



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

VICTÓRIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**O USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA COMO RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES
NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA**

**BRASÍLIA
2023**

Victória Rodrigues de Oliveira

**O USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA COMO RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES
NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade de Brasília
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a Carla Targino da Silva Bruno

Brasília
2023

O USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA COMO RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: REVISÃO NARRATIVA

Carla Targino da Silva Bruno
Victória Rodrigues de Oliveira

RESUMO

Trata-se de uma revisão narrativa com o objetivo de investigar o uso da contenção mecânica como restrição física em pacientes hospitalizados com foco na prática de enfermagem. A revisão abrange estudos publicados entre 2018 e 2023, analisando taxas de prevalência, registro, motivação e contexto da restrição física de pacientes em diversos cenários hospitalares. Os resultados revelam uma variação significativa nas taxas de prevalência, destacando as motivações predominantes de profilaxia de retirada de dispositivos e risco de quedas. O estudo enfatiza a importância de políticas específicas, treinamento da equipe de enfermagem e uma abordagem centrada no paciente para minimizar o uso de restrições físicas. A pesquisa destaca desafios e oportunidades para promover práticas de cuidado mais éticas, transparentes e seguras, contribuindo para o avanço contínuo na área da enfermagem e saúde.

Palavras-chave: Restrição Física; Assistência Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; e Segurança do Paciente.

Key words: Restraint, Physical; Hospital Care; Nursing Care; Humanization of Assistance; and Patient Safety.

INTRODUÇÃO

De acordo com a definição, a restrição física consiste no uso de dispositivos

e/ou técnicas para limitar os movimentos de um paciente, restringindo sua liberdade de locomoção e/ou de movimentação. Essas restrições podem incluir o uso de cintos, tiras, grades ou qualquer outro meio físico para imobilizar ou limitar o movimento de partes do corpo. É importante ressaltar que a restrição física não deve ser confundida com medidas de contenção necessárias para situações emergenciais e para garantir a segurança do paciente, como em casos de risco de danos auto infligidos (Robins et al., 2021).

A restrição de pacientes é um tema de grande relevância e discussão na área da saúde, especialmente no contexto da enfermagem. Historicamente, a prática de restrição física tem sido utilizada como uma medida para controlar e limitar a mobilidade de pacientes em diversos cenários, como hospitais e instituições de cuidados de longa duração. No entanto, ao longo dos anos, surgiram controvérsias e preocupações acerca do uso de restrições físicas, levando à revisão e à reavaliação dessa prática (Fariña-Lopez et al., 2018; Sze et al., 2012).

A história da restrição de pacientes remonta a tempos antigos quando métodos rudimentares, como amarras e correntes, eram utilizados para controlar indivíduos considerados perigosos ou fora de controle. Com o avanço da medicina e da enfermagem surgiram novas técnicas e dispositivos projetados para restringir a movimentação dos pacientes. Essas práticas eram frequentemente justificadas como forma de garantir a segurança do paciente e dos profissionais de saúde (Sze et al., 2012).

No entanto, a utilização de restrições físicas tem gerado controvérsias e virou pauta de discussões éticas ao longo dos anos. Estudos têm demonstrado que o uso indiscriminado de restrições físicas pode acarretar uma série de consequências negativas aos pacientes, incluindo danos físicos, psicológicos e até mesmo agravamento do estado de saúde. Além disso, a restrição física pode ser considerada uma violação dos direitos humanos dos pacientes, infringindo sua liberdade e autonomia (Funayama; Takata, 2020).

A restrição física de pacientes pode apresentar diversas consequências negativas. Estas incluem lesões físicas, desidratação, sufocamento, problemas circulatórios e cutâneos, incontinência e perda de força e mobilidade. Pacientes submetidos a restrição física também podem enfrentar trauma psicológico e

sentimentos de angústia durante e após o período de contenção, não apenas aos pacientes, como também a seus acompanhantes e aos profissionais de saúde (Li; Fawcett, 2014).

