

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAMILA RUSZKOVSKI MARQUES

**CONTENÇÃO MECÂNICA
EM PEDIATRIA: UMA FORMA DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL?**

PORTO ALEGRE

2012

CAMILA RUSZKOVSKI MARQUES

**CONTENÇÃO MECÂNICA
EM PEDIATRIA: UMA FORMA DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL?**

Trabalho de Conclusão do Curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone Algeri

PORTO ALEGRE

2012

Dedico este trabalho aos meus pais
e ao meu noivo que sempre me
incentivaram e estiveram ao
meu lado durante
toda minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que sempre me estimularam a buscar meus objetivos, me acompanharam durante a academia e compreenderam meus momentos de ausência.

Agradeço ao meu maior apoio durante a elaboração deste estudo, meu noivo Carlos Henrique, por toda sua preocupação, amor e carinho, proporcionando momentos de distração e alegrias.

Agradeço a uma das pessoas que mais admiro na enfermagem e que tornou possível a elaboração deste estudo, a minha querida orientadora Prof^a. Dra. Simone Algeri.

Agradeço as minhas amizades que conquistei durante esta caminhada, por todo apoio e companheirismo

**“Saber não é suficiente;
nós devemos aplicar
Desejar não é suficiente;
nós devemos fazer”
(Goethe)**

RESUMO

A contenção mecânica é utilizada na pediatria para impossibilitar que o paciente se mova ou que interrompa o tratamento proposto pela equipe. É uma questão importante, pois envolve questões éticas e legais uma vez que a criança tem direitos assegurados pela legislação vigente e deve ser conhecida e respeitada pelos profissionais da saúde.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi identificar se a contenção pode ser considerada uma forma de violência infantil a nível institucional.

FONTE DE DADOS: O estudo é uma revisão integrativa, cuja metodologia é preconizada por Cooper (1982). A amostra é composta por sete artigos inseridos nas bases de dados PubMed, Scielo, Periódicos CAPES e LILACS, publicados entre os anos de 1998 a 2011, nos idiomas inglês, português e espanhol.

SÍNTESE DOS DADOS: Identificou-se como resultados a possibilidade da contenção ser caracterizada como uma forma de violência infantil institucional. Podem ser expressos pelos seguintes achados: 1- Tipos de contenção utilizados, 2- Conseqüências do uso, 3- Justificativas para a utilização, 4- Escassez de estudos acerca da temática e 5- Medidas alternativas.

CONCLUSÕES: A atuação do profissional de saúde em relação à contenção mecânica em pediatria está associada à diminuição das conseqüências. Assim, faz-se necessária que haja uma reflexão sobre a forma como está sendo utilizada no cuidado à criança. O conhecimento dos profissionais da saúde é essencial para permitir que a técnica de contenção seja utilizada de maneira adequada quando se fizer necessário o emprego da mesma.

Descritores: criança hospitalizada, legislação, segurança do paciente, em Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) e no MeSH (Medical Subject Headings): *seclusion and restraint, physical restraint..*

ABSTRACT

The mechanical restraint is used in pediatrics to make it impossible for the patient to move or discontinue treatment proposed by staff. It is an important issue because it involves ethical and legal issues once the child has rights guaranteed by law and must be known and respected by health professionals.

OBJECTIVE: The aim of this study was to identify whether the restraint can be considered a form of child abuse at the institutional level.

DATA SOURCES: The study is an integrative review, whose methodology is recommended by Cooper (1982). The sample consists of seven articles included in PubMed, SciELO, and LILACS CAPES Journals published between the years 1998 to 2011, in English, Portuguese and Spanish.

DATA SYNTHESIS: It was identified as the possibility of contention outcomes be characterized as a form of child abuse institutional. Can be expressed by the following findings: 1 - Types of restraint used, 2 - Consequences of use, 3 - Reasons to use 4 - Shortage of studies about the theme and 5 - Alternative measures.

CONCLUSIONS: The role of health professionals in relation to pediatric mechanical restraint is associated with decreased consequences. Thus, it is necessary that there be a reflection on how it is being used in child care. Knowledge of health professionals is essential to allow the restraint technique is used appropriately when necessary the use of the same.

Descriptors: hospitalized children, legislation, patient safety, Descriptors on Science and Health (DeCS) and MeSH (Medical Subject Headings): seclusion and restraint, physical restraint

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Organograma 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 1998 e 2011, segundo descritores e bases de dados.....	26
Quadro 1 - Artigos que compõem a amostra do estudo.....	29
Quadro 2 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto aos tipos de contenção utilizados.....	31
Gráfico 1 - Distribuição dos artigos quanto aos tipos de contenção.....	31
Quadro 3 – Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto às conseqüências envolvidas com o uso da contenção.....	34
Gráfico 2 – Distribuição dos artigos quanto às conseqüências envolvidas com o uso	35
Quadro 4 – Distribuição dos artigos quanto às justificativas utilizadas pelos profissionais quanto ao uso da contenção.....	42
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto às justificativas utilizadas pelos profissionais quanto ao uso.....	42
Quadro 5 - Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto à escassez de estudos acerca da temática.....	45
Gráfico 4 - Distribuição dos artigos quanto à escassez de estudos acerca da temática.....	46
Quadro 6 - Distribuição dos artigos quanto às medidas alternativas para substituir o uso da contenção.....	50
Gráfico 5 - Distribuição dos artigos quanto às medidas alternativas para substituir o uso da contenção.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Segurança do paciente.....	15
3.2 Relações de poder entre o profissional de saúde e o usuário.....	17
3.3 A criança no contexto de hospitalização.....	18
3.4 Direitos da criança.....	19
3.5 Violência infantil.....	22
3.6 Contenção mecânica.....	22
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Formulação do problema.....	25
4.3 Coleta de dados.....	25
4.4 Avaliação dos dados.....	27
4.5 Análise e interpretação dos dados coletados.....	28
4.6 Apresentação dos resultados.....	28
4.7 Aspectos éticos.....	28
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	29
5.1 Tipos de Contenção Utilizados.....	30

5.1.1	Contenção de pescoço.....	32
5.1.2	Contenção de extremidades na posição prona.....	32
5.1.3	Contenção na posição sentada ou na chamada “cesta”.....	33
5.1.4	Contenção com a ajuda dos pais e responsáveis.....	33
5.2	Consequências do Uso.....	34
5.2.1	Efeitos ao paciente contido.....	35
5.2.2	Efeitos sobre a família.....	36
5.2.3	Considerações profissionais.....	37
5.2.4	Morte por contenção.....	38
5.2.5	Implicações éticas e legais.....	40
5.3	Justificativas para o Uso da Contenção.....	41
5.3.1	Execução de procedimentos durante o tratamento.....	43
5.3.2	A falta de cooperação do paciente.....	43
5.3.3	Desconhecimento dos profissionais em utilizar técnicas de distração.....	44
5.4	Escassez de Estudos Acerca da Temática.....	45
5.4.1	Falta de conhecimento por parte dos profissionais.....	46
5.4.2	Ausência de consenso entre os profissionais.....	48
5.4.3	Reestruturação dos cursos de graduação em enfermagem e medicina.....	48
5.5	Medidas Alternativas para Substituir a Contenção.....	49
5.5.1	Uso de jogos, livros e brinquedos para explicar o procedimento.....	51
5.5.2	Elogiar a criança pela a sua cooperação durante o procedimento.....	52
5.5.3	Planejar o procedimento em conjunto com a criança e seus responsáveis.....	52

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ANÁLISE.....	60
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO.....	61
ANEXO I - INSTRUMENTO UTILIZADO NA TOMADA DE DECISÃO QUANTO À CONTENÇÃO.....	62
ANEXO II - PARECER DE APROVAÇÃO DA COMPESQ- EEUFRGS.....	63

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente atualmente vem sendo um desafio para os profissionais da saúde no que tange a melhoria da assistência, através de medidas construídas para prevenção de erros na atenção à saúde e assim a redução das possíveis repercussões danosas ao usuário do sistema. Podem também existir fatores que venham a influenciar na segurança como, por exemplo, o ambiente de trabalho, o dimensionamento dos profissionais envolvidos, questões individuais e coletivas dos funcionários e aspectos da instituição (BRASIL, 2003). Na pediatria pouco são os estudos que trabalham esta problemática da segurança na assistência.

A criança no contexto da doença e da hospitalização torna-se mais frágil; apresenta-se assustada com a mudança em sua rotina, demonstra medo do desconhecido (AQUINO et al., 2008). O hospital configura-se como um ambiente hostil e agressivo e o profissional de enfermagem que o assiste diariamente por vezes esquece-se disso e acaba, muitas vezes, em suas ações cotidianas agindo de forma rotineira, o que caracterizaria uma forma de violência infantil.

Segundo Ravazzola (1998), as sociedades onde as diferenças entre as pessoas ganham conotação de hierarquia se constituem campo fértil para a prática da violência. A violência institucional vem ser a violência praticada nos/pelos serviços de saúde pública por ação, omissão ou abuso de poder por parte dos funcionários da instituição em relação ao usuário (BRASIL, 2003). É considerado um fenômeno multicausal e afeta principalmente seres mais indefesos da sociedade como mulheres, crianças e adolescentes.

Neste cenário, me questiono sobre a técnica da contenção mecânica como sendo uma forma de violência infantil. Como é realizada por profissionais de saúde em crianças? E o que pode acarretar nessas crianças e suas famílias? No dicionário a palavra contenção significa o ato de conter, de imobilizar, de reduzir um impulso (AURÉLIO, 2012).

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de algodão, que fixam o paciente no leito (STEINERT; LEPPING, 2009). A contenção mecânica pode vir a desencadear não só complicações psicológicas, como também clínicas, por exemplo, redução da perfusão em extremidades, desidratação, fraturas, depressão respiratória, queimaduras na pele e até mesmo a morte (MANTOVANI et al., 2010). Devido

ao risco de abuso, o uso de contenções é regulado por lei e precisa de prescrição médica para ser utilizado no tratamento dos pacientes.

O paciente contido deve ser continuamente observado pela equipe de enfermagem e reavaliado pelo médico em um intervalo máximo de uma hora para se determinar a continuidade ou não da contenção; se realmente há necessidade de conter o paciente, deve-se sempre estar atento ao seu estado geral e principalmente à perfusão periférica (MANTOVANI et al., 2010). A contenção é uma prática comum na pediatria, pois é uma das maneiras encontradas para se obter sucesso em determinados procedimentos na assistência de enfermagem, por exemplo, na realização de exames, impedir que a criança retire as sondas ou drenos, interrompa o uso de via parenteral, entre outras.

Em meio da discussão a respeito da segurança do paciente, da liberdade de escolha no tratamento, das maneiras de contenção utilizadas pelas instituições, do período da infância como sendo um momento difícil de enfrentar uma situação de doença e possível hospitalização e dos direitos que resguardam qualquer criança em nossa legislação; selecionei alguns questionamentos sobre a contenção mecânica a nível institucional como sendo uma possível maneira de violência infantil. Considero que para enfermagem seja de vital importância saber lidar adequadamente com a contenção mecânica em pacientes pediátricos.

2 OBJETIVO

Identificar se a contenção mecânica pode ser considerada uma forma de violência infantil a nível institucional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura foram descritos, de forma mais detalhada, alguns temas diretamente relacionados à problemática do trabalho, para melhor conhecimento sobre o que tem sido estudado sobre este assunto.

3.1 Segurança do paciente

A preocupação com a segurança do paciente é recente e tem dimensões mundiais. Isso pode ser observado através da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, assim como de outras organizações que foram criadas com essa preocupação como a *National Patient Safety Foundation*, a *Agency for Healthcare and Quality (AHRQ)* e o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NAPIER; KNOX, 2006).

O sistema de saúde ainda não se encontra habilitado para garantir segurança ao paciente e muitos são os fatores que possam vir interferir como, por exemplo, o aumento da complexidade nas instituições hospitalares, a fragmentação do cuidado, a constante expansão e mudança do conhecimento, o grande aumento do uso de tecnologia de ponta e a grande mudança no foco das necessidades da assistência em relação ao diagnóstico e tratamento de problemas únicos e agudos para problemas de longa duração com outros fatores externos envolvidos (RALSTON; LARSON, 2005).

A ocorrência de erros é considerada inerente ao processo cognitivo humano, sendo assim os profissionais de saúde estão expostos à possibilidade de ocorrerem. Sendo assim, muitos esforços devem ser implementados para se conhecer e explorar tais eventos, sempre com a finalidade de promover estratégias que conduzam a prevenção e assim consequentemente promova a segurança do paciente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os erros relacionados a certos procedimentos, entre eles a contenção mecânica, podem vir a resultar em tragédia para os pacientes e familiares envolvidos, aumentando assim o tempo de internação e os custos hospitalares gerados. Além das conseqüências dramáticas

criadas na vida do profissional de saúde envolvido na assistência (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

A segurança do paciente prioriza a prevenção dos erros na assistência e a redução das possíveis repercussões desses na vida e saúde dos pacientes. Considera-se então que a segurança seja influenciada pelo ambiente de trabalho, pelo dimensionamento dos profissionais envolvidos, por questões individuais e coletivas dos funcionários, por aspectos da própria instituição e por muitos outros fatores deste contexto (SCHATKOSKI et al., 2009).

Em Pediatria, poucos são os estudos que abordem esta problemática, e na sua maioria baseiam-se em estratégias já observadas com pacientes adultos. A prevenção de erros precisa ser trabalhada em todos os níveis de atenção à saúde, permitindo que em um primeiro momento, os erros sejam identificados, possam ser analisados quanto ao seu padrão de ocorrência e a real probabilidade de ocorrerem eventos adversos (SCHATKOSKI et al., 2009).

