



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica

Flávio Renato do Souto Alves

**Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Pedro
Dias**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**POLITÉCNICO
SETÚBAL**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções de Enfermagem Preventivas da
Contenção Mecânica na Pessoa em Situação
Crítica**

Flávio Renato do Souto Alves

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel
Pedro Dias

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Ensinar não é transferir conhecimento,
mas criar as possibilidades para a sua própria produção
o ou a sua construção.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Ao **Professor Doutor A Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Pedro Dias** pela orientação pedagógica, disponibilidade, supervisão e apoio ao longo deste percurso académico.

À **Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem LP** pela orientação no estágio final, motivação, reflexão, disponibilidade, aprendizagem, dedicação e incentivo ao longo deste percurso.

À **Enfermeira Coordenadora da UCIP e a toda a equipa da UCIP**, pela disponibilidade, conhecimento, acolhimento e pela possibilidade de desenvolvimento das competências ao longo deste percurso.

À CS, pela amizade, carinho, paciência, compreensão, disponibilidade e pelo amor incondicional.

Muito obrigado

RESUMO

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

Este relatório de Estágio representa a conclusão do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem, sendo a área de especialização a Enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa em situação crítica. Nele é apresentado o projeto de intervenção profissional desenvolvido ao longo do estágio final, que teve lugar numa unidade de cuidados intensivos. A teoria escolhida para a construção do relatório, foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

O objetivo geral do projeto firmou a identificação das intervenções preventivas da contenção mecânica na pessoa em situação crítica, face às necessidades verificadas no serviço. Realizou-se um artigo científico, uma norma de procedimento e uma formação em serviço, contribuindo para uma melhor qualidade na prestação de cuidados. Utilizamos as diferentes etapas da metodologia de projeto para a elaboração do relatório final.

O presente relatório termina com a análise e reflexão crítica sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa em situação crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Contenção mecânica; Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem; Segurança do doente; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

PREVENTIVE NURSING INTERVENTIONS FOR MECHANICAL RESTRAINT IN PEOPLE IN CRITICAL SITUATIONS

This Internship report represents the conclusion of the Master's in Nursing study cycle, with the area of specialization being Medical-Surgical Nursing for people in critical situations. The professional intervention project developed throughout the final internship, which took place in an intensive care unit, is presented. The theory supported for the construction of the report was Katharine Kolcaba Comfort Theory.

The general objective of the project is to identify preventive interventions for mechanical restraint in people in critical situations, given the needs identified in the service. A scientific article, a standard of procedures and in-service training were carried out, contributing to a better quality in the provision of care. We use the different stages of the project methodology to prepare the final report.

This report ends with analysis and critical reflection on the acquisition and development of the common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in people in critical situations and the skills of a Master in Nursing.

Keywords: Mechanical containment; Intensive care; Nursing care; Patient safety; Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESES – Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde

APA – American Psychological Association

ATLS – Advancet Trauma Life Support

BIS – Bispectral Index

BPS – Behavioral Pain Scale

CA – Cateter Arterial

CAM-UCI – Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CD – Código Deontológico

CM – Contenção Mecânica

CNAF – Cateter Nasal de Alto Fluxo

CODU – Centro de Orientação de Doente Urgentes

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EET– Entubação Endotraqueal

EF– Estágio Final

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPE - Entidade Pública Empresaria

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESCID – Pain Assessment Behavior Scale

EU – União Europeia

HDFVVC – Hemodiafiltração Venosa Continua

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – International Trauma Life Support

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

LASA – Look-Alike, Sound-Alike

MeSH – *Medical Subject Heading*

MH – Monitorização Hemodinâmica

MI– Monitorização Invasiva

MNI –Monitorização Não Invasiva

MS – Ministério da Saúde

MTP – Metodologia de Trabalho de Projeto

NU – Nações Unidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PBE – Prática Baseada em Evidência

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PiCCO® – Pulse Contour Cardiac Output

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPCIRA – Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RAM – Resistência a Antimicrobianos

RASS – *Richmond de Agitação-Sedação*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RF – Relatório Final

RIASE – Revista Ibero-America de Saúde e Envelhecimento

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

ScR – *Scoping Reviews*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica

TECC – *Tactical Emergency Casualty Care*

TET – Tubo Endotraqueal

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSR – Terapia de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UE – Universidade de Évora

ULS – Unidade Local de Saúde

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – World Health Organization

LISTA DE SIGLAS

et al., – e outros

n.º - número

p. – página

pp. - páginas

KM – Quilómetros

mBar – Milibar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	25
1.1 A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SUL: ENQUADRAMENTO	25
1.2 A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	27
1.3 ESTRUTURA E RECURSOS FÍSICOS	29
1.4 RECURSOS HUMANOS E MÉTODOS DE TRABALHO	31
1.5 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS	33
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	35
2.1 MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM	36
2.2 TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA	39
2.3 ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE FAWCETT	47
2.4 QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA NOS CUIDADOS	49
2.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVENTIVAS DA CONTENÇÃO MECÂNICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	61
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	76
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	77

3.2	DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	86
3.3	PLANEAMENTO	87
3.4	EXECUÇÃO	90
3.5	AValiação E RESULTADOS	109
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	110
4	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	112
4.1	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	113
4.2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	133
	CONCLUSÃO	154
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
	APÊNDICES	183
	ANEXOS	253

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema representativo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. _____	44
Figura 2: Esquema representativo dos três níveis do conceito de qualidade. _____	50
Figura 3: Fonte de elaboração própria com base no Prisma Flow Diagram. _____	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Esquema representativo das dimensões da qualidade em saúde. _____	50
Tabela 2: Análise SWOT na UCI. _____	80
Tabela 3: Estratégia PCC. _____	91
Tabela 4: Critérios de inclusão e exclusão. _____	92
Tabela 5: Estudos Incluídos para a ScR. _____	94
Tabela 6: Nível de evidência Incluídos para a ScR. _____	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da taxa de CM. _____	78
Gráfico 2: Taxa de CM em UCI. _____	79
Gráfico 3: Respostas obtidas sobre o Consentimento Informado dos Profissionais da UCIP. _____	81
Gráfico 4: Respostas obtidas sobre a caracterização por género da UCIP. _____	81
Gráfico 5: Respostas obtidas sobre as idades dos profissionais da UCIP. _____	82
Gráfico 6: Respostas obtidas sobre a formação académica dos profissionais da UCIP. _____	82
Gráfico 7: Respostas obtidas sobre os profissionais da UCIP que obtêm uma especialidade em enfermagem. _____	82
Gráfico 8: Respostas obtidas sobre as áreas de Especialidade da equipa de enfermagem da UCIP. _____	83
Gráfico 9: Respostas obtidas sobre a experiência profissional dos enfermeiros da UCIP. _____	83
Gráfico 10: Respostas obtidas sobre a experiência profissional de anos em UCIP. _____	84
Gráfico 11: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Na sua opinião, considera ser relevante a formação na área da contenção mecânica para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas?" _____	84
Gráfico 12: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera importante a elaboração de uma norma de procedimento que sistematize a contenção mecânica na UCIP?" _____	85
Gráfico 13: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Conhece a norma da DGS referente à CM?" _____	96

Gráfico 14: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera as alternativas e o impacto que a con-tenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa?” _____	97
Gráfico 15: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “No uso da aplicação de medidas de contenção esgota as medidas preventivas?” _____	97
Gráfico 16: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera obter o consentimento da pessoa, família, cuidadora ou pessoa significativa antes da aplicação da contenção?” _____	98
Gráfico 17: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera ajustar a medida de contenção à situação da pessoa?” _____	98
Gráfico 18: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Reavalia a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa?” _____	99
Gráfico 19: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Após a CM, efetua o registo no processo clínico da pessoa?” _____	100
Gráfico 20: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança da pessoa?” _____	100
Gráfico 21: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Detém alguma formação na área de contenção mecânica?” _____	101
Gráfico 22: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Se respondeu sim à questão anterior, indique em que contexto obteve a formação?” _____	101

Gráfico 23: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que a formação apresentada corresponde às suas expectativas?”	104
Gráfico 24: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que os conteúdos da formação contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional?”	105
Gráfico 25: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Na sua opinião a metodologia utilizada para a formação foi adequada?”	105
Gráfico 26: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Na sua opinião os recursos didáticos foram adequados?”	106
Gráfico 27: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que a duração da formação foi adequada?”	106
Gráfico 28: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Na sua opinião, a linguagem utilizada pelo formador foi a mais adequada?”	106
Gráfico 29: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que a relação formador/formandos foi adequada?”	107
Gráfico 30: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que existiu disponibilidade do formador para esclarecer dúvidas?”	107
Gráfico 31: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que a sessão de formação foi de encontro às necessidades do serviço?”	108

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de Autorização do Diretor Clínico da UCIP _____	184
APÊNDICE II – Pedido de Autorização da Enfermeira Coordenação da UCIP _____	186
APÊNDICE III – Pedido de Autorização ao Concelho de Administração e Comissão de Ética da ULS _____	188
APÊNDICE IV - Proposta do Pré-Projecto de Intervenção Profissional _____	190
APÊNDICE V - Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção Profissional do Estágio Final _____	200
APÊNDICE VI – Questionário sobre a Caracterização Sociodemográfica e sobre a Temática do PIP na UCIP _____	202
APÊNDICE VII – Questionário de Avaliação da Formação e do Formador _____	209
APÊNDICE VIII – Proposta do Projeto de Intervenção profissional Entregue ao Instituto Politécnico de Portalegre _____	213
APÊNDICE IX – Intervenções de Enfermagem para Reduzir a Necessidade da CM na UCIP _____	218
APÊNDICE X – Norma de Procedimento de Enfermagem “Prevenção da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica” _____	226
APÊNDICE XI – Fluxograma “Intervenção Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica” _____	242
APÊNDICE XII – Artigo Científico “Intervenção de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica” _____	244

APÊNDICE XIII – Plano de Sessão da Formação em Serviço _____	247
--	-----

APÊNDICE XIV – Grelha de Auditoria da Norma de Procedimento de Enfermagem _____	249
---	-----

APÊNDICE XV – Póster Científico “A realidade da Iminência Nuclear: a Importância de um Plano de Preparação Hospitalar” _____	251
--	-----

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética da ULS _____	254
ANEXO II - Certificado de Participação no V Congresso Internacional de Emergência 2023 “OCEAN MEDICAL” _____	256
ANEXO III - Certificado de Apresentação e Comunicação Oral do Poster “A realidade da eminência nuclear: a importância de um plano de preparação hospitalar” no Congresso Internacional de Emergência 2023 _____	258
ANEXO IV – Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 _____	260
ANEXO V – Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Eletroencefalograma – BIS Mase EAS” _____	262
ANEXO VI – Certificado de Formação em Serviço “Lesões Musculo Esqueléticas relacionadas com o trabalho” _____	264
ANEXO VII – Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Práticas Seguras/Segurança na Alimentação” _____	266
ANEXO VIII - Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Prevenção e Controlo de Infecção Associado aos Cuidados de Saúde” _____	268
ANEXO IX – Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Transfusões Sanguíneas: Práticas Seguras” _____	270
ANEXO X - Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Cuidados de Enfermagem à PSC com Drenagem Ventricular Externa” _____	272

ANEXO XI - Certificado de Formação em Serviço na UCIP “Doente crítico com lesão renal aguda”	274
ANEXO XII - Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida	278
ANEXO XIII - Certificado do Curso de International Trauma Life Support	280
ANEXO XIV – Certificado de Publicação do artigo Póster Científico “A realidade da iminência nuclear: a importância de um plano de preparação hospitalar”	282
ANEXO XV - Certificado do Estágio no Serviço Municipal de Proteção Civil	284
ANEXO XVI – Certificado do Curso Suporte Básico de Vida	286

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] de Relatório de Estágio [RE], inserido no ano letivo de 2023/2024 do VII Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica [EMC] na vertente da Pessoa em Situação Crítica [PSC], a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, pela associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, da Universidade de Évora [UE] e dos Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja e Castelo Branco, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, foi-me proposta a elaboração de um RE que incluía a execução do Projeto de Intervenção Profissional [PIP] do Estágio Final [EF]. Tem como finalidade analisar, descrever e refletir, acerca do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista [EE] e de mestre em enfermagem ao longo do Mestrado.

O artigo n.º 15º do Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro de 2016, emitido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, concede a atribuição do grau de mestre, após aprovação de todas as UC de mestrado e a conceção de um RE de natureza profissional, o qual se encontrará sujeito a discussão pública e aprovação.

Assim sendo, o Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745), clarifica que a detenção de:

“competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”.

Referente ao estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica foi-me dada a creditação devido à experiência profissional, pelo Instituto Politécnico de Portalegre e o segundo EF, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos [UCIP] da Unidade Local de Saúde [ULS], que se iniciou a 11 setembro de 2023 e terminou a 26 janeiro de 2024, com uma duração de 18 semanas, num total de 388 horas, realizado com orientação da EE em EMC na PSC LP. Cerqueira et al. (2014), indicam que o relatório é um documento escrito assente no “relato e análise do processo de ensino-aprendizagem, decorrente de atividades e experiências vivenciadas em determinados contextos (de natureza hospitalar e/ou comunitária) balizadas por

um período temporal, constituindo-se como instrumento de aprendizagem e simultaneamente como instrumento de avaliação” (p. 32).

A escolha pelo EF na UCIP recai sobre a pretensão da aquisição de conhecimentos técnico-científicos e do aprimorar da prática clínica continua no contexto onde atualmente exerço funções, o Serviço de Urgência Polivalente [SUP], permitindo-me perceber a continuidade do circuito de tratamento da PSC. Realizamos um estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil com realização de três turnos (24 horas), que complementou o desenvolvimento das competências.

Todo o percurso teve a orientação académica do Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro.

A Enfermagem como profissão surge com base na evidência científica, na compreensão pessoal e na experiência do exercício profissional. A reflexão crítica sobre a prática é fundamental no processo de ensino e aprendizagem e é expressa como uma exigência da relação entre a teoria e a prática, sendo que, a falta dessa reflexão pode gerar uma teoria caracterizada pela mera transferência de saberes e pela prática em ativismo (Freire, 2014 *cit in* Araújo et al., 2018).

O EF remete-nos para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE, em EMC na vertente da PSC e de mestre em enfermagem, que abrange as competências na área da investigação, tendo sido proposto a elaboração de um Projeto de Investigação Profissional [PIP] designado por “Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica”, desenvolvido e concretizado a partir das diferentes etapas da Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010).

A contenção mecânica [CM] define-se pela utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011a). Trata-se de uma intervenção frequente dos enfermeiros e consequentemente, apresenta uma taxa de prevalência de 33% a 68% nos hospitais (Rodrigues et al., 2020).

Este relatório pretende analisar os conteúdos práticos e teóricos, aplicados ao logo do EF, onde foram desenvolvidas as competências especializadas da área de EMC, com especial foco na PSC. Face ao exposto, como objetivo geral do RE definiu-se demonstrar a aquisição de competências, comuns e específicas, de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem. Como objetivos específicos pretende-se:

- Apresentar o contexto da prática clínica onde decorreu o estágio final;
- Descrever o PIP desenvolvido no estágio final;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

O presente RE encontra-se organizado por quatro capítulos. O primeiro aborda a caracterização do local de estágio final, englobando o enquadramento da ULS (estrutura, recursos físicos, materiais, humanos, métodos de trabalho e a análise da gestão e produção de cuidados no local de estágio). No segundo capítulo, descreve o enquadramento teórico-conceptual, os modelos e teorias de enfermagem, a teoria de conforto de Katherine Kolcaba, com avaliação segundo os critérios de Fawcett, a qualidade e segurança nos cuidados e desenvolvimento da temática da CM na PSC. No terceiro capítulo, descrevemos o PIP, recorrendo ao diagnóstico de situação, a análise crítica ao questionário, definição dos objetivos, planeamento, execução, análise, resultados e considerações éticas. No quarto capítulo, expõem-se a análise sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas do EE EMC na PSC e das competências de mestre em enfermagem.

Este documento foi redigido, obedecendo às normas de elaboração do regulamento de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. As referências bibliográficas estão apresentadas conforme a 7.^a edição da *American Psychological Association* [APA] e está de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1 CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O EF está contemplado no plano de estudos do Mestrado e foi realizado na UCIP da ULS no período de 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, com um total de 388 horas durante 18 semanas.

1.1 A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO SUL: ENQUADRAMENTO

A ULS, Entidade Pública Empresarial [EPE] onde decorreu o estágio, é uma entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde [SNS], criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, como resultado da união dos centros hospitalares com os centros de saúde da região, a fim de articular os cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde diferenciados.

Aos estabelecimentos de saúde compete garantir a prestação, integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, onde se insere o Serviço de Medicina Intensiva [SMI], local do EF (Ministério da Saúde [MS], 2023). A ULS, assume como missão a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, à população dos concelhos da sua área de influência, garantindo a segurança e a melhor prestação de serviços diferenciados aos residentes, visitantes e em algumas valências às regiões limítrofes da ULS (ULS, 2021).

A ULS desenvolve um importante trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda através de vários protocolos com instituições de ensino superior nos cursos nas áreas médicas, de enfermagem e das ciências da saúde, estando em permanente aperfeiçoamento profissional e técnico, tendo em vista, o alto grau de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde. A ULS tem como objetivos, assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, promover o desenvolvimento e a motivação dos recursos humanos, melhorar a eficiência económico-financeira e com isto, promover a eficiência e a eficácia da utilização dos recursos que dispõe (Decreto-Lei n.º 102/2023).

A ULS por estar integrada no SNS, identifica-se como pessoa coletiva de direito público e natureza empresarial, provida de autonomia administrativa financeira e patrimonial (ULS

2021). O modelo organizativo permite-lhe beneficiar de novos instrumentos de gestão e sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados e modelos inovadores de prestação de cuidados, baseados em equipas que assumem compromissos centrados na resposta aos seus utentes (Decreto-Lei n.º 102/2023).

A ULS encontra-se organizada por departamentos, sendo que cada um é constituído por um Diretor de Departamento, um Enfermeiro Supervisor ou Enfermeiro Chefe e um Administrador Hospitalar. São estes: Departamento Médico, Departamento Cirúrgico, Departamento da Criança, do Adolescente e da Família, Departamento de Ginecologia/ Obstetrícia e Reprodução Humana, Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento Clínico de Serviços Tecnológicos e Terapêuticos e Departamento de Serviços Clínicos de Suporte, agregando-se a eles Serviços de Apoio, Comissões Técnicas e Órgãos Consultivos (ULS, 2020).

O Departamento de Emergência e medicina Intensiva é formado por:

Unidade 1:

- Serviço de Urgência Polivalente;
- Serviço de Medicina Intensiva 1;
- Unidade de Cuidados Intensivos 1;
- Unidade de Cuidados Intermédios 1;
- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar;
- Viatura de Médica de Emergência e Reanimação;
- Serviço de Urgência Básica;
- Viatura de Suporte Imediato de Vida.

Unidade 2:

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;
- Serviço de Medicina Intensiva;
- Unidade de Cuidados Intensivos 2;
- Unidade de Internamento de Doentes Agudos;
- Viatura Médica de Emergência e Reanimação;
- Serviço de Urgência Básica;
- Viatura de Suporte Imediato de Vida.

A incorporação destas unidades veio criar a sinergia na utilização de meios e recursos para uma resposta articulada e organizada, com o intuito de melhorar a organização e a resposta ao doente crítico, potenciando a rapidez e a eficiência na abordagem (ULS, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], os dados referentes ao ano de 2018 revelam que, existe cerca de 440 mil residentes na região onde se insere a ULS, e este número é maior nos dias de hoje, aumentando ainda mais nos meses de verão (INE, 2020). As unidades da ULS foram construídas numa época em que a população da região era bastante menor que a atual, por este motivo, apresenta uma cobertura bastante inferior à média nacional, impedindo a racionalização adequada na prestação de cuidados de saúde e comprometendo o empenho da organização (ULS 2020).

Os últimos dados da ULS (2020), relativos ao ano de 2019 demonstram que os serviços de várias especialidades notaram um aumento na sua taxa de internamento. A UCIP registou uma taxa de 76,3% associada a um aumento de 17% referente a 2018, sendo que o tempo de internamento foi de 21,9 dias, o que correspondeu a um aumento em 10% em relação ao ano anterior (ULS, 2020).

1.2 A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

As Unidades de Cuidados Intensivos [UCI], são um dos serviços mais importantes dos hospitais, pois, prestam cuidados à PSC, independentemente do local onde se encontre no hospital, isto é, pelo serviço de urgência através da sala de emergência, nas unidades intensivas e intermédias ou no internamento, através das equipas de emergência interna, objetivando o tratamento de situações de doença aguda e grave, potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência eminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a). As UCI surgiram da crescente necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos, para o atendimento de doentes cujo grau de criticidade exige vigilância, avaliação e assistência permanente (Vila & Rossi., 2002).

Já Florence Nightingale, em 1854, durante a guerra da Crimeia, tinha essa preocupação, ou seja, selecionava os doentes críticos e aloca-los na enfermaria para que, ficassem mais próximos dos profissionais de saúde, de forma a beneficiar do cuidado imediato e vigilância constante (Lino & Silva., 2001).

A UCIP inserida na ULS, de acordo com o nível de cuidados prestados, técnicas utilizadas e valências disponíveis, é caracterizada como uma unidade de nível III, uma vez que, segundo a Ordem dos Médicos [OM]: as camas são geridas pela especialidade de Medicina Intensiva e detém capacidade para prestar cuidados de grande complexidade aos doentes críticos, tendo uma equipa clínica, médica e de enfermagem, em presença física durante 24 horas por dia, permitindo ainda, a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica conforme as necessidades (OM, 2018). As unidades de cuidados intensivos são assim “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (OE, 2018a, p.1).

Ao designar-se de unidade polivalente, transpõe a sua capacidade de assegurar em colaboração profissional, os cuidados integrais aos doentes, num total de 16 camas, cumprindo o número de camas críticas de nível III, recomendado pelas orientações do Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva e por orientações internacionais (MS, 2017).