A restrição física é comumente considerada uma prática aceita para garantir a segurança do paciente, mas a sua eficácia como medida terapêutica não tem sido demonstrada em estudos. Portanto, é essencial incentivar educação, treinamento e desenvolvimento de políticas sobre práticas de restrição física para garantir que seu uso seja justificado e minimizado (Canzan et al., 2021; Li; Fawcett, 2014).

No contexto da equipe de enfermagem, a discussão sobre o uso de restrições físicas ganha ainda mais importância, uma vez que são esses profissionais que têm contato direto com os pacientes e são responsáveis pela implementação de cuidados de enfermagem. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na identificação de alternativas à restrição física, buscando abordagens baseadas em evidências para promover a segurança e o bem-estar dos pacientes. Além disso, cabe a esses profissionais a responsabilidade de garantir que a prática de restrição física seja utilizada de forma ética e justificada, considerando sempre o benefício e a dignidade do paciente (Dos Santos; Oliveira; Souza, 2021).

Visto isso e com base no movimento crescente que visa diminuir a prevalência da prática de restrição física em pacientes, o objetivo deste estudo é investigar o uso da contenção mecânica como restrição física em pacientes hospitalizados com foco na prática de enfermagem, analisando taxas de prevalência, registro, motivação e contexto da restrição física de pacientes em diversos cenários hospitalares.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura, realizada no período de março a dezembro, tendo a busca sido realizada entre abril e agosto de 2023 através das bases de dados Medline/PubMed (*National Center for Biotechnology Information* - NCBI), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Periódicos e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Foram utilizados os descritores estabelecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Heading* (MeSH) em português: Restrição Física; Assistência

Hospitalar; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; Segurança do Paciente; e Prática de Enfermagem; e em inglês: *Restraint, Physical; Hospital Care; Nursing Care; Humanization of Assistance; and Patient Safety*, além do uso e adaptação da busca com os operadores booleanos. A estratégia de busca foi desenvolvida com base na utilizada para a Biblioteca PubMed e adaptada para cada base de dados específica, conforme mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases de dados.

Base de dados	Descritores e operadores booleanos
PubMed	(((((("physical restraint"[All Fields] AND "hospital care"[All Fields] AND "nursing care"[All Fields] AND "humanization of assistance"[All Fields] AND "patient safety"[All Fields] AND "nurse's practice patterns"[All Fields]) OR "immobilization physical"[All Fields] OR "physical immobilization"[All Fields] OR "restraint physical"[All Fields] OR "physical restraints"[All Fields] OR "restraints physical"[All Fields]) NOT ("chemical"[All Fields] OR "chemical s"[All Fields] OR "chemically"[All Fields] OR "chemicals"[All Fields])) NOT "nursing home"[All Fields]) NOT ("animals"[MeSH Terms:noexp] OR "animal"[All Fields])) AND (y_5[Filter]))
BVS	("restrição física") AND (contenção) AND (hospital) - Filtro: intervalo de ano de publicação últimos 5 anos
CAPEs	"restrição física" E "hospital" - Filtro: data de publicação últimos 5 anos
CINAHL	("physical restraint" or "mechanical restraint") AND ("hospital care" or "inpatient care" or "hospital") AND ("nursing care" or "nursing interventions") AND ("humanization of assistance" or "humanization of care" or "humanization")

Para serem incluídos, os estudos precisavam se encaixar nos critérios de inclusão: publicação entre 2018 e 2023 (últimos 5 anos); analisem a prática de contenção mecânica como restrição física de pacientes em ambiente hospitalar; avaliem a prevalência de restrição física e trabalhos publicados em português, inglês e espanhol.

Não foram incluídos estudos que descrevam restrição física associada a outros tipos de contenção do paciente, fora contenção farmacológica; estudos que em seu espaço amostral incluíssem pacientes de alas de emergência; qualquer tipo de estudo realizado com animais; estudos com pacientes psiquiátricos; publicações com população-foco pediátrica; estudos da área odontológica; documentos como: anais de conferências, editoriais, entrevistas e relatos não publicados em jornais científicos; tipos de estudos: revisões, relato de caso e opinião de editor; estudos repetidos na mesma base de dados e/ou duplicados em bases diferentes; e estudos publicados na