Uma maneira encontrada para tentar minimizar os riscos a que os pacientes estão expostos é fazer com que as instituições hospitalares passem por um processo de acreditação, sendo considerada a forma mais antiga de avaliação das organizações. O processo de acreditação estabelece padrões a serem seguidos que atendam funções organizacionais importantes como, a liderança e administração, organização profissional, atenção ao paciente, diagnóstico, apoio técnico, abastecimento e apoio logístico, infra-estrutura, ensino e pesquisa (ONA, 2006). O princípio utilizado é de que se as instituições estão fazendo “certo as coisas certas”, refletidas nos padrões, possivelmente os erros e os resultados adversos ocorrerão em uma menor frequência do que se não estivesse atentos a isso (O’ LEARY, 2000).

As instituições que decidem ser acreditadas precisam seguir determinados parâmetros de organização. Desde 2004 a Comissão Americana de Acreditação de Organizações de Saúde exige que as organizações acreditadas estejam comprometidas com a aplicação do Protocolo Universal. Para isso utiliza-se um instrumento criado para prevenção de acidentes, que visa evitar acidentes para com o usuário envolvido (SANTANA; CAMARGO, 2005).

Foi publicado, em 2001, pela American Academy of Pediatrics um guia para promover a segurança do paciente pediátrico no sistema de saúde e cujas as recomendações são: a importância de se construir um sistema de notificação de erros; a elaboração e distribuição de guias para a promoção da segurança do paciente pediátrico em instituições hospitalares e também a criação de um programa de segurança do paciente que estabeleça um comprometimento coletivo com a questão da segurança (SCHATKOSKI et al., 2009).

A questão da segurança do paciente deve ser prioridade, tanto para que seja elaborado programas de educação permanente aos profissionais de saúde, como também, para que a notificação da ocorrência de erros em âmbito assistencial não seja abordado de maneira punitiva e confidencial, mas sim, que possa servir de aprendizado à equipe envolvida e que seja permitido em espaço de debate e reflexões dos funcionários (SCHATKOSKI et al., 2009).

3.2 Relações de poder entre o profissional de saúde e o usuário

Segundo *Leininger* (1981) “o cuidado é a essência do ser humano, sendo primordial para a sua sobrevivência, e que o cuidar refere-se às ações e atividades que visam apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes, a fim de melhorar a condição ou modo de vida”.

Em contrapartida, as teorias de enfermagem trazem mudanças nos paradigmas de cuidado. Hoje em dia, tenta-se achar um equilíbrio entre o conhecimento empírico e o humanizado. Segundo *Crossetti* (1998) “a inter-relação entre o cuidador e o ser cuidado é essencial, e afirma que o cuidado em enfermagem não rejeita o conhecimento empírico, mas associa ele a valorização do mundo do cuidar, das relações com o meio, o cuidado criativo e intuitivo. O cuidado autêntico propicia o equilíbrio entre a ciência, o cuidado do outro e o cuidado do eu” (CROSSETTI, 1998).

O cuidado em seu significado traz que se deve considerar a experiência vivida pelo cuidador e o cliente, deve haver também uma aceitação mútua e que a qualidade do cuidado dependerá das relações estabelecidas, da expressividade, do conhecimento, de experiências prévias, das condições de trabalho e do contexto em geral. Sempre o cuidador deve demonstrar afeto e procurar estar presente por completo, valorizando o outro (SILVA, 1998).

Na bibliografia científica nacional são escassos os estudos que trabalhem a tomada de decisão da criança hospitalizada e de seus direitos enquanto cidadão, um sujeito peculiar, em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. Na prática profissional pode-se observar a execução de procedimentos em prol à saúde da criança sem levar em consideração os desejos e opiniões do paciente e de uma forma impositiva presta-se a assistência à criança e ao mesmo tempo restringe-se a liberdade de escolha sobre determinada situação (COA; PETTENGILL, 2006).

Muitas vezes, a criança é colocada em uma posição inferior em relação ao profissional, ou quando é infantilizada sente-se desamparada e deprimida (MATTHEWS-

SIMONTON, 1990). O que não pode ser esquecido é que o conflito sempre estará presente na realização de procedimento quando há recusa por parte da criança. Sendo assim, desenvolver a autonomia infantil em uma hospitalização deve ser objetivo da enfermeira, por exemplo, ouvir a criança, reconhecer o que a amedronta na situação, flexibilizar os horários de procedimentos, agir de maneira empática, considerar a criança como sujeito e não objeto em seu tratamento (RUNESON et al., 2001).

3.3 A criança no contexto de hospitalização

O Documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1984, p.9) apresenta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e ressalta que:

[...] o conjunto dessas ações visa assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque de um assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança e seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Conforme exposto, considerando que em uma hospitalização o cuidado deve se voltar a estas ações é preciso repensar o fazer, atuando junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir um cuidado autêntico, sempre considerando a singularidade da criança (DIAS; MOTTA, 2004).

A hospitalização é uma experiência estressante que envolve profunda adaptação da criança às várias mudanças que acontecem em seu dia-a-dia. Contudo podem ser amenizadas em determinadas situações como: permitir a presença de familiares, disponibilidade afetiva dos trabalhadores de saúde, informação, atividades de recreação, entre outras (DE LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999).

O hospital é um ambiente diferenciado para a criança e sua família, onde as relações sociais são abaladas, pela separação de seu ambiente costumeiro (a casa, a escola, os amigos, entre outros). A presença de uma pessoa já conhecida e com vínculos estabelecidos ameniza os possíveis sentimentos que surgem durante este período traumático na vida de uma criança (DIAS; MOTTA, 2004).

Neste contexto de hospitalização infantil o familiar que acompanha é um elemento fundamental em todo o processo, afinal a confiança da criança neste momento de fragilidade é

depositada na família e para enfermagem deve sempre existir uma preocupação em estender o cuidado efetivado aos membros da família, ajudando a ressignificar este momento de vida tão difícil (DIAS; MOTTA, 2004).

Sendo assim, considerar a família no contexto de hospitalização é essencial, afinal é ela quem realiza as tarefas de cuidados para a vida humana: no nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência da criança, sendo também influenciada pela cultura, estrutura social e o ambiente físico que está inserida. Ela também cuida, munida de experiências, de conhecimentos populares e os oriundos dos profissionais de saúde, assim deve-se respeitar e valorizar esse cuidado durante a hospitalização pediátrica (DIAS; MOTTA, 2004).

3.4 Direitos da criança

Toda criança tem o direito, assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 12.º de que os estabelecimentos de atendimento à saúde devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças e em receber visitas neste período (BRASIL, 2008).

O ECA foi proposto na Lei 8.069 e é considerado um dos maiores marcos na atenção integral a infância, tratando dos princípios da proteção da criança na sociedade e como sendo sujeito de direitos (BRASIL, 2008). Segundo o ECA é considerado criança todo indivíduo com até doze anos incompletos. Apresenta como sendo dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar como prioritário a efetivação dos direitos referentes à vida, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária e principalmente à saúde, que considera todos profissionais da saúde como participantes neste processo de crescimento e aprendizagem em qualquer internação infantil. Em seu Art. 5.º traz que nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, sendo punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão a esses direitos acima citados (BRASIL, 2008). Nesse sentido, o uso da contenção em âmbito hospitalar no que tange ao cuidado realizado da forma como é feito pode, muitas vezes, ser considerado uma forma de violência infantil.

A comunicação em caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças deverão sempre ser comunicadas ao Conselho Tutelar da respectiva localidade também está previsto no ECA, em seu Art. 13.º (BRASIL, 2008).

Foi criado em 1991, pela Lei nº 8.242, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como o principal órgão do sistema de garantia de direitos da criança. Além de definir as políticas para área da criança e da adolescência, o CONANDA também fiscaliza as ações executadas pelo poder público no que diz respeito ao atendimento da população infanto-juvenil (CONANDA, 1995).

Entre as principais atribuições do CONANDA, pode-se destacar: fiscalizar as ações de promoção dos direitos da infância e adolescência executadas por organismos governamentais e não-governamentais; definir as diretrizes para a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais, Distrital e Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares; estimular, apoiar e promover a manutenção de bancos de dados com informações sobre a infância e a adolescência; acompanhar a elaboração e a execução do orçamento da União, verificando se estão assegurados os recursos necessários para a execução das políticas de promoção e defesa dos direitos da população infanto-juvenil; convocar, a cada dois anos, a Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; gerir o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente (FNCA), garantindo que os recursos arrecadados sejam destinados a ações de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes. (CONANDA, 1995).

O Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente (FNCA), é resultado da Lei 8069, que em seu Art. 260.º permite aos contribuintes do Imposto de Renda, deduzir da renda bruta o total das doações efetuadas aos Fundos controlados pelos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008).

3.4.1 Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados

O fato de crianças e adolescentes serem cidadãos em condições únicas se faz exigir um maior rigor ético e moral em sua atenção integral à saúde; isto porque não utilizam de meios próprios para arcar com a satisfação de suas necessidades básicas e ainda não possuem plena noção de seus direitos e condições para se defenderem ou se fazerem ouvir (CONANDA, 1995).

Em outubro de 1995, foi estabelecida pelo CONANDA a Resolução de nº 41. Isto ocorreu durante a Reunião da Vigésima Sétima Assembléia Ordinária e considerou a, já existente, Lei 8.242, Art. 3º, de outubro de 1991. Definiu-se então aprovar em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, sendo os seguintes:

1- Direito à proteção, à vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.

2- Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.

3- Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.

4- Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.

5- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer.

6- Direito de receber aleitamento materno sem restrições.

7- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.

8- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.

9- Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar.

10- Direito a que seus pais ou responsáveis, participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.

11- Direito a receber apoio espiritual/ religioso, conforme a prática de sua família.

12- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.

13- Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.

14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.

15- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.

16- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.

17- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.

18- Direito à confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.

19- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.

20- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (BRASIL, 2008).

3.5 Violência infantil

A violência infantil precisa ser combatida baseada no fato de que tal pode vir a comprometer o crescimento e desenvolvimento, deixando assim seqüelas duradouras e a matriz para que o círculo da violência se reproduza contra outras crianças do futuro, vez que estas aprenderam, na prática, como maltratar (SANTANA; DE CAMARGO, 2005).

A violência institucional, perpetrada nos serviços de atenção à saúde, a qual é pouco discutida e contextualizada por ser assunto de difícil abordagem e, às vezes, imperceptível pela maioria dos profissionais e até mesmo pelos usuários. Os atores envolvidos nesse contexto são vários (equipe de enfermagem, médica, serviço social, entre outros), as situações são distintas (contenções mecânicas desnecessárias, erros de prescrição, erros na administração de medicamentos, solicitação de exames indevidos, jejuns prolongados e procedimentos cirúrgicos não agendados previamente, burocratização do atendimento, inflexibilidade relacionada ao acompanhante, agressões verbais, desinformação, entre tantos). A segurança dos usuários dos serviços fica exposta a riscos, erros, eventos adversos e/ou acidentes durante a atenção à saúde (SCHATKOSKI et al., 2009).

3.6 Contenção mecânica

Existe uma variação de termos que possuem o mesmo significado em relação a outros países e até mesmo a nível regional no Brasil quando se trata da expressão contenção mecânica. Os profissionais da saúde utilizam termos como restrição física, contenção física, contenção mecânica entre outras, para designar o fato de se impossibilitar a realização de determinados movimentos pelo paciente.

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (EUA, “Comissão de Credenciamento das Organizações de Saúde”) (2001) a contenção é definida

como “qualquer método, físico ou mecânico, que restrinja o movimento, a atividade física ou o acesso normal de uma pessoa ao seu corpo”.

De acordo com Winkelstein, Hockenberry e Wilson (2011), a contenção é classificada quanto ao momento em que se fazem necessárias ao tratamento. As Médico- cirúrgicas, utilizadas em crianças em uso de uma via aérea artificial ou suplementar para aplicação de oxigênio, cateter de demora, tubos, drenos, acessos venosos, fios de marca-passo ou locais de sutura. É utilizada para garantir que o tratamento seja eficiente ao paciente. Alguns motivos a fazem necessários para determinados tratamentos como, por exemplo, o risco de interrupção do tratamento usado para manter a oxigenação ou a patência da via aérea, o risco de danos se o cateter de demora, tubo, dreno, linha venosa, fio de marca-passo ou sutura forem removidos, deslocados ou rompidos, por confusão, agitação, inconsciência ou comprometimento de desenvolvimento do paciente para entender a solicitação ou instruções diretas. Este tipo de contenção pode ser solicitado de maneira individual pelo médico que o assiste ou seguir algum tipo de protocolo, que devem ser autorizados por uma solicitação individual médica.

Já as chamadas Comportamentais, em que, são limitadas a determinadas situações em que o paciente está exposto a um risco que abalaria sua integridade e interromperia o tratamento prestado, podendo ser de se ferir fisicamente, devido a motivos de comportamento e também quando as intervenções não físicas utilizadas foram ineficientes. Este tipo de contenção deve sempre considerar o estado mental da criança em questão, o estado comportamental e físico que possam determinar a causa de tal comportamento e senso caracterizado como prejudicial ao paciente e a outros em seu convívio. Quando se determina este tipo de contenção deve-se sempre utilizar uma abordagem cooperativa que envolva não somente o paciente em questão, mas também a sua família e a própria equipe envolvida no tratamento (WINKELSTEIN; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Uma questão muito importante quando se contém um paciente é estar ciente de que foi realizada uma solicitação, de no máximo uma hora após o início da contenção, para tal e que com o passar das horas esta solicitação será constantemente renovada (a cada uma ou duas horas), o que garante que a equipe esta realmente utilizando a contenção mecânica como uma ferramenta para o tratamento. Sempre que utilizada o médico responsável pelo paciente deve avaliá-lo a cada 2 horas no máximo, para garantir sucesso neste tipo de tratamento. Ao realizar uma avaliação deve-se sempre estar atento a alguns itens como: sinais de lesão associados à aplicação da contenção, a nutrição e hidratação, a circulação e perfusão nas extremidades, os sinais vitais, a higiene e eliminação, o estado físico e fisiológico, o conforto

e a prontidão a interrupção da contenção no momento em que não for mais necessária (WINKELSTEIN; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

As contenções que requerem amarrar a criança devem ser fixadas na estrutura do leito ou berço, não na grade. A sugestão para aumentar a segurança e o conforto enquanto a criança está em contenção incluem deixar uma largura de um dedo entre a pele e o dispositivo; fazer nós que possam ser desfeitos rapidamente; garantir que a contenção não aperte quando a criança se mover; diminuir as reentrâncias ou protuberâncias na contenção; colocar o colete ou jaqueta de contenção sobre a roupa da criança; colocar as contenções dos membros abaixo da cintura, abaixo do joelho ou distal ao acesso venoso; e prender as pontas soltas (SELEKMAN; SNYDER, 1997).

