

A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos.

Physical restriction of mobility – a study of the various aspects of its use for therapeutic purposes.

La restricción de la movilidad física – un estudio sobre los diversos aspectos relacionados con su uso para fines terapéuticos

Honório Faria*; Abel Paiva**; Paulo Marques***

Resumo

Cuidar de pessoas com perturbações da memória e da atividade psicomotora, gerir o risco e promover a segurança destes doentes, implica pensamento crítico baseado em conhecimentos específicos, que permitam compreender estas alterações e planear intervenções adaptadas às suas necessidades. O uso de restrições físicas da mobilidade (RFM) é uma ação levada a cabo por parte dos profissionais de saúde.

Com este estudo pretendeu-se analisar a problemática da RFM de forma a identificar a frequência, locais, tipos, localização anatómica da aplicação RFM e os critérios usados pelos enfermeiros para o uso das RFM. Este estudo foi desenvolvido num hospital universitário central, de Portugal, delineado no paradigma quantitativo, utilizando a técnica de observação e entrevista. A amostra obtida foi de 110 doentes internados em unidades de cuidados agudos médicos e cirúrgicos. Relativamente às razões para o uso das RFM conclui-se que 36,5% recaí sobre o “risco de queda”. Identificou-se as grades na cama, em 58,5%, como o tipo de RFM mais usado, o que sugere uma intenção de segurança por parte dos enfermeiros.

Somente 20% dos doentes tinham sido aplicadas medidas alternativas à RFM, não sendo estas eficazes, sugerindo a necessidade de atenção prioritária no futuro.

Palavras-chave: restrição física; confusão; acidentes por quedas; prevenção e controlo

Abstract

Caring for people with memory and psychomotor activity disorders, managing risk and promoting the safety of these patients involves critical thinking based on specific knowledge and understanding of these changes and planning interventions tailored to their needs. The use of physical mobility restrictions (PMR) is an action taken by health professionals.

This study aimed to analyze the basis of PMR, to identify the frequency, types, anatomical location of PMR sites, and criteria used by nurses for the use of PMR. The study was developed in a central university hospital in Portugal, and carried out in the quantitative paradigm, using the techniques of observation and interview. The sample consisted of 110 patients having PMR in medical and surgical acute care units.

Regarding the reasons for use of PMR, it was concluded that 36,5% were related to “Fall risk”. Bed rails were identified in 58,5% of cases as the most widely used type of PMR, which suggests a security intention on the part of nurses.

Only 20% of the patients had alternative measures applied, and these were not effective, suggesting the need to give priority attention to the use of RFM in the future.

Keywords: physical restraints; confusion; accidental falls; prevention & control

* Enfermeiro Graduado do Centro Hospitalar Médio Ave - Unidade de Vila Nova de Famalicão. Mestre em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa [honoriofaria@gmail.com].

Artigo baseado na Dissertação com o título A restrição física da mobilidade – Estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos, defendida em Outubro de 2010, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

** Doutor em Enfermagem. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

*** Doutor em Enfermagem pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Resumen

La atención a personas con perturbaciones de memoria y de su actividad psicomotora, la gestión del riesgo y la promoción de la seguridad de estos pacientes, implica una reflexión crítica basada en conocimientos específicos, que permitan comprender dichos cambios y planificar las intervenciones adaptadas a sus necesidades. El uso de restricciones físicas a la movilidad (RFM), es una acción llevada a cabo por parte de profesionales de la salud. Este estudio tuvo por objetivo evaluar el problema de las RFM para identificar la frecuencia, lugares, tipos, ubicación anatómica de la aplicación y los criterios utilizados por las enfermeras para el uso de las RFM. Se desarrolló en un hospital universitario en el centro de Portugal, dentro del paradigma cuantitativo y mediante la técnica de observación y entrevista. La muestra obtenida sumó 110 pacientes ingresados en unidades de cuidados agudos médicos y quirúrgicos. En lo que concierne las razones para el uso de las RFM se concluyó que el 36,5% incide sobre el “riesgo de caída”. Se las barras de la cama presentan una presencia de 58,5%, siendo así el tipo más utilizado de RFM, lo que sugiere la intención de seguridad por parte de las enfermeras. Sólo a un 20% de los pacientes se les habían aplicado medidas alternativas a las RFM, sin que estos hayan sido eficaces, lo que sugiere la necesidad de una atención prioritaria en el futuro.

Palabras clave: restricción física; confusión; accidentes por caídas; prevención & control

Recebido para publicação em: 07.09.11

Aceite para publicação em: 18.01.12

Introdução

De acordo com estudos realizados sobre a restrição física da mobilidade (RFM), as taxas prevalência, situam-se entre 7,4% e 17% nos serviços hospitalares de curto internamento, e 3,4% a 21% dos doentes em fase aguda da doença. Em lares, a prevalência varia entre 41%-64% (Marks, 1992; Evans, Wood e Lambert, 2002; Hamers e Huizing, 2005).