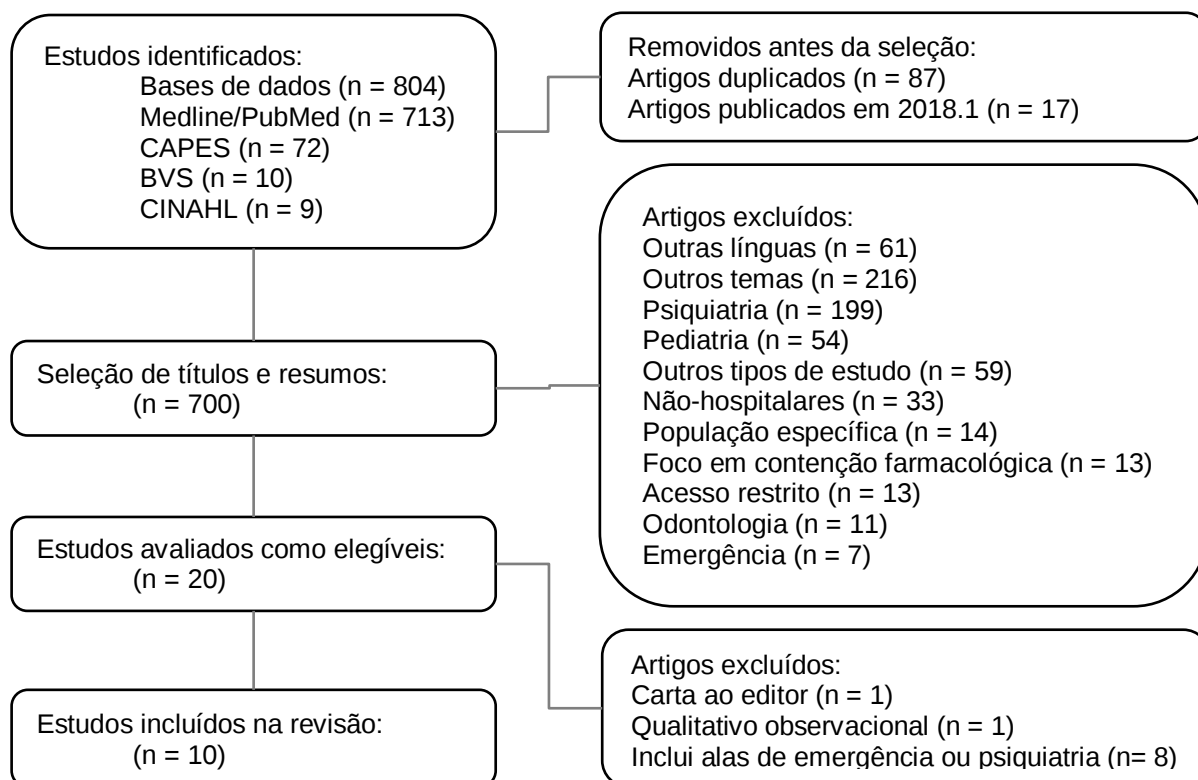
íntegra sem possibilidade de acesso completo de forma gratuita ou através do acesso institucional.

Os resultados das buscas foram carregados na aplicação *online* Rayyan® e os estudos indicados como duplicados foram removidos. Também foram desconsiderados artigos publicados no primeiro semestre de 2018 e estudos fora das línguas dos critérios de inclusão. Foram feitas varreduras com a finalidade de refinar a amostra usando palavras-chave (aqui estão os termos apenas em português para exemplo) como: criança; pediátrico; psiquiátrico; odontologia; animais. As publicações encontradas que constavam as palavras chaves no título e/ou resumo na varredura foram analisadas uma a uma e excluídas do montante para revisão se não aplicáveis a este estudo.

