RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVENTIVAS DA CONTENÇÃO MECÂNICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

NURSING PREVENTIVE INTERVENTIONS IN MECHANICAL RESTRAINT IN THE PERSON IN CRITICAL SITUATION

INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA

Flávio Alves[1], Liliana Pereira[2], Adriano Pedro[3].

[1]Serviço de Urgência Polivalente, Unidade Local de Saúde de Faro, Faro, Portugal.
[2]Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade Local de Saúde de Faro, Faro, Portugal.
[3]Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Recebido/Received: 23-01-2024 Aceite/Accepted: 24-05-2024 Publicado/Published: 24-05-2024

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).655.44-68

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

RESUMO

Contexto: A contenção mecânica está entre os métodos de restrição mais utilizados em unidades de cuidados intensivos. Intervenções não farmacológicas e farmacológicas centradas na pessoa devem ser usadas sempre que possível para prevenir ou reduzir a contenção mecânica e melhorar os cuidados de enfermagem.

Objetivo: Identificação das intervenções preventivas da contenção mecânica na pessoa em situação crítica.

Metodologia: A presente *Scoping Review* seguiu as recomendações da Joanna Briggs Institute. Ao longo das últimas duas semanas de setembro de 2023 foi realizado uma pesquisa *online*, nas plataformas *PubMed*® e na *ScienceDirect*, utilizando como descritores "*Physical Restraint*", "*critical care*", "*Nursing care*", "*Adult*", previamente validados na *Medical Subject Heading* [MeSH] e nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], com um intervalo de tempo de 2019 a 2023. Os critérios de inclusão foram, artigos escritos em idioma inglês, português e espanhol, que disponibilizassem o texto integral com acesso livre. Foram excluídos os artigos que não respondessem à questão inicial, artigos sem texto completo, duplicados e com idade inferior a 18 anos.

Resultado: 12 estudos foram incluídos para realizar a *Scoping Review* permitindo elaborar intervenções não farmacológicas e farmacológicas para prevenir o uso de contenção mecânica na pessoa em situação crítica.

Conclusão: Os enfermeiros de unidades de cuidados intensivos enfrentam diferentes desafios organizacionais. As intervenções farmacológicas e não farmacológicas têm o potencial de prevenir e reduzir o uso da contenção mecânica. No entanto, há uma carência de diretrizes padronizadas e baseadas em evidência para as equipas multidisciplinares. É necessário no futuro realizar mais pesquisas sobre as intervenções e posteriormente elaboração de diretrizes globalmente.

Palavras-chave: Adulto; Contenção Física; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Context: Mechanical restraint is among the most commonly used methods of restraint in intensive care units. Non-pharmacological and pharmacological person-centered interventions should be used whenever possible to prevent or reduce mechanical restraint and improve nursing care.

Objective: Identification of preventive interventions for mechanical restraint in the critically ill.

Methodology: This Scoping Review followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute. During the last two weeks of September 2023, an online search was carried out on the PubMed® and ScienceDirect platforms, using the descriptors "Physical Restraint", "critical care", "Nursing care", "Adult", previously validated in the Medical Subject Heading [MeSH] and in the Health Sciences Descriptors [DeCS], with a time interval from 2019 to 2023. The inclusion criteria were articles written in English, Portuguese and Spanish, which provided full text with free access. Articles that did not answer the initial question, articles without full text, duplicates and articles under the age of 18 were excluded.

Results: 12 studies were included in the Scoping Review, allowing for the development of non-pharmacological and pharmacological interventions to prevent the use of mechanical restraint in the critically ill.

Conclusion: Nurses in intensive care units face different organizational challenges. Pharmacological and non-pharmacological interventions have the potential to prevent and reduce the use of mechanical restraint. However, there is a lack of standardized, evidence-based guidelines for multidisciplinary teams. There is a need for more research into interventions in the future and for guidelines to be drawn up globally.

Keywords: Adult; Intensive Care; Nursing Care; Physical Containment.

RESUMEN

Contexto: La contención mecánica es uno de los métodos de contención más utilizados en las unidades de cuidados intensivos. Las intervenciones nas farmacológicas y farmacológicas centradas en la persona deben utilizarse siempre que sea posible para prevenir o reducir la sujeción mecánica y mejorar los cuidados de enfermería.

Objetivo: Identificación de intervenciones preventivas para la sujeción mecánica en enfermos críticos.

Metodología: Esta *Scoping Review* siguió las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs. Durante las últimas dos semanas de septiembre de 2023, se realizó una búsqueda en línea en las plataformas *PubMed®* y *ScienceDirect*, utilizando los descriptores "*Physical Restraint*", "*critical care*", "*Nursing care*", "*Adult*", previamente validados en el *Medical Subject Heading* [MeSH] y en los Descriptores de Ciencias de la Salud [DeCS], con un intervalo de tiempo de 2019 a 2023. Los criterios de inclusión fueron artículos escritos en inglés, portugués y español, que proporcionasen texto completo con acceso libre. Fueron excluidos los artículos que no respondían a la pregunta inicial, los artículos sin texto completo, los duplicados y los artículos con edad inferior a 18 años.

Resultados: Se incluyeron 12 estudios en la *Scoping Review*, lo que permitió el desarrollo de

intervenciones nas farmacológicas y farmacológicas para prevenir el uso de la restricción mecánica en los enfermos críticos.

Conclusión: El personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos se enfrenta a diferentes retos organizativos. Las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas tienen el potencial de prevenir y reducir el uso de la contención mecánica. Sin embargo, faltan directrices estandarizadas y basadas en la evidencia para los equipos multidisciplinares. Es necesario investigar más las intervenciones en el futuro y elaborar directrices a escala mundial.

Descriptores: Adulto; Contención Física; Cuidados de Enfermería; Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

A literatura na Europa demonstra que entre os séculos XVII e XIX utilizava-se a contenção mecânica em indivíduos com alterações do comportamento[1]. Desde a antiguidade até ao presente momento foram desenvolvidos e utilizados verdadeiros arsenais de instrumentos para a contenção em pessoas com alterações do comportamento, entre as quais camisa de força, correntes e cinturões de ferro, cordas, coleiras de couro, algemas, faixas de tecido e lençóis de couro[2]. Nos subúrbios de Paris foi criado o hospital Bicêtre, com a finalidade de apoiar os pobres, os sem abrigo e tornou-se o principal centro hospitalar para pessoas com alterações do comportamento, principalmente durante a Revolução Francesa, ficando as pessoas com alterações do comportamento contidas com argolas presas ao pescoço conectado a correntes fixas na parede[3]. Em 1794 o uso de correntes na contenção mecânica [CM] na pessoa com alterações do comportamento, dando espaço para as contenções com cordas onde o individuo ficaria de pé, preso pela cintura, pés e braços a um tronco de madeira ou barras de ferro com o termo técnico na altura (Cintura de Haslam), eram utilizados outros instrumentos *tranquiller* e o saco de *horn*, *tranquillizer*, conhecida por cadeira de Rush que era aplicada em indivíduos isolados em lugares escuros e com ausência de som[1].

No século XIX as correntes e algemas foram substituídas por camisa de forças ou colete de força com o intuito de ser menos traumático, doloroso, com menos exclusão do indivíduo perante a sociedade[4].