A UCIP encontra-se vocacionada para a prestação de cuidados e assistência a doentes com as mais diversas patologias, que necessitem de estabilização hemodinâmica e suporte ventilatório, estando dotada de tecnologia de ponta e de recursos humanos altamente diferenciados, centrando-se na promoção e recuperação, bem como, na redução da morbilidade e mortalidade (ULS, 2021). Os diagnósticos médicos mais frequentes na UCIP são: politraumatismos, paragem cardiorrespiratória, patologias cirúrgicas variadas, choque séptico, cirurgias complexas com necessidade de vigilância pós-operatória restrita, insuficiência renal descompensada com necessidade de técnica dialítica, entre outros.

Não descurando toda a componente técnica, o enfermeiro, numa UCI, necessita coligar a qualificação adaptada à capacidade de mobilizar competências profissionais, técnico-científicas controlando a tecnologia sem esquecer as capacidades humanas, preservando a assistência ao doente como um ser único e indivisível, com crenças, valores e vontade própria, dotado de sentimentos e atitudes podendo e devendo decidir por si próprio quando em faculdades para a tomada decisão (Teixeira & Vieira., 2020).

1.3 ESTRUTURA E RECURSOS FÍSICOS

A UCIP da ULS localiza-se no 2º piso do edifício principal, adjunta ao SUP e encontra-se dividida em zonas clínicas e não clínicas. A zona clínica, ou zona de prestação de cuidados, tem um total de 16 camas em modalidade *open space*, 2 camas em quarto fechado (1 destas tem condições para abranger vários tipos de isolamento, dispondo de antecâmara, casa de banho adaptada e sistemas de ar condicionado próprio, com capacidade de gerar pressões positivas ou negativas dependendo do tipo de isolamento) e no centro da sala de cuidados, localizam-se os computadores para efetuar os registos de enfermagem, zona de trabalho e de preparação de terapêutica, diverso material de consumo clínico necessário e máquina de gasometria, funcionando também como um local de vigilância dos doentes pela equipa de enfermagem, em respeito das recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] publicadas no ano de 2013, nas quais se salienta que, as UCI devem ser organizadas em áreas abertas (ACSS, 2013).

Uma boa estrutura da UCI envolve, profissionais de saúde em número suficiente e habilitados para fornecer cuidados especializados com observação contínua, equipamentos especiais com manutenção constante e organização administrativa para manter padrões de assistência com programas de educação continuada (Silva, 2007). Em cada unidade própria existe um ventilador com capacidade para executar ventilação invasiva ou não-invasiva, oxigenoterapia simples ou de alto fluxo, bombas infusoras, seringas infusoras, monitorização invasiva [VMI] e/ou não invasiva com um monitor com capacidade para monitorização permanente de pressão arterial, capnografia, pressão intra-arterial, pressão venosa central [PVC], pressão intra-abdominal [PIA], tradução eletrocardiográfica, frequência cardíaca, oximetria de pulso, termómetro esofágico para avaliação da temperatura, uma mesa com material de consumo individual um controlador da pressão do cuff, um aspirador subglótico e um aspirador de secreções (preparado e regulado de 150- 200 mBar), além das rampas de oxigénio de ar comprimido. Conforme a necessidade, é possível recorrer a meios de monitorização específicos como a monitorização da pressão intracraniana, o uso do índice bis-espectral [BIS] e a utilização de monitorização hemodinâmica invasiva através do sistema de *Pulse Contour Cardiac Output* [PiCCO®]. Todas as unidades permitem realizar técnicas de substituição renal [TSR] contínua, sendo a mais frequente é a hemodiafiltração venosa contínua [HDFVVC]. As máquinas são

móveis e transportadas para a unidade do doente quando possível (ULS, 2021). Na UCIP existem 3 carros de urgência, localizados em sítios estratégicos da unidade (preparados para situações de paragem cardiorrespiratória e intubação sequencial rápida), existe um ecógrafo, dois monitores com sistema de telemetria, máquinas Prismaflex para TSR e um armazém com diverso material suplementar, como, seringas infusoras, mala de transporte intra-hospitalar, ventiladores portáteis, entre outros.

Derivado à complexidade da UCIP, esta utiliza como sistema informático o *B-ICU-Care*®, que permite a fusão entre os sistemas do ventilador, dos parâmetros do monitor, da máquina de gasometria, bem como, dos dados clínicos laboratoriais, farmacêuticos e imagiológicos, disponível em tempo real possibilitando uma melhor gestão de tempo dos cuidados. A UCIP dispõe de um *Athos Dosys*® que é um sistema automatizado de distribuição terapêutica, permitindo reduzir o tempo da equipa de enfermagem e da farmácia em procedimentos de logística associados à medicação do doente. A *Athos Dosys*® exige a identificação profissional com impressão digital ou *password* própria e o nome do recetor, incrementando a segurança e a responsabilidade na aquisição da medicação (ULS, 2021).

As zonas não clínicas são constituídas por uma sala multiusos que dispõe de material audiovisual e informático para formações e/ou reuniões, um gabinete para a enfermeira gestora, dois gabinetes médicos, um gabinete destinado ao secretariado clínico, um espaço de refeições/copa, uma sala de acolhimento e de reuniões da família /pessoas significativas, uma sala de sujos onde é feita a limpeza e desinfeção da maior parte do material, incluindo as bacias após cada higiene e sala de limpos, um armazém de material de consumo clínico, um armazém de material reutilizável e/ou de grande volume, um armário de roupa limpa, uma sala de espera para visitas com WC feminino e masculino, uma sala de instalação elétrica/informática e balneários para os profissionais de saúde com WC para homens e mulheres.

As UCI abarcam tipologias complexas de doentes e por isso, funcionam em horário contínuo, sem possibilidade de interrupção ao longo das horas, dias ou meses, com solicitações e exigências ao nível da atenção, disponibilidade e resposta técnica a oferecer ao doente (ACSS, 2013). As instalações e os equipamentos nestas unidades, pois, a sobrevivência dos doentes que recebem depende direta ou indiretamente do suporte que oferecem aos cuidados.

1.4 RECURSOS HUMANOS E MÉTODOS DE TRABALHO

A equipa da UCIP da ULS é constituída por uma equipa multidisciplinar, dispondo de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas, por uma secretária clínica, e ainda outros profissionais externos à UCIP como, terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogo, farmacêuticos e médicos de várias especialidades.

A OE (2019) descreve que, segundo as orientações das dotações seguras, devem ser utilizados rácios enfermeiro/doente de acordo com a tipologia de cada UCI, dada a sua necessidade clínica, sendo que, na UCIP, pela sua tipologia de nível III, é recomendado o rácio de 1 enfermeiro para 1 doente. Adverte ainda que, a equipa de enfermagem deve ser constituída por pelo menos 50% de EE em EMC, de preferência na área da PSC, em permanência durante 24 horas. No caso específico das UCIP de nível III a OE (2019), recomenda um rácio de 12 horas diárias de cuidados de enfermagem de Reabilitação por cada 5 doentes.

A equipa de enfermagem da UCIP é constituída por 52 enfermeiros, que incluem 6 EE em EMC, e 5 enfermeiros em EMC na vertente da PSC, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de Reabilitação, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem Comunitária, 1 enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 35 enfermeiros de cuidados gerais, cumprindo as recomendações da OE relativamente às dotações seguras, tendo em conta a variabilidade de ocupação que se regista nesta tipologia de serviço. Relativamente ao género, a equipa é constituída por 37 elementos do sexo feminino e 15 elementos do sexo masculino. Em termos de experiência profissional, em média, detêm cerca de 19,5 anos de experiência profissional na área da enfermagem, 17,5 anos de experiência em contexto de cuidados intensivos e 12,5 anos de experiência na UCIP.

Existem 6 equipas de enfermagem na UCIP que foram constituídas conforme os critérios de experiência profissional e formação especializada, cinco equipas são constituídas por enfermeiros com horário rotativo e uma equipa com horários fixos. Cada equipa é representada por um enfermeiro chefe de equipa com reconhecida competência, que para além de estar presente na prestação de cuidados, acumula funções de gestão na ausência da enfermeira gestora.

Na UCIP encontra-se a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, instituída em 2015, sendo composta por um médico e um enfermeiro com capacidades em emergência, dando

resposta a processos de deterioração clínica intra-hospitalar a partir de chamadas internas para o n.º 12112 ou 2222, com o objetivo de diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados.

No que compete ao período de trabalho da equipa de enfermagem, a mesma está organizada em três turnos, o turno da manhã (8:30h – 16h), o turno da tarde (15:30h – 00h) e o turno da noite (23:30 – 8:30h), estando em cada turno entre 7 e 8 enfermeiros. Relativamente aos Assistentes Operacionais, a UCIP dispõe de 25 profissionais, divididos também por equipas.

Nas UCI, é estabelecida a capacidade formativa total que corresponde ao número máximo de médicos internos que a unidade pode acolher para formação. Segundo os critérios da OM (2018) é reconhecível à UCIP competência formativa total, uma vez que possui um corpo clínico fixo de 17 médicos, 14 especialistas e, 8 Especialistas em Medicina Intensiva, 3 a realizar o internato em Medicina Intensiva. A UCIP contribui para a formação pré-graduada de alunos de enfermagem e de medicina em contexto de ensino clínico e formação pós-graduada no âmbito da especialização e mestrado em enfermagem.

O método de trabalho de enfermagem usado na UCIP é o método individual de trabalho com base na metodologia científica de enfermagem segundo o modelo concetual da instituição (ULS, 2021). O trabalho em equipa torna-se crucial e neste núcleo o EE assume tanto o papel de elo entre o doente e a equipa multiprofissional, como o de mediador das relações interpessoais no ambiente de trabalho e com isto, torna-se importante que tenha consigo, além da fundamentação teórica necessária, a capacidade de liderança, iniciativa, habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional (Cruz et al.,2014).

A prestação dos cuidados de enfermagem resulta numa abordagem multidisciplinar em articulação com médicos, terapeutas e assistentes operacionais, de forma a responder a situações de instabilidade hemodinâmica no contexto da pessoa crítica, tendo em vista a satisfação das necessidades da pessoa e família para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (ULS, 2021). Numa UCI, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de estabelecer uma comunicação efetiva, no entanto, essa capacidade comunicativa não se pode limitar à comunicação enfermeiro/doente, devendo promover e otimizar resultados positivos apoiado na vertente comunicativa multiprofissional (Teixeira & Vieira., 2020).

Na UCIP o rácio enfermeiro/doente é de 1 para 2 conforme a taxa de ocupação e a carga horária, que é calculada através do Instrumento «*Therapeutic Intervention Scoring System-28*» [TISS-28]. Este sistema permite medir a gravidade e a carga de trabalho na UCIP, tendo por base, a quantificação das intervenções terapêuticas, de acordo com o grau de complexidade dos cuidados e o tempo dispensado pelos enfermeiros na realização de procedimentos à PSC. Cada ponto do TISS-28 consome 10,4 minutos de tempo de trabalho. O TISS-28 é aplicado individualmente pelos enfermeiros para cada doente internado, a fim de mensurar o número de horas gastas pelo profissional na prestação de cuidados ao doente crítico no período de trabalho, para realizar a distribuição dos doentes entre a equipe de enfermagem, de uma maneira homogénea.

1.5 ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Para realizar esta análise, consultamos o relatório de atividades da ULS do ano 2023.

Neste transato, foram admitidos na UCIP 480 doentes, com uma taxa de ocupação de 97,59%. A tipologia de doentes que são internados na unidade é variada e compreende doentes em pós-paragem cardiovascular, politraumatizados, neurocríticos, cirúrgicos, do foro médico, e por vezes doentes cardíacos/coronários pela a escassez de vagas no serviço de cardiologia. A taxa do risco de queda na unidade é de 2,38%, e a taxa de incidência de úlcera por pressão situa-se nos 4,8%.

Quanto à pneumonia associada à ventilação, infeções associadas ao cateter venoso central [CVC], infeções urinárias associadas ao cateter vesical [CV] e infeções do local da ferida cirúrgica em doentes de pós cirurgia, não foi possível obter dados sobre a sua incidência. Foi possível recolher dados referentes ao número de doentes sob ventilação mecânica invasiva [VMI], verificando-se que 400 pessoas necessitaram de entubação endotraqueal [EET]. A taxa de mortalidade na unidade é tendencialmente elevada derivado aos diagnósticos de prognóstico reservado.

De acordo com informações fornecidas pela enfermeira orientadora, vários enfermeiros são elementos dinamizadores de projetos que visam a melhoria contínua da qualidade, como o projeto de intervenção sobre infeção associada ao CVC, ao CV e à desinfeção das mãos, através da avaliação das práticas desenvolvidas pela equipa. Desta, forma, pretende-se iden-

tificar lacunas e estratégias de melhoria, bem como, promover a implementação de estratégias do “feixe de intervenções”, e cuja avaliação/monitorização é efetivada através de auditorias internas, como forma de otimizar a taxa de cumprimento do mesmo.

Seguidamente apresenta-se o enquadramento teórico-conceitual do relatório.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O enquadramento teórico e conceptual aqui apresentado incide na contextualização da temática deste relatório, que serviu de base ao desenvolvimento de todo o percurso no contexto da prática clínica do EF. A conceção do conhecimento advém da combinação de processos de investigação, na abordagem a conceitos já definidos e na reflexão de ambos em cada situação (Vilelas, 2017). O autor citado, refere que os conceitos são necessários à produção de conhecimento, de forma a servir de base ao pensamento e esclarecer o conteúdo de partida. Segundo Fortin (2009) “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo” (p. 39).

Este capítulo contextualiza as Intervenções de “Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP”. Inicia-se com a apresentação dos modelos teóricos de enfermagem, com a teoria de enfermagem do Conforto de Katherine Kolcaba utilizada para suportar este percurso, passando para a análise e avaliação da Teoria do Conforto de Kolcaba, de acordo com os Critérios de Fawcett. Para finalizar, apresenta-se uma avaliação da qualidade em saúde e segurança nos cuidados.

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba é humanística, holística e baseada nas necessidades da pessoa, bem como, na busca de um maior conforto em situações stressantes, que podem causar tensão negativa (Kolcaba, 2001). A tensão negativa representa um desequilíbrio que decorre em obstrução das forças facilitadoras disponíveis. As necessidades para o conforto, em qualquer aspeto do domínio do conteúdo, são identificadas e as intervenções são direcionadas para aquelas necessidades específicas, movendo a tensão numa direção positiva, objetivamente a perceção de conforto da pessoa (Kolcaba, 1994). Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, os cuidados de enfermagem dirigem-se às necessidades de conforto e não são satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicional. Nas necessidades de conforto incluem-se, as necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais (Silva et al., 2018).

Será elaborada uma pequena revisão sobre os modelos e as teorias de enfermagem,

abordando sucintamente os metaparadigmas, igualmente analisando a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba e os seus conteúdos, os quais se enquadram na prestação de cuidados ao longo do EF e na especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, em desenvolvimento no âmbito do presente relatório.

A Teoria de enfermagem pode ser definida como uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas às perguntas significativas de uma disciplina (Neto et al., 2015). Seguidamente, são explanados e enquadrados os modelos e teorias de enfermagem.

2.1 MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é denominada, pelo senso comum, de “arte de cuidar”, desde a sua existência. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional de enfermagem [REPE]:

“enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2011, p. 3).

Uma teoria é uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma conceção preliminar, intencional e sistemática sobre um fenómeno (Ponte et al., 2016). Para a compreensão das teorias, torna-se necessário que haja uma linguagem comum para a comunicação dos significados dos conceitos (Mcewen & Wills., 2009).

As teorias de enfermagem são consideradas a base do conhecimento científico, sendo utilizadas para sistematizar o saber e organizar o cuidado (Cardoso et al., 2019). Para Kolcaba, (2001), a teoria de enfermagem, explícita na prática diária e baseada na pesquisa, deve ser congruente e relevante para a produção e recolha proativa de evidências. Segundo Tomey e Alligood (2004, p. 17), “o significado da teoria para a disciplina de enfermagem é que a disciplina depende da teoria”. É, pois, premente afirmar que, a teoria auxilia o enfermeiro a organizar, compreender e analisar os dados da pessoa, bem como, tomar decisões, planear o tratamento, prever os resultados e avaliar esses mesmos resultados. Nesse contexto, tais teorias desenvolvem-se com a finalidade de refletir os interesses da comunidade científica e da sociedade (Neto et al., 2015).

A sustentação do processo de enfermagem e a prestação de cuidados é realizada através de teorias e modelos de enfermagem, sendo estes a base teórica em que a prestação dos cuidados práticos se deve apoiar. A análise e avaliação de teorias é um processo sistemático que utiliza critérios variáveis, que, em geral, incluem: a origem da teoria, o significado, a adequação lógica, a utilidade, a possibilidade de disseminação, com potencial para o conhecimento científico das teorias, além de investigar a sua relevância e aplicabilidade à prática, à pesquisa e ao ensino de enfermagem (Neto et al., 2015). Refere-se a um fio condutor, uma maneira de uniformizar e discriminar os conceitos. Essencialmente, são uma forma de transmitir segurança e promover a autonomia do enfermeiro na sua prática diária.

“As teorias de enfermagem são auxiliadoras no processo de reflexão crítica, ajudando o enfermeiro com base em referenciais teóricos que possibilitam interligar com a realidade da população-alvo, torna-se, assim, eficaz a implementação da Sistematização da Assistência de enfermagem, já que estas teorias contribuem para a elaboração de técnicas sólidas de conhecimento científico.” (Souza et al., 2021, p. 5).

Tal como as teorias, os modelos de enfermagem são uma fonte de sustentação fidedigna que promove a autonomia do enfermeiro, assentando em princípios e valores cruciais da sua prática, “o modelo de prática profissional descreve de que maneira os enfermeiros praticam, colaboram, comunicam e se desenvolvem profissionalmente; define o que é importante para os enfermeiros e conduz a atual e futura prática de enfermagem.” (Ribeiro et al., 2016, p. 128). Com o compromisso de atribuir significado ao mundo da enfermagem, os enfermeiros têm, ao longo do tempo, não só elaborado, como comunicado, de modo sistemático, um corpo de conhecimento específico, aplicável em qualquer um dos campos da prática profissional, ensino e pesquisa. Esse corpo de conhecimento não é estático, ao contrário, ele vem se transformando e assumindo modos de expressão diversos (Garcia & Nóbrega, 2004). Barbara Carper em 1978 classificou as teorias de enfermagem como uma expressão formal do padrão empírico de conhecimento ou da ciência da enfermagem (Carper, 1978). Na estruturação do conhecimento, os enfermeiros têm identificado e definido conceitos representativos de fenômenos que estão no seu campo de interesse, e inter-relacionado esses conceitos em proposições teóricas que refletem visões específicas acerca desses fenômenos e que determinam, potencialmente, as inovações, evoluções e as revoluções no saber e no fazer da enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2004). Existem distintas teorias e modelos de enfermagem que abordam

diferentes conteúdos e estímulos que influenciam a pessoa, no entanto, o enfoque principal de todas são as necessidades da pessoa. Estas visam a prestação de cuidados de excelência e privilegiam o cuidado da pessoa, conferindo ao enfermeiro valores de “liderança; prática independente e colaborativa dos enfermeiros; ambiente da prática; investigação e inovação; desenvolvimento e reconhecimento dos enfermeiros e, resultados dos clientes” (Ribeiro et al., 2016, p.130).

A construção das teorias de enfermagem para o conhecimento da área remete-nos, quase que obrigatoriamente, a Florence Nightingale, o nosso mito de origem, cujas ações e publicações lhe renderam o reconhecimento como fundadora da enfermagem moderna (Garcia & Nóbrega, 2004). Em modo exemplificativo, uma das primeiras teorias defendidas, foi a de Florence Nightingale. Não se pode afirmar que Florence, nos seus escritos, tenha elaborado uma teoria de enfermagem, mas uma filosofia para a prática de enfermagem, que serviu de base a uma boa parte dos modelos conceituais ou das teorias de enfermagem contemporâneas. Embora as ideias da autora tenham sido divulgadas na segunda metade do século XIX, foi somente a partir da década de 1950, que se começou a articular e sistematizar novas visões teórico-filosóficas acerca da enfermagem (Chin et al., 1995).

Florence Nightingale estruturou a Teoria Ambientalista e nela defendia que o ambiente influenciava a recuperação da pessoa. “Oferecer um ambiente adequado é o ideal para o alcance de resultados inovadores ao tratamento dos doentes, e junto a esse uma visão holística e tratamento humanizado” (Souza et al., 2021, p.14).

No enquadramento das ideias anteriores, autoras como, Madeleine Leininger, Jean Watson, Patricia Benner e Judith Wrubel, Delores Gaut, Peggy Chinn, entre outras, baseadas em concepções filosóficas humanistas, elaboraram as teorias do cuidado, fenómeno esse visto por essas teóricas como o cerne, o coração ou a própria alma da enfermagem. Essas teorias cultivam o reconhecimento tácito da significância dos padrões estético, ético e pessoal de conhecimento para a enfermagem, os outros três padrões fundamentais de conhecimento, além do empírico, descritos por Barbara Carper em (1978), (Chin et al., 1999).

As teorias de enfermagem colocam nas nossas mãos a possibilidade de desenvolver uma reflexão criativa e testar o domínio do nosso processo de trabalho, além de promover uma possível rutura com a tradicional execução de tarefas complementares. Fazer a seleção da teoria de enfermagem que vai guiar a prática profissional nem sempre é uma tarefa fácil pois,

conforme foi afirmado ao longo do texto, cada uma das teorias disponíveis está organizada a partir de diferentes visões e descreve e inter-relaciona de modo particular os quatro conceitos centrais da disciplina, o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem (Garcia et al, 2004).

As teorias e os modelos de enfermagem aliados à experiência clínica contribuem para o progresso pessoal e profissional do enfermeiro, pois estes são potenciadores de autonomia, satisfação no trabalho, responsabilidade, controlo na prática, relações positivas e colaborativas entre profissionais e contribuem para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2016). A sustentação teórica da prática, em que todos os enfermeiros se devem basear, é extremamente importante na vida de um enfermeiro que procura a prestação dos cuidados de excelência.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que se apresenta no próximo subcapítulo, revela-se como um complexo teórico que fortifica a enfermagem enquanto ciência, além de se revelar como um modo de ser com o outro, que incentiva a proximidade, a empatia, a interação e o compromisso, buscando sempre a autonomia e valorização do indivíduo (Silva & Santos, 2019).