A RFM de doentes durante um processo agudo de doença foi uma prática comum durante muitos anos. Os sistemas de RFM são utilizados para impedir as pessoas confusas de vaguear, evitar a exteriorização de dispositivos médicos e minimizar o risco de queda. No entanto, a RFM pode reduzir alguns riscos, mas traz outros. Numa primeira pesquisa da literatura encontra-se associado a eventos adversos como a morte (ANAES, 2000; Evans, Wood e Lambert, 2002; Fletcher e Hirdes, 2010).

A *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES, 2000 p. 10), define restrição física como sendo “uma utilização de todos os meios, métodos, materiais e vestuário que impedem ou limitam as capacidades de mobilização voluntária de todo corpo, ou de parte dele, tendo como único objetivo obter uma segurança do indivíduo que apresenta um comportamento considerado perigoso ou mal adaptado.”

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre doentes com RFM hospitalizados, ao contrário de outros países que já têm uma história consistente de investigações realizadas neste domínio.

Deste modo, torna-se importante fazer uma reflexão para uma análise da problemática sobre RFM. A utilização desta técnica representa um dilema para os enfermeiros, que oscilam entre o direito à autodeterminação do doente e a necessidade de decidirem o que é melhor para ele.

Com este estudo pretendeu-se identificar: a frequência, o tipo, os locais, os locais anatómicos da colocação e os critérios usados pelos enfermeiros para a utilização da RFM.

Quadro teórico

A RFM tem-se manifestado como uma intervenção do fenómeno confusão, que condiciona o processo terapêutico do doente. A identificação atempada

desta síndrome e a instituição de intervenções que promovam a segurança, dignidade e qualidade de vida dos doentes internados, são emergentes. A confusão, como uma resposta da pessoa ao processo de doença e de envelhecimento, será um fenómeno cada vez mais frequente em contexto hospitalar. As intervenções descritas pelos vários estudos desenvolvidos vão no sentido de promoverem a segurança do doente, restringindo-o fisicamente. A RFM é uma medida impopular e não desejada (ANAES, 2000). Poderá ser considerada apropriada como medida de última instância em situações de perigo iminente para o doente e para os outros. Em Portugal, a Direção Geral da Saúde emitiu uma Circular Normativa, que nas instituições onde se prestam cuidados de saúde, os episódios de comportamento agressivo ou disruptivo por parte dos doentes são uma realidade, torna-se necessário adotar medidas de RFM, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente (Direção Geral da Saúde, 2007). É evidente que a RFM, na maioria dos casos são utilizadas como medida de segurança, em que a razão principal é a prevenção de quedas (Segatore e Adams, 2001; Fletcher e Hirdes, 2010). A prevenção de retirar dispositivos médicos (sondas nasogástricas, cateteres, sondas vesicais, etc.) é também uma razão importante (Choi *et al.*, 2003; Hamers e Huizing, 2005). No entanto, existem indicações para o uso das RFM, para permitir um tratamento emergente (Segatore e Adams, 2001).

Existem variadíssimos sítios onde são utilizadas as RFM, como por exemplo a cama, cadeira de rodas, sofá, etc. A escolha do sítio da aplicação da restrição, visa uma restrição parcial ou completa dos movimentos da pessoa. E também assegura que o doente não sofra uma queda. Em instituições de saúde com internamentos de longo prazo, o uso de RFM no sofá varia entre 19 a 84% (ANAES, 2000), ao contrário de outros estudos que descrevem 49% (n=128) dos residentes que estavam com RFM, 26% (n=67) dos casos eram usados tanto na cama como na cadeira, e em doentes em fase aguda, o local mais utilizado para a RFM era a cama, em 100% (n=37) (Hamers e Huizing, 2005; Bredthauer *et al.*, 2005).

A localização anatómica da RFM pode ser a nível do tronco, com colete de imobilização ou um cinto, cintura pélvica, das extremidades ou dos membros (punho ou tornozelo) com imobilizadores de punho/tornozelos, das mãos com luvas sem dedos e a todo o comprimento do corpo com as grades laterais da cama.

Num estudo efetuado na Austrália, em lares da 3ª idade, verificou-se que num universo de 6500 doentes, 1536 tinham RFM, e em 23,7% dos casos observou-se cintos abdominais. Num outro estudo realizado num hospital coreano, numa unidade de cuidados intensivos, é referido que em 94 doentes que apresentavam RFM, 67% estavam com imobilizações bilaterais de punho. As luvas que são um tipo de imobilização que evita que o doente faça fricção ao longo de episódios de prurido, numa amostra de 244 enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos de um hospital da Turquia, 35,8% (n=91) disseram que as usavam. Ao investigar a prevalência da RFM na Irlanda do Norte, num estudo longitudinal observacional, verificou-se que 68% (n=102) dos doentes foram submetidos a algum tipo de RFM, sendo que as grades elevadas foi o tipo de RFM mais observado (Gallinagh *et al.*, 2002; Choi *et al.*, 2003; Demir, 2007).