A CM define-se pela utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente (Direção-Geral da Saúde [DGS])[5]. Os indivíduos com alterações do comportamento encontram-se dispersos pelas enfermarias hospitalares e a CM continua a ser utilizada constantemente para evitar a exteriorização de dispositivos médicos e diminuir o risco de queda, ou de fuga, no entanto, a contenção consegue minimizar alguns riscos, mas

a sua efetivação pode proporcionar lesões à pessoa[4]. Trata-se de uma intervenção frequente dos enfermeiros e tem vindo a apresentar uma taxa de prevalência de 33% a 68% nos hospitais[6]. Em Portugal, o tema da contenção ainda não é estudado como deveria, devido a fatores políticos, educacionais e sociodemográficos. Nas evidências disponíveis verifica-se a perceção generalizada da perda de dignidade sofrida pela pessoa sujeita à restrição e ao uso da força inerente a esta prática, que acarretam um alto risco de danos e interferências na dignidade humana[7].

Os enfermeiros em Portugal exercem a sua prática segundo o Código Deontológico, sendo um dos princípios gerais deste regulamento "as intervenções de enfermagem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro"[8]. A utilização excessiva da CM tem sido associada a consequências físicas, psicológicas e/ou cognitivas com impactos negativos na relação das pessoas para com os profissionais de saúde dada à menor satisfação hospitalar e ao aumento da exposição dos profissionais a riscos ocupacionais, encargos psicológicos e custos económicos significativos[7].

A PSC na UCI muitas das vezes encontra-se com dor, agitação e alteração do estado de consciência, com desorientação no tempo e no espaço, conectado a dispositivos médicos como linha arterial, cateter central e com terapêutica em perfusão continua[9]. O *delírium* é um distúrbio cognitivo com início agudo, caracterizado por capacidade reduzida na atenção ao ambiente, com desorientação, linguagem e perceção prejudicadas, com alteração da tomada de decisão prejudicada, com uma taxa de 20% e 90% em pessoas internadas nas UCI e com duração de 1 a 5 dias[9]. A PSC internada na UCI está submetida a medidas agressivas como, ventilação mecânica por longos períodos, colocação de dispositivos médicos invasivos e muitas vezes apresentam agitação, *delírium*, dor, ansiedade, fadiga e medo. Posto isto, o risco de remoção de dispositivos é significativamente alto[10,11,12]. A dor é considerada o quinto sinal vital e a sua experiência tem sido associada ao stresse fisiológico e psicológico, podendo agravar a doença subjacente[13]. A agitação em UCI pode ser perturbadora tanto para os profissionais de saúde como para os seus familiares, apresentando períodos de inquietação, agressividade, irritabilidade. Os médicos tendem a equiparar a agitação ao *delírium* mas, é importante diferenciar as duas condições[14]. A PSC pode ficar agitada sem delirar, por muitos outros fatores como, desconforto, abstinência de medicamentos, álcool ou drogas, trocas gasosas deficientes, distúrbios metabólicos e traumatismos crânioencefálicos, podendo associar-se à dor devido á condução física parcial ou totalmente dependentes, sendo dependentes ou incapazes de comunicar ou mover-se[13]. Os procedimentos médicos e os cuidados de enfermagem provocam dor, a realização de exames, transferências intra-hospitalares, procedimentos invasivos como a colocação de linha arterial, remoção de drenos, aspiração de secreções na orofaringe, no TET e a ventilação mecânica são classificados como procedimentos dolorosos[15].

Para o diagnóstico da dor na PSC com VMI em UCI existe a escala *Behavioral Pain Scale* BPS com uma pontuação total que varia de três a 12 pontos sendo que, um aumento da pontuação indica aumento da dor[15]. Em pessoas que conseguem verbalizar utiliza-se a escala numérica ou a escala visual analógica e ainda existe a [ESCID] que tem origem na *Pain Assessment Behavior Scale*, uma escala unidimensional elaborada por M. Campbell devido à necessidade de avaliar a intensidade da dor em pessoas incapazes de fazer auto-avaliação pela gravidade da sua doença ou disfunção cognitiva[13]. O manejo inadequado da dor pode a curto prazo aumentar o consumo de oxigénio, aumentar o risco de insuficiência cardíaca, piorar o choque, afetar o resultado da terapia de reabilitação o que torna a dor em UCI única em pessoas com VMI[15].

Em UCI a maioria das PSC sofrem de confusão mental, alucinações, inquietação e agitação, podem apresentar comportamentos como inquietação, remoção de dispositivos ou até mesmo, tentar sair da cama. Portanto cabe à equipa médica decidir a aplicação da CM, sabendo que está associada a diversos problemas. Segundo um estudo, 56% das pessoas em UCI estiveram com CM e esta não apresentou nenhum benefício, nem reduziu os problemas, tendo agravado os efeitos físicos e psicológicos tais como, lesões graves e até mesmo a morte[16]. Os enfermeiros devem considerar as evidências científicas e o risco do uso das restrições ao abordar comportamentos inseguros na PSC[17]. A contenção em UCI é considerada não apenas inadequada, por vezes humilhante e ineficaz e a sua utilização aumenta a agitação, ansiedade e dor[12].

De acordo com a literatura, acomete complicações físicas e psicologias, com efeitos adversos na PSC, após a CM, traduzindo-se em processos de agitação, confusão com necessidade de administração de terapêutica sedativa durante a sua permanência em cuidados intensivos[10,12].

METODOLOGIA

A Prática Baseada em Evidência [PBE] constitui uma forma segura e organizada de estabelecer condutas profissionais com enfoque na identificação e solução de problemas, baseando-se nas melhores evidências científicas[18]. Os profissionais de saúde devem utilizar evidências científicas com rigor para adotar condutas durante a prestação de cuidados de saúde[18].

Aquando da tomada de decisão, devem preocupar-se em adotar uma abordagem Viável, Apropriada, Significativa e Eficaz, segundo a Joanna Briggs Institute [JBI]. A estrutura FAME, surge do atual modelo de assistência à saúde, alicerçando a importância da PBE[19].

Esta prática, assenta na capacidade de construir perguntas clinicamente relevantes com o objetivo de adquirir, aplicar e avaliar múltiplas fontes de conhecimento no contexto de cuidar de um determinado grupo ou comunidade, considerada uma exigência central para o desenvolvimento da prática de enfermagem[20].

A Revisão da Literatura *Scoping Review* [ScR], foi a nossa opção, por constituir um instrumento de síntese de evidência que identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte, dentro ou através de contextos particulares[21]. Foi o método escolhido para guiar a presente pesquisa de investigação, tendo sido formulada a questão atendendo à mnemónica *PCC* (*População, Conceito, Contexto*)[22]. A abordagem da PCC foi a seguinte: Pessoa em Situação Crítica (População), Prevenção da Contenção Mecânica (Conceito), Unidade de Cuidados Intensivos (Contexto). Para rever a eficácia das intervenções de Enfermagem, foi delineada a seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem preventivas da Contenção Mecânica na PSC na UCI?"

A pesquisa foi desenvolvida *online* nas últimas duas semanas do mês de setembro de 2023, na plataforma *PubMed*® e na *ScienceDirect*, utilizando como descritores "Physical Restraint", "critical care", "Nursing care", "Adult". Foram previamente validados na *Medical Subject Heading* [MeSH] e nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS] e utilizados para restringir a pesquisa e responder à questão de investigação. Os operadores boleanos utilizados foram *AND*, combinados na seguinte equação boleana: "Physical Restraint" *AND* "Critical Care" *AND* "Nursing Care" *AND* "Adult".

