielb C; Hurlock-Chorostecki C; Sipprell D	Terapia Intensiva	Canadá	Enfermeira
12	Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study.	Martin B; Mathisen L	Não informado	EUA	Não informado

Quanto à área de atuação dos autores principais que publicaram as 12 referências, seis deles são intensivistas, um na área de cuidados humanos básicos, um em enfermagem geriátrica, um na área psiquiátrica, e um dos intensivistas também é da área de anestesiologia, e o restante, no total de três sem informação referente à área de atuação.

Em relação aos países de origem seis deles são oriundos dos EUA, dois brasileiros, um escocês, um colombiano, um da Inglaterra e um do Canadá. Em relação ao grau de qualificação há um predomínio de mestres, apenas quatro autores não continham informação quanto à sua qualificação.

No quadro 3 estão relacionadas as características das publicações que fizeram parte dessa revisão integrativa. Quanto ao tipo de publicação todos são artigos científicos. Apenas três foram publicados em periódicos nacionais, os demais artigos foram publicados em periódicos internacionais. Quanto ao idioma, apenas dois em português, um em espanhol, e o restante em inglês. Com relação à fonte dos artigos pesquisados, observa-se que 75% (9) foram encontrados no banco de dados da literatura estrangeira Medline e os outros 25% (3) no Lilacs.

**QUADRO 3**

Caracterização do estudo relacionado às publicações, Belo Horizonte, 2010.

<b>CÓDIGO DO ESTUDO</b>	<b>PERIÓDICO</b>	<b>IDIOMA</b>	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>
1	Revista de Enfermagem da UERJ	Português	2009	Pesquisa descritiva
2	Revista da Faculdade de Medicina de Bogotá	Espanhol	2004	Revisão bibliográfica
3	Revista ACTA de Enfermagem Paulista	Português	2002	Revisão bibliográfica
4	Care Management Journals	Inglês	2009	Revisão sistemática
5	American Journal Crit Care	Inglês	2009	Revisão bibliográfica
6	American Journal Crit Care	Inglês	2009	Revisão bibliográfica
7	Geriatr Nurs	Inglês	2008	Revisão sistemática
8	American Journal Crit Care	Inglês	2008	Estudo retrospectivo
9	Intensive Crit Care Nurs;	Inglês	2007	Revisão bibliográfica
10	Nurs Crit Care	Inglês	2007	Revisão bibliográfica
11	Dynamics	Inglês	2005	Revisão bibliográfica
12	American Journal Crit Care	Inglês	2005	Revisão sistemática

O quadro 4 apresenta a variável de interesse do estudo, que busca estudos disponíveis na literatura acerca das concepções ético-legais referente à restrição física de pacientes e os fatores relacionados a esta prática em Unidade de Terapia Intensiva.

## QUADRO 4

Percepções ético-legais à restrição física de pacientes e os fatores relacionados a esta prática em Unidade de Terapia Intensiva, na visão dos autores, Belo Horizonte, 2010.