Segundo Winkelstein, Hockenberry e Wilson (2011), tanto nas contenções Médico-cirúrgicas quanto nas Comportamentais existem maneiras diferentes para se conter um paciente pediátrico que são:

- Colete ou Jaqueta de Contenção: o colete é utilizado como uma vestimenta na criança. Existem alguns cadarços que são amarrados nas costas, impedindo a manipulação pela criança e fitas longas que são presas na estrutura inferior da cadeira para manter a criança na posição sentada.

- Contenção em Múmia ou em Cueiro: utilizada quando um lactente ou criança pequena precisa de uma contenção em curto prazo para um exame ou tratamento que envolva a cabeça ou pescoço, por exemplo, uma punção venosa, exame da garganta e alimentação por gavagem. Um cobertor ou lençol é aberto no leito ou berço, com um dos cantos dobrados até o centro. O lactente é colocado sobre o cobertor com os ombros na dobra e os pés na direção do canto oposto, assim é envolvido com o pano e imobilizando seus movimentos durante o procedimento.

- Contenção de Extremidades: a contenção deve ser apropriada para o tamanho da criança e acolchoada para impedir uma pressão indevida, constrição ou lesão do tecido; a extremidade deve ser observada frequentemente quanto a sinais de irritação ou comprometimento da circulação. As pontas das contenções nunca são amarradas nas grades do leito porque, se as mesmas forem abaixadas, a extremidade contida pode ser puxada também para baixo, em um movimento em solavanco que pode machucar ou ferir a criança.

- Contenções de Cotovelo: utilizada para impedir que a criança alcance a cabeça ou o rosto (depois de uma cirurgia labial, infusão em veia do couro cabeludo, ou impedir que se coce em distúrbios dermatológicos).

4 METODOLOGIA

Abaixo são descritos o tipo de estudo, a formulação do problema, a coleta de dados, a avaliação dos dados, a análise e interpretação dos dados, a apresentação dos resultados e os aspectos éticos relacionados ao estudo.

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de Revisão Integrativa (RI), com uma metodologia que possibilita a síntese de um determinado assunto baseado em publicações já existentes. Foi baseado em Cooper (1982), método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. De acordo com Cooper (1982), para a construção da RI é preciso percorrer 5 etapas distintas: *formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação e discussão dos resultados.*

4.2 Formulação do problema

Considerando o objetivo deste estudo a formulação do problema foi obtida através da seguinte questão norteadora: ***Pode-se considerar a contenção mecânica em pediatria como sendo uma possível forma de violência infantil em instituições hospitalares?***

4.3 Coleta dos dados

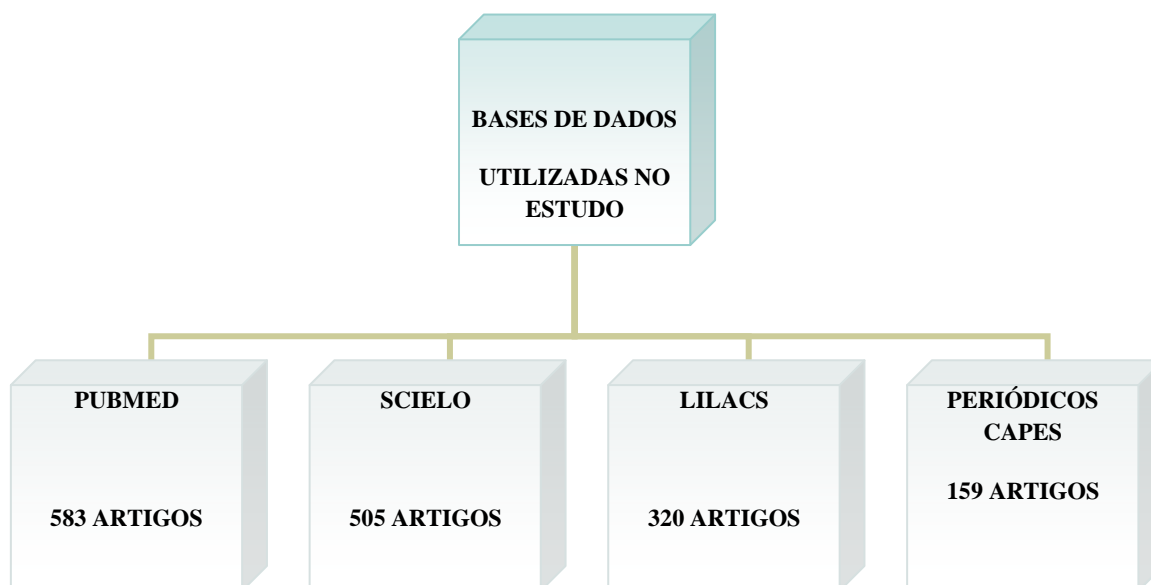
As pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: no Sistema da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, agência de fomento à pesquisa brasileira), PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), incluindo publicações nacionais e internacionais.

Em relação à busca do tema os descritores foram separados quanto à natureza da origem das línguas portuguesa, inglesa e espanhola em função da palavra contenção, visto que não há similaridade na tradução entre os idiomas.

Foram definidos como descritores: **criança hospitalizada, legislação, segurança do paciente, em Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) e no MeSH (Medical Subject Headings): *seclusion and restraint, physical restraint***.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, indexados em bases de dados, que responderam a questão norteadora, publicados nos últimos 15 anos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que estavam disponíveis na sua íntegra e de forma gratuita *on line*.

Foram excluídos deste estudo teses de doutorado; dissertações de mestrado; monografias; documentos e anais de eventos.



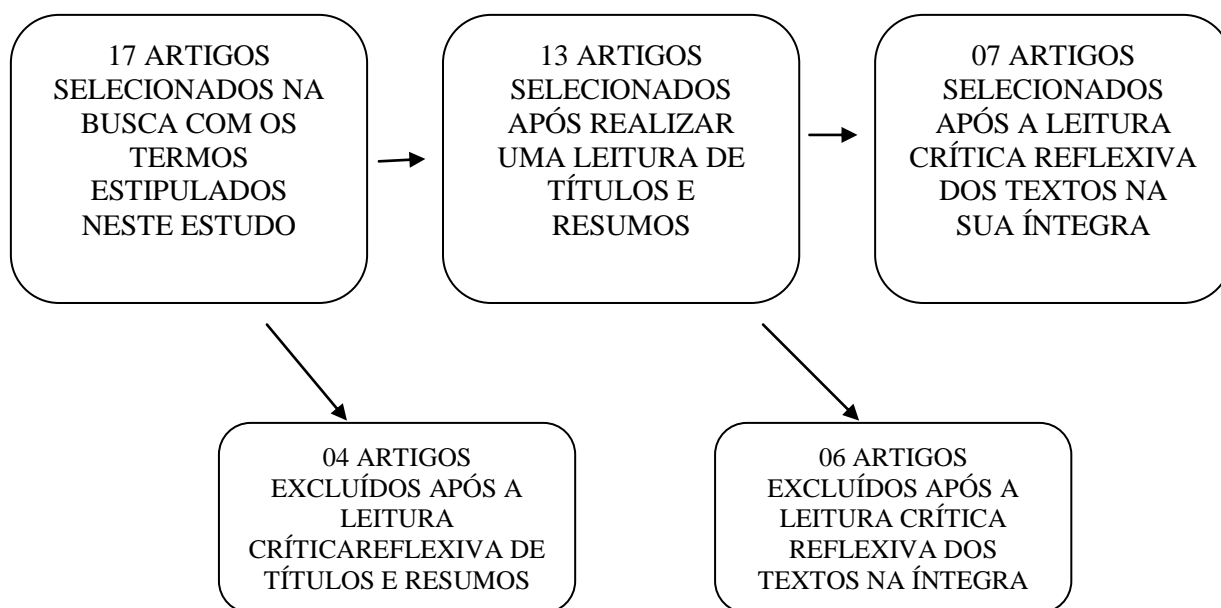
Organograma 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 1998 e 2011, segundo busca na bases de dados.

Na busca de artigos, foram encontrados 583 artigos na PUBMED, 505 artigos na SCIELO, 159 artigos nos PERIÓDICOS CAPES e 320 artigos na LILACS, obtendo-se um total de 1567 artigos.

Ressalta-se que o montante de artigos encontrados na busca utilizando os descritores existentes evidenciou a dificuldade de correspondência do termo comum que contemple o assunto da contenção mecânica, sendo então excluídos muitos artigos conforme observado no organograma acima.

4.4 Avaliação dos dados

Inicialmente foram selecionados 17 artigos para a leitura de títulos e termos estabelecidos. Depois de realizada a leitura de títulos e resumos, 13 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra. Com um leitura crítica reflexiva dos textos, foram selecionados 7 artigos para servirem de base de dados para esta revisão integrativa.



Para a organização, agrupamento e categorização dos artigos selecionados, foi elaborado e preenchido um Instrumento de Análise dos dados (APÊNDICE A) de acordo com a questão norteadora, com as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume, número e descritores); objetivo do estudo, metodologia (tipo de estudo, população/amostra, local de estudo, coleta de dados); resultados e conclusões.

4.5 Análise e interpretação dos dados coletados

Depois de realizada a categorização dos artigos encontrados através do instrumento de análise, os dados obtidos foram então comparados, sintetizados e analisados de maneira mais detalhada através do quadro sinóptico (APÊNDICE B), contendo as seguintes variáveis: título, autor, metodologia e aspectos relativos à contenção mecânica. Os dados foram analisados e discutidos, possibilitando a identificação da conclusão e de informações que serviram de resposta à questão norteadora desta revisão integrativa.

4.6 Apresentação dos resultados

A fase final do estudo consiste na apresentação dos resultados evidenciados após a análise dos artigos disponíveis na literatura, permitindo uma reflexão sobre as informações extraídas.

4.7 Aspectos éticos

Com a aprovação do projeto deste estudo durante a Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, foi encaminhado à avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ EEUFRGS), sendo aprovado sob o número 23599.

Quanto aos aspectos éticos, foram respeitadas as autenticidades às idéias dos autores em questão que constituíram a amostra deste estudo que foi formatado segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, foram analisados 7 artigos que abordavam o tema de contenção como sendo uma forma de violência e suas conseqüências, sendo todos no idioma inglês.

Quanto à natureza dos estudos apresentados nos artigos encontrados, observou-se a predominância de artigos qualitativos sobre o assunto 57,14 %.

Nº artigo	Título	Autor	Metodologia
1	Is Restraint a Form of Abuse?	FOLKES; (2005)	Qualitativo
2	Are Paediatric Oncology Nurses Acknowledging the Effects of Restraint? A Review of the Current Policy and Research.	HULL; CLARKE; (2011)	Revisão Integrativa
3	Adverse Effects Associated With Physical Restraint.	MOHR; PETTI; MOHR; (2003)	Qualitativo
4	The Immobilisation and Restraint of Paediatric Patients During Plain Film Radiographic Examinations.	GRAHAM; HARDY; (2004)	Quantitativo
5	Deaths Associated With Restraint Use in Health and Social Care in the UK. The Results of a Preliminary Survey.	PATERSON et al. (2003)	Qualitativo
6	A Restraint on Restraints: The Need to Reconsider the Use of Restrictive Interventions.	MOHR; MAHON; NOONE; (1998)	Qualitativo
7	Learning From Tragedy: A Survey of Child and Adolescent Restraint Fatalities.	NUNNO; HOLDEN; TOLLAR; (2006)	Quantitativo

Quadro 1- Artigos que compõem a amostra do estudo.

Os sete artigos selecionados foram analisados e classificados em cinco categorias, segundo os resultados obtidos: Tipos de contenção utilizados; conseqüências do uso;

justificativas para o uso da contenção; escassez de estudos acerca da temática; e medidas alternativas para substituir o uso da contenção.

5.1 Tipos de Contenção Utilizados

Uma variedade de termos é utilizada como sendo sinônimos para a palavra “contenção mecânica”, com, por exemplo, “exploração clínica”, “imobilização”, “restrição física”, “retenção”, tornando-se confusas, estas definições, quando aplicadas na prática clínica.

Segundo o Departamento de Saúde (1993), restrição é a aplicação de uma força de maneira positiva com a intenção de dominar a criança. Ela pode ser empregada em diversos contextos, sendo comum na psiquiatria e visto como uma medida de segurança tanto para proteger os pacientes quanto os funcionários que o assistem (HULL; CLARKE, 2011).

A imobilização traz em sua definição, apenas como sendo um meio de tornar uma pessoa fixa ou incapaz de se mover; enquanto uma contenção envolveria um confinamento de maneira forçada, sem considerar os desejos do paciente (GRAHAM; HARDY, 2004).

A restrição física é definida como sendo qualquer método manual, físico ou mecânico do dispositivo, material ou equipamento ligado junto ao corpo do paciente e que restrinja a liberdade de movimento ou acesso de seu corpo (NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, 2006).

A exploração clínica seria considerada o posicionamento da criança para a execução de um procedimento médico de maneira segura e controlada, considerando sempre que possível o consentimento da criança, pai ou cuidador responsável (HULL; CLARKE, 2011).

A contenção mecânica é comumente utilizada em crianças para garantir o sucesso na realização de procedimentos terapêuticos e no processo de estabelecer diagnósticos. A contenção pode ser definida como sendo uma restrição direta através de meios mecânicos ou o uso de força física dos membros da equipe. Muitas vezes é descrito como sendo “o lado positivo da aplicação de força com a intenção de dominar a criança” (FOLKES, 2005).