Os critérios de inclusão foram: artigos em idioma português, espanhol e inglês, que disponibilizassem o texto integral com regime de acesso livre, revisto por pares e que se relacionam com o tema em questão. A pesquisa originou um total de 310 artigos (*PubMed*®: 150 e na *ScienceDirect*: 160), aplicámos o critério de exclusão, removendo todos os artigos duplicados na base de dados e obtivemos um total de 210 artigos, logo de seguida estabelecemos o critério de exclusão referente aos artigos que não incluíam texto de acesso livre e artigos com a faixa etária inferior a 18 anos e obtivemos 69 artigos. Após a leitura do título e a leitura integral dos mesmos concluímos um total de 12 artigos para elaborar a ScR (Quadro 1↗).

A presente revisão foi desenvolvida segundo o PRISMA para a seleção dos artigos. Na Figura 1↗ apresentamos o Fluxograma dos Critérios de Seleção dos Estudos, ilustrado pelo Diagrama de *Flow* (adaptado de PRISMA *Statement*, 2020)[22].

A ScR apresentada nesta pesquisa, uma seleção de tópicos de uma literatura heterogênea e ilimitada, envolvendo escolhas irrevogavelmente subjetivas sobre o tema em questão e iniciou-se uma pesquisa dos artigos procedendo-se à avaliação dos mesmos para garantir a

fiabilidade e o nível de evidência segundo a JBI[22]. Foi elaborada uma grelha alusiva aos tipos de estudos analisados e ao seu nível de evidência científica segundo os critérios do JBI (Quadro 2↗).

Na análise da qualidade dos estudos referidos acima, conclui-se que são indicativos de qualidade na evidência para fundamentar a questão de investigação da ScR. Os estudos foram revistos por dois revisores para verificar possíveis viés. Foi revisado cada artigo, numa leitura integral, para obter uma extração da evidência de informação pertinente para dar resposta à questão de investigação e tendo ainda sido consultadas outras fontes da literatura.

RESULTADOS

A CM em contexto de UCI tem sido amplamente usada pelas equipas de profissionais de saúde em todo o mundo, devido à escassez de protocolos e diretrizes para prevenir a sua utilização através de medidas para evitar intercorrências à sua aplicação[13].

Os estudos publicados fornecem informações limitadas sobre a realidade e os fatores ligados a utilização da CM[23]. A CM é justificável independentemente da capacidade ou consentimento, se estiver a ser usada para manter um tratamento de suporte à vida, mas, por outro lado, tende a ser um erro moral se aplicada sem o consentimento informado, considerando-se uma violação inadmissível da liberdade da pessoa, segundo o comité de bioética, dada a violação da autonomia e da dignidade[12]. Os estudos realizados em diferentes países referem taxas de CM variável dependendo da área geográfica sendo que, nos Estados Unidos da América a taxa é de 87%, no Canadá 76%, no Irão 47,6%, em França 50%, em Inglaterra 48,6%, no Brasil 20,8% e por fim, com menor prevalência em Espanha 19,11%, na Noruega 14,36%, na Alemanha 11% e na Austrália varia de 7% e 13%[15,23,2,11,12]. Não existe estudos com percentagens conhecidas de CM em Portugal. A CM varia de acordo com as normas culturais e o sistema jurídico em vigor[12,17]. As contenções mais comuns observadas são, as grades da cama e a contenção bilateral dos membros superiores (pulsos). A decisão de CM na maioria das vezes cabe aos enfermeiros apesar de necessitar de prescrição médica[17]. O enfermeiro ao defrontar-se pode empregar a sua competência aos cuidados e intervir para a prevenção de alterações de comportamento que por sua vez, podem levar a necessidade de CM[2]. Estudos indicam que 90% das decisões de contenção foram realizadas pela equipa de enfermagem, sem consentimento da equipa médica, apesar dos protocolos aconselharem o contrário, e dois terços dos enfermeiros não pediam autorização às respetivas famílias e equipas médicas[12]. A segurança da PSC é uma preocupação significativa para os enfermeiros. As indicações ou prescrições da CM são geralmente fornecidas após solicitação da equi-

pa de enfermagem e os médicos mais jovens e menos experientes relatam menor conhecimento sobre contenções do que médicos mais velhos e mais experientes[10,17].

A aplicação da CM envolve complicações a curto e longo prazo em UCI como: edema e dificuldade de mobilidade dos membros contidos, complicações neurovasculares, aumento da ansiedade, agitação, confusão, *delírium*, aumento da incidência de úlceras por pressão, aumento do tempo de internamento hospitalar, aumento da administração de fármacos como benzodiazepinas, opioides e antipsicóticos que podem provocar maior agitação e *delírium*[24]. As complicações secundárias à imobilização aumentam significativamente após as primeiras 24h e os enfermeiros devem garantir a segurança da PSC e fornecer cuidados de qualidade baseados em evidência, sem nunca afetar a saúde física e psicológica da pessoa[15]. A CM no internamento, por sua vez, está associada a: hipertensão arterial, taquicardia, hipertermia, risco de aspiração de vómito, aumento do tempo de preenchimento capilar, risco de lesões cutâneas e nervosas, depressão, diminuição da autoconfiança, deficits de autonomia, raiva, perda da dignidade e isolamento social[16]. Devido ao uso inadequado das imobilizações na PSC, cerca de cem pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos da América[24].

As UCI enfrentam uma série de barreiras devido ao uso da CM, e pela falta ou escassez de estudos e desenvolvimentos de diretrizes e práticas clínicas na sua aplicação. A DGS refere que aquando da aplicação de contenção devem-se primeiramente esgotar todas as medidas preventivas como as intervenções não farmacológicas e farmacológicas sempre que possível[5].

O uso da CM continua a ser um problema nas UCI e os enfermeiros desempenham um papel importante na utilização da mesma, podendo incrementar intervenções que abordem comportamentos seguros e cuidados centrados à PSC para reduzir a CM.

No Quadro 3↗ encontram os resultados extraídos de cada um dos artigos, incluindo a identificação dos autores, o ano, o país de origem, objetivo de estudo, tipo de participantes, o contexto onde se inseriam e resultados provenientes em cada um deles.

DISCUSSÃO

A CM em contexto de UCI tem sido amplamente usada pelas equipas de profissionais de saúde em todo o mundo, devido à falta de protocolos e diretrizes sobre a contenção[23]. O uso da CM é considerado uma prática antiética afetando negativamente a liberdade, o bem-estar, o conforto da pessoa, tem implicações físicas e psicológicas e em certos casos as pessoas evidenciam cicatrizes e medo de um dia voltar à mesma situação[16,25,12]. Um estudo piloto evidência nove avaliações de enfermagem após a aplicação da CM na PSC que são: avaliação da maceração/lesão desenvolvida, como fricção no leito; a avaliação da coloração de pele da parte distal do membro contido; a avaliação motora na PSC, sedada e inconsciente é difícil, devendo-se realizar estímulos dolorosos ao leito ungueal e observar os reflexos da pessoa; a avaliação da temperatura no membro contido; a avaliação do preenchimento capilar; a avaliação do edema e por último a avaliação da posição do membro contido, que deve estar na posição de supina para permitir a circulação inferior[10,25,12]. Nas UCI as taxas de contenção foram mais elevadas no período noturno do que diurno, derivado à menor atividade noturna e a evidência indica-nos que as proporções adequadas de profissionais na UCI são cruciais para manter a segurança e o tratamento da pessoa. A CM é mais utilizada em homens do que em mulheres[12]. Os estudos sobre a CM mostram que o conhecimento, a atitude e a perceção dos enfermeiros são baixas, havendo pessoas a referirem uma alta prevalência de complicações durante o internamento[10].