Foram considerados os dados levando em conta as variáveis: autores/ano de publicação, título do artigo, país de origem, objetivo da pesquisa, características da população/tamanho da amostra, metodologia utilizada, intervenção realizada/duração, resultados obtidos e, por fim, quaisquer achados relacionados ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme mostra a Figura 1, as buscas em bases de dados revelaram 804 estudos, sendo destes, 713 advindos da base de dados PubMed, 72 da CAPES, dez da BVS e nove da CINAHL. 87 estudos foram considerados duplicados e desconsiderados na análise, 17 por terem sido publicados no primeiro semestre de 2018, 61 publicados na íntegra em línguas que não as dos critérios de inclusão, 216 fora do tema (artigos que abordavam cintos de segurança e veículos por exemplo), 199 por serem da área de psiquiatria, 59 por tipos de estudo não condizentes com esta pesquisa, 54 por pediatria, 33 por cenários não-hospitalares, 14 por população específica não condizente (como por exemplo estudos realizados apenas com pacientes com COVID-19 que têm maiores chances de serem entubados), 13 por foco em contenção farmacológica, 13 por não permitir acesso gratuito na íntegra, 11 por serem da área de odontologia e 7 por abrangerem setores de emergência de hospitais. Foram considerados 20 artigos, sendo todos acessados e lidos na íntegra. Após revisão criteriosa, 10 artigos foram desconsiderados e 10 selecionados para este trabalho.

Figura 1 – Diagrama de seleção das fontes de evidência.

Segundo apontam a Figura 1 e o Quadro 2, a base de dados com maior quantidade de artigos incluídos foi a PubMed, com oito publicações, seguida da BVS, com duas publicações. O ano com maior quantidade de publicações incluídas foi 2020, com quatro publicações, seguido por 2022 e 2019, cada um com duas publicações. Dois estudos também foram considerados, um de 2021 e outro de 2023. Dos dez estudos considerados, quatro foram realizados no Brasil, quatro na China e um em cada um dos seguintes países: Japão, Suécia e Taiwan.

Quadro 2 – Artigos selecionados para análise

Artigo	Autores	Ano de publicação	País	Base de dados encontrada
Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral	Silva et al.	2020	Brasil	BVS
Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal	Souza et al.	2019	Brasil	PubMed
Fatores associados à utilização de restrição mecânica em pacientes de terapia intensiva	Zulian et al.	2020	Brasil	BVS
<i>Factors Influencing the Physical Restraint of Patients in the Neurosurgical Intensive Care</i>	Ji et al.	2022	China	PubMed

Unit				
<i>Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study</i>	Gu et al.	2019	China	PubMed
<i>Prevalence and Influencing Factors of Physical Restraints in Intensive Care Units: A Retrospective Cohort Study</i>	Cui et al.	2023	China	PubMed
<i>Prevalence of and factors associated with physical restraint use in the intensive care unit: a multicenter prospective observational study in Japan</i>	Kawai et al.	2022	Japão	PubMed
<i>Restraint in a Neurosurgical Setting: A Mixed-Methods Study</i>	Holmgren et al.	2020	Suécia	PubMed
<i>The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: a hospital-based retrospective cohort study</i>	Chou et al.	2020	Taiwan	PubMed
<i>The characteristics of ICU physical restraint use and related influencing factors in China: a multi-center study</i>	Zhang et al.	2021	China	PubMed

Quadro 3 – Dados relevantes dos artigos selecionados.

Artigo/ Autore(s)	Cenário	N de pcts	Prevalência de restrição física (%)	Prevalência de contenção farmacológica (%)
Silva et al.	UTI de hospital de ensino em Curitiba	271	12,2	53,9
Souza et al.	Clínicas médica, cirúrgica e UTI de um hospital público no estado do Rio de Janeiro	111	51,4	52,6
Zulian et al.	UTI geral de um hospital universitário no estado de São Paulo	84	77,4	49,55
Ji et al.	UTI neurocirúrgica de quatro hospitais terciários em Pequim	312	42,9	27,6
Gu et al.	UTI geral, respiratória e neurológica em um hospital na China	312	61,2	33
Cui et al.	Três UTIs de um hospital na China	3.776	48,8	37,7
Kawai et al.	Seis UTIs médicas/cirúrgicas de dois hospitais universitários e três gerais no Japão	787	32,9	62,5
Holmgren et al.	Unidades de internação neurointensiva, intermediária e duas neurocirúrgicas de um hospital na Suécia	517	11	Não mensura