2.2 TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

O uso do conceito de conforto na enfermagem, remonta a Florence Nightingale, no seu livro de notas de enfermagem (1859), evidenciando que esta autora já reconhecia o conforto como essencial (Kolcaba, 2008). É com Florence Nightingale, em 1859, que o conforto surge de forma mais clara, embora ainda numa perspetiva mais física, demonstrada através de expressões como, o alívio e o conforto, sentidas pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada (Martins et al., 2022). Aikens em (1908), referenciou que nada relacionado ao conforto é pequeno o suficiente para ser ignorado. Uma enfermeira é aquela que torna as pessoas confortáveis, sendo a promoção do conforto o fator principal para determinar a sua habilidade. Assim, percebeu-se que, naquela época, o conforto já era valorizado, pois ampliava a possibilidade de cura, sendo o resultado de intervenções de ordem física, emocional e ambiental (Brandão & Santos, 2019). A prática de promover medidas de conforto é imprescindível no cuidado humanizado e de qualidade à pessoa (Freire, 2015). O conceito da importância do conforto passou por mudanças consideráveis, tendo em vista a

evolução dos cuidados com a saúde. No seu significado geral, o conforto tinha um valor significativo para a enfermagem no início do século, passando para um valor menos importante e com uma conotação mais específica direcionada para o sentido físico. Para exemplificar, em 1950, com a maior popularidade dos analgésicos para controle da dor, poucas ações para promoção do conforto foram descritas (Brandão & Santos, 2019). Salienta-se o restabelecimento da saúde da pessoa, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os enfermeiros e sua equipa promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade (Freire, 2015). As enfermeiras na década de 70, adquiriram uma maior autonomia e puderam implementar medidas de conforto sem ordens médicas, no entanto, com a intensificação da tecnologia, muitas medidas de conforto tradicionais foram consideradas simples e relegadas a menor importância. O conforto não era mais considerado do que um foco da enfermagem especializada, porque o termo ainda estava indefinido na disciplina, com interpretação restrita, raramente escrito e não estava mensurado (Brandão & Santos, 2019).

Pela década de 80, dez anos depois, tal conceito na área de enfermagem foi ampliado e promovido em novas formas. Ocorreram muitos avanços na medicina e a cura tornou-se mais provável através da cirurgia, dos antibióticos, da radiação e da quimioterapia. Assim, o conforto tornou-se uma estratégia secundária em relação ao propósito de cura. Destaca-se, que nessa década, a promoção do conforto era considerada uma meta menor, quando não havia mais a possibilidade de cura (Brandão & Santos, 2019).

Katharine Kolca nasceu em 1944 em Clevelan, Ohio, em 1965 obteve diploma em enfermagem no St. Luke's Hospital de Clevelan. No ano de 1987, alcançou a primeira licenciatura superior que foi realizada na escola de enfermagem Frances Payne Bolton, da Case Western Reserve University, realizou uma especialização em gerontologia, obteve o certificado de gerontologia da «*American Nurses Association*» e foi enfermeira chefe do serviço de demência. Na unidade onde desempenhou o cargo de chefia, começou a teorizar sobre a comodidade e o conforto. Realizou um mestrado e um doutoramento em enfermagem e trabalhou como professora na Faculdade de enfermagem da Universidade de Akron (Galán, 2010). Em 1982 Katharine Kolcaba começou a elaborar o conceito de conforto, contando com as contribuições de Janet Morse, Patricia Benner, Eloita Neves-Arruda, Larson e Afaf Meleis e, em 1992, instrumentaliza o conceito (Brandão & Santos, 2019).

A definição da palavra “conceito” deriva do latim ‘*conceptum*’, que significa uma ideia abstrata e geral, sob a qual se unem diversos elementos. Assim, a compreensão de um conceito envolve um conjunto de termos que se referem a fenômenos ocorridos na natureza ou no pensamento, simbolizados e encarnados na filosofia, assim, comportar-se filosoficamente é questionar conceitos, sentidos e pressupostos (Ponte et al., 2016).

A partir da segunda metade do século XX começa a verificar-se um maior desenvolvimento teórico do conceito de conforto, uma tentativa de perceber os seus significados teóricos, centrados em autoras como Ida Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Janice Morse e Katharine Kolcaba (Martins et al., 2022). O processo de conforto para Morse, era limitado às ações de enfermagem, mas Kolcaba defende que esse processo somente termina com a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem (Kolcaba, 1994).

A definição de conforto é algo subjetivo e os fatores que o influenciam também, para além de ser de complexa definição só se consegue definir após experienciarmos momentos e situações que consideramos desconfortáveis. No entanto, segundo Kolcaba “o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência” (Luís et al., 2009, p. 66).

A literatura científica consultada considera o conforto como um conceito de extrema importância, sendo o resultado esperado na prestação de cuidados de enfermagem. Segundo o Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (2023), conforto “é um derivado regressivo de confortar que significa, ato ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar ou auxílio, consolo nas aflições”. O conforto é considerado “uma necessidade básica da pessoa humana, um resultado essencial do cuidado de enfermagem, universalmente desejável, relevante em várias taxonomias profissionais e teorias de enfermagem” (Cardoso et al., 2020, p. 4).

As pressuposições desta teoria confirmam que os seres humanos possuem respostas holísticas a estímulos complexos, sendo o conforto um resultado holístico desejável natural dos cuidados de enfermagem. Os seres humanos buscam satisfazer as suas necessidades básicas de conforto, a melhoria do conforto dá ânimo as pessoas para que sejam implementados comportamentos de busca em saúde. As pessoas que implementam estes comportamentos ativamente estão satisfeitas com os cuidados de saúde (Dowd, 2004).

Kolcaba define as necessidades de cuidados para a saúde como necessidades para obter a comodidade, a partir de situações estressantes de cuidado para a saúde que os sistemas tradicionais de apoio aos receptores não podem satisfazer (Galán, 2010). Nesse sentido, destaca-se a análise conceptual do termo conforto, realizada por Kolcaba (1994), que defende que o conforto e cuidados de conforto são conceitos complexos, individuais e holísticos, um estado desejável, representando uma condição individual, relaxada, saudável e pacífica. No seu percurso como enfermeira numa unidade de cuidados a pessoas com Alzheimer, e aprofundando os estudos já realizados por outras teóricas, nomeadamente, Ilda Orlando, Henderson, Paterson e Zderad, e Hamilton, Kolcaba, define conforto como sendo a experiência imediata do ser, fortalecida pela satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos, físicos, ambientais, socioculturais e psicoespiritual (Kolcaba, 2001).

Assim, segundo Kolcaba, existem assim três tipos de conforto:

“Alívio (a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica);

Tranquilidade (estado de calma ou contentamento);

Transcendência (a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento)” (Tomey & Alligood, 2004, p. 485).

Kolcaba baseou esta sistematização em ideias de outras autoras. Assim sendo, o alívio foi fundamentado pelas ideias de Orlando, a tranquilidade, sustentada em Henderson e a transcendência, alicerçada em Paterson e Zderard.

Os estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos:

“**Físico** (pertencente às necessidades do corpo); Psicoespiritual (pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado; **Ambiental** (pertencente ao meio, às condições e influências externas); **Social** (pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais).” (Tomey & Alligood, 2004, p. 485).

Conforme refere Kolcaba (2003, p. 14) “justapondo três tipos de conforto (na parte superior) e quatro contextos de experiência humana (abaixo à esquerda), resulta uma grade de 12 células, uma expansão da grade anterior de 6 células”, obtemos assim a estrutura taxonómica do conforto. “A estrutura taxonómica do conforto fornece um mapa do domínio do conteúdo

do conforto de modo a que os futuros investigadores o possam usar para elaborar os seus próprios instrumentos de conforto” (Tomey & Alligood, 2004, pp. 489-490).

Outro conceito presente na Teoria do Conforto é a integridade institucional, transmitida por instituições, como empresas, comunidades, escolas, hospitais, etc., que possuam qualidades ou condições de serem completas, íntegras, seguras, apelativas e sinceras (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria de Katharine Kolcaba baseia-se no pressuposto de que a pessoa em situação de doença é o centro dos cuidados, parceira na identificação das suas necessidades de conforto e medidas (estratégias) para as colmatar (Sousa, 2013). Assim sendo, Kolcaba afirmou que em primeiro lugar o enfermeiro identifica as necessidades de conforto do doente que não estão satisfeitas e, de seguida, realiza as medidas de conforto que colmatem essas necessidades, tendo como objetivo primordial o de melhorar o conforto da pessoa.

A Teoria do Conforto de Kolcaba foi elaborada com base em três tipos de raciocínio lógico:

“**Indução** (ocorre quando são feitas generalizações a partir de um número de circunstâncias específicas observadas); **Dedução** (é uma forma de pensamento lógico na qual são inferidas conclusões específicas a partir de premissas ou princípios mais gerais; procede do geral para o particular); **Abdução** (é uma forma de raciocínio que origina ideias).” (Tomey & Alligood., 2004, p. 486-487).

A Teoria de Conforto de Kolcaba é considerada uma teoria de médio alcance, portanto menos abstrata na estrutura do conhecimento da enfermagem e de maior aplicabilidade na prática clínica. Este facto permite que o enfermeiro planeie com exatidão as suas intervenções de enfermagem (Castro, 2022). Pode assim afirmar-se que, é uma “teoria forte, lógica e claramente organizada, facilmente aplicável a muitos cenários para o ensino, a prática e a investigação” (Tomey & Alligood, 2004, p. 490). Por definição, as grandes teorias são abstratas, complicadas e distantes da prática. As teorias de médio alcance, em comparação com as grandes teorias, contêm menos conceitos e as relações, são adaptáveis a uma ampla gama de práticas e experiências, podem ser construídas a partir de muitas fontes e são suficientemente concretas para serem testadas. As teorias de médio alcance também direcionam as perguntas a serem feitas e facilitam resultados positivos e significativos devido à congruência que uma teoria exige (Katharine, 2001).

Os profissionais de saúde que aplicam a Teoria do Conforto, identificam as necessidades de conforto das pessoas que estão sob os seus cuidados e concebem medidas de conforto ao longo do tempo, avaliando depois a satisfação de conforto proporcionada por cada ação praticada (Ponte et al., 2016). A instituição e as equipes de cuidados são preparadas eticamente para aperfeiçoar a qualidade dos serviços, o que a teoria denomina integridade institucional. Este inclui: satisfação das pessoas, redução de custos, redução de morbidade e necessidade de reinternar, assim como, melhores políticas e práticas de saúde (figura n. 91).

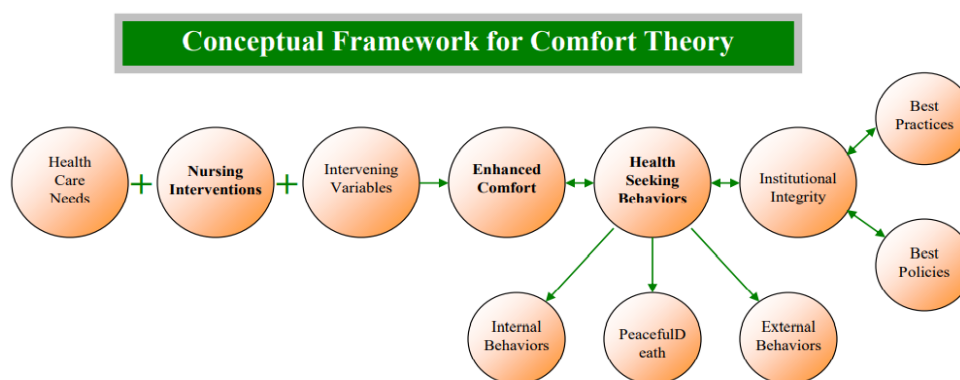


Figura 1: Esquema representativo da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2007).

Relativamente às utilizações possíveis da Teoria de Kolcaba, segundo a literatura consultada, esta foi aplicada por enfermeiros para promoção da saúde da criança, sendo utilizada a estrutura taxonómica do conforto como instrumento de recolha de dados e o desenvolvimento de um questionário para avaliação do conforto da criança no ambiente hospitalar (Cardoso et al., 2019). Outra utilização da Teoria do Conforto é relatada como guia para enfermeiros na implementação de cuidados baseados em terapias alternativas e complementares na assistência a mulheres em trabalho de parto e a recém-nascidos. Neste estudo em particular, foram utilizados diagnósticos de enfermagem estratificados por dimensões do conforto: contexto físico (risco de hemorragia, dor aguda, retenção urinária, etc.), contexto psicoespiritual (ansiedade, distúrbio da imagem corporal, processos familiares disfuncionais, etc.), contexto sociocultural (conhecimento deficiente) e contexto ambiental (conforto prejudicado). Alguns autores avaliaram também a aplicação da teoria para a implementação do processo de enfermagem na promoção do conforto no puerpério em ambiente hospitalar (Cardoso et al., 2019).

Foi também descrito o uso da estrutura taxonómica do conforto em contexto pré e peri-anestésico, e a elaboração de um questionário para avaliação do conforto em doentes no período pré-anestésico. Outros autores descreveram a utilização da Teoria do Conforto na implementação do processo de enfermagem para a promoção do conforto a doentes cardíacos e também no cuidado a doentes internados em unidades de monitorização de epilepsia (Cardoso et al., 2019). Por fim, através da literatura consultada, verificou-se ainda a utilização da Teoria do Conforto na promoção da saúde do idoso, com a aplicação de um modelo de cuidados geriátricos baseado nos princípios da teoria em idosos com problemas ortopédicos (Cardoso et al., 2019). Através das diferentes utilizações da Teoria do Conforto supracitadas e, também de acordo com Cardoso et al. (2019), foi possível aos enfermeiros uma recolha de dados estruturada e direcionada, bem como a identificação das necessidades não satisfatórias e desconfortos das pessoas.

O cuidado a uma PSC numa UCI assenta num plano complexo de diagnóstico e tratamento. A diversidade de problemas que a pessoa enfrenta, devido às alterações fisiológicas do processo patológico ou doença aguda, desafia os profissionais de saúde a uma abordagem holística. Nem sempre uma abordagem tradicional e/ou convencional aos problemas daquele que é alvo dos cuidados intensivos, consegue responder às suas necessidades (Faria et al., 2018).

Os doentes em UCI apresentam os quatro estados do conforto alterados, o lado físico – encontram-se num processo de doença com diversos sintomas associados e sujeitos a intervenções invasivas; o ambiental – o ambiente está alterado por se encontrarem num local estranho, com ruído, situações desconhecidas a acontecer constantemente; sociocultural – solidão, é o sentimento que prevalece por estarem longe da sua família e amigos; psicoespiritual – estão presentes sentimentos de ansiedade, tristeza, medo do desconhecido. Cabe ao enfermeiro promover o conforto de cada pessoa, tentando satisfazer todas as suas necessidades, providenciando um processo de cuidado o mais confortável possível. O processo de hospitalização gera alterações no conforto relacionadas direta e indiretamente à doença diagnosticada. O conforto vai além da dimensão física e afeta o aspeto psicoespiritual, ambiental e social. A hospitalização causa um grande stress na pessoa, além daquele já existente pela doença, que se estende também aos familiares (Kolcaba, 2022). Nesse sentido, o paciente encontra limitada a sua capacidade de adaptação à nova situação, realizando as mudanças no

seu estilo de vida que se fizerem necessárias. A satisfação das necessidades biológicas, psicológicas, sociais, o respeito, o bem-estar e o conforto são um direito da pessoa.

Promover conforto “é um processo que vai além de posicionar o doente adequadamente, aliviar a dor, assegurar a alimentação ou higiene” (Kolcaba, 2003, citado por Cardoso et al., 2020, p. 4). Segundo Kolcaba (2003) citado por Cardoso et al. (2020, p. 4), “trata-se da experiência de prover ajuda e/ou encorajamento, atender às necessidades do paciente em todas as suas dimensões e providenciar medidas para alívio do sofrimento”. Para que ocorra então a promoção do conforto, é necessário que o enfermeiro utilize o processo de enfermagem fundamentado numa teoria, com o objetivo de identificar as necessidades do doente. De acordo com um estudo elaborado por Cardoso et al., (2020), em que os seus objetivos eram os de identificar os diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados numa UCI e categorizar os diagnósticos de enfermagem conforme as dimensões do conforto da Teoria de Kolcaba – física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, verificou-se o seguinte:

- Nos registos clínicos analisados foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem categorizados na dimensão do conforto físico definida por Kolcaba, como por exemplo, deglutição prejudicada, hipertermia, risco de aspiração, etc.;
- Na dimensão do conforto psicoespiritual, foi identificado o diagnóstico de enfermagem, ansiedade, uma vez que está relacionado com um desconforto espiritual. A identificação deste diagnóstico poderá auxiliar o enfermeiro na implementação de medidas de conforto psicoespiritual;
- Na dimensão do conforto ambiental foi identificado o diagnóstico de enfermagem, risco de infeção, uma vez que o enfermeiro deve proporcionar ao doente um ambiente agradável (temperatura, luz, odor, etc.) e também livre de infeções;
- Na dimensão do conforto sociocultural, foram identificados três diagnósticos de enfermagem: disposição para melhoria do autocuidado (por afetar a capacidade funcional do idoso, o que pode interferir nas relações sociais), mobilidade física prejudicada (devido à imobilidade, medo, insegurança e risco de queda originar o isolamento social) e comunicação verbal prejudicada (sendo a comunicação a base das relações interpessoais, a sua afetação pode também conduzir ao isolamento social).

Os autores deste estudo referem que os dados obtidos não podem ser generalizados a todos os contextos, uma vez que a duração do internamento poderá interferir na identificação dos diagnósticos de enfermagem.

Apesar destes fatos, perante a PSC, muitas vezes o conforto da pessoa é descurado em virtude da grande panóplia de cuidados necessários para a reposição ou manutenção das funções vitais (Mendes et al., 2016). Com base neste paradigma, elegeu-se a Teoria do Conforto de Kolcaba como referencial teórico para este trajeto de desenvolvimento de competências, ajudando-nos a compreender como a redução e as medidas preventivas da (CM) contribuirá para o conforto dos doentes/PSC e enfermeiros. Seguidamente apresenta-se a análise e avaliação da teoria de conforto segundo os critérios de Fawcett.

2.3 ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE FAWCETT

O modelo estrutural de análise e avaliação de teorias de enfermagem proposto por Jacqueline Fawcett, define seis critérios que permitem a avaliação de grandes teorias e teorias de médio alcance, nomeadamente: significância, consistência interna, parcimónia, testabilidade, adequação empírica e adequação pragmática.

Aplicando-se o critério de significância à Teoria do Conforto de Kolcaba, observa-se que os conceitos metaparadigmáticos (doente, ambiente, saúde, enfermagem) estão presentes. Kolcaba define doente como “quem recebe os cuidados e podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde” (Kolcaba, 2003 citado por Östman et al., 2017, p. 485). A definição de ambiente para Kolcaba é a de que “o ambiente é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Tomey & Alligood 2004, pp. 485-486). Relativamente à saúde, esta é vista por Kolcaba, como “o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” (Tomey & Alligood, 2004, p. 486). No que diz respeito à enfermagem, para a autora esta é “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base” (Tomey & Alligood, 2004, p. 485).

O critério de consistência interna exige que os conceitos da teoria apresentem clareza e consistência semânticas (Zaccara et al., 2020), considerando-se que este critério é também cumprido pela Teoria do Conforto. Apresenta consistência estrutural, ou seja, os conceitos utilizados estão inter-relacionados, o que proporciona uma visão única para a prática da enfermagem, não havendo contradições evidentes nas proposições relacionais.

No que se refere ao critério de parcimônia, este é cumprido quando os conceitos e proposições utilizados não necessitem de explicações complexas sobre os fenômenos de interesse (Zaccara et al., 2020). A Teoria do Conforto cumpre este critério, uma vez que utiliza conceitos, necessidades de cuidados de saúde, medidas de conforto, variáveis intervenientes, conforto e integridade institucional, que para além de estarem bem definidos estão convenientemente relacionados entre si.

Quanto ao critério de testabilidade, este é “considerado a principal característica da utilidade da teoria de médio alcance. Essa abordagem requer que os conceitos de uma teoria sejam observáveis por meio de instrumentos e indicadores empíricos apropriados para medir as afirmações feitas pelas proposições” (Fernandes et al., 2021, p. 8). A teoria do conforto influencia as intervenções de enfermagem, que são planeadas e implementadas, sendo utilizada em diferentes contextos, conforme foi verificado anteriormente e, segundo a literatura científica consultada. Inclusivamente Kolcaba criou o «*General Comfort Questionnaire*» para medir o conforto holístico, que para além de poder ser adaptado conforme a realidade que se pretende, apresenta a explicação dessas mesmas etapas na página de Internet de Kolcaba.

A adequação empírica “é o critério de avaliação de uma teoria de médio alcance e exige que as afirmações feitas por ela sejam congruentes com as evidências empíricas. Esse parâmetro requer a avaliação do grau de confiabilidade da teoria” (Fernandes et al., 2021, p. 10). Os questionários utilizados por Kolcaba nos estudos que efetuou mostraram que são úteis para medir o conforto e, como tal, considera-se validado este critério.

Por fim, o critério da adequação pragmática:

“É um passo que enfoca a sua utilidade para a prática de enfermagem e exige dos profissionais conhecimentos sobre o seu conteúdo e habilidades necessárias para a sua aplicação, a fim de alcançar resultados favoráveis para as pessoas que participam das ações de cuidado.” (Fernandes et al., 2021, p. 10).

Este critério considera-se cumprido, na medida em que a Teoria do Conforto se demonstra extremamente útil no processo de enfermagem e numa prática centrada nas necessidades de conforto e nas estratégias para as colmatar. No entanto, há a ressaltar o facto dos profissionais que apliquem o uso da teoria em estudo, deverem ter conhecimentos sobre a mesma, de forma a obterem resultados fidedignos.

A utilização da Teoria de Conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem eleva a enfermagem enquanto ciência, na medida em que são identificadas as necessidades do doente, efetuados diagnósticos de enfermagem concretos e realistas, planeadas e implementadas intervenções personalizadas para cada doente e avaliados os resultados dessas mesmas intervenções, sempre com o enfoque na promoção do conforto, como indicador da qualidade dos cuidados prestados. Seguidamente descrevem-se alguns tópicos relativos à qualidade em saúde e segurança nos cuidados.