Os enfermeiros precisam de realizar uma avaliação completa à PSC, avaliando as causas tratáveis e reversíveis de comportamentos inseguros, incluindo causas fisiológicas, psicológicas e ambientais. A identificação dos fatores subjacentes aos comportamentos da PSC pode levar a intervenções não farmacológicas e farmacológicas para reduzir ou eliminar a CM[17]. Nas intervenções farmacologias na PSC na UCI deve-se avaliar a agitação/sedação, *delírium* e a dor, e se necessário iniciar terapêutica[25].

Tradicionalmente, a agitação nas UCI tem sido mitigada com as terapias farmacológicas, como sedativos, antipsicóticos e opióides, embora esses medicamentos ainda desempenhem um papel essencial nas unidades, principalmente no desmame ventilatório e na extubação. Contudo, devem ser usados com precaução derivado aos seus efeitos secundários como depressão respiratória e instabilidade hemodinâmica, o que em alguns casos piora ou aumenta o *delírium*, a confusão mental e a agitação[14]. Uma das escalas mais utilizadas nas UCI para diagnosticar o *delírium* é a CAM-UCI. A escala é altamente confiável, sendo que o primeiro e o mais importante passo é identificar e corrigir a causa subjacente, devendo-se descartar alterações eletrolíticas ou metabólicas, infeção, abstinência de álcool ou sedativos que contribua para o aumento do *delírium*. A dor aguda ou crónica incapacita a PSC do ponto de

vista fisiopatológico, podendo ser classificada como nociceptiva ou neuropática e a base do tratamento são os analgésicos[13]. A pessoa internada na UCI carece que sejam avaliadas as caraterísticas da dor, a sua duração, localização e gravidade. O nível deve ser classificado conforme a escala numérica, escala visual analógica e escala BPS[13]. A avaliação da dor deve ser acompanhada por uma estratégia de tratamento multimodal adequada com base em evidências, que inclua terapias de controlo farmacológico e não farmacológico de acordo com protocolos padronizados[13].

As intervenções farmacológicas da agitação, dor e *delírium* aconselham as equipas multidisciplinares a utilizar intervenções não farmacológicas pela necessidade de proteger a vulnerabilidade da PSC e posteriormente, se se demonstrarem ineficazes, devem-se iniciar as intervenções farmacológicas conforme referenciado (Quadro 4↗)[15,26].

Envolver a família pode ser muito útil e facilitador para lidar com restrições inevitáveis. A equipa deve seguir um protocolo existente, solicitando autorização à família, explicando a necessidade, qual a finalidade, devendo registar no processo clínico, conforme o protocolo e a colocação, reavaliando a necessidade de duas em duas horas[14].

Os enfermeiros ocupam um lugar crucial na avaliação, intervenção e tratamento da PSC com alteração do seu comportamento. Por serem os profissionais que mais tempo passam junto da pessoa internada, são aqueles que mais rapidamente detetam alterações, intervêm e previnem complicações. Tão importante como identificar uma alteração do comportamento na pessoa internada em UCI é a capacidade para identificar as causas subjacentes à mesma. Uma alteração do comportamento pode ter uma ou múltiplas causas relacionadas com a própria pessoa (histórico de comportamento), fatores fisiológicos, fatores psicológicos, medicação instituída (analgesia e/ou sedação) e o próprio ambiente da UCI[14,13,16]. No Quadro 4↗ encontram-se descritas as intervenções de enfermagem que visam reduzir ou evitar as causas promotoras de comportamentos inseguros.

Quando todas estas medidas preventivas não são suficientes para controlar o comportamento inseguro, pode surgir a necessidade de conter mecanicamente a pessoa. Esta decisão deve ser multidisciplinar, carece de prescrição médica e a sua efetivação atende a cuidados acrescidos pela equipa de enfermagem, nomeadamente no que se refere à vigilância da pessoa.

As recomendações organizacionais e políticas visam uma mudança na cultura organizacional que garanta os direitos da PSC e a segurança das equipas, através da implementação de sistemas de gestão de risco, dotações seguras de profissionais e apoio organizacional para implementar diretrizes que minimizem a utilização da CM[24]. As diretrizes são dirigidas principalmente a abordagens implementadas por enfermeiros para reduzir as restrições e as recomendações, incluem mudanças físicas/fisiológicas, psicologias e ambientais.

CONCLUSÃO

A contenção mecânica continua a ser aplicada com muita frequência em vários países, tendo sido já bastante estudada. As evidências demonstram que a CM deve ser evitada ao máximo, devendo-se implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas para evitar consequências negativas para a PSC, como efeitos psicológicos e físicos. Os enfermeiros das UCI muitas vezes enfrentam dilemas éticos ao decidir sobre o uso da CM. Por outras palavras, precisam de avaliar os resultados da utilização da CM relativamente à sua aplicação e decidir sobre a melhor opção com base nos interesses e condições da PSC. É preocupante que não exista consenso sobre quais as estratégias farmacológicas e não farmacológicas, devido à falta de diretrizes, protocolos baseados em evidências claras para a prevenção da CM. A necessidade de diretrizes é essencial para a prevenção da CM a nível internacional, a sua existência diminuirá o uso da contenção, se aplicável, as equipas devem respeitar os direitos e as questões éticas e legais associadas ao uso das CM.

O desenvolvimento de fluxogramas de atuação aliados à PBE é essencial para conjugação de estratégias seguras para uniformizar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, antecipar o agravamento da PSC relativamente à agitação, dor e *delírium*.

A realização de formação continua e a capacitação das equipas multidisciplinares sobre o uso da CM deve ser implementado para a melhoria das práticas de cuidados dos enfermeiros na UCI. Em suma, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas devem sempre ser aplicadas para prevenir ou evitar a aplicação da CM.

Solucionar intercorrências comportamentais da PSC carece de uma avaliação criteriosa da sua causa e de equacionar medidas alternativas para evitar a CM, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação da equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Kondo, É. H., Vilella, J. C., Borba, L. D. O., Paes, M. R., & Maftum, M. A.. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45:501-507. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028

2. Maximo, PA, Santos, TS dos, Santos, GS, & Silva, MAXM da.. A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem / A importância do conteúdo mecânico e da avaliação permanente da equipe de enfermagem. Revista Brasileira de Revisão de Saúde. 2019;2(2):1172-1212. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1324

3. Silva, T. D. S.. O tempo do esquecimento: a contenção física e a enfermagem psiquiátrica. 2008. Disponível em: https://www.escavador.com/sobre/833856/thiers-de-souza-silva

4. Guimarães, A. N., Borba, L. D. O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A.. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. Texto & Contexto-Enfermagem. 2013;22:361-369. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012

5. Direção Geral de Saúde. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. 2011. Disponível em: https://www.dgs.pt/pesquisa.aspx

6. Rodrigues, A., Gonzaléz, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F.. Contenção mecânica: perceção dos Enfermeiros. Revista De Investigação & Inovação Em Saúde. 2020;3(1),31-41. Disponível em: https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70

7. Aguilera-Serrano, C., Goodman-Casanova, J. M., Bordallo-Aragón, A., García-Sánchez, J. A., Mayoral-Cleries, F., & Guzmán-Parra, J.. Attitudes about Mechanical Restraint Use in Mental Health Hospitalization Services: A Spanish Survey. In Healthcare. 2023;jul 11(13):1909. MDPI. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare11131909

8. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série I, n.º 181, 8059-8105.