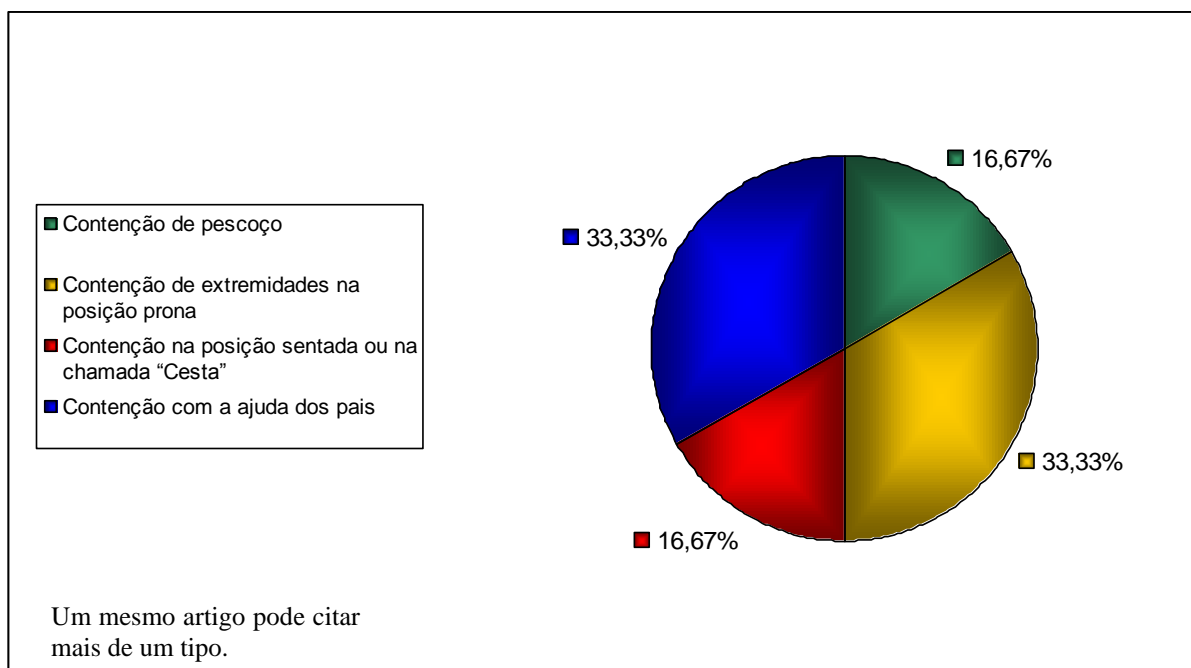
A contenção mecânica ou restrição física se desdobra em alguns tipos na maneira de se conter, entre eles: contenção em prona, contenção de pescoço, e a contenção de membros utilizando panos, velcro, correias, algemas, tiras de couro; sendo utilizado, na maioria dos casos, o próprio colchão do paciente ou então bancos e cadeiras de rodas (NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, 2006).

Tipos de Contenção	Autores
Contenção de pescoço	PATERSON et al., (2003);
Contenção de extremidades na posição prona	PATERSON et al., (2003); NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, (2006);
Contenção na posição sentada ou na chamada “Cesta”	PATERSON et al., (2003);
Contenção com a ajuda dos pais	GRAHAM; HARDY, (2004); HULL; CLARKE, (2011);

Quadro 2- Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto aos tipos de contenção mecânica existentes.

O gráfico 1 mostrou o percentual de citações quanto aos tipos de contenção. Observou-se que os métodos mais utilizados e trazidos na bibliografia americana são: a contenção de extremidades na posição prona, sendo representada por 2 artigos (33,33% da amostra) e também a contenção com auxílio dos pais e responsáveis com 2 artigos (33,33%); e em uma menor prevalência a contenção de pescoço, com um artigo (16,67% da amostra) e a contenção em “cesta” (16,67%).

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos quanto aos tipos de contenção



5.1.1 Contenção de pescoço

A contenção mecânica na área do pescoço é comum na psiquiatria, segundo o artigo utilizado neste estudo, sendo uma pressão exercida sobre as artérias carótidas que pode vir a induzir rapidamente a inconsciência, acarretando risco significativo, como por exemplo, a morte (PATERSON et al., 2003).

Em um artigo (14,28%) a contenção de pescoço foi a causa da morte de pacientes psiquiátricos no Reino Unido. A utilização desta modalidade de contenção foi aplicada em virtude da agitação psicomotora em pacientes com surto psicótico, sendo aplicados juntamente sedativos para tornar eficaz. O que o autor traz a respeito da contenção de pescoço, é de que no momento em que se restringe um paciente com extrema agitação utilizando-se esta região pode-se caracterizar como sendo uma violência ou até mesmo uma tentativa de homicídio (PATERSON et al., 2003).

Em um caso citado no artigo de Paterson et al., 2003, um paciente veio a óbito após ter sido contido pelo pescoço por um babero e sedado juntamente. Ele de acordo com o relato, ficou sentado contido por 50 minutos, sendo periodicamente observado e após este período foi deixado no esquecimento pela equipe. Horas depois foi verificado que ela havia sofrido enforcamento, pois com o passar das horas deslizou na cadeira e o seu babero fixado em seu pescoço o estrangulou sem que ninguém ouvisse nada, afinal estava sedado (PATERSON et al., 2003).

5.1.2 Contenção de extremidades na posição prona

A contenção em prona foi citada em dois artigos deste estudo, onde o paciente é colocado “de bruços”, em geral utilizado o chão como apoio, e sendo uma maneira de imobilizar os movimentos do indivíduo e diminuindo os reflexos deste. As mãos do cliente são fixadas com ataduras ou algemas e suas pernas também, garantindo que não consiga mover-se livremente (NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, 2006).

Posicionar um paciente na posição de prona, gera não somente agitação por parte deste, mas seus sentimentos acabam por exacerbarem no momento em que os membros da equipe que o assiste o colocam em uma posição que não permite interagir com o mundo externo e a desconfiança para com a equipe acaba tornando muito difícil o relacionamento interpessoal (PATERSON et al., 2003).

5.1.3 Contenção na posição sentada ou na chamada “Cesta”

O artigo de Paterson et al., 2003, trouxe um caso de óbito, ocorrido em 1995 em Yorkshire. Era de uma mulher que estava internada em um hospital psiquiátrico e que precisou ser contida devido a sua agitação psicomotora; foi colocada então em um assento sanitário e restringida fisicamente. Horas depois foi verificado seu óbito, pois como passar so tempo acabou deslizando no assento e foi estrangulada com as faixas de algodão que a mantinham na posição sentada.

Nos EUA a chamada “cesta” é uma maneira de se conter pacientes, mesmo a posição sentada sendo considerada uma das alternativas mais desejável e digna para se imobilizar alguém ao solo, pode envolver um risco de hiperflexão. Nesta posição o tronco pode vir a ficar hiperfletido, sendo inclinado para frente e dobrando sobre a cintura, prejudicando a respiração do indivíduo e agravando-se ainda mais se este for obeso (PATERSON et al., 2003).

5.1.4 Contenção com a ajuda dos pais e responsáveis

O cuidado centrado na família é um conceito que está subjacente ao cuidado de crianças, sendo considerada uma negociação e uma parceria com a família envolvida (HULL; CLARKE, 2011).

O processo de hospitalização gera muitos efeitos no paciente e na família envolvida. Sendo assim, uma abordagem individual e centrada na família garante uma relação de parceria, negociação e reflexão entre o cuidador e o ser cuidado, minimizando os efeitos negativos do tratamento (HULL; CLARKE, 2011).

A contenção não deixa de ser um procedimento fora da realidade de muitas pessoas, portanto, o envolvimento da família durante todo o processo, traz para a criança uma facilidade de aceitação, pois são os familiares que as transmitem confiança e bem estar (GRAHAM; HARDY, 2004).

Permitir que o acompanhante participe da restrição dos movimentos para o tratamento, diminui a ansiedade por parte da criança e do próprio responsável; assim como o profissional de saúde envolvido conquista a confiança de ambos e torna mais simples e menos angustiante todo o processo (HULL; CLARKE, 2011).

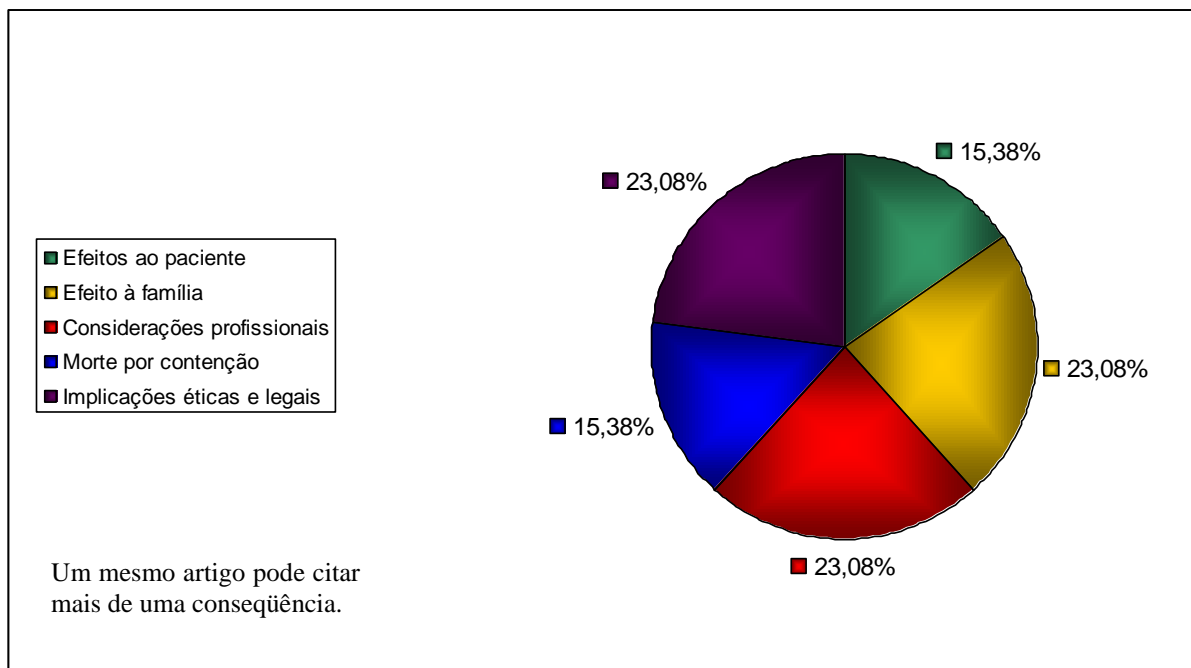
5.2 Consequências do Uso

Consequências	Autores
Efeitos ao paciente contido	MOHR; MAHON; NOONE, (1998); FOLKES, (2005).
Efeitos sobre a família	HULL; CLARKE, (2011); FOLKES, (2005).
Considerações dos profissionais envolvidos	MOHR; PETTI; MOHR, (2003); HULL; CLARKE, (2011); NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, (2006).
Morte por contenção	MOHR; PETTI; MOHR, (2003); PATERSON et al., (2003).
Implicações éticas e legais	FOLKES, (2005); MOHR; MAHON; NOONE, (1998); HULL; CLARKE, (2011).

Quadro 3: Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto as consequências associadas ao uso da contenção mecânica.

O gráfico 2 apresenta o percentual de citações de cada subcategoria referente às consequências associadas ao uso da contenção mecânica. Pode-se observar que os artigos pertencentes a este estudo destacaram a opinião do profissional quanto ao uso da contenção e os efeitos causados aos familiares envolvidos ambos em 30%. A morte como uma consequência do uso da contenção mecânica esteve presente em 2 artigos (20% da amostra).

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos quanto às conseqüências associadas ao uso da contenção



Fonte direta, 2012

5.2.1 Efeitos ao paciente contido

O paciente ao ser contido perde a sua liberdade de movimento e assim, passa a lidar com muitos sentimentos, entre eles, o de inferioridade; o medo, por não poder proteger-se e também a humilhação de estar exposto ao manuseio de um estranho; portanto o profissional de saúde precisa sempre considerar a contenção do paciente como sendo pertencente ao seu processo de trabalho e que avaliar a sua aplicação é de suma importância para que assistência não se torne simplesmente uma rotina (FOLKES, 2005).

Em especial a criança é um ser que depende do outro e demanda cuidados para a sua sobrevivência, muitas vezes, acaba por ser abusada emocionalmente ou negligenciada em seu cuidado e o impacto disto pode ser irreversível (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

A principal característica para que um profissional de saúde estabeleça vínculos com o paciente é a confiança do ser cuidado para com o cuidador. Criar um vínculo com uma criança pode ser mais dificultoso se comparado a um adulto. Assim, avaliar o meio em que ela convive e a sua relação com o mundo facilita a conquista da confiança. Portanto conter uma criança sem ao menos tornar ela a par da situação e de seu tratamento acaba por despertar muitos sentimentos negativos dela para com o profissional, e um deles é o de raiva (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

A raiva é um dos sentimentos citados em três artigos (42,85%). Para um paciente pediátrico vir a apresentar um sentimento de raiva para com a equipe que o assiste muitos acontecimentos antecederam a tal sentimento. O meio em que a criança convive pode significar muito na maneira com que esta se manifestará se for necessário contê-la, por exemplo, se ela vier de ambientes abusivos, negligentes ou caóticos, já apresenta-se desapontada, abandonada ou violada por adultos que a cuidam. Sendo assim, esta criança passa a não confiar nas pessoas que a cerca e a irritação, agressão e por fim a raiva são maneiras encontradas de se auto-protger. A agressão é citada nos estudos como sendo um dos motivos que leva uma criança a ser contida e sendo assim o profissional de saúde não reflete sobre toda a situação em que a criança está envolvida e simplesmente a contém (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

Os artigos trouxeram que as crianças envolvidas perceberam como trauma, tanto físico como psicológico. Trouxeram que no momento da contenção os funcionários assumiam o lugar de poderosos e a força física era a base deste poder. A falta de compreensão por parte das crianças a respeito deste “castigo” fez com que surgissem mais sentimentos de inferioridade, ansiedade e raiva para com a equipe (FOLKES, 2005).