2.4 QUALIDADE EM SAÚDE E A SEGURANÇA NOS CUIDADOS

A qualidade dos serviços em saúde começou a ser desenvolvida na década de 1960, por Avedis Donabedian, na Universidade de Michigan nos Estados Unidos da América (Norman et, al., 2012). Donabedian lançou uma metodologia avaliativa e classificatória no que se refere à estrutura, ao processo e aos resultados nos serviços de saúde. Ele afirmava que “o critério de qualidade nada mais é do que juízo de valor” (Donabedian, 2005, p. 691) e que a definição de qualidade em saúde “reflete os valores e objetivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda a sociedade do qual ele faz parte” (Donabedian, 2005, p. 691). De facto, é conhecido que esta problemática pode ser encarada na ótica do utilizador, do prestador, do gestor/financiador, existindo vários fatores que podem condicionar a sua definição, como o nível de prestação centrada no hospital, na unidade/serviço ou ainda no contexto da prestação de cuidados primários de saúde (Saturno, 2008). O mesmo autor refere que, sendo a qualidade um conceito em ato permanente evolução, poderá ser encarado através do modelo da (figura n.º 2). Internacionalmente, a qualidade em saúde é defendida pela «*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*» (JCAHO), como o alcance da saúde e da concretização/satisfação de uma população, tendo por base características, a tecnologia atual e os recursos disponíveis e a forma como as organizações podem aumentar a obtenção de resultados previamente estabelecidos (JCAHO, 1993).

O modelo expresso anteriormente permite relacionar a qualidade com os sistemas de saúde ou ainda, os cuidados de saúde em qualquer das suas esferas de atividade, reforçando a necessidade de uma definição de qualidade, o que facilitará a tarefa de validação da avaliação e melhoria da qualidade em saúde.

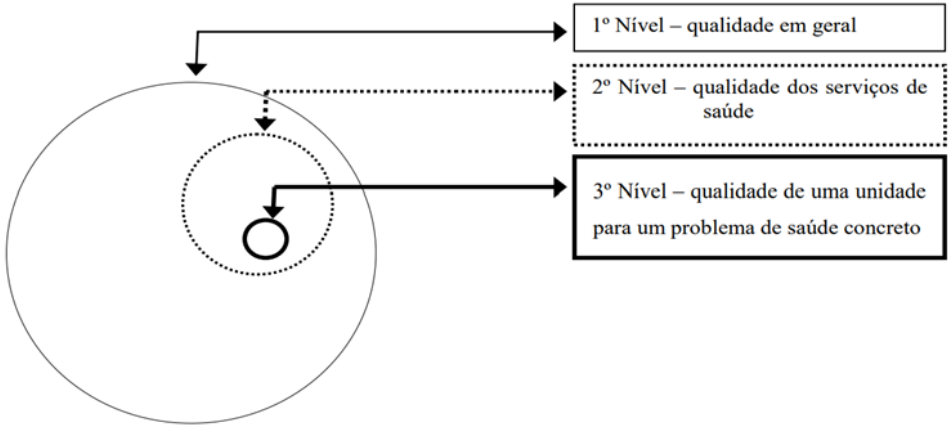


Figura 2: Esquema representativo dos três níveis do conceito de qualidade. Fonte: adaptado de (Saturno, 2008).

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006) refere que a qualidade em saúde consiste na prestação de cuidados de saúde eficazes, oportunos, eficientes, equitativos, centrados nas pessoas e seguros, tendo em vista a melhoria dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e comunidades. Nas várias dimensões que têm sido estudadas por vários autores e instituições ao longo dos anos, conforme se apresenta na (tabela n.º 1), podemos identificar a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a segurança, a equidade e a adequabilidade como sendo transversais às principais referências encontradas na literatura.

Donabedian 1988	Maxwell 1992	NHS 1997	Council of Europe 1999	NLHI of JCAHO 1999	IOM 2001	WHO 2006
Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade
Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência
Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade		Acessibilidade
Segurança	Respeito		Segurança	Segurança	Respeito/ Segurança	Segurança
Adequabilidade	Adequabilidade		Adequabilidade	Adequabilidade		
Equidade	Equidade				Equidade	Equidade
		Atempada		Atempada	Atempada	
	Aceitabilidade		Aceitabilidade			Aceitabilidade
	Escolha/disponibilidade de informação	Experiência do doente	Satisfação do doente		Centralização no doente	Centralização no doente
Melhoria da saúde	Competência técnica	Melhoria da saúde	Eficácia			

Tabela 1: Esquema representativo das dimensões da qualidade em saúde. Fonte: Adaptado de (Legido-et-al, 2008).

O conceito de qualidade em saúde envolve vários componentes, na prestação de cuidados, (adaptado de OMS, 2006):

- **Efetiva:** administração de cuidados com base em evidência que determina melhores ganhos em saúde para indivíduos e comunidades resultante de necessidades em saúde;
- **Eficiente:** maximização de recursos e minimização de desperdício;
- **Acessível:** distribuição oportuna, atempada, geograficamente razoável e num ambiente em que tanto as competências como os recursos são adequados às necessidades;
- **Segura:** administração de cuidados que minimiza riscos e danos aos utilizadores dos serviços;
- **Equitativa:** administração de cuidados que não varia em qualidade consoante as características pessoais, como o género, a raça, a etnia, a localização geográfica ou nível socioeconómico;
- **Aceitabilidade:** adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores das pessoas e suas famílias. Depende, em grande parte, da avaliação subjetiva do paciente do que seja efetivo, eficiente e ótimo.
- **Centrada no cidadão:** que corresponde às preferências e aspirações individuais dos utilizadores e à cultura da comunidade onde está inserido.

A OMS (2006), não inclui a dimensão “Atempada”, mas, considerando-se uma dimensão muito importante, acrescenta-se ao conjunto anterior, definindo-se, como a redução das esperas e atrasos, às vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados de saúde (Donaldson, 2000).

Donabedian (2003) refere a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para a pessoa, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Acrescenta, ainda, que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. O mesmo estabelece, três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica que explana a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde da pessoa; a dimensão interpessoal que especifica a relação que se estabelece entre quem presta o serviço e a pessoa, e a dimensão ambiental, que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

O Despacho n.º 5613/15, de 27 de maio, do (MS), publicou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS], 2015-2020 onde consigna que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito” (MS, 2015, p. 13551).

Com base nos conceitos de qualidade e segurança, consideramos que definir qualidade pressupõe diversos conceitos e visões, portanto, os profissionais de saúde requerem evidência, para satisfazer as necessidades da população que assistem. Para melhorar a qualidade, é fundamental “tornar o mais efetivos possível os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e a satisfação da população, dentro dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidiram gastar com tais cuidados” (Palmer, 1983 citado por Ferreira, 1991, p. 96).

A enfermagem em particular, sobre a qualidade em saúde destaca uma ideia que se reporta como basilar, a qualidade implica quantificação / objetivação do seu valor, uma vez que se não houver exigências claras, a qualidade torna-se algo apenas subjetivo, logo difícil de partilhar. Por esse motivo, entendeu a OE, após a definição dos seus padrões de qualidade, recomendar a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, expondo desse modo o legítimo interesse dos enfermeiros em procurar indicadores que desafiem a qualidade do seu exercício profissional, potenciando o seu contributo para os ganhos em saúde (OE, 2004).

O exercício profissional dos enfermeiros referente aos descritivos de qualidade, constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas. Os enfermeiros defrontam-se com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). A equipe que presta cuidados é preparada eticamente para buscar a melhoria da qualidade dos serviços, incluindo a satisfação do paciente, redução de custos, redução de morbilidade e reinternação, assim como melhores políticas e práticas de saúde (Kolcaba, 2003).

A Lei de Bases da Saúde [LBS], Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, refere na Base 2, na (alínea b), que todas as pessoas têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Assembleia da República [AR], 2019, p. 56) e menciona que a saúde

é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida.

A definição de segurança do doente mais usada, é a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, sendo “um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.” (DGS, 2011a, pp.14-15), ou, numa definição essencialmente concreta e operacional o erro, falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano no contexto da prestação de cuidados de saúde.

Segundo a OMS (2021) a segurança da pessoa é:

“Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos” (p. 7).

Importa salientar que, com base na estrutura concetual da Classificação Internacional sobre a segurança do doente, o dano associado ao cuidado de saúde refere-se ao “dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente” (DGS, 2011b, p.15). As ações para redução do risco, como o nome indica, são ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de dano, associado a um incidente. Estas ações podem afetar incidentes, fatores contribuintes, deteção, fatores atenuantes do dano ou ações de melhoria, e podem ser pró-ativas ou reativas.

No âmbito da ENQS, em (2021), é publicado em Diário da República (Despacho n.º 9390/2021, série 2, n.º 187), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [PNSD], (MS, 2021) que tem por base as orientações, decorrentes dos objetivos de desenvolvimento sustentável, das Nações Unidas [NU], e, mais atuais, do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 [PAMSD] da OMS. O PAMSD de (2021) vai ao encontro da pretendida melhoria da saúde da população, mas também o próprio processo de planeamento em saúde que será marcado por vários desafios, no Mundo Global, na Europa e em

Portugal, nomeadamente, a recuperação social, económica e em saúde, a crise climática, sobretudo relacionada com o aquecimento global, com profundas implicações nos ecossistemas humano e animal, a crise energética, a colocar já em causa cadeias logísticas de abastecimento, o agravamento das desigualdades sociais, que se tornaram mais visíveis por força, quer da crise pandémica, quer das outras crises, a exigir medidas e intervenções diferenciadas nas populações ou grupos da população social e economicamente mais vulneráveis. Outros desafios são as sindemias, ou seja, a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde e o contexto social e económico das populações, cujo exemplo recente é a pandemia de COVID-19, interagindo e agrupando-se com um conjunto de doenças não transmissíveis, dentro de grupos sociais e de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados nas nossas sociedades (DGS, 2021).

As políticas e estratégias das instituições “são um esforço organizado de um país para planear e promover uma melhor qualidade dos cuidados de saúde” (*World Health Organization* [WHO], 2018, p. 11). Estas devem ter como princípios os serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas com alta qualidade como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados” (WHO, 2018, p. 13). As ações que promovem medidas de conforto são, intrínsecas à prática de cuidado clínico de enfermagem, sendo necessária para a implementação de um cuidado humanizado e de qualidade à pessoa (Mendes, 2016).

O PNSD (2021-2026) tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. É de salientar que o pilar três do PNSD refere que o objetivo estratégico é, melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, através da implementação de determinadas ações, entre elas, a atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde; e o desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde. O quarto pilar do PNSD, que se destina à prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, tem como objetivos, aumentar a cultura e transparência da notificação de

incidentes de segurança do doente no sistema notifica, promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança da pessoa no sistema, e promover a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador.

O MS (2015) já tinha mencionado que a prevenção do risco passa pela implementação de ações de melhoria, incluindo sistemas de notificação de incidentes de segurança, autónomos de outros sistemas, que promovam a aprendizagem com o erro, a criação de normas e o processo de auditoria, permitindo ações de melhoria. A ENQS, desenvolveu um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro. Desta maneira, percebe-se, na enfermagem, a importância de operacionalizar o cuidado, embasado em teorias que facilitem e permeiem a prática de cuidar, permitindo a satisfação da pessoa (Kolcaba, 2003).

A OMS (1978) considera saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Carper (1983) refere saúde como uma experiência de bem-estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspetos físicos e psicológicos do organismo, assim como as respetivas interações com o ambiente natural e social. Segundo Costanzo e Vertinsky (1975) cuidados de saúde são um serviço abrangente, fornecido com o objetivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e psicológicos das pessoas. Donabedian (1988) refere que é extremamente difícil distinguir a definição de qualidade, de cuidados, derivado da sua operacionalização e que é desastroso proceder-se a medições sobre a qualidade e cuidados de saúde sem que haja uma definição precisa do que se entende por este conceito. O autor indica que “o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes” (Donabedian, 1980, pp. 5-6).

De acordo com a ENQS, aprovada no Despacho 5613/2015, a Qualidade em saúde entende-se “(...) como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015, p.13551).

A segurança da pessoa é aclarada como: a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (OMS, 2011).

O MS, (2021) refere que a promoção da segurança da pessoa, exige um esforço organizado e persistente, através de uma abordagem sistémica, baseada num método de melhoria contínua e não punitivo.

O «*Institute of Medicine*», especifica que a, segurança da pessoa como uma componente crítica da qualidade, expondo um modelo dual que ilustra a influência do ambiente externo na melhoria da qualidade organizacional (Donaldson, 2000). O modelo apresenta dois domínios: o da qualidade (englobando a segurança, a efetividade e a centralização no cidadão) e o das atividades no ambiente externo às organizações de saúde (englobando ações de regulação/legislação e incentivos vários, como exemplo os económicos). Na visão do autor, a melhoria da segurança da pessoa resulta da pressão externa dos mercados, imputando aos erros um elevado custo em termos de capacidade de realizar negócios no mercado, de quota de mercado, e da sua reputação, em que as organizações de saúde serão obrigadas a assumir uma atitude perante a problemática da segurança da pessoa, com um custo muito elevado. As entidades competentes, as instituições e os profissionais atribuirão recursos e a devida atenção à melhoria da segurança da pessoa. O enfermeiro necessita de identificar as necessidades de conforto da pessoa a fim de planejar os cuidados de enfermagem que atenda às suas necessidades, do ser cuidado e assim contribua para a melhoria do seu conforto e segurança (Mendes, 2016).

Uma das missões da OMS (2017), visa a segurança do doente no mundo através da liderança com definição de prioridades, envolvimento de especialistas, criação de redes de cuidados e a sua cooperação, para emitir orientações que capacitem profissionais, implementando posteriormente auditorias para avaliar as tendências.

A Entidade Reguladora da Saúde, [ERS] ressalva que a garantia de cuidados de saúde com qualidade e bons resultados passa também pela busca de um elevado grau de segurança do doente. Assim, a avaliação de intervenções de segurança transpõe a avaliação dos indicadores de estrutura, isto é, a averiguação de procedimentos inseridos na prestação de cuidados e

também a avaliação de eventos adversos, que se transpõem na ocorrência dos mesmos nos cuidados de saúde.

Na definição do que são os, cuidados de saúde centrados na pessoa, não deve ser negligenciado o foco nos profissionais de saúde. Portanto, para que a abordagem centrada na pessoa seja bem-sucedida, deve ser tida em conta a experiência dos profissionais, que poderá ser negligenciada se estes não cuidarem de si próprios, uma vez que a sua prestação depende de estes darem o máximo de si, quer física quer emocionalmente. Os cuidados de saúde centrados na pessoa, dependem dos seus profissionais, uma vez que a qualidade dos seus resultados depende da disponibilidade, da acessibilidade, da aceitabilidade e da qualidade da força de trabalho da saúde (Morgado et al., 2018). A Teoria do Conforto e a segurança da pessoa, visam fortalecer a enfermagem como profissão no campo da saúde e enquanto disciplina científica do cuidado humano.

Os Cuidados de saúde com qualidade presumem-se ser acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que têm em conta os recursos disponíveis, conseguindo a adesão e a satisfação do cidadão (MS, 2015).

Nos atuais modelos de gestão em saúde “os pacientes são vistos não como recetores passivos de cuidados, mas como participantes ativos nas interações com os profissionais de saúde” (*International Council of Nurses [ICN]*, (2020, p. 11). A enfermagem, ao desempenhar o seu cuidado a pessoas com problemas de saúde, deve ter as suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano (Ponte, 2012).

Os profissionais de saúde, mas principalmente os enfermeiros, têm sido bastante envolvidos na gestão da qualidade dos cuidados, uma vez que na sua prática clínica são responsáveis direta e indiretamente pela maior parte dos cuidados e por reduzir as possíveis complicações e incidentes a que a pessoa está exposta (Silva, 2018). O enfermeiro é o profissional que mais interage com o doente e sua família, tendo o privilégio e capacidade de estabelecer um maior vínculo, o que possibilita uma maior compreensão dos problemas e receios dos mesmos (Filho et al., 2019). Nessa direção, a equipe de enfermagem, convive com o constante desafio de assegurar a qualidade de saúde, adequada às necessidades e demandas dos clientes de maneira eficiente e efetiva (Pott et al., 2013).

Os enfermeiros estão empenhados em contribuir para o tema da qualidade e segurança nos cuidados, tendo tido um especial destaque nos últimos anos. A OE, refere que, a nível da

enfermagem e dos cuidados de saúde prestados, deverá ser utilizado um conjunto de indicadores mensuráveis, de forma a proceder à avaliação dos mesmos, a nível quantitativo e qualitativo (OE, 2004). Em 2001, a OE criou os padrões de qualidade que visam explicitar, os diversos aspetos do papel da enfermagem e têm como objetivo orientar a prática profissional de excelência (Ribeiro et al., 2020). No Regulamento criado pela OE foram definidas sete categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional, à organização dos serviços de enfermagem, à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2011).

Conforme refere o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, o enfermeiro especialista terá um acréscimo de responsabilidade na promoção da segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019). O enfermeiro especialista é responsável, através da análise da informação baseada na evidência científica e da identificação de práticas de risco, por orientar a equipa na adoção de medidas preventivas e promotoras de uma cultura de segurança e dos cuidados de saúde prestados (OE, 2019). Na enfermagem, cuidar do outro compreende atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade, por meio de atitudes e, de cuidado, de forma a promover o conforto e o bem-estar. O cuidado relaciona-se ao saber e fazer fundamentado na ciência, na arte, na ética e na estética, que objetiva atender às necessidades do indivíduo. Ao cuidar, os profissionais de enfermagem promovem a segurança da pessoa, através da implementação de ações que contribuem para a melhoria do conforto, nos diferentes contextos, físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Mendes, 2016).

Segundo a OE, (2019), o enfermeiro especialista está qualificado para gerir projetos de qualidade, ou seja, é capaz de definir objetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados, analisar e delinear um plano estratégico da qualidade de cuidados, participar na execução de atividades e protocolos, é igualmente da sua competência a avaliação da qualidade da praxis, com base na evidência científica e normas, recorrendo a indicadores e instrumentos apropriados para a avaliação das práticas, podendo participar em auditorias.

É primordial que o cuidado clínico ao ser humano envolva um ambiente seguro, no qual a pessoa, seja esclarecida sobre o tratamento, limitações, riscos e cuidados necessários no

processo de recuperação. Neste contexto, a enfermagem como ciência e profissão que cuida de pessoas e coletividade de maneira singular e multidimensional necessita que as teorias, a pesquisa e a prática estejam relacionadas para promoção de um cuidado clínico (Mendes, 2016).

Refente às últimas duas décadas avolumou-se a evidência de que os doentes sofrem danos decorrentes dos cuidados de saúde que recebem, em muitos casos considerados evitáveis (Júnior et al., 2010). Outro aspeto referido pelos mesmos autores é que o profissional de saúde está na dependência intrínseca de vários fatores que compõem o sistema (ambientais e tecnológicos) inerente à execução da prestação de cuidados de saúde (Júnior et al., 2010).

O foco na segurança da pessoa, caracteriza-se pela preocupação, com a magnitude da ocorrência de eventos adversos, com complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado à pessoa, não atribuídas à evolução natural da doença de base, isto é, com lesões ou danos decorrentes do cuidado de saúde prestado (Reis et al., 2013).

“Para existir melhoria contínua da qualidade, é necessário realizar uma gestão dos riscos existentes, identificando-os e avaliando-os para posteriormente implementar ações preventivas e avaliar as medidas implementadas” (Azevedo et al., 2020, p. 13). Al-Otaibi et al., 2020, citado por Azevedo et al., 2020, p. 15) nomearam três obstáculos principais para referir os erros “(...) nomeadamente o medo, a responsabilização e a repreensão pelos mesmos”. A segurança da pessoa é um componente crítico na melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que sua ausência constitui globalmente um grave problema de saúde pública. Segundo OMS (2017), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (Mendes, 2016).

A DGS publicou em (2011b) a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre segurança do doente que define o incidente de segurança do doente como “um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” (p. 15). Acrescenta que um incidente, varia consoante o tipo e as consequências que acarretam para o doente, agrupando-se em categorias (DGS, 2011b, p. 8). Em diversos estudos, os resultados revelam que baixos rácios de enfermeiros aumentam a taxa de eventos adversos e os custos em saúde (ICN, 2020, p.34).

O ICN (2020, p.30) publicou um estudo de 2017, realizado no Canadá, expondo que, se os riscos em saúde não forem controlados, pode haver cerca de 400.000 incidentes anuais relacionados com a segurança do paciente em ambientes de cuidados agudos e domiciliares nas próximas três décadas. “Globalmente, a OMS declarou que 1 em cada 10 pacientes é prejudicado enquanto está no hospital e conta os danos ao paciente como uma das dez principais causas de morte e incapacidade” (ICN, 2020, p.30). Os cuidados de saúde inseguros resultam numa expressiva morbidade, mortalidade e em gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde que poderiam ser evitados e, ainda, representam grande preocupação na atualidade (Ponte et al., 2012).

Ramos et al., (2011, p.17), referem-se à gestão do risco, como um dever coletivo, que pertence a todas as partes interessadas, isto é, aos *stakeholders*, pois todos têm encargos e contribuições a oferecer na prevenção de incidentes e na promoção da segurança, dos seres humanos. Na evidência de “saber-fazer” fundamentado na ciência, na arte, na ética e na estética, que objetiva atender às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (Mendes et al., 2016).

Um bom ambiente de trabalho desenvolve práticas apoiadas por evidências devidamente fundamentadas e implementadas, centrando os cuidados na pessoa e na sua família, assim como, nos profissionais de saúde, perante os quais se proporcionam corretas cargas horárias laborais e proporcionais às suas responsabilidades, (ICN, 2020).

Nas evidências de vários autores, hoje em dia e numa perspectiva crescente, os cuidados de saúde são mais complexos e com um grau de exigência profissional assoberbado por carências e ambientes pouco saudáveis. Estes, “são influenciados pela insuficiência de recursos e pela falta de apoio dos órgãos de gestão” (Ribeiro et al., 2020, p.2). Nesta visão, nota-se que os profissionais de saúde necessitam de refletir sobre as suas ações assistenciais de saúde para alcançar a melhoria do cuidado e assim contribuir para a segurança do ser cuidado.