Chou et al.	Alas de medicina interna em um hospital universitário em Taiwan	3.460	5,4	Não menciona
Zhang et al.	16 UTIs em cinco hospitais da China	386	59,07	Não menciona

A prevalência da restrição mecânica, conforme mostra o Quadro 3, variou consideravelmente, com a menor taxa registrada em 5,4% e a mais elevada atingindo 77,4%. A menor taxa foi identificada no estudo de Chou et al., 2020, conduzido em um hospital em Taiwan exclusivamente com pacientes idosos. A coleta de dados ocorreu ao longo de 2017, através de análise de prontuários eletrônicos dos pacientes. Por outro lado, a taxa mais elevada foi extraída do estudo de Zulian et al., 2020, no qual a coleta de dados ocorreu de maneira observacional durante três meses em 2015 na UTI de um hospital universitário em São Paulo (Chou et al., 2020; Zulian et al., 2020).

A segunda menor prevalência (11%) foi documentada por Holmgren et al., 2019, em um estudo com uma coleta de dados de sete meses em 2016 em um hospital especializado em neurocirurgia na Suécia. Este foi um dos poucos estudos encontrados onde a coleta de dados não foi observacional, ao invés, os autores obtinham dados através de questionários respondidos pelos enfermeiros do hospital e por análise de registros em prontuários, no entanto, essa abordagem também levanta a possibilidade de subnotificação (Guenna Holmgren et al., 2020).

As taxas de prevalência foram significativamente superiores em casos de estudos aplicados em UTIs, como evidenciado por Souza et al., 2020. Neste estudo, realizado em três setores de um hospital público no estado do Rio de Janeiro, a prevalência global foi de 51,4%. Na clínica cirúrgica, a taxa foi de 3,8%, na clínica médica atingiu 50,9%, enquanto na UTI alcançou impressionantes 93,3%. Por outro lado, no artigo de Silva et al., também aplicado em setores de terapia intensiva, a prevalência foi de apenas 12,2%, onde 33 dos 271 pacientes avaliados estiveram sob o uso de restrição física. Mas vale ressaltar que Silva et al. foi o único estudo que mencionou a existência de protocolo institucional que regulamentasse o uso de restrição, sendo assim, isto pode ter influenciado uma menor prevalência de contenção de pacientes, mesmo que em unidade de terapia intensiva (Souza et al., 2019).

A motivação mais comum para a implementação de restrições, como destacado no estudo de Souza et al. e em investigações similares, foi a preocupação com o risco de quedas, considerado como justificativa predominante para todas as restrições aplicadas. Em segundo lugar, identificou-se o uso de dispositivos invasivos em 57,9% dos casos analisados. De maneira consistente, as grades dos leitos foram o método de contenção mais amplamente empregado, sendo utilizado em todos os casos (100%), seguido pela restrição dos movimentos dos pulsos, aplicada em 29,8% das situações estudadas (Souza et al., 2019).

Os artigos analisados revelam que na prática ainda é muito comum o uso de restrição física tendo como justificativas a profilaxia de retirada de dispositivos e equipamentos, em especial quando há ventilação mecânica (extubação), e o risco de quedas. Mesmo com estudos apontando para a falta de evidência que sustente tal afirmação, todos os estudos mencionam o uso de restrição física de qualquer forma ou grau majoritariamente com uma das, se não ambas as justificativas mencionadas. (Canzan et al., 2021).

A documentação das restrições e o consentimento dos pacientes são aspectos críticos que emergem nos resultados. Gu et al. destaca que apenas 51,3% das restrições foram devidamente documentadas pela equipe de enfermagem, apontando para possíveis lacunas nos registros clínicos. Já Holmgren et al. identificou falta de dados essenciais nos prontuários eletrônicos, incluindo informações sobre quem prescreveu a restrição em 56% dos casos. Esses achados ressaltam a importância de práticas mais consistentes de documentação, essenciais para garantir a transparência, prestação de contas e monitoramento adequado dessas intervenções (Gu et al., 2019; Guenna Holmgren et al., 2020).