A institucionalização pode tornar-se um evento traumático e que envolve uma série de elementos causadores de perturbação no desenvolvimento físico e mental da criança. O rótulo associado com as doenças mentais, por exemplo, normalmente prejudicam as relações interpessoais das pessoas e trazem consigo sentimentos de desconfiança, inferioridade, medo, que faz com que o indivíduo se culpabilize por muitos anos, se não for trabalhado isso (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

5.2.2 Efeitos sobre a família

Em dois artigos (28,57%) selecionados foram constatados que a família precisa ser considerada e envolvida neste contexto de contenção. Ainda que restringir um filho possa ser muito angustiante para os familiares envolvidos, permiti-los que participem do processo transmite a criança mais segurança e tranquilidade por parte dos pais.

O familiar responsável pela criança hospitalizada também precisa ser considerado enquanto o profissional de saúde assiste o paciente, pois o que garantirá o sucesso da terapêutica. Sempre que possível o profissional deve explicar como se procederá tudo e depois através de perguntas observar como foi o entendimento do responsável e a necessidade de repetir, caso não tenha sido efetivo em um primeiro momento (FOLKES, 2005).

Foram identificados alguns tipos de comunicação estabelecidos entre o familiar e a criança, sendo elas: a comunicação de suporte (sendo obtida no momento em que a criança reconhece que terá seu familiar ao seu lado durante o procedimento), a de normalização, a de distanciamento e por fim a comunicação de contraste negativo (quando adota-se padrões de se negar a importância do evento, obrigando a criança a lidar com suas angústias e sofrimentos sozinha e dificultando mais o processo) (HULL; CLARKE, 2011).

Proporcionar às famílias as informações e estratégias para enfrentar a situação de doença tem se mostrado a maneira mais eficaz quando se assiste um paciente pediátrico. A aquisição das informações permite ao adulto responsável recuperar o controle da situação, afinal quem exerce o papel de cuidador durante a infância são os pais e responsáveis, e permiti-los que exerçam novamente este papel garante o sucesso do tratamento (HULL; CLARKE, 2011).

5.2.3 Considerações dos profissionais envolvidos

A atitude dos enfermeiros quanto à contenção não tem sido objeto de estudos. Observou-se na pesquisa de Robinson e Collier (1997), que ao se conter uma criança para execução de determinado procedimento foi considerado por quase 100% das entrevistadas que os membros mais experientes da equipe eram mais propensos a fazer uso da contenção comparados aos novatos, que salientaram a segurança como decisivo na sua escolha. A possibilidade de escolha dos pais em estar presente ao lado do filho no momento da contenção mostrou-se um fator diminutivo do estresse emocional e físico dos pais (HULL; CLARKE, 2011).

Utilizar um procedimento como rotina, é comum em muitos hospitais e a contenção insere-se neste contexto, afinal alguns profissionais desconhecem real motivo para o seu uso, utiliza-o porque alega estar em prescrição médica ou então faz como meio para dominar e/ou punir um paciente não cooperante e agitado.

Foi possível verificar em dois artigos (28,57%) que a percepção dos profissionais que restringem um paciente é de que através da aplicação de força física e de meios mecânicos torna-se efetivo o tratamento, a escolha deste meio como primeiro escolha muitas vezes não é avaliado pela equipe, que simplesmente deseja realizar um procedimento e isto acaba tornando-se uma rotina (MOHR; MAHON; NOONE, 1998; HULL; CLARKE, 2011).

Na pediatria, pacientes com algum distúrbio psiquiátrico acabam gerando ações negativas chamadas de contratransferência entre os membros da equipe. Isto ocorre,

geralmente, quando a criança é agitada e mostra inquietação motora manifestada por quebra ou desprezo às regras. Sendo assim, a gestão do procedimento acaba se tornando mais dificultosa e sem um adequado conhecimento e habilidades, os membros da equipe se tornam alarmados, raivosos ou temerosos para com o paciente e o chamado limite terapêutico entre a criança e a equipe é perdido (NUNNO; HOLDEN; TOLLAR, 2006).

5.2.4 Morte por Contenção

Uma consequência muito presente nos artigos que endossaram este trabalho foi a morte por contenção, que de maneira irreversível está presente na realidade de muitos profissionais e que ainda não está recebendo a real importância. Um artigo (14,28%) trouxe alguns casos em que a contenção foi a causa da morte de alguns pacientes psiquiátricos no Reino Unido (PATERSON et al., 2003).

Muitos são os fatores que levam o indivíduo exposto a uma maior suscetibilidade à morte, entre eles: a obesidade; a luta prolongada (tentativa forçada da retirada da contenção); a saúde física prejudicada; a perturbação mental aguda; a medicação prescrita; o uso de drogas ilícitas e os procedimentos de retenção que prejudicam a respiração (PATERSON et al., 2003).

A função respiratória seria a causadora das diversas mortes relatadas nos estudos, pois o ideal para se reverter o óbito seria uma via aérea desobstruída, uma adequada troca gasosa entre os alvéolos e o sistema vascular pulmonar e por fim uma bomba funcional ventilatória para assim produzir um fluxo de ar para dentro e para fora dos pulmões. Se neste sistema qualquer parte da via aérea superior ou inferior tornar-se obstruída, conseqüentemente a respiração é impedida (PATERSON et al., 2003).

A respiração foi o principal item destacado nos artigos estudados, e em um estudo (14,28%) foi explicado o que mecanicamente estaria envolvido no processo de respiração, que são eles: o controle do sistema nervoso central; a capacidade da caixa torácica de ampliar e relaxar com a ajuda de músculos intercostais e do diafragma; e a capacidade do diafragma contrair-se, a fim de deslocar vísceras abdominais para baixo e para fora (PATERSON et al., 2003).

Quando o sistema nervoso central atua de maneira devida os músculos respiratórios, a caixa torácica expande-se e o diafragma desce, criando uma pressão negativa intratorácica. Este gradiente criado contribui para formar uma atmosfera para os pulmões produzindo a inspiração. Após com o relaxamento dos músculos intercostais em conjunto com o diafragma

produzindo uma pressão positiva, o gradiente de pressão acaba por empurrar o ar para trás e para fora dos pulmões, efetuando assim a expiração (PATERSON et al., 2003).

O paciente posicionado de bruços para ser contido, pode acabar impedindo que seu diafragma se contraia, principalmente quando a obesidade também está presente e o excesso de tecido adiposo acaba por ser deslocado para cima na cavidade abdominal e isto impede que o gradiente de pressão negativa necessário para que a inspiração aconteça (PATERSON et al., 2003).

A contenção mecânica quando aplicada indevidamente pode causar não somente danos emocionais, como também físicos e até mesmo a morte, como por exemplo, desidratação, alterações circulatórias, asfixia, problemas de pele, perda de força e mobilidade, incontinência e lesões em outros pacientes (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

A morte por asfixia esta associada a colocação de peso excessivo na parte de trás do paciente que permanece em decúbito ventral, o uso de toalhas ou lençóis sobre a cabeça do paciente para proteger contra possíveis cuspes ou mordeduras e obstrução das vias aéreas ao puxar os braços em toda área do pescoço (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

A asfixia pode ser uma causa de morte em pacientes contidos, afinal no momento em que o paciente é colocado em determinada posição, o corpo passa a ser um fator dificultante para que a respiração aconteça, como por exemplo, na posição de prona. A pressão aplicada na região cervical acaba por impedir um fluxo adequado de sangue nas artérias carótidas. Mesmo o organismo tendo a capacidade de compensação da circulação, a oclusão nesta área pode vir a produzir o chamado seio de estimulação, na qual acaba provocando uma bradicardia no organismo e uma possível parada cardíaca (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

A hipóxia é também causa de morte por contenção, sendo observado em situações em que é limitada a movimentação cervical do paciente, este por sua vez tenta livrar-se e acaba agitando-se e aumentando a pressão na região cervical, aumenta a demanda de oxigênio no organismo e intensifica a força, sendo então uma morte por parada cardíaca, mas secundária à hipóxia (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

A morte por aspiração é identificada em pacientes contidos em posição supina, na qual o paciente imobilizado juntamente com diminuição ou alteração de seus níveis de consciência, acaba deixando a via aérea desprotegida e assim propensa à aspiração. Após ocorrer a aspiração de corpo estranho nas vias aéreas superior espera-se deste paciente uma possível asfixia, um edema pulmonar agudo ou então uma pneumonia (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

A liberação de catecolaminas adrenais pode ser outra causa de morte da criança que está em agitação psicomotora na luta com os membros da equipe que antecede as decisões de contenção. Produção esta que acaba por sensibilizar o coração, produzindo alterações em seu ritmo e uma possível falência deste órgão (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

Os efeitos psicológicos resultantes da contenção podem tornar-se irreversíveis, como por exemplo, a percepção punitiva do ato, sentimentos como raiva, ansiedade, medo, pesadelos, pensamentos intrusivos, memórias dolorosas, desconfiança de profissionais em instituições hospitalares, comportamentos de esquiva e reações que evitem relacionamentos interpessoais (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

5.2.5 Implicações Éticas e Legais

Em 42,85% dos artigos analisados, trouxeram as questões éticas e legais envolvidas com a restrição física.

Segundo a Lei dos Direitos Humanos (1998) *“Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”*. De acordo com a lei, o tratamento passa a se tornar desumano no momento em que o tratamento é acompanhado de sofrimento físico e psíquico. Um paciente contido, passa por um tratamento desumano e degradante, afinal a sua liberdade é controlada por um membro da equipe, gerando medo, humilhação e muitos outros sentimentos envolvidos (FOLKES, 2005).

O Código de Conduta Profissional traz que o enfermeiro é responsável por garantir, promover e proteger os interesses e a dignidade do paciente assistido. Sendo assim, se o procedimento em questão não for uma emergência médica, o tempo deve ser levado em consideração, pois no momento em que deixo de considerar a escolha do paciente assistido estou violando o Código de Conduta Profissional (FOLKES, 2005).

Todo profissional de saúde possui a responsabilidade de seus atos e suas práticas e em obediência a um código de ética. Intervenções coercivas, como a contenção mecânica, podem corresponder a uma agressão quando realizada de maneira desnecessária em um paciente. Muitos são os fatores que levam a uma equipe priorizar o uso da restrição física como uma rotina de trabalho, o mais comum deles seria o desvio de funcionários da assistência para atividades administrativas, tornando inviável o número de pessoas trabalhando na equipe em comparação com a quantidade de pacientes internados (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

O profissional de enfermagem precisa atuar na assistência, sempre respeitando a dignidade do indivíduo, portanto enquanto realiza seus cuidados e procedimentos técnicos

precisa refletir o quão impactante é para o paciente e, na situação de conter alguém, os diversos fatores que estão atrelados como, por exemplo, efeitos psicológicos, físicos e até mesmo a questão ética e a legislação que ampare este ato.

Graham e Hardy, 2004 demonstraram em seus estudos que são poucos os profissionais de saúde no Reino Unido que receberam treinamento com técnicas adequadas de contenção, assim como, estavam cientes do momento de se fazer uso desta técnica. Tal ação compromete o atendimento prestado pelos enfermeiros, pois não só permite que a restrição seja feita sem controle como também acaba infringindo o Código de Conduta Profissional, que exige que o profissional se comprometa somente com práticas para as quais tenha conhecimento adequado e habilidades para serem considerados competentes (HULL; CLARKE, 2011).

5.3 Justificativas para o Uso da Contenção

Em três artigos (42,85%) (FOLKES, 2005; HULL; CLARKE, 2011; GRAHAM; HARDY, 2004) estiveram presentes as justificativas que os profissionais utilizaram para então aplicar uma restrição. O motivo quase sempre está relacionado à execução de procedimentos durante o tratamento da criança, entre eles: punção venosa, inserção de tubos naso- gástricos de alimentação (SNG), injeções intramusculares (IM), administração de medicamentos, punção lombar (PL), aspirados de medula óssea, entre outros (HULL; CLARKE, 2011). Na cultura da enfermagem, em especial, a restrição é geralmente aceita como sendo um comportamento necessário e os enfermeiros envolvidos não refletem quanto as implicações sérias associadas, sendo a de expor a criança a experimentar danos físicos ou emocionais irreversíveis (FOLKES, 2005).