Metodologia

Este estudo de investigação está direcionado para a problemática da RFM. Mais concretamente, pretende conhecer os aspetos inerentes à utilização da restrição física da mobilidade, pelos enfermeiros, durante o período de internamento, num hospital central português. A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem quantitativa de natureza exploratória descritiva.

O presente estudo orientou-se no sentido de responder aos seguintes objetivos: 1) identificar a frequência da utilização de RFM; identificar, o tipo, locais, localização anatómica da colocação da RFM; 2) identificar os critérios usados pelos enfermeiros para utilizar a RFM; 3) identificar, nos doentes com RFM: défice de autocuidado, avaliado através do quadro de classificação de doentes, que os caracteriza por indicadores críticos de acordo com a sua dependência na: higiene e cuidados pessoais; alimentação; movimentação e eliminação; alteração do equilíbrio - avaliado pela observação direta do doente, e revela particular importância pois os doentes com alterações do equilíbrio apresentam um risco acrescido de queda; confusão, através da aplicação da Neecham *scale* (traduzida e validada para a população portuguesa por Neves, Silva e Marques (2011)) num corte transversal no tempo.

População/amostra

Este estudo desenvolveu-se num hospital central português. A população em estudo foi constituída por 552 doentes internados nos serviços de Medicina, Cardiologia, Cirurgia, Endocrinologia, Gastrenterologia, Hematologia, Neurologia, Ortopedia, Pneumologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Infeciosas e Urologia. A amostra foi constituída por 110 doentes com RFM.

Instrumento de recolha de dados

A recolha dos dados ocorreu num único momento, ou seja, de forma transversal e resultou da aplicação de um formulário aos doentes internados. A observação do doente internado foi, neste estudo, a maior fonte de dados. Para tal, observou-se cada doente no ambiente da enfermaria. No momento da colheita de dados, para além da observação, também se colocaram duas questões ao enfermeiro responsável pelo doente com RFM.

O instrumento de recolha de dados foi o formulário constituído por 3 partes: a primeira é um espaço destinado à caracterização do doente, onde foram registadas as variáveis de atributo retiradas do processo clínico; a segunda parte é constituída por conjuntos de conceitos relacionados com a restrição física da mobilidade, cuja finalidade foi objetivar exatamente o que se observava; a terceira e última parte do formulário foram destinadas à transcrição da resposta do enfermeiro responsável pelo doente à questão colocada.

Os objetivos destas questões passaram por conhecer qual a razão da RFM e quais as intervenções aplicadas previamente à RFM. As questões colocadas foram: “qual a razão da RFM?” e “quais as intervenções realizadas antes da RFM?”. A resposta dada pelo enfermeiro era de imediato transcrita para o formulário.

Análise estatística

Os dados foram introduzidos numa base de dados e posteriormente tratados recorrendo ao programa estatístico SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 14.0. Com o objetivo de resumir e retirar conclusões da informação obtida, utilizou-se uma estatística descritiva e inferencial.

A análise dos dados teve em conta um valor de $p < 0.05$ – estatisticamente significativo. O processo de análise das entrevistas baseou-se na técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2008). Para esse efeito, foi concebido um modelo de análise a

priori, constituído por categorias e subcategorias, organizado segundo um quadro teórico definido - CIPE® (Versão 1). A metodologia de organização do *corpus* de análise dentro dos temas estabelecidos teve como critério o valor semântico, a CIPE® (Versão 1), como modelo semântico permitiu a não-variação de juízos permitindo o estabelecimento preciso dos temas, categorias e subcategorias. A enumeração de cada unidade de registo subcategorizada só foi contabilizada uma vez. Assim, o que se considera significativo é a regularidade quantitativa de aparição no total do *corpus*. Deste modo, a importância da categoria aumenta com a frequência de aparição da unidade de registo subcategorizada, portanto, foi uma análise categorial, frequencial e quantitativa.

O estudo obteve autorização da Comissão de Ética da Instituição. Foi solicitado o consentimento escrito, livre e esclarecido do representante legal/familiar do doente confuso, visto ser considerado pessoa vulnerável. Os enfermeiros que participaram assinaram também o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Características gerais da amostra

Os resultados obtidos mostram que dos 110 doentes da amostra (com RFM) situava-se entre os 23 e os 96 anos, com média de 73,8 anos. Cerca de metade (53%) era do sexo masculino e de acordo com a escala de Confusão Neecham (aplicada a 552 doentes) identificaram-se 112 (20,3%) doentes confusos. Em termos de escolaridade 32,7% (36) têm a instrução primária, 31,8% (35) são analfabetos, e os que 'não sabem/não respondem' correspondem a 20,9%. Há, no entanto, um número razoável de sujeitos que apresenta um grau de escolaridade baixa como a instrução primária e analfabetos. Contrapõe-se a este grupo uma percentagem diminuta de indivíduos com a instrução secundária e superior.