9. Tovar, L. O. G., & Henao-Castaño, Á. M.. Effectiveness of nursing intervention to reduce delirium in adult critically ill-A protocol for a randomized trial. Contemporary Clinical Trials Communications, 101042. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.conctc.2022.101042

10. Ahmadi, M., Bagheri-Saweh, M. I., Nouri, B., Mohamadamini, O., & Valiee, S.. Effect of interventional educational programs on intensive care nurses' perception, knowledge, attitude, and practice about physical restraints: A pre-/postclinical trial. Critical care nursing quarterly. 2019;42(1):106-116. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000244

11. Salehi, Z., Joolaee, S., Hajibabaee, F., & Ghezeljeh, T. N.. The Challenges of Using Physical Restraint in Intensive Care Units in Iran: A Qualitative Study 0. 2021;1-7:230-243. Atlanta, GA. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1751143719892785

12. Smithard, D., & Randhawa, R.. Physical restraint in the critical care unit: A narrative review. The New Bioethics. 2022;28(1):68-82. Disponível em: https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979

13. Lucendo, A. P., Otero, P. P., Almudévar, P. M., Carmona, S. A., López, E. L., & Rueda, F. R.. Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition). 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003

14. Adams, A. M. N., Chamberlain, D., Grønkjær, M., Thorup, C. B., & Conroy, T.. Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit: A systematic review. Australian Critical Care. 2023;36(3):385-400. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.005

15. Ertuğrul, B., & Özden, D.. The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. Australian Critical Care. 2020;33(1):30-38. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.002

16. Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabaee, F., & Joolaee, S.. Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. Nursing ethics. 2020;27(2):598-608. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0969733019858711

17. Lach, H. W., Leach, K. M., & Butcher, H. K.. (2016). Evidence-based practice guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. Journal of gerontological nursing. 2016;42(2): 17-26. Disponível em: https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04

18. Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Neto, A., Melo, L., & Silva, F.. Use of evidencebased practice by nurses in the hospital service. Cogitare Enfermagem. 2020;26:e67898:1-9. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898

19. Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E.. Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. JBI Evidence Implementation. 2018;16(4). Disponível em: https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2018/12000/Redeveloping_the_JBI_Model_of_Evidence_Based.6.aspx

20. Chen, L., Wu, Y., Wang, S., Zhao, H., & Zhou, C.. Construction of evidence-based practice competencies for nurses in China: A modified Delphi study. Nurse Education Today. 2021;102:104927. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104927

21. Amendoeira, J.. Revisão Sistemática da Literatura – A Scoping Review. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém. 2018. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf

22. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D.. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. International journal of surgery [Internet]. 2021;88:105906. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906

23. Acevedo-Nuevo, M., Martín-Arribas, M. C., González-Gil, M. T., Solís-Muñoz, M., Arias-Rivera, S., & Royuela-Vicente, A.. The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study. Enfermería Intensiva (English ed.). 2022;33(4):212-224. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.003

24. Cui, N., Zhang, Y., Liu, Y., Zhou, Y., Sun, H., & Jin, J.. Protocol for the adaptation of clinical practice guidelines for the management of physical restraints in critically ill patients. Ann Palliat Med. 2021b;10(4):4889-4896. Disponível em: https://doi.org/10.21037/apm-20-2133.

25. Salehi, Z., Joolaee, S., Hajibabaee, F., & Ghezeljeh, T. N.. The Challenges of Using Physical Restraint in Intensive Care Units in Iran: A Qualitative Study 0. 2021;1-7:(230–243). Atlanta, GA. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1751143719892785

26. Cui, N., Chen, D., Zhang, Y., Zhang, H., He, X., Ding, C., & Jin, J.. The effect of non-pharmacological interventions on physical restraint reduction in intensive care units: a protocol for an umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. Ann Palliat Med. 2021a;10(6):6892-6899. Disponível em: https://doi.org/10.21037/apm-21-626

Autores
Flávio Renato Alves
https://orcid.org/0009-0003-9645-3222
Liliana Pereira
https://orcid.org/0000-0001-8136-8664
Adriano Pedro
https://orcid.org/0000-0001-9820-544X

Autor Correspondente/Corresponding Author
Flávio Renato Alves – Unidade Local de Saúde de Faro. Faro. Portugal.
renatosouto123@gmail.com

Contributos dos autores/Authors' contributions
FA: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
LP: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
AP: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão.

Pergunta PCC	*Quais as intervenções de enfermagem preventivas da Contenção Mecânica na PSC na UCI?*	Palavras-chave	*"Physical Restraint", "critical care", "Nursing care", "Adult".*	
		Estratégias de pesquisa	Critérios de exclusão	• Artigos que não respondiam à questão; • Artigos sem texto completo; • Artigos com população inferior a 18 anos; • Artigos duplicados.
			Critérios de inclusão	• Texto Integral; • Artigos em inglês, português e espanhol; • Artigos com acesso livre; • Revistos por pares.
			Horizonte temporal	2019-2023.
		Bases de dados	PubMed® ScienceDirect.	

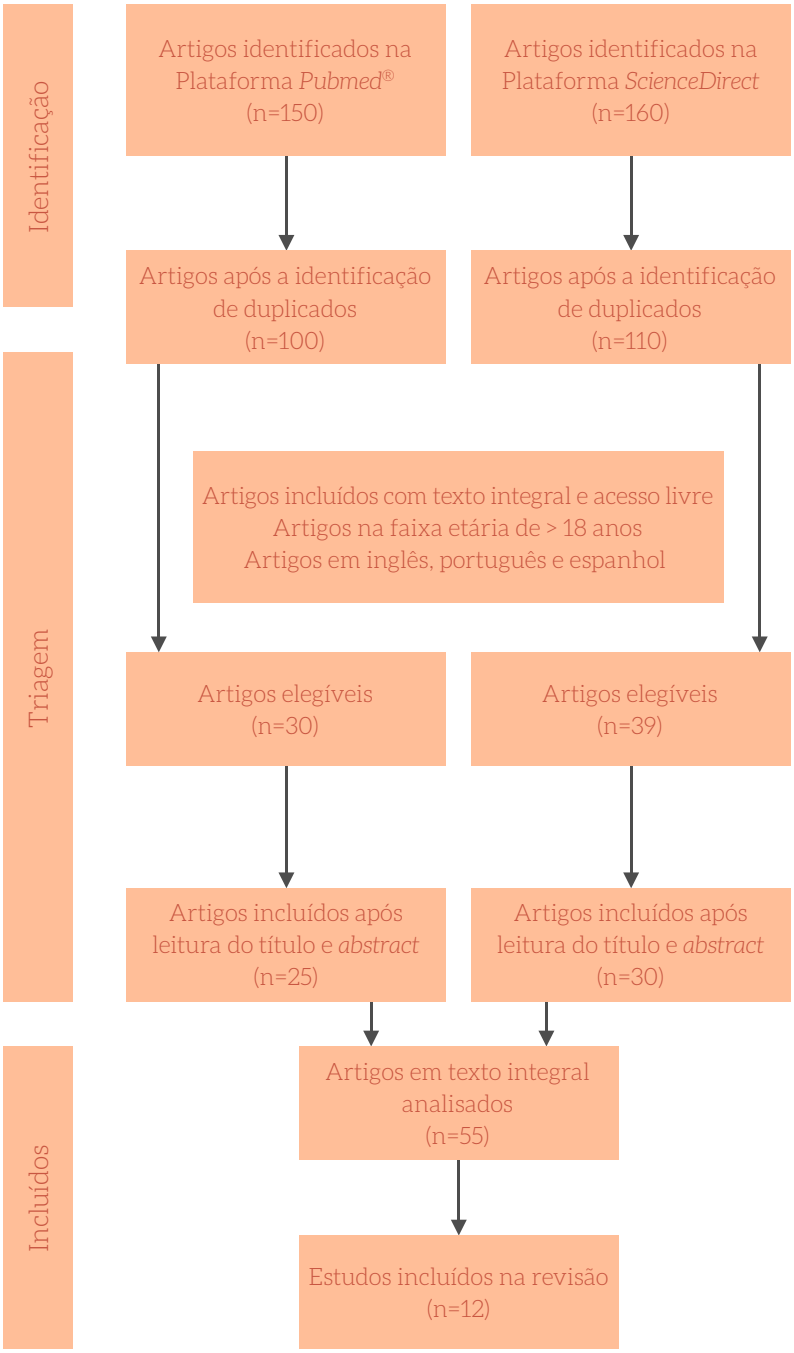


Figura 1 – Diagrama de *Flow* segundo a metodologia Prisma (2020).