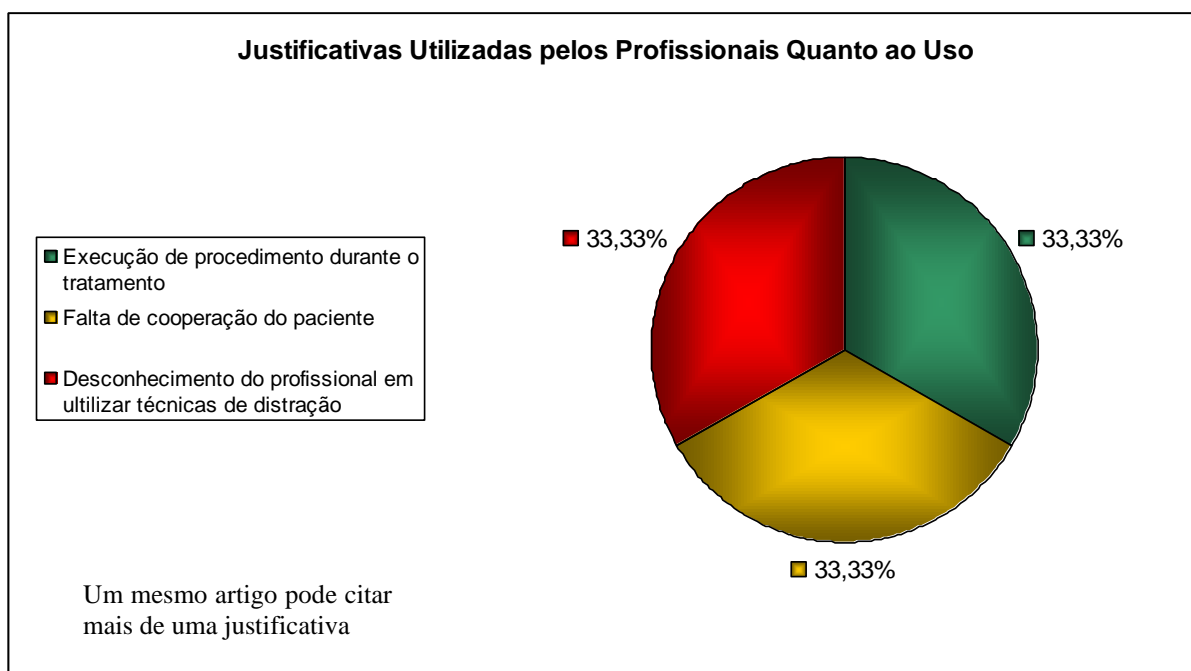
A enfermagem deve explorar ao máximo todas alternativas antes de decidir por conter uma criança e evitar expor a criança a procedimentos que a causem sofrimento desnecessário. Considerar se o procedimento é ou não de urgência médica é um caminho para que não se exponha a criança desnecessariamente a procedimentos e também momento oportuno de se envolver a criança no processo de decisão, garantindo seu direito de autonomia frente a sua situação de saúde (GRAHAM; HARDY, 2004).

Justificativas para o uso da contenção	Autores
Execução de procedimentos durante	HULL; CLARKE, (2011); GRAHAM; HARDY, (2004).

o tratamento	
Falta de cooperação do paciente	GRAHAM; HARDY, (2004); FOLKES, (2005).
Desconhecimento do profissional em utilizar técnicas de distração	HULL; CLARKE, (2011); GRAHAM; HARDY, (2004).

Quadro 4: Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto as justificativas para o uso da contenção.

Gráfico 3 - Distribuição dos artigos quanto às justificativas utilizadas pelos profissionais quanto ao uso da contenção mecânica



Fonte direta, 2012

Conforme mostrou o gráfico 3, às justificativas utilizadas pelos profissionais quanto ao uso da contenção esteve bem distribuído entre as três categorias destacadas (33,33%).

5.3.1 Execução de procedimentos durante o tratamento

O enfermeiro tem sido um profissional defensor no uso da contenção como sendo necessária para se realizar determinados procedimentos em pediatria, mas preconiza pela

simples questão de fazer parte de um tratamento e que esta envolvido na recuperação da criança (HULL; CLARKE, 2011).

Restringir pacientes pediátricos para dar continuidade a um tratamento, como por exemplo, administrar medicações, envolve questões éticas e morais, além de simplesmente imobilizar o paciente. Na percepção dos pais conter seus filhos é constrangedor, além de se tornar uma rotina em algumas unidades de oncologia, sendo assim a realização de procedimentos pode se tornar algo muito doloroso e traumático aumentando ainda mais a ansiedade da criança, que já se encontra abalada emocionalmente pela a sua condição de saúde e conseqüente hospitalização (HULL; CLARKE, 2011).

Em determinadas situações, como por exemplo, a realização de exames de radiografia, a contenção acaba se tornando um instrumento de trabalho, afinal a imobilidade definirá a precisão e qualidade dos exames, a diminuição da exposição é essencial à saúde da criança. Pode-se observar que neste meio a utilização da contenção é comum e não existem estudos mais aprofundados que apresentem as conseqüências deste uso indiscriminado. O desconhecimento de orientações específicas das instituições ou de protocolos que orientem a prática da restrição em pediatria acaba se tornando maléfico à saúde dos pacientes expostos a estes profissionais (GRAHAM; HARDY, 2004).

Os motivos apresentados pelos profissionais que justifique o uso desta prática são diversos, entre eles: a idade da criança, sendo inferior a três anos, a capacidade de entender e acatar as ordens para realização do exame, a necessidade e urgência de definir um diagnóstico, a segurança do paciente quanto exposição à radiação, sendo observado que raramente o consentimento da criança é considerado (GRAHAM; HARDY, 2004).

5.3.2 A falta de cooperação do paciente

A falta de cooperação por parte da criança foi um motivo que os artigos trouxeram como sendo uma justificativa para se tomar a decisão de se imobilizar uma criança.

Segundo Graham; Hardy (2004), a idade é um fator determinante na decisão de se conter a criança. A maioria dos médicos radiografistas contiveram pacientes com menos de três anos, pois alegaram que estes não tinham a capacidade de compreensão do que estava sendo proposto durante o tratamento, que esta era uma maneira de garantir a segurança deste paciente, pois o nível de radiação recebida precisava ser considerado e também a necessidade de se obter um diagnóstico o mais rápido possível para assim se estabelecer um plano de cuidados para o paciente (GRAHAM; HARDY, 2004).

No artigo de Folkes (2005), a autora elaborou um instrumento que serve como um facilitador na tomada de decisão quanto ao uso da contenção mecânica em pediatria, sendo relevante salientar que avaliar a cooperação seria primordial durante todo o processo. Se a criança é considerada cooperativa, deve-se explicar o procedimento mesmo assim, tanto para ela quando para seus responsáveis, o profissional também pode utilizar técnicas de distração durante a explicação e por fim sempre ter a certeza de que eles entenderam o que lhes foram proposto. Já em uma situação em que a criança mostra-se não cooperativa com a situação, avaliar o risco de vida que esta se encontra é importantíssimo. Então quando a vida do paciente não está em risco, pode-se explicar o procedimento com técnicas de distração, repetir isso se preciso for e por fim avaliar a necessidade de se aplicar medidas restritivas. No entanto, se a criança corre risco de vida, e o procedimento precisa ser realizado com urgência, a equipe deve decidir em conjunto as medidas de contenção que irão aplicar, considerar o tempo que têm disponível para isso, se possível obter um consentimento do responsável, e por fim, um dos membros da equipe treinado aplica as medidas restritivas (FOLKES, 2005).

5.3.3 Desconhecimento do profissional em utilizar técnicas de distração

Outro fator contribuinte para o uso indiscriminado da contenção nesta área seria o desconhecimento por parte do profissional, de técnicas alternativas para distração dos pacientes pediátricos, como por exemplo, jogos terapêuticos (GRAHAM; HARDY, 2004).

A justificativa de que o profissional age no melhor interesse da criança foi um argumento presente nos artigos deste estudo, mas é importante repensar como está sendo empregada a contenção em pediatria. Agir na melhor das intenções precisa incluir outras alternativas ao invés de simplesmente restringir um paciente, então por exemplo, permita a presença do responsável durante o processo, assim como, a educação para tal antes de realizar o procedimento, a preparação da criança através de brincadeiras e utilizando-se de técnicas de distração seguras são medidas que todo o profissional deveria estar ciente antes de fazer uso de uma medida restritiva (HULL; CLARKE, 2011).

A capacidade de compreensão da importância do uso de jogos durante a terapêutica para redução da dor e da ansiedade deve ser trabalhada em qualquer que seja a instituição na qual a assistência pediátrica esteja presente, pois somente desta maneira os profissionais conseguirão apossar-se de técnicas de distração para aplicá-las em sua assistência (GRAHAM; HARDY, 2004).

5.4 Escassez de Estudos Acerca da Temática

Nesta categoria, cinco artigos (71,42% da amostra) trouxeram a falta de conhecimento por parte dos profissionais para lidar com a contenção, influenciado pela falta de estudos que abordem este assunto (FOLKES, 2005; HULL; CLARKE, 2011; MOHR; PETTI; MOHR, 2003; PATERSON et al., 2003; MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

Acerca da temática de contenção mecânica existem poucos estudos que revelem o seu uso adequado em crianças, sendo então um motivo para qual devemos estar atentos, pois existe um desconhecimento entre os profissionais de saúde quanto a esta prática solicitada (FOLKES, 2005).

Curiosamente um artigo (14,28%) da amostra apresentou que os acadêmicos de enfermagem sentem-se extremamente desconfortáveis quando envolvidos em uma prática de restrição em pediatria, e associado a isso o quão frágil é a graduação em relação a medidas restritivas e porque utilizá-las (FOLKES, 2005).

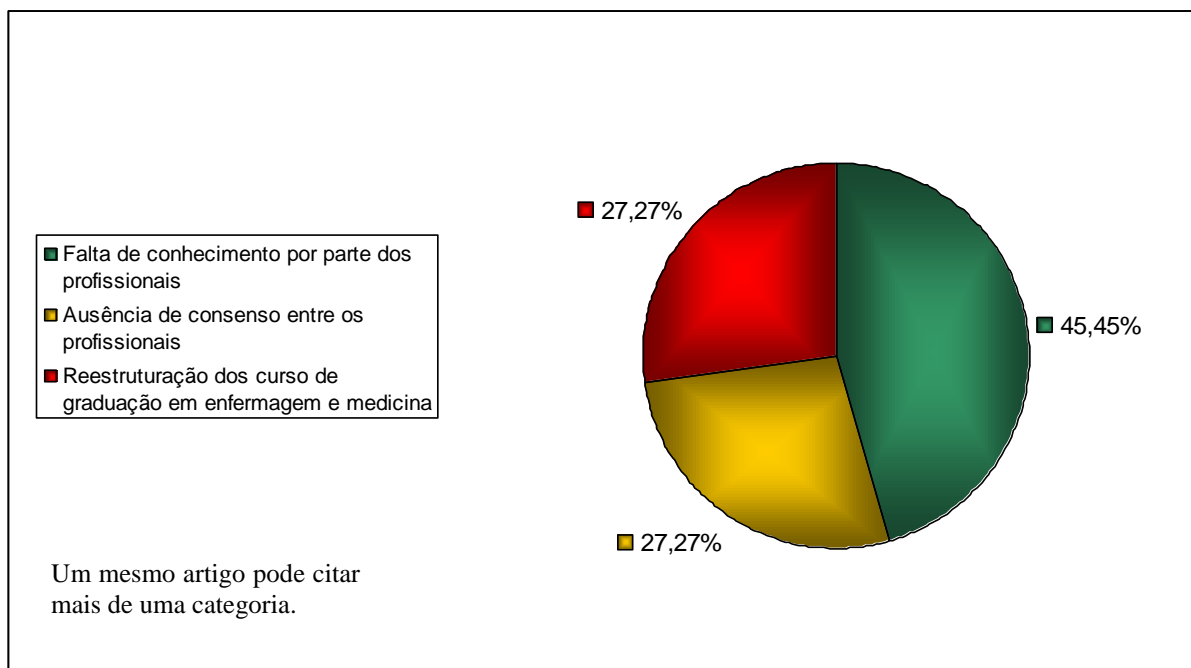
Na área da psiquiatria, torna-se comum o uso da contenção, mas mesmo assim o que torna preocupante é a escassez de estudos empíricos ou dados publicados que tragam evidências plausíveis sobre a prática adequada entre os profissionais envolvidos. Sendo assim, não existe ainda um consenso que suporte a real eficácia ou a necessidade em se restringir uma criança ou um adolescente (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

Escassez de estudos que abordem a temática	Autores
Falta de conhecimento por parte dos profissionais	FOLKES, (2005); PATERSON et al., (2003); HULL; CLARKE, (2011); MOHR; MAHON; NOONE, (1998); MOHR; PETTI; MOHR, (2003).
Ausência de consenso entre os profissionais	MOHR; PETTI; MOHR, (2003); PATERSON et al., (2003); MOHR; MAHON; NOONE, (1998).
Reestruturação dos cursos de graduação em enfermagem e medicina	HULL; CLARKE, (2011); FOLKES, (2005); MOHR; PETTI; MOHR, (2003);

Quadro 5: Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto a escassez de estudos acerca da temática.

O gráfico 4 apresentou o percentual das citações relacionadas à escassez de estudos acerca desta temática. Há uma maior prevalência de citações sobre a falta de conhecimento por parte dos profissionais, representada em 4 artigos (45,45% da amostra), seguida pela citação de ausência de consenso entre os profissionais sobre este assunto, presente em 3 artigos (27,27%) e também a necessidade de existir uma reestruturação dos cursos de graduação em enfermagem e medicina.

Gráfico 4- Distribuição dos artigos quanto à escassez de estudos acerca da temática



Fonte direta, 2012

5.4.1 Falta de conhecimento por parte dos profissionais

O enfermeiro (a) é um dos profissionais responsáveis por garantir o bem-estar da paciente hospitalizado; e aceitar a contenção como sendo uma prática rotineira pode ser caracterizado como uma forma de negligência na assistência e, em especial na pediatria, uma exposição da criança a abusos de nível institucional (FOLKES, 2005).

Os funcionários que não foram devidamente treinados para utilizar-se das técnicas existentes de contenção não podem estar envolvidos durante o processo, pois impedir que um

paciente se mova livremente envolve muito mais do que simplesmente imobilizá-lo, e sim, todo desfecho psicológico, familiar, emocional que se sucederão após o ato (FOLKES, 2005).

Em um estudo, realizado por Han e Campbell em 2001, em uma unidade de oncologia pediátrica observou-se que as crianças que já obtinham o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda iriam ser submetidas, em média, de 14 a 20 procedimentos invasivos relativos a biópsias e que a contenção estaria envolvida no seguimento deste tratamento (HULL; CLARKE, 2011).

A literatura publicada nesta área é em sua grande maioria Britânica e Americana e as tentativas de se explorar esta questão vêm se mostrando improdutiva em outras partes do mundo, como por exemplo, no Brasil (PATERSON et al., 2003).