O uso de restrição física em pacientes requer uma documentação adequada e manutenção de registros. Os registros médicos devem incluir a justificativa para a restrição, o tipo utilizado, a duração e a resposta do paciente à esta. A documentação apropriada pode auxiliar na identificação de padrões no uso de restrições e na identificação de pacientes em risco de serem restritos. Além disso, os registros ajudam a identificar a necessidade de intervenções alternativas à restrição física (Ye et al., 2019).

Adicionalmente, a manutenção de registros auxilia na identificação das consequências negativas da restrição física nos pacientes, como quedas e períodos mais longos de internação (Spennato et al., 2023). A documentação adequada também assegura que o uso de restrição física seja justificado e minimizado, e que intervenções alternativas sejam consideradas antes da utilização da restrição física (Walia et al., 2016). Portanto, os enfermeiros devem ser treinados para documentar e registrar o uso da restrição física de maneira precisa e abrangente, e políticas devem ser desenvolvidas para garantir a manutenção adequada dessa documentação (Li; Fawcett, 2014).

A escassez de equipe de enfermagem tem impactos significativos na utilização de restrições físicas na prática de enfermagem. Aumento da carga de trabalho, estresse e sentimentos de ansiedade são comuns quando há falta de pessoal adequado (Gunawardena; Smithard, 2019). Além disso, a monitorização inadequada e a falta de acesso a treinamento adequado devido à escassez de pessoal podem prolongar o uso de restrições ou deixar os pacientes em situações não seguras por períodos prolongados. Esses desafios comprometem a segurança do paciente, dificultam a implementação eficaz de estratégias de prevenção de quedas e aumentam o risco de eventos adversos (Hakverdioğlu Yönt; Kisa; Princeton, 2023).

Adicionalmente, a falta de pessoal não apenas impacta negativamente a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, mas também aumenta a probabilidade de recorrência à restrição física, indicando a necessidade crucial de abordar as questões de falta de pessoal e priorizar o treinamento e recursos adequados para a equipe de enfermagem (Canzan et al., 2021).

Os enfermeiros têm capacidade de minimizar as consequências negativas da restrição física em pacientes adotando abordagens alternativas, como o uso de intervenções não farmacológicas, incluindo modificações ambientais, comunicação e atividades de distração (Möhler et al., 2016). A equipe de enfermagem também deve avaliar o risco de queda do paciente e implementar estratégias de prevenção, como por exemplo alarmes no leito e verificações frequentes, para reduzir a necessidade de restrição física (Canzan et al., 2021).

Além disso, pode-se envolver os pacientes e suas famílias no processo de tomada de decisões sobre o uso de restrição física, fornecendo informações sobre os

riscos e benefícios desta e de intervenções alternativas (Li; Fawcett, 2014). É essencial promover a educação, treinamento e desenvolvimento de políticas sobre práticas de restrição física para garantir que seu uso seja justificado e minimizado.

CONCLUSÃO

A prática de restrição física em pacientes representa um desafio complexo na área da saúde, especialmente no contexto da enfermagem. A crescente conscientização sobre as consequências negativas dessa prática e a falta de evidências sólidas sobre sua eficácia terapêutica indicam a necessidade urgente de revisão e reavaliação.

A documentação adequada e a manutenção de registros foram identificadas como elementos críticos para o uso ético e justificado da restrição física. A escassez de pessoal na equipe de enfermagem emergiu como um desafio substancial, destacando a necessidade urgente de abordar questões relacionadas à carga de trabalho, estresse e acesso a treinamento adequado.

A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na identificação de alternativas à restrição física, utilizando abordagens baseadas em evidências para promover a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Em resposta ao movimento crescente para diminuir a prevalência da prática de restrição física em pacientes, este estudo contribui para a compreensão dos propósitos e motivações por trás dessa prática, analisando o cenário clínico e as indicações clínicas. Além disso, destaca a importância de educação, treinamento e desenvolvimento de políticas para garantir que o uso de restrição física seja fundamentado, ético e minimizado sempre que possível.