CÓDIGO DO ESTUDO	CONCEPÇÕES E PERSPECTIVAS DOS AUTORES A RESPEITO DA RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
1	Paes <i>et al</i> (2009), apesar de apresentar diversas concepções a cerca da restrição, considera que a tal prática quando desenvolvida de maneira correta e respaldada pela comunicação terapêutica se mostra eficiente e um instrumento importante para a equipe de saúde ao trabalhar com pacientes em momentos de agitação intensa e de agressividade. E nestas situações a equipe de enfermagem poderá tomar a decisão de conter o paciente, porém deve comunicar imediatamente ao médico para validar a indicação por meio da prescrição.
2	Narvaez et al (2004) consideram que o uso apropriado da restrição física de pacientes agitados ou agressivos, seja vital para o correto tratamento e prognóstico, mas o considera como último recurso a ser realizado, uma vez que é necessário considerar os efeitos deletérios a saúde física e mental do paciente. Considera também como um procedimento médico qualquer, ou seja, necessita de prescrições e validação médica.
3	Bacchio et al (2002) com seu artigo permite inferir uma relação que possa existir entre o Diagnóstico de Enfermagem: "Mobilidade Física Prejudicada" e uso de restrições em pacientes, uma vez que as causas do diagnóstico podem ser vistas, em determinados casos, como consequências do ato.
4	Fogel <i>et al</i> , (2009), descrevem e avaliam um método de avaliação do uso de restrição física, que resulta na ausência de diferenças significativas quando comparadas diferentes unidades, em períodos (matutino e vespertino) e dias distintos, embora considerem que o número de dias de observação pode variar dependendo da combinação do paciente e tipo de unidade.
5	Bryan (2009) analisa a ocorrência de extubações não planejadas em pacientes não restritos. Considerando a restrição física como ultimo artifício a ser utilizado, até mesmo porque ainda são necessárias normas eficazes para seu uso.
6	Dunn (2009) explena, após uma revisao bibliográfica, que a extubação não planejada pode ser considerada como fator de risco para o uso de restrição física dos pacientes
7	Mion (2008) demonstra o predomínio de uso das restrições físicas nas UTI's quando comparadas com outros setores da instituição, ressaltando ainda diferentes taxas em UTI's similares, caracterizando a população submetida a tal processo. Considera que os processos de cuidados, bem como os recursos disponíveis podem afetar na decisão do uso da restrição, e que esta só deve ser realizada quando se conhece as possíveis consequências ao paciente.
8	Chang <i>et al</i> (2008) por meio de um estudo de caso controle observam que pacientes com extubação não planejada e com uma avaliação de ECG maior ou igual a 9, são mais propensos ao uso de restrição física. Porém, mesmo esta prática ainda ser a primeira escolha, perante as sedações, existem muitas controvérsias quanto ao seu uso.
9	Hofso e Coyer (2007) relatam a crescente preocupação referente ao uso de sedação continua, bem como o uso de restrição física em UTI, o que pode levar à criação de protocolos em diversas localidades. Apesar de consideram a existência de lacunas na literatura a respeito do assunto, afirmam que o uso de tais restrições devem ser instituídas quando em prol da continuidade do tratamento e maior segurança ao paciente.
10	Hine (2007) examina o método de restrição física em detalhes, avaliando o seu valor para cuidados intensivos no Reino Unido. Observa que, embora o uso de restrição física parece ser útil e uma forma simples de evitar a interferência no tratamento, é um conceito complexo, embuído de problemas físicos, psicológicos, legais, éticos e morais. E a partir disso, sugere que tal prática pode causar mais danos que benefícios.
11	Kielb <i>et al</i> (2005), por meio de uma revisão de literatura buscaram encontrar evidências para apoiar o uso mínimo de restrição física nos cuidados intensivos. O que resulta dessa literatura é que não há apoio científico de que o uso de restrições protegem os pacientes, além do fato de que ainda são vistas como uma prática não benigna, contrariando aspectos ético-legais, de não maleficiência e beneficência.
12	Martin e Marthisen (2005) descrevem a relação existente entre as características dos pacientes, meio ambiente e o uso das restrições físicas nos EUA e na Noruega. Na primeira localidade observou-se maior número de restrições, porem na segunda um maior número de pacientes sedados. O que leva os autores a concluírem que tal prática além de pouco estudada, deve ser revista sob a ótica cultural de cada região.

Após análise dos estudos acima observa-se que, apesar das diversas concepções acerca da restrição, a maioria dos autores julga ser necessário utilizar-se de meios preventivos e/ou alternativos, como a inserção da comunicação verbal e a presença de familiares, para que depois lance mão do uso de restrições, principalmente física, como afirma Narvaez *et al* (2004), o que promoverá a segurança do paciente em todas as situações.

Corroborando tal afirmativa Mion (2008) relata que, quando da utilização de tal prática, esta deverá sempre ser monitorada com ponderação dos potenciais riscos e benefícios ao prognóstico do paciente. Porém, quando não realizada de forma criteriosa e constantemente acompanhada, observa-se íntima relação entre o diagnóstico de enfermagem: “Mobilidade física prejudicada” e o uso de restrição física, uma vez que os autores Bacchio *et al* (2002) inferem que com este diagnóstico o paciente experimenta uma limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma das extremidades.

Reafirmando as idéias dos autores acima Paes *et al.*, (2009) também considera em seus estudos que para a utilização da restrição física, é imprescindível a avaliação rigorosa e global da situação em que o paciente se encontra. Para seu uso deve-se levar em consideração fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis e não somente focar-se no comportamento manifestado pelo paciente. É importante considerar que esse comportamento pode estar relacionado, por exemplo, com a presença de um familiar ou estimulado pela agitação de outros pacientes e, assim, o enfermeiro, ao perceber essa situação, pode intervir no ambiente retirando o agente desencadeador. O uso de medidas restritivas deve ter sempre a finalidade terapêutica e, portanto, serem incluídas no plano de tratamento ou projeto terapêutico do paciente bem como cumprir os seguintes critérios: indicação individualizada e tempo limitado (PAES *et al.*, 2009).