Na atualidade, garantir a segurança de todos que utilizam os serviços de saúde, é um dos mais importantes desafios vivenciados pelos profissionais de saúde ao realizarem ações de cuidado nos diferentes ambientes hospitalares. Na elaboração do RF, foi utilizada a Teoria do Conforto de Kolcaba como o referencial teórico para este trajeto de desenvolvimento de competências, ajudando-nos a compreender as intervenções de enfermagem preventivas da CM

na PSC para o conforto das pessoas e enfermeiros. Seguidamente explano a CM na PSC e as Intervenções Preventivas na aplicação da mesma.

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

A PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma, ou mais, funções vitais (OE, 2018b). É incapaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica ou, está em alto risco de desenvolver instabilidade, sendo tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos, auxiliados pela tecnologia de ponta num processo de intervenção urgente e instantâneo por inconstância temporária ou por suporte de condições transitórias graduais de monitorização com vigilância astuta (OE, 2018b). Na vivência de uma doença crítica, é geradora de uma crise situacional, recorrer a um serviço de cuidados críticos constitui um acontecimento complexo, desconfortante e marcante (Lima et al., 2022).

A literatura na Europa demonstra que entre os séculos XVII e XIX utilizava-se a CM, em indivíduos com alterações do comportamento (Kondo, 2011). Desde a antiguidade até ao presente momento foram desenvolvidos e utilizados verdadeiros arsenais de instrumentos para a contenção em pessoas com alterações do comportamento, entre as quais camisa de força, correntes e cinturões de ferro, cordas, coleiras de couro, algemas, faixas de tecido e lençóis de couro (Maximo, 2019). Nos subúrbios de Paris foi criado o hospital Bicêtre, com a finalidade de apoiar os pobres e os sem abrigo, que se tornou no principal centro hospitalar para pessoas com alterações do comportamento, principalmente durante a Revolução Francesa. Estas pessoas ficavam contidas com argolas presas ao pescoço conectado a correntes fixas na parede (Silva 2008). Em 1794, o uso de correntes na CM na pessoa com alterações do comportamento diminuiu, dando espaço para as contenções com cordas onde o indivíduo ficava de pé, preso pela cintura, pés e braços a um tronco de madeira ou barras de ferro com o termo técnico na altura (Cintura de *Haslam*). Eram utilizados outros instrumentos, como o *tranquiller* e o saco de *horn*, sendo o primeiro, conhecido também por cadeira de *Rush* que era aplicada em indivíduos isolados em lugares escuros e com ausência de som (Kondo, 2011).

No século XIX, as correntes e algemas foram substituídas por camisa de forças ou colete de força, com o intuito de ser menos traumático, doloroso, com menos exclusão do indivíduo

perante a sociedade, o que, por outro lado, aumentou o risco de queda, lesões na face e diminuição do equilíbrio (Guimarães et al., 2013). Segundo Caveião, (2015), os indivíduos com alterações do comportamento encontram-se dispersos pelas enfermarias hospitalares e a CM continua a ser utilizada constantemente para evitar a exteriorização de dispositivos médicos e diminuir o risco de queda, ou de fuga. No entanto, a contenção consegue minimizar alguns riscos, mas a sua efetivação pode proporcionar lesões à pessoa com CM. Filippi, (2011) considera que a CM, tem sido utilizada de maneira inadequada, inapropriada, banalizada, com indiferença e negligenciada. Kolcaba (2003), considera que o conforto é um estado emergente e desejado, que se relaciona, com a experiência subjetiva de se sentir ajudado, fortalecido e encorajado de forma a potenciar ou adquirir capacidade individual nas múltiplas necessidades.

Em (2011a) a DGS definiu cinco métodos de contenção:

- **Contenção terapêutica:** é uma medida utilizada que controla a atividade física ou comportamental de uma pessoa, ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança da pessoa e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade;
- **Contenção ambiental:** são alterações que controlam a mobilidade da pessoa, como uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado ao qual a pessoa pode deambular em segurança e com supervisão clínica;
- **Contenção física:** situação que uma ou mais pessoas de uma equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco;
- **Contenção mecânica:** aquando da utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos da pessoa;
- **Contenção química ou farmacológica:** utilização de terapêutica psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial (DGS, 2011a).

Nas evidências disponíveis verifica-se a percepção generalizada da perda de dignidade sofrida pela pessoa sujeita à restrição e ao uso da força inerente a esta prática, que acarretam

um alto risco de danos e interferências na dignidade humana (Serrano, 2023). A DGS (2011a) identifica a relevância da decisão do enfermeiro no momento da colocação da CM, revogando a circular normativa nº 8/DSPSM/DSPCS (DGS, 2007, p. 2) de 25/05/07, que referia o dever de “ser realizada sob prescrição médica” e quando emitida a orientação nº 021/2011 de 06/06/2011 ao qual não refere este dever. Serrano et al., (2023), referem que a decisão de proceder a uma contenção tem de ser discutida em equipa, especialmente com os médicos e por vezes rapidamente, mas, por outro lado o uso da CM está associado a problemas físicos, psicológicos, éticos e legais.

Os enfermeiros em Portugal regem a sua prática e os seus deveres pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, onde o artigo 99º refere “que todas as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e dos enfermeiros” (OE, 2015, p. 8078). Este código refere também os direitos dos membros da OE, sendo um deles “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade” (OE, 2015, p. 8101). Podemos ainda complementar com a Lei de Bases da Saúde, onde refere que todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (AR, 2002, p. 56).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada em 1948 pelas ONU com o apoio dos países-membros, visa promover o respeito, os direitos e liberdades fundamentais do ser humano com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade se esforce para assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal. O mesmo documento descreve no artigo 1.º “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” e o artigo 3.º “todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (ONU, 1948, p. 2).

A Associação Britânica de enfermeiros de cuidados intensivos críticos interpretou a CM da seguinte forma, indicando que: devem ser decididas pela avaliação da pessoa, pela equipa interdisciplinar, as equipas devem desenvolver e implementar protocolos e normas de intervenção para ajudar os enfermeiros e restante equipa com documentação clara, concisa e, pla-

nos de tratamento que devem ser mantidos no registo clínico da pessoa. Devem ser informadas as famílias ou cuidadores, sobre a tomada de decisão referente a contenção e pedido consentimento às mesmas (Silva, 2008).

A CM em contexto de UCI tem sido amplamente usada pelas equipas de profissionais de saúde em todo o mundo, devido à falta de protocolos e diretrizes para preveni-la através de medidas para evitar intercorrências à sua aplicação. É um método para evitar que a PSC com alterações do comportamento exteriorize dispositivos médicos, diminuindo o risco de queda, para além de que, atenua outros riscos. Contudo, a sua efetivação comporta outras premissas para a PSC (Maximo et al., 2019).

Segundo Nuevo et al., (2023), os estudos publicados, fornecem informações limitadas sobre a realidade e os fatores ligados à utilização da CM. Estas têm sido justificados principalmente como uma medida para evitar que a PSC remova dispositivos de suporte à vida como tubos endotraqueais [TET], entre outros, mas também pela diminuição do rácio de enfermeiros. De acordo com Cui et al., (2021a), a CM nunca deve ser usada como uma estratégia aceitável para resolver a escassez de pessoal e afirma que a resposta menos restritiva e proporcional deve ser escolhida e utilizada pelo menor tempo possível. A CM é justificável independentemente da capacidade ou consentimento, se estiver a ser usada para manter um tratamento de suporte à vida, mas, por outro lado, tende a ser um erro moral se aplicada sem o consentimento informado, considerando-se uma violação inadmissível da liberdade da pessoa, da autonomia e da dignidade (Smithard et al., 2022). Os estudos realizados em diferentes países demonstram, taxas de CM variáveis, dependendo da área geográfica, sendo que, nos Estados Unidos da América a taxa é de 87%, no Canadá 76%, no Irão 47,6%, em França 50%, em Inglaterra 48,6%, no Brasil 20,8% e por fim, com menor prevalência em Espanha 19,11%, na Noruega 14,36%, na Alemanha 11% e na Austrália varia de 7% e 13% (Ertuğrul et al., 2019; Nuevo et al., 2022; Maximo et al., 2019; Salehi et al., 2021; Smithard et al., 2022). Não existe, no entanto, evidência de estudos que refletem a CM em Portugal.

Smithard et al., (2022), e Lach et al., (2016) referem que a CM varia de acordo com as normas culturais e o sistema jurídico em vigor. As contenções mais comuns observadas são as grades da cama e a contenção bilateral dos membros superiores (pulsos). As evidências do estudo indicam que nos Estados Unidos da América foram encontradas taxas de 4,7% em 94 dias de contenção por 1.000 pessoas/dia, o que dá aproximadamente 27.000 pessoas, sendo

os fatores que afetam as restrições como multifatoriais, ao contrário da Noruega e do Reino Unido em que, o uso das contenções é limitado. No entanto, a descoberta, revelou que o Reino Unido e a Noruega aplicam mais contenção química na PSC do que nos Estados Unidos da América.

A decisão de CM, na maioria das vezes, cabe principalmente aos enfermeiros apesar de necessitar de prescrição médica (Lach et al., 2016). O enfermeiro ao defrontar-se pode empregar a sua competência nos cuidados e intervir para a prevenção de alterações de comportamento, que, por sua vez, podem levar à necessidade de CM (Maximo et al., 2019). Mendes et al., (2016) demonstram que o cuidado é inerente ao ser humano e envolve todas as relações existentes entre o homem e tudo aquilo que está a sua volta, e que o cuidar, é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades, indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação, como a necessidade de conforto da pessoa. Smithard et al. (2022) indicam que 90% das decisões de contenção foram realizadas pela equipa de enfermagem sem consentimento da equipa médica, apesar dos protocolos aconselharem o contrário. Assim, os autores descobriram que dois terços dos enfermeiros não pediam autorização às respetivas famílias. A segurança da PSC é uma preocupação significativa para os enfermeiros. As indicações ou prescrições médicas na sua aplicação são geralmente fornecidas após solicitação da equipa de enfermagem e os médicos mais jovens e menos experientes relatam um menor conhecimento sobre contenções do que médicos mais velhos e mais experientes (Ahmadi et al., 2019; Lach et al., 2016).

A PSC internada na UCI está submetida a medidas agressivas como, ventilação mecânica por longos períodos, colocação de dispositivos médicos invasivos e muitas vezes apresenta agitação, *delírium*, dor, ansiedade, fadiga e medo. No processo de doença aguda, importa referir que não só é a PSC que apresenta necessidades de conforto, mas também os seus familiares, dado que a hospitalização e a incerteza do que é vivido pela família. Posto isto, o risco de remoção de dispositivos é significativamente alto (Ahmadi et al., 2019; Salehi et al., 2021; Smithard et al., 2022). A dor é considerada o quinto sinal vital e a sua experiência tem sido associada ao stresse fisiológico e psicológico, podendo agravar a doença subjacente (Lucendo et al., 2023). A agitação em UCI pode ser perturbadora, tanto para os profissionais de saúde como para os seus familiares, e inclui períodos de inquietação, agressividade, irritabilidade. Os médicos tendem a equiparar a agitação ao *delírium*, mas, é importante diferenciar as duas

condições (Adams et al., 2023). A PSC pode ficar agitada sem delirar, por muitos outros fatores, como, desconforto, abstinência de medicamentos, álcool ou drogas, trocas gasosas deficientes, distúrbios metabólicos e traumatismos crânioencefálicos, podendo associar-se à dor devido à condição física parcial ou totalmente dependentes, sendo, incapazes de comunicar ou mover-se (Lucendo et al., 2023). Os procedimentos médicos e os cuidados de enfermagem provocam dor, nomeadamente a realização de exames, transferências intra-hospitalares, procedimentos invasivos como a colocação de linha arterial, remoção de drenos, aspiração de secreções na orofaringe, no TET e a ventilação mecânica, (Ertuğrul et al., 2019). Para o diagnóstico da dor na PSC com VMI em UCI pode utilizar-se a escala *Behavioral Pain Scale* [BPS] com uma pontuação total que varia de três (pontuação mais baixa) a 12 pontos (pontuação mais alta), sendo que, um aumento da pontuação indica um aumento da dor (Adams et al., 2023). Em pessoas que conseguem verbalizar, utiliza-se a escala numérica ou a escala visual analógica. Existe ainda a *Pain Assessment Behavior Scale* [ESCID], uma escala unidimensional elaborada por M. Campbell devido à necessidade de avaliar a intensidade da dor em pessoas incapazes de fazer a autoavaliação pela gravidade da sua doença ou disfunção cognitiva (Lucendo et al., 2023). O controlo inadequado da dor pode a curto prazo aumentar o consumo de oxigénio, aumentar o risco de insuficiência cardíaca, piorar o choque, afetar o resultado da terapia de reabilitação, o que torna a dor em UCI única em pessoas com VMI. Em UCI a maioria das pessoas sofre de confusão mental, alucinações, inquietação e agitação, podendo apresentar comportamentos como inquietação, remoção de dispositivos ou até mesmo, tentar sair da cama. Portanto cabe à equipa médica decidir a aplicação da CM sabendo que está associada a diversos problemas. Salehi et al., (2020) mencionam que 56% das pessoas em UCI estiveram com CM e que o uso da mesma não trouxe nenhum benefício, nem reduziu os problemas, pelo contrário trouxe efeitos físicos adversos, tais como, lesões leves até mesmo a morte. Os enfermeiros devem considerar as evidências e o risco do uso das restrições ao abordar comportamentos inseguros (Lach et al., 2016). O enfermeiro tem um papel de extrema importância na satisfação das necessidades, no potencial e readaptação das capacidades e na garantia da dignidade da PSC, tendo como área de atenção relevante para a enfermagem, o conforto. Este caracteriza-se pela sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (Faria et al., 2008), e pode ser do tipo alívio, tranquilidade e transcendência. A contenção em UCI é considerada não apenas inadequada, às vezes humilhante, perigosa ou ineficaz e a sua utilização aumenta

a agitação, ansiedade e dor na PSC (Smithard et al., 2022). As complicações causadas pela CM em UCI são: edema e dificuldade de mobilidade dos membros contidos, complicações neurovasculares, aumento da incidência de úlceras por pressão, aumento do tempo de internamento hospitalar, aumento da administração de fármacos como benzodiazepinas, opioides e antipsicóticos que podem provocar ainda maior agitação e *delirium* (Cui et al., 2021b). As complicações secundárias à imobilização aumentam significativamente após as primeiras 24h e os enfermeiros devem garantir a segurança da PSC e fornecer cuidados de qualidade baseados em evidência, sem nunca afetar a saúde física e psicológica da pessoa (Ertuğrul et al., 2019). Nesta perspetiva, para promover um cuidado clínico de qualidade o enfermeiro identifica e elimina o desconforto através de medidas de conforto, que são relevantes para o restabelecimento da saúde da pessoa, pois é por meio destas que o enfermeiro e a sua equipe promovem interação, vínculo efetivo, confiança, esperança, consolo, apoio, encorajamento e cuidado de qualidade (Pott et al., 2013). Salehi et al., (2020), demonstram que a CM no internamento, está associada a: hipertensão arterial, taquicardia, hipertermia, risco de aspiração de vômito, aumento do tempo de preenchimento capilar superior a dois segundos pela imobilização, risco de lesões cutâneas e nervosas, depressão, diminuição da autoconfiança, diminuição do punho, déficits de autonomia, raiva, perda da dignidade e isolamento social. Devido ao uso inadequado das imobilizações na PSC, cerca de cem pessoas morrem anualmente nos Estados Unidos da América; Cui et al., (2021b) e Smithard et al., (2022) acrescentam que a CM na PSC acarreta 6 vezes mais probabilidade de desenvolver transtorno de stress pós-traumático após a alta ou transferência da UCI, acometendo uma percentagem de 22%, associada à menor qualidade de vida após a alta. O uso da CM é considerado uma prática antiética afetando negativamente a liberdade, o bem-estar, o conforto da pessoa, tendo implicações físicas e psicológicas. Em certos casos, o estado emocional da pessoa fica afetado por sequelas, cicatrizes e receio de um dia voltar à mesma situação (Salehi et al., 2020; Salehi et al., 2021; Smithard et al., 2022).

A teoria do conforto é capaz de subsidiar uma prática centrada no indivíduo e explicar como as medidas de conforto são importantes para a manutenção e promoção da sua saúde (Mendes et al., 2016). Vários estudos indicam uma alta percentagem de CM nas UCI. Nos Estados Unidos da América, 44% das pessoas foram imobilizadas por tentarem remover dispo-

sitivos médicos, em França, 50% das pessoas que foram conectadas a prótese ventilatória foram contidas, no Canadá, 51% de pessoas entubadas foram imobilizadas, no Irão, 47,6% das pessoas foram aplicadas imobilizações em ambas as mãos, nos membros superiores e inferiores (Ahmadi et al.; 2019; Salehi et al., 2021; Smithard et al., 2022).

Ertuğrul et al., (2019), num estudo piloto evidenciam nove avaliações de intervenção de enfermagem após a aplicação da CM na PSC, que são: avaliação da maceração/lesão desenvolvida, como fricção no leito causada pela imobilização; avaliação da coloração de pele da parte distal do membro contido (mão e dedos); avaliação da restrição na circulação arterial e venosa, avaliação do pulso, os pulsos periféricos radiais e tibiais na parte distal da extremidade durante 1 minuto e discriminar como fortes ou fracos; a avaliação motora na PSC, sedada e inconsciente é difícil, mas deve-se realizar estímulos dolorosos ao leito ungueal e observar os reflexos da pessoa; a avaliação sensorial é realizada com lápis e estímulo doloroso (com pressão) no leito ungueal da extremidade contida; a avaliação da temperatura consiste no toque da parte distal da extremidade contida para verificar a temperatura se está quente ou frio; a avaliação do preenchimento capilar deve-se pressionar a parte distal da extremidade contida e verificar o retorno da coloração até três segundos; a avaliação do edema aplicando pressão ao redor da parte inferior da extremidade contida, os edemas de primeiro grau (2 mm de profundidade), de segundo grau (4 mm de profundidade), terceiro grau (6 mm) e o quarto grau (8 mm), o espaço entre a imobilização e o pulso deve ser superior a (2 cm) e por último a avaliação da posição do membro contido deve estar na posição de supina para permitir a circulação. Segundo Kolcaba, a teoria do conforto permite afirmar, que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto serão consideradas uma boa prática nos cuidados de enfermagem se essa intervenção se refletir como confortadora pela pessoa, família ou comunidade, alvo dessa intervenção. Esta teoria apresenta-se como, uma referência que consolida a enfermagem enquanto ciência e disciplina, incentivando a interação, autonomia e valorização das necessidades da pessoa mediante a valorização e promoção do conforto, com vista à melhoria da qualidade de vida (Martins et al., 2022).

Os enfermeiros na UCI como profissionais de equipas multidisciplinares conseguem adequar as suas decisões e perceções e qualquer decisão de aplicação de restrição com uma base de conhecimentos limitada, podendo eventualmente resultar em lesões físicas graves e com-

plicações mentais para a PSC. Os estudos sobre a CM demonstram que o conhecimento, a atitude e a percepção dos enfermeiros são baixos, observando-se uma alta prevalência de complicações durante o internamento (Ahmadi et al., 2019). Salehi (2021) indica, que se deve realizar programas de formação continua para as equipas multidisciplinares das UCI para reduzir significativamente o uso das contenções e as suas complicações físicas e mentais.

Os enfermeiros precisam de uma avaliação completa à PSC avaliando as causas tratáveis e reversíveis de comportamentos inseguros, incluindo causas fisiológicas, psicológicas e ambientais. Kolcaba (1994) refere que o enfermeiro deve identificar as, necessidades de conforto, planear e executar medidas, reavaliando-as após a sua implementação. A avaliação pode ser subjetiva ou objetiva, sendo que, as medidas de conforto deverão ser ações de enfermagem, para abordar as necessidades da pessoa, numa perspetiva holística e dinâmica.

A identificação dos fatores subjacentes aos comportamentos da PSC pode levar a intervenções não farmacológicas e farmacológicas para reduzir ou eliminar a CM (Lach et al., 2016). Nas intervenções farmacologias na PSC na UCI deve-se avaliar a agitação/sedação, o *delírium* e a dor, e se necessário iniciar terapêutica (Salehi et al., 2021). Tradicionalmente, a agitação nas UCI tem sido mitigada com as terapias farmacológicas, como sedativos, antipsicóticos e opióides, embora esses medicamentos ainda desempenhem um papel essencial nas unidades, principalmente no desmame ventilatório e na extubação. Contudo, devem ser usados com precaução derivado aos seus efeitos secundários, como depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica, o que em alguns casos piora ou aumenta o *delírium*, a confusão mental e a agitação (Adams et al., 2023).

A sedação é comumente utilizada na PSC para garantir o conforto, reduzir a ansiedade, facilitar a adaptação à VM e controlar a agitação. Apesar das suas vantagens consideráveis, a terapêutica sedativa não é inócua e a equipa de profissionais de saúde deve estar familiarizada com as suas indicações e com as medidas utilizadas para monitorizar os efeitos secundários. Para avaliar o nível de agitação/sedação utiliza-se a Escala de *Richmond de Agitação-Sedação* [RASS], (-5 a 4), que deve aplicar a cada duas horas, Lucento, (2023), indica que às intervenções farmacológicas mais utilizadas na UCI são, remifentanil, propofol, midazolam, cetamina e dexmedetomidina, devendo ser usada uma estratégia de sedação leve, sempre que o estado clínico da pessoa o permitir.

O *delírium* ou estado agudo é um distúrbio neuropsiquiátrico orgânico grave, caracterizado por alterações na consciência e nas funções cognitivas que tendem a flutuar. Tem origem orgânica, pois ocorre no contexto de uma doença médica ou como consequência do uso ou abstinência de substâncias tóxicas. É uma condição aguda que dura horas ou dias, subdiagnosticada e totalmente ignorada na maioria dos casos. Ocorre em 20%-40% das PSC e 40%-60% em pessoas com VM, sendo a manifestação mais comum a disfunção aguda do sistema nervoso central (Adams et al., 2023). Lucento et al. (2023) indicam a existência de três diagnósticos de *delírium*, o hiperativo, hipoativo e o misto. A PSC pode apresentar *delírium* devido a fatores não modificáveis, a fatores modificáveis, ambientais e alterações fisiológicas. A escala utilizada na UCI para diagnosticar o *delírium* é a *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* [CAM-UCI]. A escala é altamente confiável, sendo o primeiro e o mais importante passo, identificar e corrigir a causa subjacente, descartando-se alterações eletrolíticas ou metabólicas, infecção, má perfusão tecidual, abstinência de álcool ou sedativos que contribuam para o aumento do *delírium*. Lucento et al. (2023) mencionam que a terapêutica farmacológica recomendada para o *delírium* são os seguintes fármacos - haloperidol, olanzapina, quetiapina e dexmedetomidina. A dose e a frequência da administração dependerão da gravidade do *delírium*, da agitação e da via de administração.