Relativamente à distribuição dos elementos da amostra pelos diferentes serviços, o serviço de Medicina distingue-se com a maior percentagem de doentes com presença de RFM observados 37,3%, de seguida o serviço de Neurologia representa 19,1% e na Unidade de Cuidados Intensivos verifica-se 10%. Em termos de diagnóstico médico, os três maiores grupos são as patologias: 25,5 do trato respiratório, 24,5% do aparelho circulatório e as do aparelho digestivo, com 10,9%. Em termos de dependência a maior percentagem de RFM, foi observada nos doentes totalmente dependentes com 77,3% e 21,8% nos doentes que necessitavam de ajuda parcial e 60,9% dos doentes apresentava alterações do equilíbrio.

Observação do fenómeno

A RFM esteve presente em 19,9% (n=552). No entanto, a observação do doente no seu espaço da enfermaria permitiu a identificação do local, tipo e localização anatómica da RFM. Com base na observação, o fenómeno foi documentado, enquanto, ao local: cama, cadeira de rodas e sofá; ao tipo: grades, imobilizadores de punho e lençol; e à localização anatómica: dois membros superiores, tronco, um membro superior e aos quatro membros. Os locais da RFM podem ser os mais diversificados. O local mais observado é a cama, com 92,7% os outros locais apresentam valores percentuais nitidamente mais baixos. Conforme a tabela 1, foram observadas num total de 135 vezes os três tipos de RFM, e ao mesmo tempo havia doentes com mais do que um tipo de RFM. Dos mais significativos, 58,5% são referentes às grades. A localização anatómica da RFM tem um importante significado, pois vai interferir na aptidão que o indivíduo tem para efetuar movimentos com o corpo, incluindo a capacidade de regular os mecanismos de controlo sobre si próprio. Os movimentos dos membros superiores estão limitados em metade dos casos, foram observados num total de 60 vezes. Os locais anatómicos de RFM em mais de 2/3 das vezes incluem os membros superiores.

TABELA 1 – Locais, tipo e localização anatómica da RFM

Local	N (%)
Cama	102 (92,7)
Cadeira de Rodas	7 (6,7)
Sofá	1 (0,9)

Tipo	
Grades	79 (58,5)
Imobilizadores de punho	40 (29,6)
Lençol	16 (11,9)
Localização anatómica	
Dois membros superiores	30 (50)
Tronco	18 (30)
Um membro superior	11 (18,3)
Quatro membros	1 (1,7)

As razões para a RFM

Tendo em conta a razão apontada para tal, foram identificados 16 conceitos, referidos 178 vezes pelos enfermeiros responsáveis pelos doentes com RFM, e agrupados em 8 categorias (tabela 2). A maioria

(36,5%) é no domínio “Risco de queda”, seguindo a subcategoria “Prevenção da exteriorização de dispositivos médicos” com 20,2% (36), do total das respostas por parte dos enfermeiros responsáveis pelos doentes com presença de RFM.

TABELA 2 – Razões apontadas pelos enfermeiros responsáveis pelos doentes com a presença de RFM

Subcategoria	Categoria – Risco de queda unidade de registo	N (%)
Prevenção de quedas	“Para evitar quedas”	30 (16,9)
Agitação	“Colocadas grades por agitação”	23 (12,9)
Tentativa de levantar	“Por tentativas de levantar”	6 (3,4)
Movimentos involuntários	“Por movimentos involuntários e não acalmar os braços”	4 (2,2)
História de quedas	“Há registo de quedas anteriores”	2 (1,1)
Subcategoria	Categoria - Alterações do <i>status</i> mental unidade de registo	N (%)
Desorientação	“Devido á desorientação”	12 (6,7)
Confusão	“Pelo estado de confusão do doente”	11 (6,2)
Alucinação	“Por alucinações”	2 (1,1)
Hipoxia	“Faz hipoxias”	2 (1,1)
Alteração do estado de consciência	“Devido ao estado de consciência”	2 (1,1)
Subcategoria	Categoria – Falta de colaboração nos tratamentos instituídos unidade de registo	N (%)
Prevenção da exteriorização de dispositivos médicos	“Porque retira o soro e a sonda vesical”	36 (20,2)
Subcategoria	Categoria - Imperativo legal unidade de registo	N (%)
Proteção e segurança	“Para sua segurança”	34 (19,0)
Subcategoria	Categoria – Imperativo Institucional unidade de registo	N (%)
Norma de serviço	“Por norma de serviço”	9 (5,1)
Subcategoria	Categoria – Comportamento social inadequado unidade de registo	N (%)
Agressividade	“Por agressividade”	3 (1,7)
Subcategoria	Categoria – Características pessoais unidade de registo	N (%)
Idade e feito	“Devido à idade e ao feito”	1 (0,6)
Subcategoria	Categoria – Alterações na perceção sensorial unidade de registo	N (%)
Acuidade auditiva	“Apresenta diminuição da acuidade auditiva”	1 (0,6)
Total		178 (100)