Outro ponto observado refere-se à prevalência do uso de restrição nas unidades de cuidados intensivos, quando comparadas com outras unidades, conforme demonstra Mion (2008), que a taxa de restrição paciente/dia nestas unidades superam a 50%, e em relação a estudos anteriores esta taxa aumentou substancialmente. Observa-se ainda que, mesmo nas similares Unidades de Tratamento Intensivo há uma variação destes valores, uma vez que se encontram os maiores valores de restrição nas unidades neurológicas, e os menores nas cardiológicas, seguida da pediátrica.

Perante tais dados Paes et al., (2009) procura explicar o porque do uso deste procedimento ao afirmar que, como medida terapêutica, a restrição física se mostra segura e efetiva, evita danos aos pacientes com manifestação de agressividade e aos profissionais envolvidos no cuidado àqueles. Porém, os mesmos autores também expõem que, ela deve ser o último recurso utilizado, pois “a prevenção do comportamento que exige contenções é a ação de enfermagem mais importante”.

Hofso e Coyer (2007) relatam a partir de um estudo de revisão sistemática o quanto tem aumentado a preocupação quanto à eficácia e segurança do uso de sedação, bem como do uso de restrição física em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este estudo vai ao encontro com as idéias de outros autores que também consideram de extrema importância uma reavaliação referente ao uso excessivo da sedação como forma de evitar a prática de restrição física, o que acaba por trazer conseqüências indesejáveis, como a prolongação da dependência de ventiladores mecânicos.

Vale ressaltar ainda que com o advento da psicofarmacoterapia, a necessidade real da restrição física diminuiu significativamente, o que levou a crer que se estava garantindo uma assistência mais humanizada. Assim, é preciso destacar que, a restrição física não constitui a única medida efetiva no atendimento de pessoas em risco de violência dirigida a si mesmo ou aos outros, porém qualquer que seja a medida adotada ela deve ser monitorizada e sempre individualizada. (COREN-MS,2009).

Apesar da maioria dos estudos convergirem para uma mesma opinião final acerca do assunto estudado, Hine (2007) expõe em um único estudo controvérsias existentes referente à eficácia da restrição perante uma auto-extubação não planejada. O autor relata que enfermeiros intensivistas são protetores dos dispositivos de restrição, pois consideram que a remoção acidental, quando não utilizados tais dispositivos, é uma ameaça à vida. Entretanto, o autor também cita outro estudo que sugere que, a restrição física não impede a interferência da maioria dos tratamentos, já que pode aumentar a agitação e ainda causar danos, não só físicos, mas também psicológicos ao paciente.

Referente às prescrições do uso de restrição física, Narvaez *et al* (2004), expõem claramente, que consideram ser um procedimento de prescrição exclusiva do médico, o que também consideram os autores do primeiro estudo, apesar de relatarem, a partir de uma pesquisa descritiva, que a enfermagem, em determinados casos poderá indicar tal prática, porém sendo necessário que posteriormente seja validado pelo médico responsável. De uma forma não tão evidente, Forgel et al (2009) também considera

que a prática de restringir pacientes deve ser realizada a partir de uma prescrição médica, ao expor em seus resultados que apenas 1/3 do uso destas restrições são realizadas com “ordens médicas”, ficando subtendida a necessidade de consentimento médico para a prática. Além disso, este mesmo autor relata em seu estudo, que da mesma forma que a restrição é muito usada nos ambientes de saúde em geral, é também uma prática muito omissa, ou seja, não se encontram documentações a respeito, principalmente da equipe da enfermagem, o que acaba por refletir de forma negativa na gestão de qualidade.

Contrapondo os autores Paes *et al.*, (2009), ressaltam que, atualmente a realização desse procedimento não é concebida como específica de uma determinada profissão, haja vista que é preconizado que todo o trabalho em saúde seja desenvolvido por equipe multidisciplinar, devendo constar em um projeto terapêutico, o qual consiste no registro prévio de todas as ações terapêuticas a serem utilizadas no tratamento do paciente internado no hospital visando a sua recuperação. Entretanto, os mesmos autores também vai de encontro com os autores acima, ao considerarem que em situações atípicas de emergência, a equipe de enfermagem poderá tomar a decisão de conter o paciente, porém deve comunicar imediatamente ao médico para validar a indicação pela prescrição.