O treinamento adequado do pessoal envolvido no processo de restrição serve para que este com as habilidades e conhecimentos necessários possa compreender a dinâmica e os possíveis comportamentos, provocações ou violência por parte da criança, e que isto não dê motivo para agir de maneira abusiva (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

Em um estudo elaborado em 1973 por Zimbardo, Ahney e Bancos, na Universidade de Stanford, um grupo de estudantes participou de uma simulação de uma “prisão”, onde metade seriam prisioneiros e o restante guarda. Concluiu-se que a violência e o comportamento coercivo por parte dos “estudantes guardas” contra os “estudantes prisioneiros” resultaram em uma pressão situacional que envolvia a expectativa do papel desempenhado, sem que fossem entendidas as reais razões para tal comportamento ou ações agindo de maneira autoritária a violenta. Observou-se então que de maneira similar, profissionais de saúde, inadequadamente preparados também podem recorrer a títulos e ao poder atrelado a algumas posições, e assim fazer uso da restrição física inadequadamente (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

A escassez de estudos que aprofundem este assunto acaba por cair no esquecimento as possíveis causas de óbito relacionadas ao uso indiscriminado das restrição física, como por exemplo, o profissional sem um treinamento específico para colocar o paciente na posição correta, no ambiente adequado ou até mesmo o manejo utilizado durante todo o processo, acaba por vez tornando mais dificultoso conduzir os possíveis danos, sejam físicos ou psicológicos, envolvido (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

5.4.2 Ausência de consenso entre os profissionais

Com a escassa literatura em psiquiatria infantil disponível sobre este assunto fica quase que impossível obter-se um consenso sobre as reais conseqüências associadas ao uso da contenção mecânica (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

Deve haver um trabalho colaborativo para que se possam produzir definições consensuais e sistemas que possam apoiar a utilização da contenção durante o tratamento de pacientes psiquiátricos e que com o passar do tempo possam permitir identificar os riscos envolvidos e se possa construir estratégias de gestão diferentes que contribuam para o avanço desta prática, mas de uma maneira segura (PATERSON et al., 2003).

Os pesquisadores devem estabelecer o que se sabe sobre a gestão do comportamento de indivíduos que estão realmente trabalhando no campo da psiquiatria infantil, e se assim for detectado um déficit de conhecimentos que leve à uma má prática, devem surgir programas de formação, educação, certificação e recertificação de maneira periódica para os profissionais de saúde envolvidos no cuidado pediátrico (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

A presença da mídia, através de jornais e a televisão, faz com que aumente cada vez mais a consciência dos profissionais e da população em geral, acerca da contenção mecânica e assim possa ser discutido os abusos, violações de conduta ética na assistência pediátrica e que situações como uma restrição desnecessária possa ser devidamente encaminhada às vias judiciais quando necessário (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

A inclusão da contenção no plano de cuidados de um paciente pode, por vezes, tornar o profissional confuso, uma vez que o paciente pode estar em experimentação de múltiplos fármacos, estar em psicose aguda ou delírio, ou ainda ter fatores adicionais envolvidos, como a obesidade. Tendo em conta os efeitos adversos em potenciais, devem existir estudos nesta temática que sirvam de guias para a adequada gestão de situações como esta, em que a falta de informação em textos clínicos e a rara inserção deste dilema na academia torna preocupante o manejo dos profissionais com pacientes psiquiátricos (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

5.4.3 Reestruturação dos cursos de graduação em enfermagem e medicina

Historicamente o processo de restrição é considerado incontestável para os profissionais de enfermagem e o seu uso indiscriminado impede que novas reflexões surjam a partir desta prática. Sendo assim, pode-se explicar a escassez de pesquisas nesta área e o quão escasso a academia se faz na formação de novos profissionais para o mercado de trabalho, que

acabam por seguir a rotina já estabelecida nas instituições e alegando ser para o bem-estar do paciente envolvido (HULL; CLARKE, 2011).

Uma discussão presente nos artigos deste estudo foi a reestruturação dos cursos de formação acadêmica em enfermagem e medicina proporcionando uma educação mais completa e que realmente conscientizasse os futuros profissionais para um olhar mais criterioso e uma prática segura a respeito da contenção mecânica (FOLKES, 2003).

Na psiquiatria, a equipe envolvida deve sempre estar treinada para que toda a restrição realizada durante o tratamento do paciente seja de maneira mais tranqüila, correta e que seja acompanhada, e por fim, possa ocorrer uma avaliação por parte dos profissionais da equipe sobre a sua real eficácia e, se for necessário, elaborar mudanças futuras para o aprimoramento do cuidado em enfermagem (MOHR; PETTI; MOHR, 2003).

Os artigos deste trabalho trazem que seja abordado nos cursos de graduação é de que sempre que for possível o uso da contenção seja reduzido ou completamente eliminado como sendo um manejo no tratamento quando o paciente não apresente risco de vida, afinal intervenções são propostas para a auto-gestão de crianças que tenham baixa em seu auto-controle e também a proteção de pacientes agudos e agressivos em seu meio de convivência (MOHR; PETTI. MOHR, 2003).

5.5 Medidas Alternativas para Substituir o Uso da Contenção

Sempre que possível os profissionais de saúde devem evitar o uso de medidas restritivas, pois no momento em que o paciente perde a liberdade de controle sobre os seus membros, muitos sentimentos surgem e a cooperação deste para com o seu tratamento deixa de existir, tornando tudo mais complicado tanto para a equipe quanto para o paciente envolvido (HULL; CLARKE, 2011).

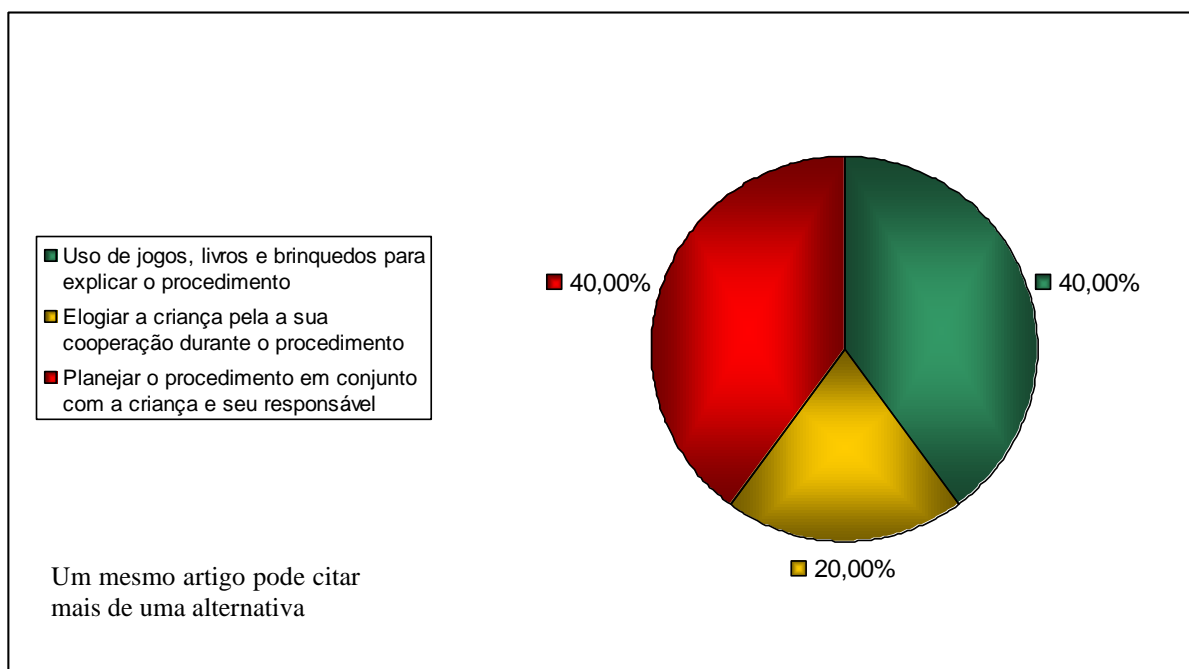
Estar disposto a envolver a criança em medidas alternativas para aceitação de seu tratamento seria a maneira mais simples de se conquistar a confiança e credibilidade para com a criança envolvida, podendo muitas vezes tornar a contenção desnecessária. Algumas alternativas como: jogos para explicar o processo, livros para distrair durante o procedimento, brinquedos, jogos de computador ou até mesmo conversando com a criança e utilizando-se de argumentos que a façam entender a situação e a possibilitem que participe das intervenções a serem realizadas pode não ser prioridade para a maioria dos profissionais, mas no entanto ignorar estas alternativas pode tornar muito mais difícil para enfermeira futuramente, pois a criança tenderá a se tornar muito menos cooperativa com o processo (FOLKES, 2005).

Medidas alternativas para substituir o uso da contenção	Autores
Uso de jogos, livros e brinquedos para explicar o procedimento	HULL; CLARKE, (2011); MOHR; MAHON; NOONE, (1998).
Elogiar a criança pela sua cooperação durante o procedimento	FOLKES, (2005).
Planejar o procedimento em conjunto com a criança e seus responsáveis	HULL; CLARKE, (2011); FOLKES, (2005).

Quadro 6: Classificação dos artigos incluídos na amostra quanto as medidas alternativas para substituir a contenção.

O gráfico 5 apresentou o percentual de medidas alternativas para substituir o uso da contenção. Pode-se observar que em 2 artigos (40% da amostra), esteve presente como alternativa o uso de jogos, livros e brinquedos para explicar o procedimento à criança, foi citado também o planejamento do procedimento em conjunto com a criança e seu responsável (40%), e em menor percentual, apenas 20% da amostra, foi o elogio da criança pela a sua cooperação durante o procedimento.

Gráfico 5- Distribuição dos artigos quanto às medidas alternativas para substituir o uso da contenção mecânica



Fonte direta, 2012

5.5.1 Uso de jogos, livros e brinquedos para explicar o procedimento

Quando o enfermeiro justifica estar realizando o procedimento no melhor interesse da criança, ele deve considerar o uso de medidas alternativas para a distração e preparação da criança e de seus próprios familiares. Envolver a família e a criança na tomada de decisão e na preparação para a exploração clínica, através de jogos e brincadeiras acaba por proporcionar a segurança psicológica e reduzir o possível trauma advindo daquela situação (HULL; CLARKE, 2011).

Mais específico na psiquiatria, existem muitas estratégias para controlar o comportamento de pacientes pediátricos agressivos quando internados, estratégias estas que variam de medidas preventivas, que consistem em técnicas de comunicação, psicofarmacologia e estratégias ambientais (como restrições em quartos ou salas) e comportamentais que acabam por definir os limites e assim manipular as conseqüências de seus comportamentos, seja ela desejado ou indesejado. Por fim se for necessário o uso de estratégias de contenção, deve-se sempre pensar em uma reclusão em um ambiente seguro e controlado (MOHR; MAHON; NOONE, 1998).

5.5.3 Elogiar a criança pela a sua cooperação durante o procedimento

O elogio é uma maneira encontrada por muitos profissionais, para reconhecimento da cooperação do paciente para com a realização de determinado procedimento. Envolver uma criança em seu tratamento depende muito do grau de compreensão da mesma (FOLKES, 2005).

Envolver a criança no processo decisório pode parecer difícil em um primeiro momento, mas considerados os benefícios disso, acaba por ser uma solução, afinal todo o medo, humilhação e sentimento de inferioridade passa a ser trabalhado (FOLKES, 2005). De acordo com o Departamento de Saúde da Inglaterra, 2001: *“As crianças são consideradas competentes para tomar decisões sobre o seu tratamento desde que tenham suficiente compreensão e inteligência para compreender totalmente o que se propõe”*. O grande entrave seria quando a criança compreende a situação, mas mesmo assim recusa-se a realizar o procedimento proposto, sendo então recorrida a autorização dos pais e responsáveis, que de maneira geral aceitam o proposto e então acaba-se por violar os direitos da criança envolvida (FOLKES, 2005).

5.5.4 Planejar o procedimento em conjunto com a criança e seus responsáveis

Sempre que se deseja planejar um procedimento, deve-se considerar o envolvimento da criança e seus responsáveis em tal planejamento, através do fornecimento das informações necessárias para a compreensão da situação e assim consentir com a contenção para a realização do procedimento (HULL; CLARKE, 2011; FOLKES, 2005).

O consentimento formal para o tratamento é fornecido pelo pai ou responsável pela criança e as que estiverem em uma posição de entenderem devem ser incluídas na tomada de decisões do processo. Para o consentimento ser considerado válido; tem que ser obtido de uma forma informada, sem a existência de coação, permitindo que o indivíduo compreenda plenamente as implicações e os possíveis efeitos relativos ao tratamento proposto (HULL; CLARKE, 2011).

Existem muitas maneiras de se planejar e então realizar um tratamento em pacientes pediátricos, quando estes não estão em situação de risco. O profissional de enfermagem pode simplesmente explicar ao responsável o que será feito, abrir o material a ser utilizado, aplicar algum medicamento anestésico, se necessário, e por fim restringir os membros da criança e

realizar o que foi proposto pela equipe. Ou pode realizar o mesmo tratamento, porém percorrendo caminhos diferentes, por exemplo, a enfermeira conversa com os pais ou responsáveis da criança sobre a melhor maneira para concretizar tal evento, decide em conjunto com estes quem vai abraçá-la e mantê-la presa enquanto a enfermeira realiza o procedimento, após o paciente é preparado utilizando jogos educacionais e técnicas de distração, e por fim os familiares restringem os movimentos da criança e o tratamento é concretizado. Pode parecer demorado esta segunda opção, porém este acaba por reduzir o estresse, envolve os familiares no cuidado e acaba por respeitar os Direitos das Crianças e o Código de Ética do Profissional envolvido (HULL; CLARKE, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contenção mecânica é amplamente utilizada para garantir o sucesso na realização de procedimentos terapêuticos. Pode representar um problema de saúde pública, pois seu uso indiscriminado nas instituições hospitalares acaba, algumas vezes, por provocar danos físicos ou emocionais a criança envolvida, assim como sua respectiva família. A escassez de estudos que abordem esta temática evidencia os possíveis problemas resultantes do uso. A criança precisa ser considerada enquanto sujeito de direito, em condições peculiares de crescimento e desenvolvimento, pois muitos profissionais desconsideram este direito disposto em lei.