As alternativas tentadas previamente à restrição física da mobilidade

As entrevistas com os enfermeiros mostraram que dos 110 doentes com RFM, a 80% (88) não foi tentada

qualquer alternativa prévia à RFM. Nos restantes 20% (22) dos doentes foram tentadas alternativas prévias à RFM. Dos enfermeiros que aplicaram alternativas, apurou-se 5 conceitos referidos 24 vezes, que foram

agrupados numa única categoria, denominada 'Intervenção prévia à RFM' (tabela 3). Regista-se que a quase totalidade das intervenções são no domínio

da "Informação", "Administração de medicação", e "Orientação", ao passo que o "Diálogo" e a "Presença de familiares" são tentativas esporádicas.

TABELA 3 – Intervenções prévias à restrição física da mobilidade

Subcategoria	Categoria - Intervenção prévia à RFM unidade de registo	N (%)
Informação	"Explicado que não se podia levantar"	8 (32)
Orientação	"Tentamos orientar mas sem efeito"	7 (29,2)
Administração de medicação	"Medicação mais nada"	7 (29,2)
Presença da família	"Deu-se a oportunidade de a esposa estar presente"	1 (4,2)
Diálogo	"Conversei com o doente"	1 (4,2)
Total		24 (100)

Características dos doentes com Restrição Física da Mobilidade

Após a análise descritiva dos dados, a finalidade foi estudar a relação entre os atributos do doente (idade, sexo, escolaridade) e a presença da RFM. A idade média dos doentes com RFM envolvidos no presente estudo foi de 73,8 anos de idade, mediante os resultados, constatou-se que os doentes que apresentam RFM são em média, 12,2 anos mais velhos que os indivíduos que não apresentam RFM, revela a existência de uma relação significativa entre o atributo idade e a RFM ($t = -6,550$, $df=550$ e $p < 0,001$). Em relação ao sexo dos indivíduos da nossa amostra, os testes estatísticos por nós efetuados não comprovam a existência de uma relação estatística significativa, 53% (58) dos doentes são do sexo masculino, os restantes 47% (52) são do sexo feminino. Os resultados mostram uma associação significativa entre as RFM e o nível de escolaridade ($\chi^2=38,565$, $df=4$ e $p < 0,001$). As pessoas com menor nível de escolaridade, analfabetismo e com instrução primária 40,2% (35) e 41,4% (36), respetivamente, têm maior probabilidade de vir a ser alvo de RFM. Por outro lado, as RFM foram observadas com menos frequência nos doentes com instrução básica 3,4% (3), instrução secundária 8% (7) e curso superior 6,9%. Relativamente à variável diagnóstico médico da doença está associado com a RFM ($\chi^2=65,863$, $df=12$ e $p < 0,001$). As doenças mais frequentes nos doentes com RFM integram-se nos grupos de doenças do aparelho respiratório e circulatório, com 25,5% (28) e 24,5% (27), respetivamente, representando em conjunto mais de 50% dos doentes com RFM. No que se refere à confusão, revela um elevado significado

estatístico entre a RFM e a confusão ($\chi^2=225,532$, $df=1$ e $p < 0,001$), através da aplicação da NEECHAM *Confusion Scale*, constatámos que a RFM está presente em 71,8% (79) dos doentes confusos e, em 28,2% (31) dos doentes avaliados como não-confusos, este dado é muito importante, pois demonstra que há doentes a quem são aplicadas as RFM, por outras razões que não a confusão. Os resultados permitiram, ainda, verificar que os doentes que o grau de dependência no autocuidado está significativamente relacionado com a RFM ($\chi^2=545,747$, $df=2$ e $p < 0,001$). Por último, constata-se que existe uma associação com elevado significado estatístico entre o equilíbrio e a RFM ($\chi^2=306,409$, $df=1$ e $p < 0,001$).

Confusão versus tipos de RFM

Quando os enfermeiros se deparam com doentes confusos, elegem prioritariamente as grades como a RFM mais utilizada, em 63% (55), ficando os restantes a cargo dos imobilizadores de punho e tornozelo. Nos doentes não-confusos, a maioria também é imobilizado com as grades.

Doentes com equilíbrio/desequilíbrio, confusos /não confusos com RFM.