Em relação aos aspectos éticos legais, somente dois dos estudos mencionaram posicionamento de autoridades perante o assunto. Apesar de ambos enfatizarem a necessidade de não violação dos princípios de beneficência e não-maleficência, Hine (2007), considera ser uma situação conflitante, pois em determinados casos a prática de restrição física dos pacientes se torna necessária em prol da segurança e proteção da vida dos mesmos. Bem como afirmam Pestana, *et al.* (2004), que para prestar cuidados individuais, holísticos, e de qualidade torna-se necessário compreender a pessoa no seu todo, em toda sua dimensão humana, atendendo a todas suas expectativas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das publicações que fizeram parte desse estudo, percebeu-se que apesar de ser um assunto de extrema relevância e uma prática amplamente utilizada por profissionais de saúde de diversas áreas, ainda existem muitas controvérsias a respeito do uso de restrições físicas, o que pode ser explicado pelo não apoio científico, como a ausência de protocolos para prevenção e/ou diminuição do uso de restrições, bem como para orientação da melhor forma de como realizá-la, quando se julgar necessário.

A lacuna teórica é observada até mesmo referente aos aspectos ético-legais, o que acaba por gerar insegurança aos profissionais, principalmente de enfermagem, uma vez que não se sentem respaldados legalmente tanto para a prescrição, quanto para a execução da prática.

Porém, os resultados obtidos evidenciam que os estudos, em sua maioria, indicam a necessidade da minimização do uso da restrição física visando um cuidado de melhor qualidade, uma vez que, a humanização das práticas de cuidar em saúde, requer e instiga os profissionais a repensar a sua finalidade, indicação e modos de realizá-la, para que ela seja um procedimento terapêutico, que vise em primeiro lugar a segurança do paciente.

Finalmente, espero que este trabalho seja uma oportunidade para os profissionais, de uma forma geral, a repensarem em suas práticas, para que tornem-as menos corriqueiras, mecanizadas e que visem sempre o bem estar geral do paciente. Além disso, que venha despertar a criação de normas e protocolos para que se torne um procedimento, quando necessário, respaldado, bem como tantos outros que são inseridos no plano terapêutico. E, quanto a autoria do estudo posso afirmar que foi possível refletir bastante sobre a temática e com certeza, como enfermeira assistencial de uma UTI, olhar diferente em relação ao cuidado ao paciente, bem como instigar toda a equipe multidisciplinar a também trabalhar de uma forma que preserve sempre a dignidade do paciente.

## REFERÊNCIAS

BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.5, 2005.

BRIEVA, J.A.R. **Contención mecânica**. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.1ª edición. Barcelona, Espana:Msson; 1999

CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001.

DOMENICO, E.B.L; IDE, C.A.C. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 janeiro-fevereiro;11(1):115-8.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteria, 1985.

FORTES, H.; PACHECO, G. **Dicionário Médico**. Rio de Janeiro, Ed. F.M. de Mello, 1989

GALVÃO, M.C.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002 setembro-outubro; 10(5):690-5.

JUSTO, L.P. ; SOARES, B.G.O. ; CALIL, H.M. Revisão sistemática,metanálise e medicina baseada em evidências:considerações conceituais. **Rev Psiquiatria** 242-247, 2005

LEMOS, R.C; ROSSI, L. A. O Significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino Americana de Enfermagem**. 2002;10(2):345-57.

LOPES, A.A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2000, v.46, n.3, pp. 285-288. ISSN 0104-4230.

MARCOLAN, J.F. **A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica.** São Paulo: Edição do autor; 2004.

MOFFATT, A. **Teoria da crise: teoria temporal do psiquismo.** 2 ed. São Paulo, Cortez. 1983

PAES et al. **Contenção física em Hospital Psiquiátrico, e a prática da Enfermagem.**

**Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out/dez. PP 479-484

ROMAM, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm.** Curitiba,v.3,n.2,p.109-112.jul./dez.,1998

STUART, G.W; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática.** 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.

SACKETT, D.L; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY J.A.M.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W.S. **Evidence based medicine: what is and what it isn't.** *BMJ* 1996; **312**:71-2.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzato;1998

**APÊNDICE**

## Instrumento de Coleta de Dados

FICHAMENTO N°\_\_

Referência\_\_\_\_\_

*Profissão do autor:**Área de atuação:**País de origem:**Fonte:* ( ) LILACS

( ) MEDLINE

*Título do periódico:**Tipo de estudo:**Ano de publicação:*

Quais as percepções referente à restrição física de pacientes e os fatores relacionados a esta prática em Unidade de Terapia Intensiva?

---

---

---