A dor aguda ou crônica incapacita a PSC do ponto de vista fisiopatológico, podendo ser classificada como nociceptiva ou neuropática e a base do tratamento são os analgésicos (Lucento et al., 2023). A pessoa internada na UCI carece que sejam avaliadas as características da dor, a sua duração, localização e gravidade. O nível deve ser classificado numa escala numérica, escala visual analógica e segundo a escala BPS, a cada duas horas. A terapêutica recomendada inclui: analgésicos opioides (remifentanil, fentanil e a morfina), os analgésicos não opióides (paracetamol, metamizol magnésio, lidocaína, cetamina, ceterolac, ibuprofeno, gabapentina, pregabalina, amitriptilina, duloxetina) (Lucento et al., 2023). É importante priorizar a analgesia na PSC, pois a dor tem um efeito multifatorial no organismo e pode impactar negativamente na pessoa se não for tratada atempadamente (Adams et al., 2023). A avaliação da dor deve ser acompanhada por uma estratégia de tratamento multimodal adequada, com base em evidências, que inclua terapias de controlo farmacológico e não farmacológico de acordo com protocolos padronizados (Lucento et al., 2023).

Adams et al. (2023) demonstraram um efeito significativo das intervenções não farmacológicas, incluindo sons baseados na natureza, musicoterapia, reflexologia podal, toque curativo e aromaterapia. Os sons baseados na natureza demonstraram ter um efeito positivo na saúde e bem-estar das pessoas, criando uma relação muito poderosa nas pessoas por remontaram à teoria da evolução (Lucento et al., 2023). Os sons da natureza não requerem atenção direta, logo aumentam a consciência através de processos inconscientes e cognitivos (Adams et al., 2023). Os cantos de pássaros, sons suaves de chuva, riachos, rios e cascatas, evidenciaram níveis significativamente diminuídos de agitação. Lucento et al., (2023) referem que a natureza é percebida como menos ameaçadora e menos excitante, reduzindo o stress. A musicoterapia pode ser usada na agitação e no *delírium*, tanto a clássica como a preferida da pessoa. As medidas implementadas estão de acordo com os achados na bibliografia e são elas o alívio da dor, a prevenção do sofrimento, a manutenção da esperança, o respeito pela pessoa, a garantia da dignidade e o envolvimento familiar, entre outras (Ribeiro et al., 2012). A música é usada há décadas na área da saúde, diminuindo a excitação fisiológica, afetando os estados emocionais relacionados ao stress, ansiedade e inquietação, e em particular a música clássica. Um dos estudos revelou que colocar a música preferida da pessoa durante quatro horas seguidas com consequente redução da sedação, denotou-se redutora também da agitação. Já a reflexologia podal consiste na aplicação de pontos de pressão nos pés com objetivos terapêuticos e de alívio da dor, equilíbrio energético, relaxamento ou até mesmo, estímulo da circulação sanguínea. A aromaterapia com lavanda também demonstrou diminuir a agitação, embora as evidências nesta área sejam escassas. A lavanda tem efeitos anti dor, ansiolíticos e antidepressivos e demonstrou reduzir a agitação e a agressividade na pessoa que sofre de comprometimento cognitivo, estando associada à diminuição do stress, melhoria do sono, ansiedade, frequência cardíaca e da pressão arterial. O toque terapêutico demonstrou alguns efeitos, reduzindo o stress e promovendo o relaxamento por meio da comunicação corporeamente entre os sistemas autónomo, endócrino e imunológico. As intervenções específicas referentes a cognição pressupõem orientar a pessoa no tempo e no espaço, onde comunicar regularmente, explicar os procedimentos e atividades a ser realizadas, permitir a utilização de próteses dentárias, próteses auditivas e óculos diminuem a agitação da pessoa pelo incremento da autoestima. Um padrão de sono eficaz tende a evitar a sedação farmacológica e

promove o seu ciclo natural. A escuridão e o silêncio à noite, o ajuste do horário da terapêutica, a redução dos alarmes dos monitores, a mobilização precoce se possível, com sessões de exercício passivo e ativo, a limitação do tempo de permanência na cama e da utilização de dispositivos que reduzam a mobilidade, incrementam a qualidade do ritmo circadiano e estimulam os recetores naturais (Lach et al., 2016; Lucento et al., 2023; Salehi et al., 2021).

Adams et al., (2023) mencionam que se deve incluir o apoio emocional da família ou de pessoas de referência, porque vai contribuir para reduzir o stress, ansiedade, agitação e confusão. O conforto surge como uma necessidade, devendo constituir uma finalidade e intervenção intencional dos enfermeiros, tanto à PSC como aos seus familiares (Lima et al., 2022). Incluir a família no plano de cuidados, melhorando a segurança da pessoa, reduz a necessidade de CM e diminui a administração de terapêutica. Kolcaba, (2003), refere que o processo comunicacional intervém na construção confortadora, assumindo um carácter determinante na interação e no desenvolvimento de uma relação terapêutica. Nesta ordem de ideias, os intervenientes valorizam atitudes, interações positivas como a simpatia, o sorriso e a atenção. O envolvimento da família é cada vez mais importante para a evolução da pessoa porque assume o processo de cuidados após a alta para o domicílio. Lima (2022) demonstra que, promover a presença do familiar como entidade próxima e única é uma estratégia de interação e cuidado confortador à família da PSC.

Na literatura não existem procedimentos padronizados relativos à prática da CM e aos seus materiais nos hospitais. Como resultado, a falta de padrões, políticas e práticas realizadas sem o consentimento adequado levam a dilemas éticos referente à CM, tornando-se uma decisão individual, o que pode resultar em efeitos secundários para a pessoa (Ertugrul et al., 2019). A maioria dos enfermeiros nas UCI enfrenta dilemas éticos ao decidir sobre o uso da CM. A tomada de decisão sempre foi um dilema ético para os enfermeiros. Os dilemas éticos são uma condição em que uma pessoa tem duas opções concorrentes com justificações éticas adequadas, mas não pode escolher ambas. Salehi et al. (2020), demonstraram que 36% dos enfermeiros enfrentam dilemas éticos durante o processo de decisão na contenção. Nuevo et al., (2022), referem que novos estudos tendem a promover a reflexão e o interesse em rever a prática da CM, destacando a falta de uniformidade do seu uso e frequência, e, consequentemente, questionando esta prática.

Cada vez mais a equipa multiprofissional está sensibilizada para alcançar um cuidado individualizado à PSC com alterações do comportamento, fundamentando-se em protocolos e políticas de saúde. O cuidado à PSC com alterações comportamentais é complexo e deve ser elaborado sempre por uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro é um elo importante (Maximo et al. 2019). A PSC, espera e acredita que os profissionais de saúde ofereçam um cuidado apropriado e seguro conforme as suas necessidades e quando a pessoa procura um serviço de saúde, pressupõe-se que o profissional esteja habilitado, capacitado e qualificado para atender com segurança nos procedimentos que integram a assistência de enfermagem (Vale et al., 2011). Estudos realizados em UCI demonstraram que os enfermeiros têm reações mistas perante o uso das contenções. A aplicação da contenção promove sentimentos de tristeza, raiva e experiências perturbadoras (Smithard et al., 2022). Além da PSC, os enfermeiros também podem vivenciar problemas emocionais, éticos e mentais, enfrentando sentimentos de culpa. A CM aplicada pelos enfermeiros afeta negativamente a saúde física, mental, a estabilidade emocional, que pode desenvolver insónias, fadiga, cefaleias, medo, frustração, *burnout*, que pode afetar negativamente a prática profissional dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e aumentar da taxa de erros. Kolcaba, (2023) refere que, os enfermeiros devem compreender o fenómeno do conforto na relação com a identificação das necessidades, o planeamento das intervenções e a avaliação das mesmas, de forma a compreender em que medida os resultados de cuidados confortadores foram atingidos. Os estudos sobre os dilemas éticos para enfermeiros são escassos, havendo assim dificuldade em intervir e apoiar as práticas (Maximo et al., 2019; Salehi et al., 2020, 2021; Smithard et al., 2022). Os estudos realizados em UCI sobre a CM identificaram carências de conhecimentos e atitudes sobre a prática de CM (Smithard et al., 2022). Os enfermeiros antes de realizar formação na área, apresentavam um défice de formação sobre o tema e a maioria dos enfermeiros não aceitava que as pessoas e os seus familiares tivessem o direito de rejeitar o uso das restrições, o que, pode ser um indicador de negligência à independência (Ahmadi et al. 2019).

Smithard et al., (2022) constatou que o conhecimento sobre as práticas da CM dos profissionais era insuficiente, as decisões médicas eram ignoradas e os familiares não eram informados. Ahmadi et al., (2019), ao observar os enfermeiros no seu ambiente clínico, notaram que eles baseavam as decisões da sua aplicação, na sua intuição e heurística em vez de basearem a sua prática evidências. Assim, o foco de respeitar a independência e a liberdade

emerge com um direito da pessoa, sabendo que os seus familiares têm o direito de ser envolvidos no processo de tomada de decisão e obter o consentimento informado (Ahmadi et al., 2019). Os membros da família são frequentemente colocados na posição de tomadores de decisão, substituindo a pessoa por se encontrar em estado crítico e não conseguir decidir por si, sendo que nestes casos, deve-se apoiar os familiares (Lucento et al., 2023).

Em 2001, Ontário, no Canadá aprovou uma lei para diminuir a CM nos cuidados de saúde, onde foi referido que o caminho a seguir parecia ser o de aceitar a dignidade com risco, em vez de assumir a contenção como o primeiro passo. A introdução da formação na UCI resultou numa redução da aplicação da contenção e uma maior abertura para que fossem consideradas outras abordagens inovadoras (Smithard et al., 2019). Lucento et al., (2023) indicam que o sucesso na redução da contenção em ambientes clínicos requer uma compreensão de todas as questões referentes à sua utilização e eficácia.

A falta de diretrizes sobre a CM é uma das barreiras à redução, sendo por isso necessário desenvolver diretrizes e protocolos relativos à sua aplicação (Cui et al., 2021b). A diretriz de 2014 veio incorporar novas recomendações baseadas em evidências para a prestação de cuidados, como ferramentas, registos de monitorização de comportamento, medidas e resultados. A diretriz veio fornecer orientações para que os enfermeiros possam decidir sobre a adoção de um determinado procedimento, compreendendo e avaliando a sua aplicação, aos problemas éticos. A diretriz aborda três conceitos sobre a CM, que são, em primeiro, a avaliação de enfermagem para identificar causas subjacentes de comportamento inseguro, que inclui, histórico de comportamento, fatores fisiológicos, fatores psicológicos, medicação e ambiente. O segundo conceito aborda as intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade de restrições, que inclui a abordagem fisiológica que elimine tratamentos ou dispositivos incómodos o mais rápido possível, para implementar medidas para reduzir as interferências no tratamento e disfarçar o equipamento, implementar medidas de prevenção de quedas e de lesões baseadas em evidências, fornecer terapêutica adequada para a dor, abordar as necessidades de eliminação de forma proactiva. A abordagem psicológica inclui a maximização da comunicação que engloba a família nos cuidados, distrações e atividades na abordagem da confusão, *delírium* e agitação. Na abordagem ambiental sobressai a remoção dos perigos, para apoiar a entrada sensorial apropriada, fornecer maior vigilância conforme a condição e riscos

da pessoa e reduzir estímulos ambientais excessivos ou irritantes. A terceira abordagem refere-se à redução de restrições que inclui identificar um enfermeiro da equipa para realizar a melhoria da qualidade e aumentar a adesão da equipa, monitorizar o uso da restrição, fornecer formação à equipa, fornecer equipamentos para apoiar intervenções alternativas e consultar a equipa sempre que necessário (Lach et al., 2016). Lima, (2022) indica que as atividades realizadas pelos enfermeiros centradas no suporte, apoio, ajuda e capacitação da família, emergem como determinantes no cuidado e aumentam o reconhecimento dos enfermeiros como atores privilegiados de conforto.

A contenção deve ser registada no plano de cuidados da pessoa, o seu motivo, a hora do início e a hora da remoção da contenção. Deve também ser identificado o tipo de contenção, qual os membros restritos, se apresenta lesões antes ou durante as contenções ou aquando na remoção, e deve-se reavaliar de duas em duas horas e remover o mais célere possível (Maximo et al. 2019).

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

A conceitualização da Teoria do Conforto de Kolcaba trouxe benefícios para o desenvolvimento do trabalho sobre as intervenções de enfermagem preventivas da CM na PSC pela apropriação do conceito para a prática dos cuidados de enfermagem, pela importância da sensibilização dos enfermeiros no cuidado, e para a investigação pela procura constante do mesmo em vários contextos de PSC na UCI. Seguidamente aborda-nos o projeto de Intervenção profissional e as suas etapas de desenvolvimento.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O PIP, desenvolvido no contexto da unidade curricular [UC] do EF, intitula-se de “Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na PSC na UCI”. Este capítulo alicerça-se na metodologia de projeto, que se define como a “investigação centrada num problema real identificado, e implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo et al., 2010, p.2). Apresentam-se as diferentes fases, da metodologia de projeto que reverteram para o desenvolvimento do EF, incluindo a elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem e subsequente elaboração de um fluxograma, para melhorar a abordagem, das intervenções preventivas da CM, da equipa de enfermagem na UCI. Esta metodologia é constituída por seis etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação, resultados e considerações éticas, (Ruivo et al., 2010). Para elaboração do PIP foi efetuado um pedido autorização ao Diretor Clínico da UCIP (Apêndice I), à Enfermeira Coordenadora da UCIP (Apêndice II), ao Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice III), e realização de um pré-projecto do PIP, (Apêndice IV) tendo obtido parecer positivo da ULS (Anexo I).

Kilpatrick, propôs a metodologia de projeto com o intuito de constituir, um método de ensino e de aprendizagem alternativo a um ensino abstrato e transmissivo, desligado dos interesses e das necessidades dos alunos (Kilpatrick, 1918 citado por Ferreira, 2013). A Metodologia de Trabalho de Projeto [MTP], em Portugal foi lançado com o desenvolvimento, de uma UC não disciplinar de nome “Área-escola” nos ensinos básicos e secundários. No final da década de oitenta e inícios da década de noventa, e no ano de 2001 passou a designar-se de “Área de Projeto”, sendo uma UC não disciplinar que, não tendo um programa definido, concretiza-se pela elaboração e desenvolvimento de um projeto que resulta dos interesses dos alunos nas mais diversificadas áreas de ensino (Ferreira, 2013).

Mateus (2020, p. 5) refere que a metodologia de projeto é “uma abordagem pedagógica, que promove a participação ativa dos alunos”. Segundo o autor, é uma metodologia de trabalho que tem como, início uma pesquisa e, conduz naturalmente, à aquisição de apre-

dizagens, conhecimentos e ao desenvolvimento de competências úteis à continuação dos estudos e à sua vida na sociedade do conhecimento, que está em constante mudança.

A metodologia de projeto nos cuidados de saúde, inclui sempre o trabalho em grupo, visto que o projeto envolve um plano de trabalho que permita resolver um problema que é preocupante para os membros que se encontram a realizá-lo. A metodologia dos cuidados de saúde remete-nos para uma vasta área onde podemos encontrar diversos processos, que envolvam características, como as instituições de saúde, associações, unidades e serviços de apoio que se deparam com problemas no decorrer do funcionamento (Ruivo et al., 2010).

A metodologia que vem sendo citada anteriormente está incorporada, nos objetivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, da Ordem dos Enfermeiros, de 2017, no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem, que direciona o profissional para a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2017, p. 8). Desse modo, pretende-se, obter ganhos em saúde e atingir a excelência dos cuidados prestados. A metodologia contemporiza a satisfação dos profissionais e remete para uma prática que fomente a formação contínua e que possibilite a implementação de metodologias nos cuidados de enfermagem, promotoras de qualidade e excelência, possibilitando, através das mesmas que seja incutida nas equipas, a vontade de adquirir novos conhecimentos para gerar práticas adequadas, servindo como elemento disseminador entre pares. Seguidamente apresenta-se o diagnóstico de situação referente à temática do RF.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa a desenvolver da MTP é o diagnóstico de situação em que se pretende, elaborar de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificado, ou seja, desenvolver um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende mudar segundo, (Ruivo, 2010).

Nesta fase é fulcral que o diagnóstico da situação seja realizado num tempo curto, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e suficientemente, aprofundada que permita a implementação de medidas pertinentes. Em resumo as etapas do diagnóstico da situação de-

finem os problemas, quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando as causas prováveis, selecionando-se, posteriormente os recursos e os grupos intervenientes (Ruivo et al., 2010).

O EF conforme já descrito anteriormente, foi realizado na UCIP da ULS e iniciou-se no dia 17 de setembro, com uma reunião com a enfermeira coordenadora e com a enfermeira orientadora, com o intuito de identificar as necessidades do serviço. Durante a reunião foi referida a problemática sobre a CM na PSC, porque era uma preocupação permanente da equipa de enfermagem da UCI. Após a reunião, propôs-se ao professor orientador desenvolver a problemática, que concordou e aprovou o tema para o PIP “Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica em UCI”. A CM define-se pela utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos da pessoa (DGS, 2011a). Trata-se de uma intervenção frequentemente realizada pelos enfermeiros e tem vindo a apresentar uma taxa de prevalência de 33 a 68% nos hospitais (Rodrigues et al., 2020). Em Portugal, o tema da contenção não é ainda estudado como deveria, por questões políticos, educacionais e sociodemográficas.

O relatório de monitorização de 2022 da ULS referente à CM indica um aumento de 1,5% na aplicação da contenção, relativo aos anos anteriores (gráfico n.º 1). Na UCIP, o tipo de contenção mais utilizada é a CM conforme expresso no relatório (gráfico n.º 2). Perante a interpretação dos (gráfica n.º 1 e n.º 2) foi discutido com a enfermeira orientadora que era uma mais valia desenvolver, a temática da CM, visto que, a mesma era usada recorrentemente pelos enfermeiros, devido à falta de formação e pela escassez de normas institucionais, diretrizes e fluxogramas sobre medidas preventivas e cuidados à PSC com CM.

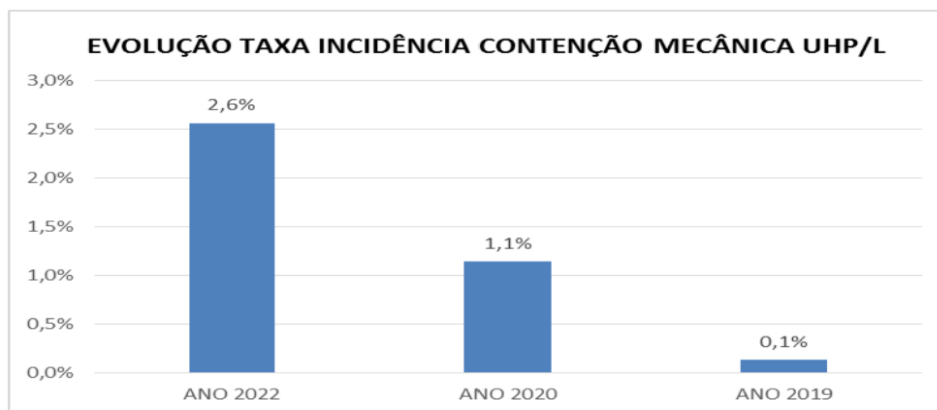


Gráfico 1: Evolução da taxa de CM. Adaptado de ULS (2022).

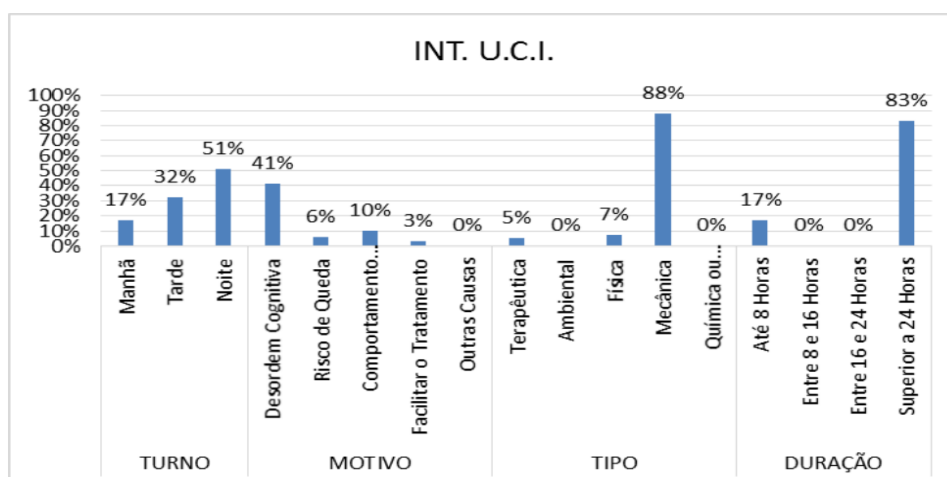


Gráfico 2: Taxa de CM em UCI. Fonte: adaptado de (ULS, 2022).

Na estruturação do diagnóstico existem vários métodos que podem ser utilizados, pelo que na condução do trabalho foram realizadas entrevistas não estruturadas à equipa de enfermagem em momentos informais da passagem de turno, que segundo Ruivo et al., (2010, p. 1) é “um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades”, tendo sido uma opinião unânime tratar-se de um tema com relevância para o serviço.

Com a entrevista pretendeu-se verificar os conhecimentos e dúvidas sobre a temática à equipa de enfermagem da UCIP. Foram realizadas observações diretas da prática clínica, referente à utilização da CM que, de acordo com Ruivo et al., (2010), é uma observação do contexto e das pessoas, em que todos os intervenientes, com as suas ideias são o ponto de partida para a sua ideia correta e fiável. Foi também aplicado um questionário, aos enfermeiros, com o objetivo de conhecer as dúvidas da equipa sobre a temática da CM, com perguntas de resposta fechada e aberta, permitindo ao entrevistado alguma liberdade na elaboração da resposta e/ou a graduação da respetiva intensidade (Ruivo et al., 2010). Além destas técnicas, foi desenvolvido uma análise, *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades), *Threats* (Ameaças) - *SWOT*. É uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional, baseando-se na análise do desempenho através de organização de um quadro, organizado em quadrantes, que correspondem às forças, oportunidades e ameaças associados a determinada situação, possibilitando a identificação dos respetivos fatores positivos e negativos (Ruivo et al., 2010). Na Tabela n.º 2 apresenta-se a análise SWOT na UCIP, referente à temática em estudo.