Em doentes com desequilíbrio, confusos e com RFM verifica-se que, todos os doentes com desequilíbrio, confusos ou não, tinham RFM, dos doentes sem desequilíbrio e confusos, 33 não tinham RFM e dos doentes sem desequilíbrio e sem confusão, 4,4% (19) dos 428, tinham RFM, valor este que é muito importante (tabela 4) pois foram invocados 5 conceitos 26 vezes. Permite inferir que algumas das razões apontadas se relacionam com a confusão. Apesar de no momento da avaliação o diagnóstico não

estar presente, isso não impede que o doente possa estar confuso, porque a confusão é um fenómeno com características flutuantes, ou ter estado confuso e, na dúvida, os enfermeiros optam por intervenções que os salvaguardem de surpresas desagradáveis, como a exteriorização de dispositivos médicos. Isso pode também explicar a justificação atribuída ao ‘Imperativo legal’ e à ‘Falta de colaboração nos tratamentos instituídos’, que se relacionam muitas vezes com a responsabilidade associada às quedas e à dificuldade em cumprir as prescrições, ambas muito relacionadas com os doentes confusos. Mas a ‘Falta de colaboração nos tratamentos instituídos’ pode também verificar-

se em doentes que não estão confusos e, nessa medida, terem a capacidade para decidir recusar uma qualquer proposta de tratamento. No que se refere à agitação, é verdade que existem outras causas que estão na sua origem, para além da confusão, como a dor ou a retenção urinária, mas a RFM nunca seria adequada. Por outro lado, uma anterior confusão do tipo hiperativo poderia justificar a manutenção da RFM por mais algum tempo, até o enfermeiro ter, não uma certeza absoluta, mas uma certeza com elevada probabilidade de que o doente não porá em risco a sua integridade física, ou de outros.

TABELA 4 – Razões invocadas para a Restrição Física da Mobilidade em doentes sem alteração do equilíbrio e não confusos

Subcategoria	Categoria - Razões invocadas para a RFM unidade de registo	N (%)
Falta de colaboração nos tratamentos instituídos	“Retirou a SNG”	9 (34,6)
Proteção e segurança	“Para a sua segurança”	8 (30,8)
Alteração do <i>status</i> mental	“Devido à confusão”	4 (15,4)
Agitação	“Por agitação motora”	4(15,4)
Características pessoais	“Devido à idade e ao feitio”	1(3,8)
Total		26 (100)

Discussão

Uso da RFM

No nosso estudo o uso de RFM é inferior aos valores encontrados na maioria dos estudos a que tivemos acesso nesta área. É de salientar, que a maioria dos estudos reporta a lares e hospitais psiquiátricos, o que difere deste. Comparativamente com o estudo de Hamers e Huizing (2005) que verificou que a incidência de RFM no período de 1999-2004 varia entre 41-64% nos lares e 33-68% nos hospitais, e o de Gallinagh *et al.*, (2002) que observou 102 doentes num estudo longitudinal, 68% foram submetidos a RFM. As razões apontadas pelos enfermeiros para o uso da RFM correspondem ao risco de queda seguido da prevenção da exteriorização de dispositivos médicos, 36,5% e 36% respetivamente, do total das respostas para justificarem o seu uso. Estes dados são frequentemente referenciados por diversos autores que investigam estas matérias, (Hamers e Huizing, 2005; Choi *et al.*, 2003; Fletcher e Hirdes, 2010). Os motivos não variam muito, sendo que para Hamers e Huizing (2005) evitar as quedas foi o principal

motivo, com cerca de 90%. No seu estudo, Choi *et al.* (2003), refere que o uso de RFM foi de 70,2%, pela presença nos doentes de dispositivos médicos (ex. sondas nasogástricas, soros etc.). Perante estes dados, constata-se que os principais motivos que levam os enfermeiros a restringir fisicamente os doentes são a sua segurança. A pesquisa verificou que dos 110 doentes com RFM, em 20% dos doentes foram tentadas alternativas prévias à RFM. A evidência científica mostra que as alternativas da RFM são eficazes, em muitas circunstâncias. Demir (2007) comprovou que os enfermeiros tentaram o uso de alternativas à RFM em 74,4% e 25,6% dos enfermeiros não o fizeram. As alternativas prévias à RFM utilizadas foram: 10,9% a promoção de um ambiente seguro, 9,7% a permissão para os doentes passarem mais tempo com os familiares, 9,2% o estar mais tempo com o doente, 8,3% colocar o doente na enfermaria junto da sala de trabalho do enfermeiro e, por último, 7,2% planear os cuidados juntamente com o doente. Segundo o mesmo autor refere, nenhuma destas alternativas reduziu o uso da RFM. Um aspeto particularmente importante prende-se com o fato de