Em última análise, a reflexão contínua, a busca por alternativas inovadoras e a implementação de abordagens centradas no paciente são essenciais para transformar a prática de restrição física em um campo mais ético, seguro e alinhado com os princípios fundamentais da enfermagem e da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

CANZAN, F. et al. Nurses' views on the use of physical restraints in intensive care: A qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 18, 1 set. 2021.

CAVALHEIRO DA SILVA, K.; ROBERTO PAES, M.; BRUSAMARELLO, T. **Artigo 23 caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de hospital geral artigo 23-original characterization of physical restriction of patients in intensive care units in a general hospital** *Enferm. Foco*. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://orcid.org/0000-0003-0305-1500>>.

CHOU, M. Y. et al. The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 24, n. 2, p. 160–165, 1 fev. 2020.

CUI, N. et al. Prevalence and Influencing Factors of Physical Restraints in Intensive Care Units: A Retrospective Cohort Study. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 16, p. 945–956, 2023.

DOS SANTOS, G. F.; OLIVEIRA, E. G.; SOUZA, R. C. S. Good practices for physical restraint in intensive care units: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, 2021.

FARIÑA-LÓPEZ, E. et al. Physical Restraint Use With Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. **Nursing Research**, v. 67, n. 1, 2018.

FUNAYAMA, M.; TAKATA, T. Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. **General Hospital Psychiatry**, v. 62, p. 1–5, 1 jan. 2020.

GU, T. et al. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. **Australian Critical Care**, v. 32, n. 3, p. 193–198, 1 maio 2019.

GUENNA HOLMGREN, A. et al. Restraint in a Neurosurgical Setting: A Mixed-Methods Study. **World Neurosurgery**, v. 133, p. 104–111, 1 jan. 2020.

GUNAWARDENA, R.; SMITHARD, D. G. **The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards-A brief literature review. Geriatrics (Switzerland)** MDPI AG, , 1 set. 2019.

HAKVERDIOĞLU YÖNT, G.; KISA, S.; PRINCETON, D. M. **Physical Restraint Use in Nursing Homes—Regional Variances and Ethical Considerations: A Scoping Review of Empirical Studies. Healthcare (Switzerland)** Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), , 1 ago. 2023.

JI, Y. et al. Factors Influencing the Physical Restraint of Patients in the Neurosurgical Intensive Care Unit. **Clinical Nursing Research**, v. 31, n. 1, p. 46–54, 1 jan. 2022.

KAWAI, Y. et al. Prevalence of and factors associated with physical restraint use in the intensive care unit: a multicenter prospective observational study in Japan. **Internal and Emergency Medicine**, v. 17, n. 1, p. 37–42, 1 jan. 2022.

LI, X.; FAWCETT, T. N. **Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units.** *International Journal of Nursing Sciences* Chinese Nursing Association, , 1 dez. 2014.

MÖHLER, R. et al. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 12, 19 dez. 2016.

ROBINS, L. M. et al. **Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: A systematic review.** *International Journal of Environmental Research and Public Health* MDPI AG, , 1 abr. 2021.

SOUZA, L. M. DA S. et al. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 53, p. e03473, 13 jun. 2019.

SPENNATO, U. et al. Prevalence, Risk Factors and Outcomes Associated with Physical Restraint in Acute Medical Inpatients over 4 Years—A Retrospective Cohort Study. **Geriatrics (Switzerland)**, v. 8, n. 1, 1 fev. 2023.

WALIA, H. et al. **Patient and Visit Characteristics Associated With Physical Restraint Use in the Emergency Department.** [s.l: s.n.].

WING SZE, T. et al. **JB I Systematic Review Protocol Title: The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review** Primary reviewer/contact Secondary reviewer Third reviewer. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://journals.lww.com/jbisrir>>.

YE, J. et al. **Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis.** *International Journal of Nursing Sciences* Chinese Nursing Association, , 10 jul. 2019.

ZHANG, C.; LIU, D.; HE, Q. The characteristics of icu physical restraint use and related influencing factors in China: A multi-center study. **Annals of Palliative Medicine**, v. 10, n. 2, p. 1198–1206, 1 fev. 2021.

ZULIAN, L. R. et al. Factors associated with the use of physical restraint in intensive care patients. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 54, 2020.