Tabela 2: Análise SWOT na UCI. Fonte: elaboração própria.

Forças (<i>Strengths</i>)	Fraquezas (<i>Weakness</i>)
- Temática sensível e pertinente para a equipa de enfermagem; - Inexistência de protocolos sobre a CM; - Uniformização de procedimentos de atuação para prevenir a CM; - Desenvolvimento de um plano de atuação multidisciplinar; - Motivação da equipa de enfermagem sobre a temática a desenvolver; - Melhoria da qualidade dos cuidados á PSC.	- Desinteresse ou desmotivação da equipa de enfermagem sobre a temática; - Resistência da equipa de enfermagem à mudança de comportamentos e rotinas; - Carência de formação na área da CM; - Não usar a norma de procedimento da CM.
Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Theats</i>)
- Incentivo à prática baseada na evidência; - Humanização dos cuidados à PSC com ou sem CM; -Enumerar intervenções não farmacológicas e farmacológicas alternativas à utilização da CM; - Possibilidade de redução dos custos económicos ao reduzir complicações referente à CM.	- Tempo de resposta para aprovação da norma de procedimento de enfermagem e do fluxograma; -Falta de adesão da equipa de enfermagem referente á norma e ao fluxograma da CM;

Mateus (2020, p. 30), indica que o questionário “consiste num conjunto de questões sobre determinado tema ou problema em estudo, que se destinam à obtenção de respostas individuais de um grupo de pessoas (inquiridos), cujo objetivo é a recolha de informação sobre a temática em estudo”.

Na elaboração dos questionários relativo, ao PIP, sobre a CM, e à avaliação da formação e do formador, foi tido em conta o anonimato, e assegurado que dados recolhidos seriam apenas utilizados para contexto de investigação, salvaguardando as questões éticas, nomeadamente a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça. Na estruturação do questionário, e como forma de evidenciar a importância de desenvolver a temática foram aplicados dois questionários, um referente à caracterização sociodemográfica, profissional, académica e sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre CM (Apêndice VI) e o segundo questionário referente a avaliação da formação e do formador (Apêndice VII).

A equipa de enfermagem é constituída por, 52 enfermeiros, sendo que 27 desses enfermeiros responderam aos dois questionários, tendo sido incluídos na análise 27 enfermeiros.

Na realização e elaboração dos questionários foi utilizado a ferramenta online *Google Forms*[®], tendo sido enviado o endereço por email, para cada enfermeiro da UCIP. De seguida são apresentados os gráficos referentes ao questionário da caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa da UCIP.

Referente a primeira pergunta do questionário, relativamente à caracterização sociodemográfica, profissional e académica, foram interpretadas 27 respostas em que o total dos profissionais responderam 100% a questão (n= 27).

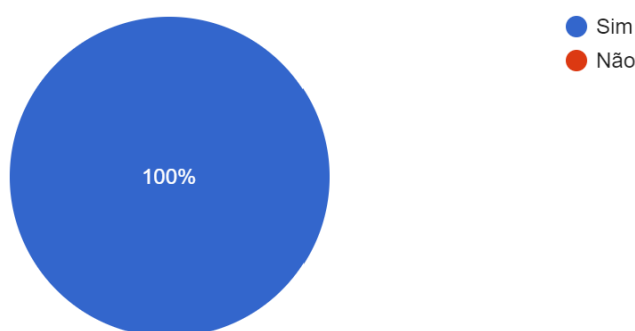


Gráfico 3: Respostas obtidas sobre o Consentimento Informado dos Profissionais da UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms[®].

A amostra incluída no estudo foi composta por 66,7% do género feminino (n= 18), e 33,3% do género masculino (n= 9), conforme se verifica no gráfico n.º 4), com idades entre 30 a 39 anos (n= 11, 40,7%), entre 40 a 49 anos (n= 6, 22,2%), acima de 50 anos (n= 6, 22,2%) e inferior a 29 anos (n= 4, 14,8%), gráfico n.º 5. Relativamente à formação académica dos profissionais da UCIP, 66,7% são licenciados em enfermagem (n= 18), 29,6% são mestres na área de enfermagem (n= 9), gráfico n.º 6.

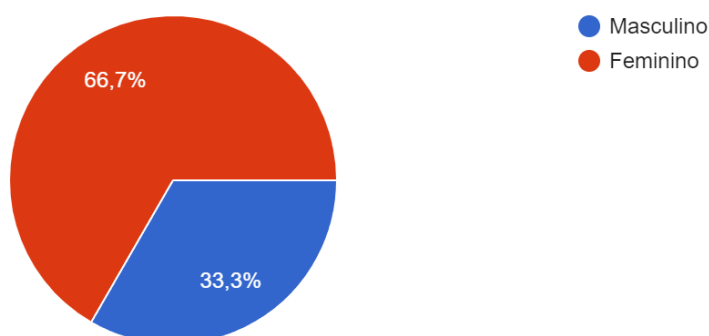


Gráfico 4: Respostas obtidas sobre a caracterização por género da UCIP. Fonte: Elaboração do *GoogleForms*[®].

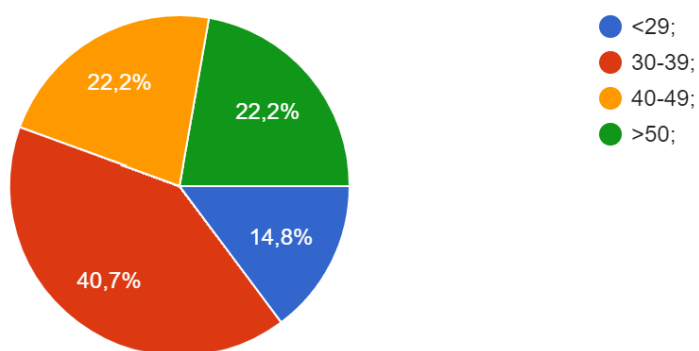


Gráfico 5: Respostas obtidas sobre as idades dos profissionais da UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

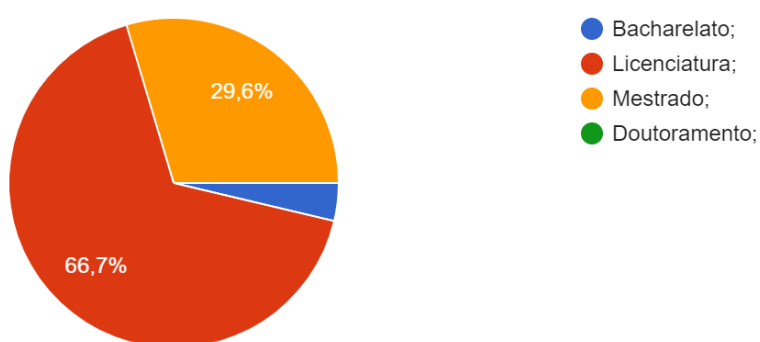


Gráfico 6: Respostas obtidas sobre a formação acadêmica dos profissionais da UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

Em relação à formação especializada na área da enfermagem 40,7% dos enfermeiros possuem o Grau de especialista (n= 11), e 59,3% apenas possuem a licenciatura em enfermagem (n= 16) (gráfico n.º 7).

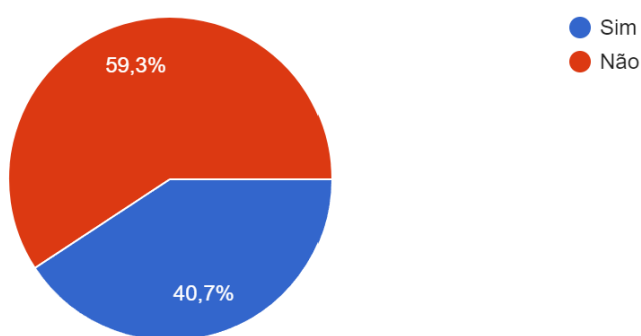


Gráfico 7: Respostas obtidas sobre os profissionais da UCIP que obtêm uma especialidade em enfermagem. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

Relativamente à área de especialidade, gráfico n.º 8, observa-se que dos 11 enfermeiros especialistas, 36,4% são EE em EMC na PSC (n= 4), 27,3% são EE em EMC (n= 3), 18,2% são EE

em Enfermagem de Reabilitação (n= 2), 9,1% são EE em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (n= 1) e 9,1% são EE em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n= 1).

Segundo o regulamento n.º 743/2019 de (2019), a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda-se que, nas equipas das UCI, 50 % sejam EE em EMC, preferencialmente na PSC, em permanência nas 24 horas, devendo ser assegurada na constituição de cada turno.

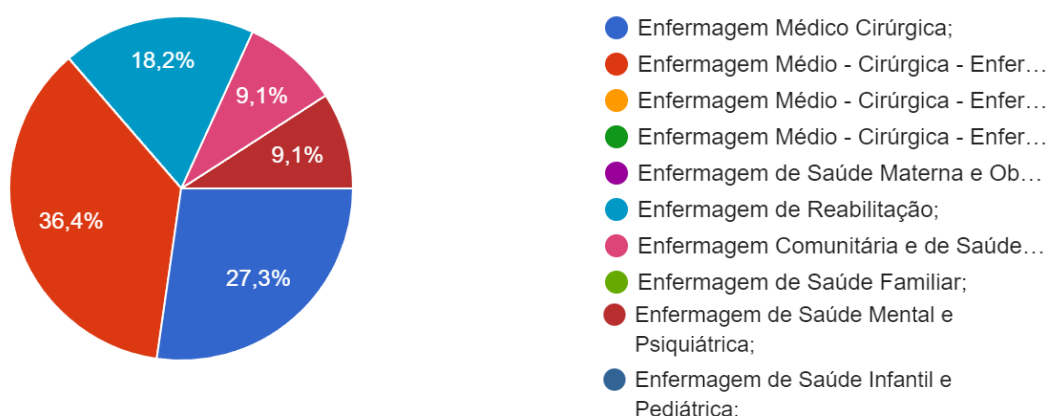


Gráfico 8: Respostas obtidas sobre as áreas de Especialidade da equipa de enfermagem da UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

Relativamente a experiência profissional da equipa de enfermagem, expressa no gráfico n.º 9 denota-se que, 37% dos profissionais têm experiência superior a 21 anos (n= 10), 18,5% tem experiência entre 16 e 20 anos, (n= 5), 18,5% tem experiência entre 11 e 15 anos, (n= 5), 14,8% tem experiência de 6 a 10 anos (n= 4) e 11,1% tem experiência até 5 anos (n= 3).

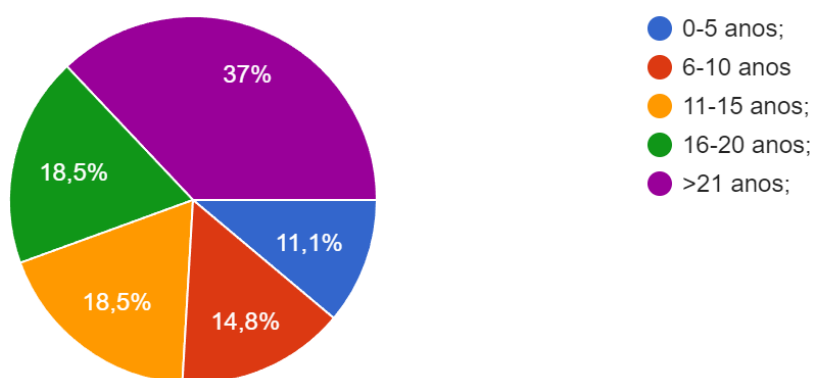


Gráfico 9: Respostas obtidas sobre a experiência profissional dos enfermeiros da UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

Sobre a experiência profissional dos enfermeiros em UCIP, gráfico n.º 10, 22,2% apresenta uma experiência superior a 21 anos (n= 6), 14,8% detêm uma experiência de 16 a 20 anos (n=

4), 18,5% detêm uma experiência de 11 a 15 anos ($n= 5$), 22,2 %, detêm uma experiência de 6 a 10 anos ($n= 6$) e 22,2%, detêm uma experiência inferior a 5 anos ($n= 6$).

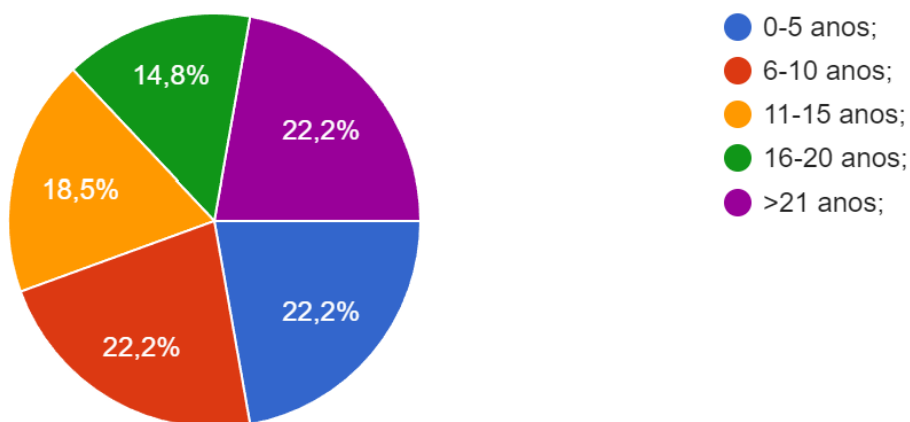


Gráfico 10: Respostas obtidas sobre a experiência profissional de anos em UCIP. Fonte: Elaboração adaptada do GoogleForms®.

Relativamente á questão expressa no gráfico n.º 11, 96,3% ($n= 26$), consideram relevante a formação na área da CM e 3,7%, ($n=1$) consideram que a formação não seria relevante. Todos os inquiridos, com exceção de um, 96,3% ($n= 26$) consideram a intervenção do PIP como relevante, especificamente, a formação na área da CM e a elaboração de uma norma de procedimento, gráfico n.º 11 e n.º 12 respetivamente.

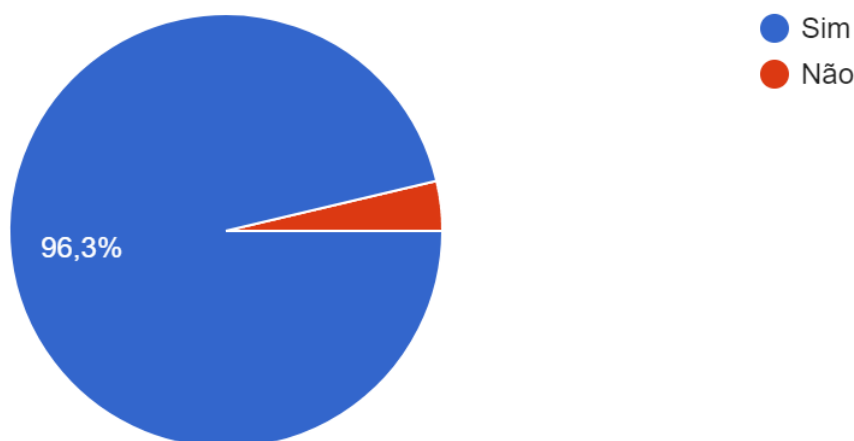


Gráfico 11: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Na sua opinião, considera ser relevante a formação na área da contenção mecânica para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas?" Fonte: elaboração adaptada do GoogleForms®.

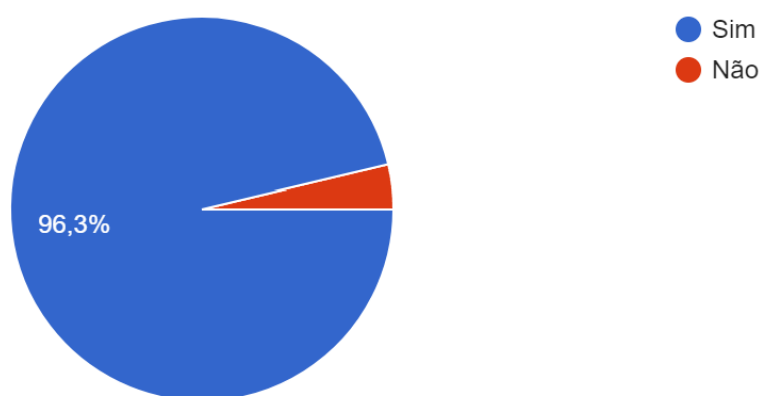


Gráfico 12: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera importante a elaboração de uma norma de procedimento que sistematize a contenção mecânica na UCIP?” Fonte: elaboração adaptada do GoogleForms®.

Em relação à última pergunta do questionário de resposta aberta, “Com base no seu conhecimento e experiência, identifique quais as razões ou critérios para colocação de medidas de contenção mecânica à PSC?”. Obtiveram-se 22 respostas onde foi mencionado:

- Prevenção de exteriorização de dispositivos que possam comprometer a qualidade e continuidade dos cuidados à PSC, quando esta está num processo de despertar, com critérios de não condicionar o seu estado de consciência não podendo, por isso, recorrer a contenção química;
- Quando representa um risco para a sua própria integridade e quando já se esgotaram outras hipóteses de contenção;
- Falta de medidas terapêuticas prescritas pelos médicos para reduzir a agitação e o delírio;
- Após ineficácia de medidas de contenção química em doentes com *delírium* com quadro de agitação psicomotora;
- *Delírium* e agitação refratária à terapêutica;
- Quando se otimiza o conforto de doente, se comunica de forma eficaz e se esgotam as medidas farmacológicas e mesmo assim se considera que o doente possa ser um risco para si mesmo ou para terceiros a contenção física pode ser usada como um meio temporário de proteção;
- As medidas, devem ser utilizadas quando põe em perigo o próprio doente e/ou os profissionais envolvidos na prestação de cuidados;

- Quando a abordagem química não é suficiente pode existir o risco de segurança para o próprio doente;
- Após ineficácia de medidas de contenção química em doentes com *delírium* com quadro de agitação psicomotora;
- Agitação psicomotora com risco de remoção de dispositivos invasivos, após adequação com terapêutica medicamentosa;
- Proteção da pessoa para a não remoção intencional de dispositivos essenciais a sua recuperação;
- Risco grave de dano próprio;
- Extubação acidental por *delírium*;
- Doente neurocirúrgico, confuso e com drenagens intracranianas de qualquer tipo.
- Doentes em *delírium* que não respondem às medidas farmacológicas;
- Risco de queda e de exteriorização de dispositivos médicos essenciais à sobrevivência do utente;
- Falha de todas as medidas preventivas.

Perante as respostas, firmamos a necessidade de intervenção e a importância do PIP.

3.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Nesta segunda etapa da metodologia de PIP, a definição de objetivos define-se como os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico (Ruivo et al., 2010). Posto isto define-se como:

Objetivo Geral: Garantir o conforto e segurança do doente crítico implementando medidas preventivas da contenção mecânica na pessoa em situação crítica na UCIP

Objetivos Específicos:

1. Desenvolver uma revisão sistemática de literatura [RSL] sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção da CM;
2. Identificar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da UCIP, sobre as medidas de CM na PSC;
3. Identificar intervenções e abordagens, farmacológicas e não farmacológicas alternativas à utilização da CM;

4. Realizar uma norma e respetivo fluxograma de procedimento de enfermagem, para prevenir a utilização da CM;
5. Realizar uma formação em serviço sobre a prevenção da CM na PSC na UCIP;

Após delineados os objetivos gerais e específicos, a etapa seguinte culminará no desenvolvimento das respetivas estratégias e intervenções do PIP.

3.3 PLANEAMENTO

No que se refere ao planeamento a que corresponde a terceira fase da metodologia de projeto e consiste na elaboração de um plano detalhado do projeto com a calendarização das várias atividades e dos recursos humanos e materiais (Ruivo et al., 2010). Para cada objetivo específico foram delineadas atividades a serem desenvolvidas e os recursos necessários. Após várias reuniões com a enfermeira coordenadora da UCIP, com a enfermeira orientadora e com o docente orientador, foi elaborada uma proposta de PIP para ser submetida à ULS e ao Instituto Politécnico de Portalegre. O documento foi elaborado conforme as orientações dos intervenientes anteriormente citados e expressa-se no Apêndice IV. Foi simultaneamente elaborado e submetida ao Conselho Técnico-científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre uma proposta para aprovar a temática e os pressupostos objetivos para a sua realização na UCIP ao longo do EF (Apêndice VIII), tendo recebido parecer favorável.

Seguidamente, apresentam-se as atividades e estratégias delineadas para atingir os objetivos específicos planeados e os recursos utilizados.

Referente ao objetivo específico n.º 1: Desenvolver uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção da CM;

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica exaustiva acerca da utilização da CM na UCIP;
- Discutir a proposta com o professor orientador e enfermeira orientadora;
- Utilizar uma metodologia de revisão secundária tipo *scoping review*;
- Consultar documentos, nomeadamente estudos e diretrizes sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção da CM.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira orientadora, enfermeira gestora da UCIP.

Recursos materiais: Computador (*Microsoft Word, Microsoft PowerPoint*), bibliografia diversa (bases de dados, normas e diretrizes), Internet.

Referente ao objetivo específico n.º 2: Identificar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da UCIP, sobre as medidas de CM na PSC;

Atividades:

- Elaborar e aplicar um questionário de avaliação de conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática;
- Consultar normas da ULS e da UCIP referente à CM;
- Realizar observação direta e indireta à equipa de enfermagem;
- Concretizar entrevistas não estruturadas à equipa de enfermagem.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira orientadora, enfermeira gestora da UCIP e equipa de enfermagem da UCIP.

Recursos materiais: Computador, aplicação *Google Forms*®, (aplicação do consentimento esclarecido, informado, e do questionário de avaliação de conhecimento sobre a temática) e normas e diretrizes da UCIP e da ULS.