os enfermeiros tentarem a orientação para a realidade, que é uma intervenção adequada para os doentes confusos, ainda que a evidência que a suporte não seja inequívoca (O`Connell e Ski, 2006). As questões que emergem relacionam-se com a qualidade da orientação, isto é: será que os enfermeiros utilizam a orientação como uma intervenção de enfermagem? e com a crença no seu valor: será que os enfermeiros atribuem valor à intervenção? O trabalho de Sousa, Silva e Marques (2011), realizado entre nós, demonstra que os membros da família prestadores de cuidados utilizam essa técnica, por tentativa e erro, e como senso-comum, sem ter havido um ensino profissional que os capacitasse para tal. A pesquisa confirmou que os doentes mais idosos têm maior probabilidade de virem a ser alvo de RFM, o que é congruente com a literatura. Este grupo etário reúne um conjunto de condições favoráveis ao seu uso em virtude da sua vulnerabilidade e, por outro, pelo uso mais ativo dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, mais de metade dos doentes com RFM estava concentrada em três tipos de serviço: médico, neurológico e cuidados intensivos, facto já conhecido, que se relaciona a um conjunto de patologias prevalentes (como as doenças do aparelho respiratório e circulatório) e a características inerentes a essa faixa etária. A preocupação com a segurança, por parte dos profissionais de saúde, encontra um paralelismo com o diagnóstico médico (Neves, Silva e Marques, 2011). Foi identificada uma associação significativa entre as RFM e o nível de escolaridade. As pessoas com menor nível de escolaridade, analfabeto e com instrução primária 40,2% e 41,4%, respetivamente, têm maior probabilidade de vir a ser alvo de RFM.

E no seguimento de que a maioria da população envolvida neste estudo é idosa, verifica-se que as populações idosas têm, em muitos países, baixa escolaridade (Caldas, 2005; Fletcher e Hirdes, 2010). Havendo relação entre o nível de escolaridade e a idade, e tendo esta uma relação significativa com a RFM, não é seguro afirmar a relação causa efeito entre a escolaridade e a RFM. A RFM é uma indicação para doentes com comportamentos violentos com desordens mentais, tais medidas representam, concomitantemente aos seus objetivos terapêuticos de proteção da vida e da integridade física dos doentes (Segatore e Adams, 2001; Portugal, 2007). Um dos principais motivos que levam à utilização da RFM é, precisamente, a confusão (Demir, 2007).

Através da aplicação da *NEECHAM Confusion Scale*, confirmamos que há um elevado significado estatístico entre a RFM e a confusão, por outro, constatámos que a RFM está presente 28,2% dos doentes avaliados como não-confusos. Verificou-se a existência de relação do grau de dependência no autocuidado está com a RFM o que deixa em aberto algumas interrogações, como o porquê disso acontecer, já que, se o doente está mais dependente, à partida estará mais incapaz de realizar ações que o ponham em risco e, por outro lado, a RFM irá agravar esse estado de dependência, a literatura também aponta a existência de uma forte tendência para a RFM nos doentes mais dependentes (Hamers e Huizing, 2005; Fletcher e Hirdes, 2010). A identificação de alteração do equilíbrio influencia a RFM como sendo um dos principais motivos que leva os enfermeiros a tomarem a decisão de RFM aos doentes, é a alteração do equilíbrio. Repare-se que um doente que tenha capacidade para se levantar da cama, ou para iniciar a marcha, se tiver alterações do equilíbrio, pode cair, e a prevenção das quedas, como já vimos, é uma intenção fortemente enraizada nos enfermeiros. A questão que emerge é, porque são aplicadas medidas de RFM aos doentes sem alterações do equilíbrio. Se forem doentes capazes de andar, será pelo risco de fuga? (Degan et al., 2004; Fletcher e Hirdes, 2010).

Conclusão

Este estudo é consensual quando comparado com a literatura consultada, já que, no início do mesmo, nada se sabia da realidade portuguesa. As alterações da memória, que estão associadas à confusão, provocam sofrimento ao doente, e levam a uma diminuição na sua capacidade de julgar, sendo incapaz de tomar decisões coerentes e seguras.

A deteção e tratamento precoce da confusão e das suas causas que evitem a progressão e manutenção da condição são fundamentais para o sucesso terapêutico, que deve ter como prioridade garantir a segurança física do próprio doente e dos que o rodeiam, de acordo com os dados que obtivemos. Os profissionais de saúde têm a obrigação de determinar a correta etiologia do quadro, prescrevendo a intervenção mais adequada. Repare-se que a RFM ao ser implementada em doentes confusos, não vai contribuir para a resolução daquele problema, mas

para a sua exacerbação. Truman e Ely (2003) referem que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para a melhoria dos cuidados a estes doentes, já que têm um contacto mais próximo e contínuo, sendo normalmente os primeiros a detetar alterações do comportamento, que são uma das principais razões para a RFM.

O que se verificou, neste estudo, foi que existe uma forte associação entre a RFM, os doentes idosos, confusos, com alterações do equilíbrio, com patologia das vias respiratória e circulatória e totalmente dependentes no autocuidado. E as razões estão muito relacionadas com a proteção e segurança dos doentes, intenção que é transversalmente indicada pela generalidade dos estudos nesta área, e também neste. As doenças assinaladas estão muito relacionadas com a confusão, como comprovou Neves, Silva e Marques (2011), e há pré-conceitos associados aos idosos que explicam um incremento na utilização das RFM nesta população específica (Ruth, 1999).