Quadro 2 – Caraterização e identificação dos estudos incluídos segundo a JBI.

Estudos	Ano	Autores	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
E1 – Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.005	2023	Adams *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis.	3a
E2 – Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU. https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003	2023	Lucendo *et al*	Projetos quase-experimentais, Revisão sistemática de estudos quase-experimentais.	2a
E3 – The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study. https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.003	2022	Neuvo *et al*	Observacional – Estudo descritivo, Estudo transversal.	4b
E4 – Physical restraint in the critical care unit: A Narrative Review. https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979	2022	Smithard *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis.	3a
E5 – The effect of non-pharmacological interventions on physical restraint reduction in intensive care units. https://doi.org/10.21037/apm-21-626.	2021(a)	Cui *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Estudo de coorte com grupo de controle.	3c
E6 – Protocol for the adaptation of clinical practice guidelines for the management of physical restraints in critically ill patients. http://dx.doi.org/10.21037/apm-20	2021(b)	Cui *et al*	Observacional – Estudo descritivo, Revisão sistemática de estudos descritivos.	4a
E7 – The challenges of using physical restraint in intensive care units in Iran. https://doi.org/10.1177/1751143719892785	2021	Salehi *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Caso – estudo controlado.	3d
E8 – Factors behind ethical dilemas regarding physical restraint for critical care nurses. https://doi.org/10.1177/0969733019858711	2022	Salehi *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Caso – estudo controlado.	3d
E9 – The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.002	2019	Ertuğrul *et al*	Observacionais projetos, Analíticos, Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis.	3a
E10 – The importance of mechanical content and the permanent evaluation of the nursing team. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1324	2019	Maxino *et al*	Observacional – Estudo descritivo, Estudo transversal.	4d
E11 – Effect of Interventional Educational Programs on Intensive Care Nurses Perception, Knowledge, Attitude, and Practice About Physical Restraints. https://doi:%2010.1097/CNQ.0000000000000244%20	2019	Abmadi *et al*	Projetos quase-experimentais, Revisão sistemática de estudos quase-experimentais.	2a

Quadro 2 – Caraterização e identificação dos estudos incluídos segundo a JBI.

Estudos	Ano	Autores	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
E12 – Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04	2016	Lach *et al*	Observacional – Estudo descritivo, Revisão sistemática de estudos descritivos.	4a

Quadro 3 – Quadro síntese da extração de dados dos artigos da revisão integral.

Estudo/Autor	Objetivos do Estudo	Participantes/Contexto	Resultados	Período/País de Origem
Estudo 1 (Adams *et al*, 2023)	Os objetivos deste estudo foram revisar sistematicamente estudos que avaliam a eficácia de intervenções não farmacológicas destinadas a controlar agitação na unidade de cuidados intensivos.	Foi realizada uma pesquisa na fase de dados de MEDLINE onde foi extraído 11 artigos com o tema de intervenções não farmacológica para agitação no adulto na unidade de cuidados intensivos.	Os onze estudos que foram incluídos demonstraram níveis significativamente mais baixos de agitação no grupo que recebeu as intervenções não farmacológicas. Os estudos mostram um efeito significativo de sons baseados na natureza, música, reflexologia podal, toque curativo e aromoterapia e não foram detetados efeitos adversos as intervenções realizadas.	Fevereiro de 2022 Dinamarca
Estudo 2 (Lucendo *et al*, 2023)	Garantir o conforto do paciente que sofrem ou se recuperam de uma doença crítica, evitando complicações associadas as medidas, nomeadamente farmacológicas, tomadas para garantir esse conforto.	A Sociedade de Medicina Intensiva de Madrid SOMIMA e a sociedade de anestesiologia, reanimação e terapia da dor de Madrid SAR concordaram em criar grupos de trabalho conjuntos centrados na melhoria dos cuidados a pacientes críticos.	Os resultados obtidos foram a realização de várias recomendações ilustrados pelos especialistas durante o estudo na abordagem da dor, *delírium* com elaboração de cronogramas, diretrizes no tratamento da pessoa em situação crítica.	Setembro de 2023 Madrid/Espanha
Estudo 3 (Neuvo *et al*, 2022)	Descrever e caracterizar o uso da contenção mecânica em cuidados intensivos, unidades em termos de frequência e qualidade de aplicação e estudar a sua relação com dor/ agitação-sedação/*delírium*, relação, enfermeiro, paciente e envolvimento institucional.	Realizada uma observação de 96 horas continuas em 17 unidades onde foram incluídos 1.070 pacientes em cuidados intensivos em que as principais variáveis foram a prevalência de contenção e o grau de adesão às recomendações de contenção mecânica, monitoramento de dor, agitação-sedação e *delírium*.	Aos resultados foram que a prevalência geral de contenções foi de 19,11 %, em pacientes com tubo endotraqueal [TET], de 42,10% em pacientes sem TET ou via aérea artificial, de 13,92%. São obtidos valores de adesão entre 0 e 40% para as recomendações relacionadas ao manejo não farmacológico e entre 0 e 100% relacionadas à vigilância de aspetos éticos-legais.	Fevereiro 2022 a maio de 2022 Madrid/Espanha
Estudo 4 (Smithard *et al*, 2022)	O objetivo é explorar as razões, evidências e justificativas por trás do uso da contenção no ambiente de cuidados intensivos.	Realizada pesquisa sobre o tema nas bases de dados eletrónicas e realizada uma revisão sistemática conforme a Joanna Briggs Institute.	A contenção continua a ser usada em unidades de cuidados intensivos separadamente ou em conjunto. As evidências não apoiam o seu uso contínuo, sem redução na remoção de dispositivos médicos.	Janeiro de 2022 Londres
Estudo 5 (Cui *et al*, 2021, a)	Revisar amplamente os resultados dos SRMAs para intervenções não farmacológicas para reduzir a contenção.	Realizada pesquisa sobre o tema nas bases de dados eletrónicas e realizado uma revisão sistemática conforme a Joanna Briggs Institute.	Os resultados concluíram que as várias intervenções não farmacológicas podem reduzir diretamente as restrições físicas, como a educação do pessoal ou reduzir indiretamente a restrição física, como a prevenção do delírio, no entanto, a sua eficácia permaneceu inconclusiva.	Maio de 2021 China

Quadro 3 – Quadro síntese da extração de dados dos artigos da revisão integral.↩↖