Nesta revisão integrativa identificou-se como resultados a possibilidade da contenção ser caracterizada como uma forma de violência infantil a nível institucional, destacando-se os tipos de contenção utilizados, as conseqüências do uso, tanto para a criança e o familiar, como para os profissionais envolvidos, que podem incluir desde ferimentos até a morte, as justificativas utilizadas pelos profissionais, à escassez de estudos acerca desta temática, que acaba evidenciando o desconhecimento por parte dos membros e por fim algumas medidas alternativas existentes que auxiliam na substituição do uso da técnica.

As evidências científicas mostram que não se debate este assunto nas instituições hospitalares e acadêmicas, pois ainda não se considera uma prioridade entre os profissionais, que alegam sempre estar realizando qualquer que seja o procedimento para o melhor do paciente, entre eles a contenção mecânica.

Acredita-se que o estudo alcançou o objetivo proposto, pois além de identificar os fatores envolvidos no processo de contenção, discutiu-se também os obstáculos encontrados no dia-a-dia pelos profissionais de saúde na realização desta prática. Dentre as dificuldades encontradas, estão às lacunas da própria capacitação profissional, com fraca inserção do assunto a nível curricular, escassez de tempo, ausência de recursos e falta de prioridade. A contenção mecânica não é priorizada no cotidiano das instituições hospitalares. Por essa razão, recomenda-se que seria interessante a criação de um protocolo que assegure a aplicação de medidas restritivas de maneira segura e correta, que sirva de orientação para qualquer profissional de saúde que necessite fazer uso desta técnica.

Cabe ressaltar que a discussão sobre esta temática não se esgota com este trabalho. Baseado nos resultados deste estudo seria interessante desenvolver outros trabalhos aos

profissionais, como por exemplo, um curso de capacitação, para que seja discutida a real necessidade do uso da contenção e a maneira mais adequada de realizá-la, objetivando a melhoria na assistência à saúde. Sugere-se também que a enfermagem engaja-se em maiores estudos para fins de publicação, baseado em experiências hospitalares.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F.M.; LEMOS, M.M.; DA SILVA, T.R.; CHRISTOFFEL, M.M. A **produção científica nacional sobre os direitos da criança hospitalizada**. Ver. Eletr. Enf. 2008;10(3):796-804. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a25.html>>. Acesso em: 18/06/2012.

AURÉLIO, DICIONÁRIO ONLINE DA LÍNGUA PORTUGUESA (2012). Disponível em: <<http://74.86.137.64-static.reverse.softlayer.com/>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2008. Disponível em: http://w3.ufsm.br/assufsm/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf. Acesso em: 16 jun. 2012.

_____. Violência Intrafamiliar- Orientações para a Prática em Serviços. **Cadernos de Atenção Básica**- nº. 8 – 2ª Ed. Brasília: MS; 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Centro de Documentação: **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília, DF; 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatría. v. 78, n. 4: 21-9, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572002000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 abr. 2012.

CLINE, R.; HARPER, F.; PENNER, L.; PETERSON, J.; Albrecht. Parent communication and child pain and distress during painful iatric cancer treatments. **Social Science and Medicine**. v. 63, p. 883-898, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647174>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

COA, T.F.; PETTENGILL, M.A.M. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta Paulista de Enfermagem** 2006; 19(4):433-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400011>, Acesso em: 19 jun. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE/ CONANDA (BRASIL). Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** (BR): Seção I, p. 16319-20, 17 de outubro de 1995. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/conanda/.arqcon/.arqcon/41resol.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2012.

COOPER, H.M. **The integrative reserch review: a systematic approach**. Newburg. Park, CA: Sage 1982.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n. 2, p. 151-173, maio/ago. 1998^a. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275493&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

DE LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. Ver **Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p. 33-39, abril 1999. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13459.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.3, n.1, p. 41-54, jan./abr. 2004. Disponível:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11273&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

FOLKES, K. Is Restraint a form of abuse?. **Paediatric Nursing**. v. 17; n. 6, July 2005. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045005>>. Acesso em: ago. 2012.

GRAHAM, P.; HARDY, M. The immobilisation and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. **Radiography**. v. 10, p. 23-31. 2004. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078817404000033>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

HULL, K; CLARKE, D. Are paediatric oncology nurses acknowledging the effects of restraint? A review of the current policy and research. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 15, p. 513-518. 2011. Disponível em:< [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(11\)00017-2/abstract](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(11)00017-2/abstract)>. Acesso em: 11 ago. 2012>

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Preventing restraint deaths. **Sentinel Event Alert** 2001. November 18. Disponível em:< https://www.premierinc.com/safety/topics/patient_safety/index_3.jsp>. Acesso em: 10 mar. 2012.

KOHN, L.T.; CORRIGAN J.M.; DONALDSON M.S. To err is human: building a safer health care system. Washington (DC). Institute of Medicine, p. 49-68, 2000. Disponível em:< <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>> Acesso em: 20 abr. 2012.

LEININGER, M. The phenomenon of coring: importance research questions and theoretical considerations In: LEININGER, M. Coring: an essential human need. Thorofare: **N.J.Slack part one**, p. 3-15, 1981.

MANTOVANI, C.; MIGON, M.N.; ALHEIRA, F.V.; DEL-BEM C.M. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2010 out; II(32). Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

MATTHEWS-SIMONTON, S. A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: **Summus**; 1990.

MOHR, W.K.; PETTI, T.A.; MOHR, B.D. Adverse effects associated with physical restraint. **Can J Psychiatry**. v. 48, n. 5, June 2003. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866339>> Acesso em: 22 jul. 2012.

MOHR, W.K.; MAHON, M.M.; NOONE, M.J. A restraint on restraints: The need to reconsider the use of restrictive interventions. **Archives of Psychiatric Nursing**. v. XII, n. 2, p. 95-106. April, 1998. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9573637>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

NAPIER, J.; KNOX, E.G. Basic Concepts in Pediatric Patient Safety: Actions Toward a Safer Health Care System. **Clin Pediatr Emergency Med** 2006 December; 7(4):226-30.

NUNNO, M.A.; HOLDEN, M.J.; TOLLAR, A. Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. **Child & Neglect**. v.30, p. 1333-1342. 2006. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213406002614>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

O' LEARY, D.S. Accreditation's role in reducing medical erros. **West J Med** 2000, June: 172 (6): 357-358. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070907/pdf/wjm17200357.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação. Brasília: Organização Nacional de Acreditação/ ANVISA/ Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/115.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

PATERSON, B.; BRADLEY, P.; STARK, C.; SADDLER, D.; LEADBETTER, D.; ALLEN, D. Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. v. 10, p. 3-15. 2003. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12558917>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

RALSTON, J.D.; LARSON, E.B. Crossing to safety: transformimg healthcare organizations for patient safety. **J. Postgrad Med**, 2005; 51: 61- 67. Disponível em: < <http://www.bioline.org.br/pdf?jp05022>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

RAVAZZOLA, M.C. Violência familiar. El abuso relacional como um ataque a los derechos humanos. **Sistemas familiares**. Buenos Aires, Noviembre, 1998, p.29-41. Disponível em: < http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5_n.1-art6.refl-violencia-contra-a-crianca-e-o-adolescente.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

RUNESTON, I. et al. Professionals' perceptions of chlidrens' participation in decision making in healthcare. **J Clin Nurs**. 2001; 10(1):70-8. Disponível:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11820240&indexSearch=I>D. Acesso em: 20 jun. 2012.

SANTANA, J.S.S.; CAMARGO, C.L. Violência contra crianças e adolescentes: um ponto de vista da saúde. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v.5, n.1, p.47- 54. São Paulo, julho de 2005. Disponível em:< http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol5-n1/v.5_n.1-art6.refl-violencia-contra-a-crianca-e-o-adolescente.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2012.

SCHATKOSKI, A.M.; WEGNER, W.; ALGERI, S.; PEDRO, E.N.R. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino- Americana Enfermagem** 2009 maio-junho; 17(3). Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2012.

SELEKMAN, J; SNYDER, B: Institutional polices on the use of physical restraints on children. **Pediatr Nurs** 23(5):531-537, 1997. Disponível em:< http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSZ/is_n5_v23/ai_n18607567/pg_2/?tag=content;col1>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SILVA, A.L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E; WALDOW, V.R; LOPES, M.S. Marcos na diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. **Porto Alegre: Artes Médicas**, p.195-241, 1998).

STEINERT, T.; LEPPING, P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. **Eur Psychiatry**. 2009; 24(2):135-41. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18455912>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

WINKELSTEIN, M.L.; HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. Wong: **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 7(22):725-727, 2011.

APÊNDICE A – Instrumento de análise

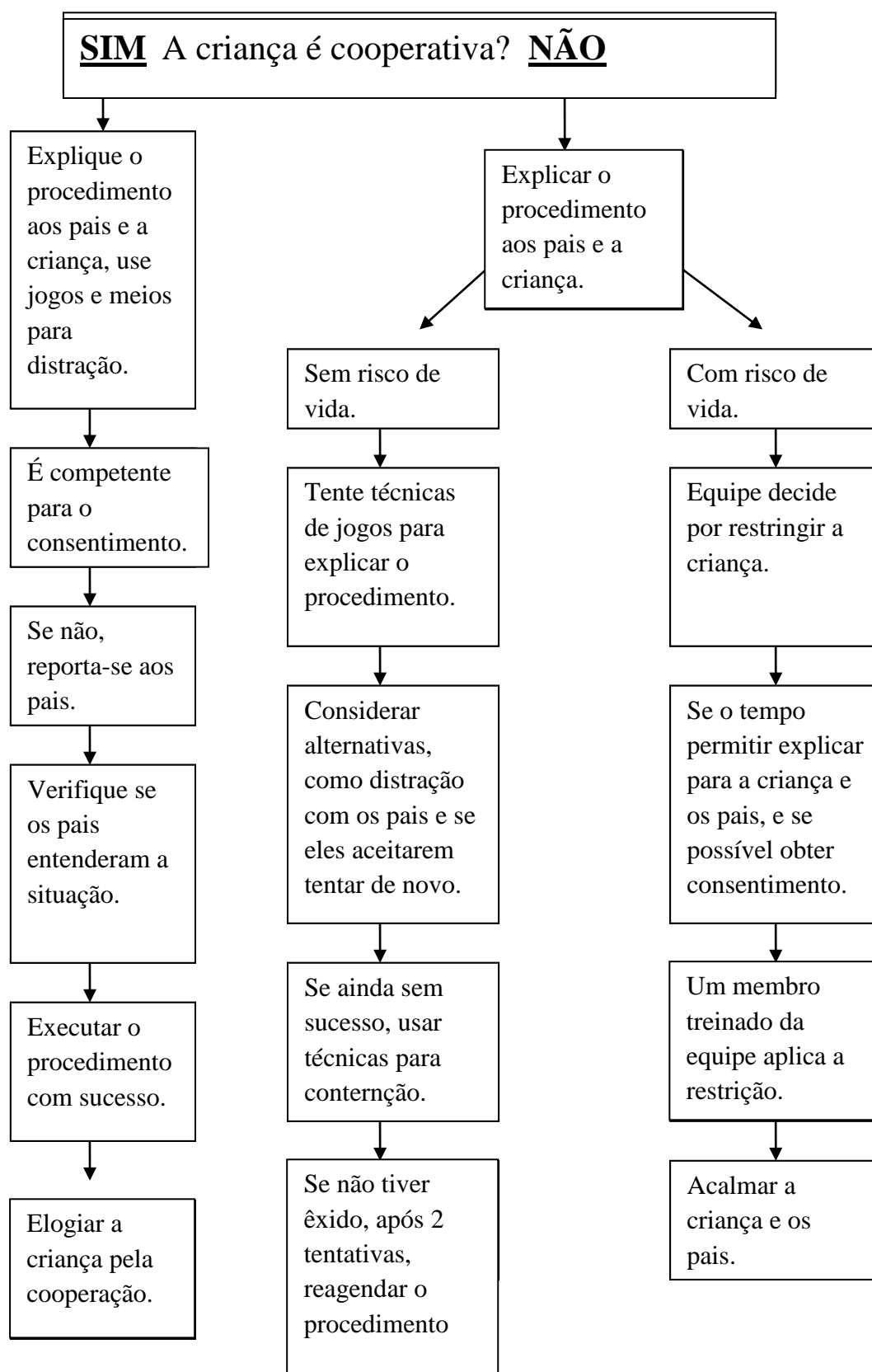
Título do artigo:		
Autor:		Titulação:
Autor:		Titulação:
Periódico:		
Ano:	Volume:	Número:
Descritores/Palavras-chave:		
Objetivo do estudo:		
Metodologia		
1) Tipo de Estudo:		
2) População/Amostra:		
3) Local do Estudo:		
4) Coleta de Dados:		
Resultados:		
Conclusões:		

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

Título	Autor	Metodologia	Conteção

ANEXO I

Instrumento utilizado na tomada de decisão quanto à contenção (FOLKES, 2005)



ANEXO II- Parecer de aprovação da COMPESQ- EEUFRGS

Pesquisador: Simone Algeri

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 23599

Título: CONTENÇÃO MECÂNICA EM PEDIATRIA: UMA FORMA DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL?

Área do Conhecimento: Enfermagem

Início: 01/08/2012

Previsão de conclusão: 30/11/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Identificar se a contenção mecânica pode ser considerada uma forma de violência infantil a nível institucional.

Palavras-Chave

Ciança Hospitalizada
Enfermagem Pediátrica
Restrição Física
Violência

Equipe UFRGS

Nome: Simone Algeri

Participação: Coordenador

Início: 01/08/2012

Nome: Camila Ruzskovski Marques

Participação: Pesquisador

Início: 01/08/2012

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 17/07/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 08/08/2012

Título adequado. Delineamento pertinente ao objetivo do projeto. Método: todas etapas contempladas. Faltaram os apêndices no sumário. Referências não constam: Aquino, et al, 2008; Aurélio, 2012. Projeto aprovado com sugestões de correções.