Neste estudo verificou-se que é na cama que a maior parte dos doentes têm RFM, e significativamente através da elevação das grades, isoladamente ou com outro tipo de RFM, o que se relaciona com o fato do doente ser muito dependente nos autocuidados. Se o doente tiver capacidade para se erguer, a colocação das grades num nível superior, só fará aumentar a gravidade da queda que se quer evitar. Este problema poderia ser facilmente contornado, se as camas hospitalares dispusessem de sistemas hidráulicos que permitissem o abaixamento das camas. Bolander (1998) refere que a elevação das grades na cama está contraindicada em doentes que sejam capazes de passar por cima delas.

Também constatamos a reduzida utilização de alternativas, antes da implementação da RFM, emergindo a orientação para a realidade, intervenção que deverá ser alvo de atenção prioritária, no futuro. Mostrou-nos, este trabalho, a complexidade subjacente às RFM, tendo-nos igualmente servido, para perceber que o doente merece que nos empenhemos em encontrar soluções, que podem passar por uma maior e mais ativa participação da família. Não para o hospital se substituir a ela, mas para se intensificarem ações que conduzam a um retorno à realidade, por sujeitos conhecidos do doente, e assim diminuir ou até mesmo reverter a sua confusão, motivo associado à RFM. Finalmente, reconhecemos que este estudo tem limitações, que se relacionam

muito significativamente com a nossa inexperiência em processos de pesquisa, mas os resultados alcançados são pertinentes e corroboram outros de outras realidades. A RFM é uma prática comum, apesar dos discursos apontarem no sentido da sua progressiva eliminação. Estas verdades, na essência, opostas, determinam que elejamos como prioritário, no futuro, a concretização de estudos de investigação multidisciplinares, englobando os profissionais que estão na prestação de cuidados, no sentido de se conseguir diminuir, ao mínimo possível, esta prática, já que, mesmo quando se tentaram medidas prévias à RFM, isso não impediu a sua efetivação.

Referências bibliográficas

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (2000) - *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* [Em linha]. [Consult. 10 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>>.

BARDIN, I. (2008) - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BOLANDER, V. B. (1998) - *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

BREDTHAUER, D. [et al.] (2005) - Factors related to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm of elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Vol. 38, nº 1, p. 10-18.

CALDAS, Alexandre Castro (2005) - *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

CHOI, E. [et al.] (2003) - Physical restraint use in a Korean ICU. Seoul. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 12, nº 5, p. 651-659.

DEGAN, M. [et al.] (2004) - The use physical restraints in an acute care hospital. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. Vol. 23, nº 2, p. 68-75.

DEMIR, Ayten (2007) - Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 39, nº 1, p. 38-45.

EVANS, D.; WOOD, J.; LAMBERT, L. (2002) - A review of physical restraint minimization in the acute residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 40, nº 6, p. 616-625.

FLETCHER, Paula C.; HIRDES, John P. (2010) - Risk factors restriction in activity associated with fear of falling among seniors within the community. *Journal of Patient Safety*. Vol. 6, nº 3, p. 187-191.

GALLINAGH, R. [et al.] (2002) - The use physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 39, nº 2, p. 147-156.

- HAMERS, J. P.; HUIZING, A. R. (2005) - Why physical restraints in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Vol. 38, nº 1, p. 19-25.
- LUDWICK, Ruth (1999) - Clinical decision making: recognition of confusion and application of restraints. *Orthopaedic Nursing*. Vol. 18, nº 1, p. 65-72.
- MARKS, W. (1992) - Physical restraints in the practice of medicine: current concepts. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 152, nº 11, p. 2203-2206.
- NEVES, Hugo; SILVA, Abel; MARQUES, Paulo (2011) - Tradução e adaptação cultural da Escala de confusão de NEECHAM. *Referência*. Série 3, nº 3, p. 105-112.
- O'CONNELL, Beverly; SKI, Chantal (2006) - Mismanagement of delirium places patients at risk. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 23, nº 3, p. 42-46.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2007) - Circular Normativa 08/DSPSM/DSPCS, de 25/05/07. *Medidas preventivas de comportamentos agressivos de doentes – contenção física*. Lisboa: DGS.
- SEGATORE, M.; ADAMS, D. (2001) - Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 – Interventions. *Orthopaedic Nursing*. Vol. 20, nº 2, p. 61-73.
- SOUSA, Joana; SILVA, Abel; MARQUES, Paulo (2011) - Estratégias do membro da família prestador de cuidados face às manifestações de confusão do seu familiar. *Referência*. Série 3, nº 4, p. 59-67.
- TRUMAN, B.; ELY, E. W. (2003) - Monitoring delirium in critically patients. *Critical Care Nurse*. Vol. 23, nº 2, p. 25-36.