Estudo/Autor	Objetivos do Estudo	Participantes/Contexto	Resultados	Período/País de Origem
Estudo 6 (Cui *et al*, 2021, b)	O objetivo da etapa de apelo à ação é esclarecer as forças motrizes da adaptação das diretrizes e o contexto organizacional.	Foi a seguir a definição da diretriz do Institute of Medecine, a diretriz será adaptada seguindo o CAN--IMPLEMENT. O escopo das diretrizes e as questões clínicas serão estabelecidas com base numa revisão integrativa, estudo retrospetivo e entrevistas.	Foi realizado um protocolo para adaptação das diretrizes da prática clínica sobre a contenção física em paciente crítica. A diretriz ajudará os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros em unidades de cuidados intensivos.	Março de 2021 China
Estudo 7 (Salehi *et al*, 2021)	O objetivo do estudo é explorar as experiências dos enfermeiros sobre os desafios do uso de contenção física em unidades de terapia intensiva.	Foram recrutados 20 enfermeiros de cuidados intensivos de quatro hospitais em Teerão e realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade, analisadas concomitantemente.	Identificam-se três temas principais: 1: Barreiras organizacionais ao uso eficaz da contenção física (falta de diretrizes padrão para o uso da contenção física); 2: Ignorar a integralidade dos pacientes (sua saúde e direitos); 3: Sofrimento devido ao uso da contenção física (sofrimento emocional e mental, conflito moral e incapacidade de encontrar uma alternativa apropriada para a contenção física).	Setembro de 2018 a março de 2019 Teerão Irão
Estudo 8 (Salehi *et al*, 2022)	O objetivo deste estudo foi explorar os fatores por trás dos dilemas éticos para os enfermeiros de cuidados intensivos sobre o uso de contenção física em paciente.	Foram recrutados para o estudo 17 enfermeiros dos cuidados intensivos e realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade e concomitantemente analisadas por meio da análise.	Os fatores por trás dos dilemas éticos para os enfermeiros de cuidados intensivos sobre o uso de contenção física foram categorizados em três categorias principais, nomeadamente os resultados do uso da contenção física, os resultados do não uso da contenção física e o sofrimento emocional para os enfermeiros. O resultado do não uso de contenção física caíram em duas subcategorias: os riscos associados a não utilização de contenção física e problemas legais para os enfermeiros.	Março de 2020 Teerão Irão

Quadro 3 – Quadro síntese da extração de dados dos artigos da revisão integral.

Estudo/Autor	Objetivos do Estudo	Participantes/Contexto	Resultados	Período/País de Origem
Estudo 9 (Ertuğrul *et al*, 2019)	O objetivo desta pesquisa foi investigar o efeito da contenção física na ocorrência de complicações neurovasculares e a sua taxa.	Um total de 90 pacientes de unidades de anestesia e de terapia intensiva interna participaram no estudo, os pacientes foram avaliados em intervalo de 24 horas durante 4 dias por meios do seguinte instrumento: formulários de características individuais, escala de RASS, BPS comportamental e diária de diagnóstico de complicações.	O vermelhão e o edema aumentaram em pacientes contidos fisicamente com todos os tipos de matérias. A duração da contenção física aumentou as complicações neurovasculares e os enfermeiros não verificam regularmente o punho contido e não visualizavam a circulação periférica. A taxa diária de complicações neurovasculares é de 19%.	Março de 2019 Turquia
Estudo 10 (Maxino *et al*, 2019)	Identificar a compreensão da utilização da contenção mecânica pelos profissionais de enfermagem.	Foi realizada a aplicação de questionários a 60 profissionais de enfermagem seno ele enfermeiros, técnicos e auxiliares com tempo de atuação de 2 a 37 anos que atuam nas áreas de pronto-socorro/ emergência clínica médica, clínica cirúrgica e UCI.	Os resultados obtidos através das respostas dos questionários foram agrupados, analisados e expostos em forma de tabelas. Evidenciou-se entre os entrevistados que as principais indicações para a contenção mecânica são proteger a equipa e paciente, evitar quedas lesões e traumas. Refere que existe um desconhecimento sobre os protocolos de contenção mecânica e pouca participação em formações sobre o tema em questão.	Março de 2019 a abril de 2019 Brasil
Estudo 11 (Ahmadi *et al*, 2019)	O objetivo desde estudo foi relatar resultados de um programa educacional desenvolvido para modificar atitudes negativas de enfermeiros intensivistas relativamente ao uso de contenção física.	Aplicação de questionário a 33 enfermeiros com experiência superior a 1 ano de trabalho em unidades de cuidados intensivos.	Os resultados revelaram que o aumento do conhecimento sobre a utilização adequada de vários tipos de restrições impactou positivamente as perceções, atitudes e práticas de atendimento que melhoria as práticas dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos.	Fevereiro de 2019 Irão
Estudo 12 (Lach *et al*, 2016)	Atualização da diretriz anterior sobre como reduzir o uso de contenção mecânica em ambientes de cuidados intensivos.	Realizada uma pesquisa bibliográfica foi realizada para avaliar as evidências atuais, onde foram incluídos 112 artigos que forneceram evidências.	O uso das contenções continua a ser um problema nas instalações de cuidados intensivos.	Maio de 2016 Estados Unidos da América

Quadro 4 – Avaliação, intervenções e abordagem para reduzir a necessidade da CM na PSC
adaptado de (Adams *et al*, 2023; Lucento *et al*, 2023; Lach *et al*, 2016).

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Físico/Fisiológico	
Abordagem	Intervenções
Avaliar, prevenir e tratar a Dor Justificação: A dor na pessoa internada em UCI é frequente, tem múltipla etiologias e apresenta variabilidade interindividual. A Dor na pessoa em situação crítica é comum em repouso e durante procedimentos, incluindo atividades regulares (ex. mobilização) ou procedimentos simples (ex. inserção de cateter arterial).	– Avaliar a Dor através de escalas validadas a cada 2 h e SOS, através da escala BPS (*Behavioral Pain Scale*) ou Escala numérica/visual da dor; – Intervenções não farmacológicas para alívio da dor (Posicionamento, massagem, terapia de quente ou frio quando dor localizada); – Intervenções farmacológicas para tratar a dor: • Os opióides devem ser a 1.ª linha para a dor não neuropática; • O opióide de 1.ª linha é o Fentanil; • A morfina deve ser utilizada em bólus para analgesia na transição da pessoa para a enfermaria, após suspensão do Fentanil (evitar síndrome de abstinência); • Devem ser associados analgésicos não opióides (Paracetamol e/ou metamizol) para reduzir a dose de opióides e diminuir eventos adversos; • Associar aos opióides, gabapentina ou carbamazepina se Dor Neuropática; • Analgesia Epidural na presença de traumatismos torácicos, pancreatites, cirurgias abdominais; **Administrar analgesia sempre, antes de qualquer procedimento invasivo ou doloroso.**
Escolha da Sedação Justificação: Os objetivos de analgesia e sedação, o modo de administração e os fármacos utilizados devem ser individualizados e de acordo com a patologia base e com a situação aguda que motivou o internamento.	– Diariamente deve ser prescrito um nível de sedação adequado à situação clínica da pessoa; – Monitorizar através da Escala de Agitação/Sedação de Richmond – RASS – A sedação deve ser monitorizada 2xturno; – Suspensão diária da sedação: • O sedativo de **1.ª Linha será o Propofol** 2% (< 4 mg/kg/h); • Se esta dose não for suficiente para atingir o nível de RASS desejado, associar Cetamina (varia com o contexto); • Midazolam – 150 mg (3 ampolas de 50 mg/10 ml) até 50 ml de SF (3 mg/ml); – Recomendações na terapêutica Sedativa para alvos de Rass -3/0: • O sedativo de **1.ª Linha será o Propofol** 2% (< 4 mg/kg/h) • Quando Rass de -3, **deve ser associado Dexmedetomidina** (8 mcg/ml); • Quando atingido Rass 0, iniciar desmame de Dexmedetomidina de forma lenta ao longo de 24 a 48h (de acordo com protocolo terapêutico); • Em caso de necessidade de suspensão de Dexmedetomidina sem tempo de desmame, esta pode ser substituída por clonidina, o seu efeito máximo é entre 2 a 4 h. Ao fim de 6 h reduzir gradualmente a dexmedetomidina em 25% (varia com o contexto).

Quadro 4 – Avaliação, intervenções e abordagem para reduzir a necessidade da CM na PSC
adaptado de (Adams *et al*, 2023; Lucento *et al*, 2023; Lach *et al*, 2016).↩↖↖

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Físico/Fisiológico	
Abordagem	Intervenções
Suspensão diária da sedação com treinos de ventilação espontânea Justificação: promover o desmame ventilatório o mais precocemente possível e permitir à pessoa estar desperta e consciente.	– Utilizar protocolos de Interrupção Diária da Sedação com Testes de Respiração Espontânea; – Suspender a sedação no período da manha; • Se não tolerar reiniciar em 50% da dose; • **Reduzir sedação para 50% no período da manhã (protocolo UCIP).**
Promoção do Sono Justificação: O sono integra-se no sistema de sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve. Esta é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar.	– Reduzir a luminosidade da sala/unidade: • Regular a luminosidade junto da pessoa; • Diminuir a intensidade da luz na unidade; • Facultar máscara para os olhos; • Regular os níveis de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência de luz); • Permitir que a pessoa perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono. – Reduzir o Ruído: • Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar; • Facultar tampões para os ouvidos; • Abrir e fechar portas e gavetas lentamente; • Diminuir o som do telefone no período da noite. • Ajustar os limites dos alarmes dos monitores, ventiladores e bombas infusoras. – Reduzir a Prestação de Cuidados: • Modificar o horário da medicação (se possível); • Evitar colheitas analíticas no período da noite; • Evitar frequentes reposicionamentos no período noturno; • Evitar cuidados de higiene, higiene oral, limpeza ocular. – Controlar a Dor, ansiedade e desconforto: • Avaliar e controlar a dor; • Realizar técnicas de relaxamento (musicoterapia e massagem); • Lençóis limpos, esticados e sem pregas. Fornecer Indutores do sono, antipsicóticos.

Quadro 4 – Avaliação, intervenções e abordagem para reduzir a necessidade da CM na PSC
adaptado de (Adams *et al*, 2023; Lucento *et al*, 2023; Lach *et al*, 2016).↩↖↖

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Físico/Fisiológico	
Abordagem	**Intervenções**
Mobilização Precoce Justificação: fundamental na recuperação da funcionalidade e no ganho da autonomia após a alta.	**Sugere-se Reabilitação** – conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em pessoas com um problema de saúde. **Sugere-se Mobilização** – um tipo de intervenção dentro da reabilitação que facilita o movimento com o objetivo de melhorar os outcomes para a pessoa. Sugere-se a **mobilização sobretudo nos períodos de despertar com treino de respiração espontânea.** Infusões vasoativas ou ventilação mecânica não são barreiras para iniciar reabilitação/mobilização, se estabilizados.
Remover os dispositivos invasivos o mais precocemente possível. Justificação: presenças de dispositivos médicos invasivos são promotoras de dor e desconforto, bem como suscetíveis de infeção.	– Avaliar diariamente a necessidade da permanência dos dispositivos invasivos; – Explicar à pessoa a necessidade dos mesmos, o que são, para que servem e qual a vantagem da sua colaboração; – Manutenção adequada dos mesmos para diminuir risco de infeção; – Remover logo que não sejam, necessários.
Psicológicos	
Comunicação eficaz Justificação: Uma comunicação eficaz permite à pessoa internada sentir-se parte do seu processo de doença bem como fomenta a confiança na equipa.	Tratar a pessoa pelo seu nome; – O profissional deve sempre apresentar-se e estar identificado; – Reorientar a pessoa no tempo e no espaço (relógios, calendários em locais visíveis); – Ter uma relação de empatia e tranquilidade para com a pessoa; – Explicar sempre os procedimentos antes de os realizar; – Usar tradutores e familiares para facilitar a comunicação.
Envolvimento da Família Justificação: envolver a família no cuidado durante uma doença crítica tem um impacto positivo na qualidade e na segurança e pode diminuir a ansiedade, a confusão e a agitação.	– Envolver a família no Plano de Cuidados à Pessoa internada em UCI; – A família é extraordinariamente importante na recolha da história da pessoa internada (antecedentes, terapêutica habitual, hábitos/consumos, comportamento, preferências...) – Facilitar o processo de adaptação da família à doença crítica do seu familiar; – Diminuir o impacto do internamento em UCI na dinâmica familiar; – Promoção de reunião diária entre família, enfermeiro e medico; – Flexibilização da visita, otimização de horários; – Personalização da unidade da pessoa internada.

Quadro 4 – Avaliação, intervenções e abordagem para reduzir a necessidade da CM na PSC
adaptado de (Adams *et al*, 2023; Lucento *et al*, 2023; Lach *et al*, 2016).

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Psicológicos	
Abordagem	**Intervenções**
Estimulação Cognitiva e Sensorial Justificação: estimular a função cognitiva da pessoa bem como proporcionar ocupação e distração, ajudando na distinção do dia e da noite.	– Implementar técnicas diurnas de estímulo cognitivo: ler, ouvir musica, ver televisão, mobilização, visita familiar; – Facultar meios auxiliares de visão e audição; – Manter um ambiente tranquilo, controlando o ruído e o comportamento dos profissionais; – Incentivar a visita e o envolvimento dos familiares nos cuidados de Enfermagem; – Colocação de cortinas e manutenção da privacidade; – Garantir acesso a espaço exterior.
Avaliar, prevenir e tratar o *Delírium* Justificação: Monitorizar o *delírium* permite um diagnóstico diferencial de outros síndromes como a Confusão.	– A identificação do *delírium* deve ser feita utilizando a escala CAM-ICU (*Confusion Assessment Method – in ICU*) e da escala ISDCS; – O CAM-ICU deve ser aplicado 2xdia, na manhã e na tarde; – A escala ISDSC deve ser realizada 1xdia na tarde; – Intervenções não farmacológicas para prevenir o *delírium* (todas as descritas anteriormente); – Intervenções farmacológicas para tratar a **Agitação**: • Benzodiazepinas não devem ser utilizadas como sedação de 1.ª linha (exceto em situações particulares como o tratamento do *delírium tremens*, da síndrome de privação das benzodiazepinas, álcool ou drogas); • Haloperidol bólus 0,5 até 5 mg EV 20-30 min se agitação ligeira (RASS +1,+2); • Haloperidol bólus 5 até 20 mg EV 20-30 min se agitação intensa (RASS +3,+4); • Quetiapina 25 mg oral 2xdia (12/12 horas); • Olanzapina < 60 anos – 10 mg oral 2xdia ou > 60 anos – 5 mg oral 1xdia (varia com o contexto); • Sedação com Dexmedetomidina conforme protocolo.
Ambiental	
Promover ambiente seguro	– Remover dispositivos ou equipamentos que possam colocar em risco a integridade ou a vida da pessoa ou profissionais; – Promover um ambiente tranquilo; – Fomentar a presença de um familiar para tranquilizar a pessoa; – Sempre que possível a dotação de Enfermeiro-Pessoa deve ser de 1:1.