Referente ao objetivo específico n.º 3: Identificar intervenções e abordagens, farmacológicas e não farmacológicas alternativas à utilização da CM;

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas alternativas à CM;
- Consultar documentos, nomeadamente estudos e diretrizes sobre as intervenções e abordagem à CM;
- Apresentar recomendações farmacológicas e não farmacológicas sobre alternativas à CM;
- Discutir as intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o professor orientador, com a enfermeira orientadora e a enfermeira gestora da UCIP.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira orientadora, enfermeira gestora da UCIP, equipa de enfermagem e equipa médica.

Recursos materiais: Computador (*Microsoft Word, Microsoft PowerPoint*), bibliografia diversa (bases de dados, normas e diretrizes), Internet.

Referente ao objetivo específico n.º 4: Realizar uma norma/fluxograma de procedimento de enfermagem, para prevenir a utilização da CM;

Atividades:

- Reunir com o professor orientador, com a enfermeira orientadora e com a enfermeira coordenadora da UCIP sobre a elaboração da norma e do fluxograma;
- Criar uma proposta da norma e fluxograma de atuação na prevenção da CM;
- Discutir da proposta com professor docente, com a enfermeira orientadora e com a enfermeira coordenadora;
- Retificar a proposta referente à norma e ao fluxograma de acordo com as sugestões;
- Formular a proposta final da norma e do fluxograma de atuação na prevenção da CM;
- Elaborar e publicação de artigo científico sobre a temática.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora da UCIP.

Recursos materiais: Computador (*Microsoft Word, Microsoft PowerPoint*) bibliografia diversa (bases de dados, normas, diretrizes e *guidelines*), *Internet*.

Referente ao objetivo específico n.º 5: Realizar uma formação em serviço sobre a prevenção da CM na PSC na UCIP.

Atividades:

- Planear a sessão de formação;
- Elaborar o plano da sessão de formação;
- Divulgar a sessão de formação através de email e cartazes na UCIP;
- Realizar uma ação de formação;
- Avaliar a sessão de formação em serviço através de um questionário.

Recursos humanos: Professor orientador, enfermeira orientadora, enfermeira gestora da UCIP.

Recursos materiais: Computador (*Microsoft Word, Microsoft PowerPoint e Microsoft Teams*), bibliografia diversa (bases de dados, normas e diretrizes), *Internet*.

Após a elaboração do objetivo geral e objetivos específicos foram expressas as atividades e definidos os recursos humanos e materiais para cada objetivo, que foram cumpridos ao longo do EF e durante a elaboração do RF. Seguidamente será descrita a execução de cada objetivo referente à elaboração do PIP.

3.4 EXECUÇÃO

A execução é considerada a quarta fase da metodologia de projeto onde é colocado em prática o que foi previamente planeado. “Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participantes(s) do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas” (Ruivo 2010: p.23).

Na execução do objetivo nº1 (Desenvolver uma RSL sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção da CM) foi elaborado, da seguinte forma no PIP.

A revisão da literatura *Scoping Reviews* [ScR], foi escolhida por nós, porque constitui um instrumento de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível sobre um determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte, ou seja, pesquisa primária, revisões, evidência não empírica) dentro ou através de contextos particulares (Amendoeira et al.,2022).

Uma revisão resulta, por um lado, da incapacidade da revisão sistemática em satisfazer os objetivos ou requisitos de um investigador e, por outro, da contribuição para a produção de conhecimentos aquando da sua realização (Amado et al., 2002). Atualmente a produção científica abrange um inúmero conjunto de evidências rigorosas e estruturadas com vista a produzir o melhor e mais fundamentado conhecimento científico (Apóstolo, 2017). Pela sua multiplicidade torna-se imprescindível, a existência de uma translação de conhecimentos em síntese, o que é permissivo de uma consulta mais rápida e de compreensão mais fácil pelos destinatários nos diversos contextos onde se pretende aplicar (Apóstolo, 2017).

A tomada de decisão, da ScR deve assentar nos principais conceitos, definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica. Assim sendo, este foi o método escolhido para guiar a presente pesquisa de investigação, tendo sido formulada a questão de investigação atendendo à mnemónica PCC, (*População, Conceito, Contexto*), segundo a Joanna Briggs Ins-

titute [JBI] (2020), (tabela n.º 3). A abordagem da PCC definida foi a seguinte Pessoa em Situação Crítica (População), Prevenção da Contenção Mecânica (Conceito), Unidade de Cuidados Intensivos (Contexto). Para rever sistematicamente a eficácia das intervenções de enfermagem, partiu-se da seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem preventivas da Contenção Mecânica na PSC na UCI?

P	Pessoa em Situação Crítica
C	Prevenção da Contenção Mecânica
C	Unidade de Cuidados Intensivos

Tabela 3: Estratégia PCC. Adaptada de Apóstolo (2017).

A pesquisa foi efetuada *online* nas últimas duas semanas do mês de setembro de 2023, conforme descrito no cronograma no (Apêndice V) na plataforma *PubMed®* e na *ScienceDirect*, utilizando como descritores “*Physical Restraint*”, “*critical care*”, “*Nursing care*”, “*Adult*”. Foram previamente validados na *Medical Subject Heading [MeSH]* e nos Descritores em Ciências da Saúde [*DeCS*] e utilizados para restringir a pesquisa para responder à questão de investigação. Os operadores booleanos utilizados foram *AND*, combinados na seguinte equação booleana:

Physical Restraint AND Critical Care AND Nursing Care AND Adult.

A classificação da qualidade metodológica e do risco de viés dos artigos selecionados, foi realizado por dois investigadores, conforme os critérios de qualidade da JBI, e toda a seleção dos estudos foi efetuada de acordo com o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses [PRISMA]*.

Depois de aplicado o modelo de pesquisa Booleana/ Frase na base de dados, procedeu-se aos critérios de inclusão: artigos em idioma português, espanhol e inglês, que disponibilizassem o texto integral com regime de acesso livre, revisto por pares e que se relacionam com o tema em questão. A pesquisa originou um total de 310 artigos (*PubMed®*: 150 e na *ScienceDirect*:160), foi aplicado o critério de exclusão, de remoção de, todos os artigos duplicados na base de dados e obtivemos um total de 210 artigos e logo a seguir o critério de exclusão referente aos artigos que não incluíam texto de acesso livre e artigos com a faixa etária inferior a 18 anos e obtivemos 69 artigos e após a leitura do título e a leitura integral dos mesmos foram

selecionados, um total de 12 artigos para elaborar a ScR. Encontram-se na Tabela n.º 4 os critérios de inclusão e exclusão.

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

Tabela 4: Critérios de inclusão e exclusão. Fonte: Elaboração própria.

Na figura n.º 3 apresentamos o Fluxograma de Critérios de Seleção de Estudos, ilustrado pelo Diafragma de Flow (adaptado de PRISMA Statement, 2020) (Page et al., 2021). O PRISMA (2020) é útil ao planear e conduzir, RSL para garantir que todas as informações recomendadas são verídicas.

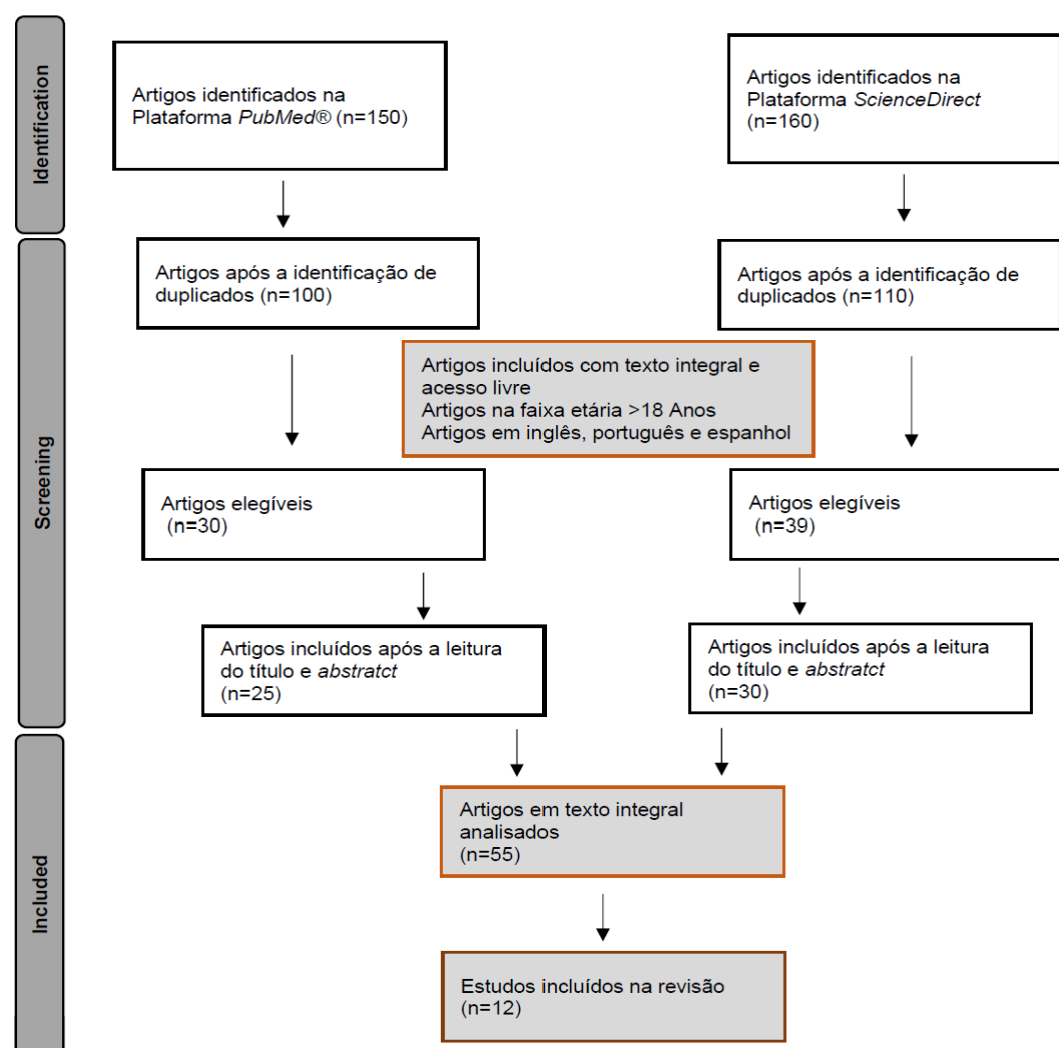


Figura 3: Fonte de elaboração própria com base no Prisma Flow Diagram (Page et al., 2021).

A revisão ScR apresentada nesta pesquisa, inclui uma seleção de tópicos de uma literatura heterogênea e ilimitada, envolve escolhas irrevogavelmente subjetivas e negociáveis sobre o tema em questão, por isso iniciou-se uma pesquisa procedendo-se à avaliação dos artigos para garantir a sua fiabilidade e o nível de evidência segundo a Classificação da Joanna Briggs Institute (JBI, 2022). Foi elaborado uma grelha referente aos estudos e o seu nível de evidência, incluídos para a ScR conforme expresso na Tabela n. 5 e n. 6.

Tabela 5: Estudos Incluídos para a ScR. Fonte de elaboração própria.

Estudos Incluídos para a Scoping Literature Review	Autores e Ano dos estudos
E1- Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit.	Adams et al.,2023
E2- Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU.	Lucendo et al.,2023
E3- The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study.	Neuvo et al.,2022
E4- Physical restraint in the critical care unit: A Narrative Review.	Smithard et al.,2022
E5- The effect of non-pharmacological interventions on physical restraint reduction in intensive care units.	Cui et al.,2021
E6- The challenges of using physical restraint in intensive care units in Iran.	Salehi et al.,2021
E7- Protocol for the adaptation of clinical practice guidelines for the management of physical restraints in critically ill patients.	Cui et al.,2021
E8- Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses.	Salehi et al.,2020
E9- The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units.	Ertuğrul et al.,2019
E10- The importance of mechanical content and the permanent evaluation of the nursing team.	Maxino.,2019
E11- Effect of Interventional Educational Programs on Intensive Care Nurses' Perception, Knowledge, Attitude, and Practice About Physical Restraints.	Abmadi et al.,2019
E12- Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care.	Lach et al.,2016

Nível de evidência de acordo com critérios da JBI	Tipo de Estudo
E1- Nível de evidência é III-a	Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis
E2- Nível de evidência é II-a	Revisão sistemática de estudos quase-experimentais
E3- Nível de evidência é IV-b	Estudo transversal
E4- Nível de evidência é III-a	Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis
E5- Nível de evidência é III-c	Estudos de coorte com grupo de controle
E6- Nível de evidência é III-d	Estudo de caso controlado

E7- Nível de evidência é IV-a	Revisão sistemática de estudos descritivos
E8- Nível de evidência é III-d	Estudo de caso controlado
E9- Nível de evidência é III-a	Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis
E10- Nível de evidência é IV-b	Estudo transversal
E11- Nível de evidência é II-a	Revisão sistemática de estudos quase experimentais
E12- Nível de evidência é IV-a	Revisão sistemática de estudos descritivos

Tabela 6: Nível de evidência Incluídos para a ScR. Fonte de elaboração própria.

Após a análise dos artigos, constatou-se que existe uma escassez de estudos sobre a temática, sendo um fator dificultador para a sumarização da evidência mais relevante. Nos 12 estudos selecionados para a temática da CM, foram encontradas várias intervenções de enfermagem para a prevenção da CM na PSC na UCIP. Nas intervenções não farmacológicas dos vários estudos selecionados, as estratégias elaboradas e implementadas são pouco significativas e necessitam de mais estudos para se confirmar a sua eficácia. Nas intervenções farmacológicas para a prevenção da CM, as estratégias definidas apresentam resultados excelentes na prática. A contenção continua a ser usada em unidades de cuidados intensivos separadamente ou em associação.

Na execução do objetivo n.º 2, (Identificar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros da UCIP, sobre a medidas de CM na PSC) procedeu-se, da seguinte forma.

No objetivo n.º 2, foi necessário identificar os conhecimentos e as práticas, da equipa de enfermagem, referente às medidas de CM, tendo sido realizado para este fim um questionário, referente à caracterização sociodemográfica, profissional e académica. Os dados estatísticos obtidos sobre o diagnóstico de situação e a definição do problema, foram apresentados no subcapítulo anterior em formato de gráficos, fundamentando a necessidade do PIP. Cerca de 96,3 % dos inquiridos sentem a necessidade de elaboração, de uma norma de procedimento que sistematize a CM na UCIP e a mesma percentagem, considera relevante a formação na área da CM para a promoção da segurança no recurso à CM. Foi consultada à norma da ULS, do ano de 2018, e verificou-se, que se encontra desatualizada. A mesma relata intervenções de enfermagem que são desajustadas perante a evidência científica atual, sendo necessário uma atualização das mesmas. Ao longo do EF realizamos a observação da equipa de enfermagem, seguindo um procedimento que segundo Ruivo (2010) pode ocorrer naturalmente

de forma direta ou indireta e através de questões ou itens que se colocam aos indivíduos. No EF observamos alguns comportamentos da equipa de enfermagem em relação à aplicação da CM no contexto, o porque da aplicação da CM e as razões da sua aplicação. Aproveitamos também estes períodos para colocar questões aos enfermeiros, para posteriormente poder refletir sobre as respostas. Durante o EF, realizamos entrevistas não estruturadas à equipa de enfermagem e à enfermeira orientadora, de modo a recolher informação sobre a temática, opiniões, necessidades do serviço e até um maior conhecimento sobre a equipa. Foi expresso ao longo das entrevistas à equipa de enfermagem a necessidade de se abordar a temática e de se desenvolver uma norma, um fluxograma e uma sessão de formação à equipa sobre a temática. De seguida apresentamos os gráficos, sobre a identificação dos conhecimentos e as práticas da equipa de enfermagem referente às medidas de CM.

As respostas dos inquiridos sobre a pertinência do PIP e os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIP face à temática da CM e sua importância, permitem verificar que a maioria (n= 20, 74,1%) respondeu que era conhecedora da norma da DGS (gráfico n.º 13), e todos os inquiridos (n= 27), (gráfico n.º 14), consideram medidas alternativas antes de realizar a aplicação da CM na PSC, atendendo ao impacto que estas têm na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa. Segundo a DGS (2011a), a CM deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas, atendendo ao seu impacto na liberdade, autodeterminação e dignidade da PSC.

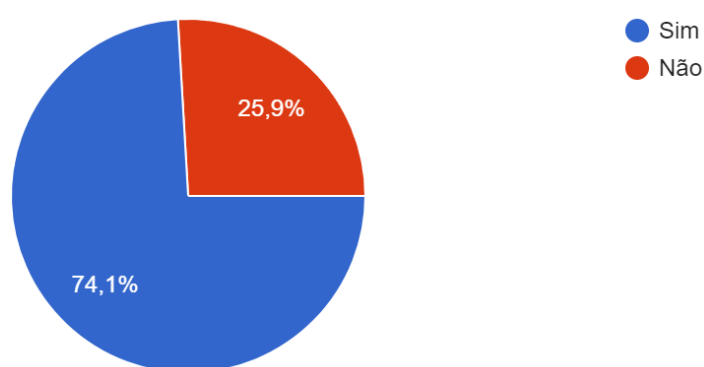


Gráfico 13: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Conhece a norma da DGS referente à CM?” Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

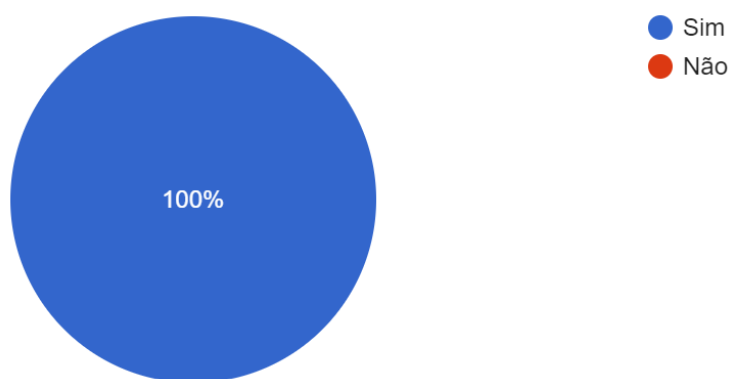


Gráfico 14: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa?” Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

De forma concordante, 85,2% (n= 23) dos inquiridos responderam que antes da aplicação da CM na PSC esgotam todas as medidas preventivas, gráfico n.º 15. A DGS (2011a), na normativa, refere que, o recurso a medidas de CM deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico e cada situação em que houver recurso a medidas de CM deve ser objeto de análise pela equipa dos profissionais envolvidos, para adequar a sua aplicação, devendo esgotar-se sempre primeiramente as medidas preventivas.

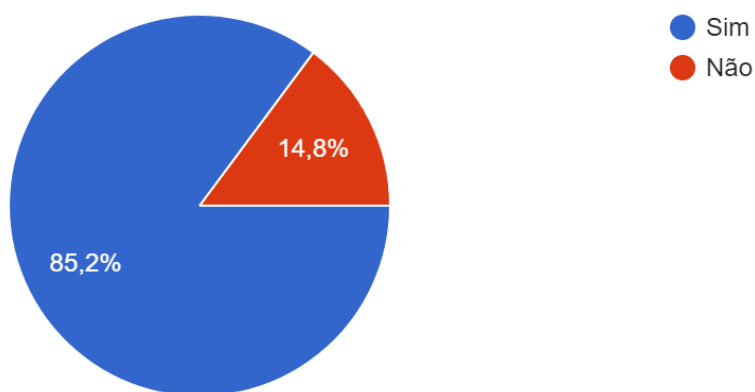


Gráfico 15: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “No uso da aplicação de medidas de contenção esgota as medidas preventivas?” Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Verifica-se também que a maioria dos inquiridos 63% (n= 17), respondeu que antes de realizar a CM à PSC, considera obter o consentimento da pessoa, família, cuidador ou pessoa significativa (gráfico n.º 16). A DGS (2011a) na sua normativa refere que a família ou a pessoa significativa deve ser informada da aplicação das medidas de CM.

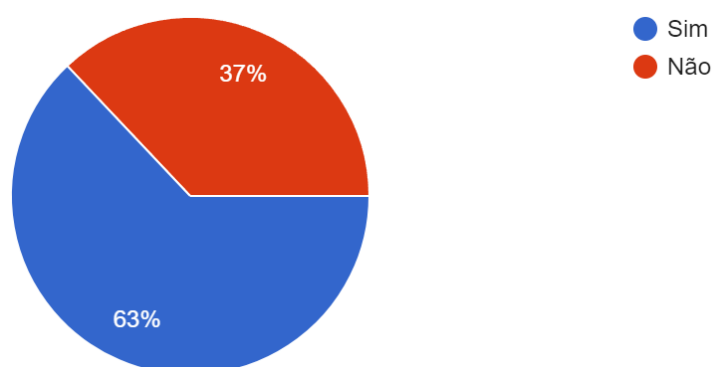


Gráfico 16: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera obter o consentimento da pessoa, família, cuidadora ou pessoa significativa antes da aplicação da contenção?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Todos os inquiridos com exceção de um ($n = 26$, 96,3%) referem que adequam a medida da CM à situação da pessoa (gráfico n. 17), indo ao encontro do que refere a DGS (2011a) sobre a utilização de medidas de CM e confinamento, que devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança da pessoa. Todos os inquiridos responderam que efetuam uma reavaliação da necessidade da CM, com a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa. A DGS (2011a) refere que na aplicação de medidas de contenção deve-se ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização, físicos, psicológicos, éticos, e considerar alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível.

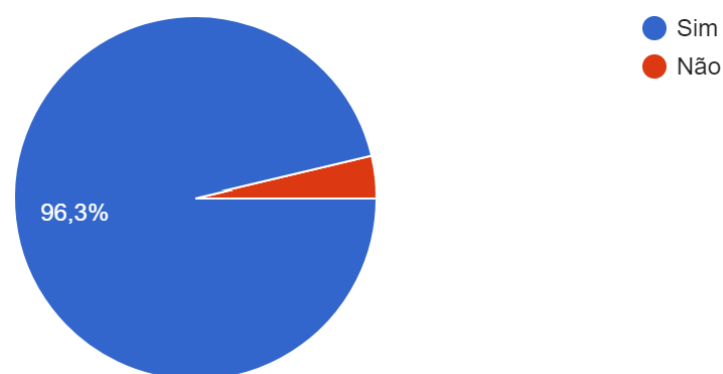


Gráfico 17: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera ajustar a medida de contenção à situação da pessoa?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

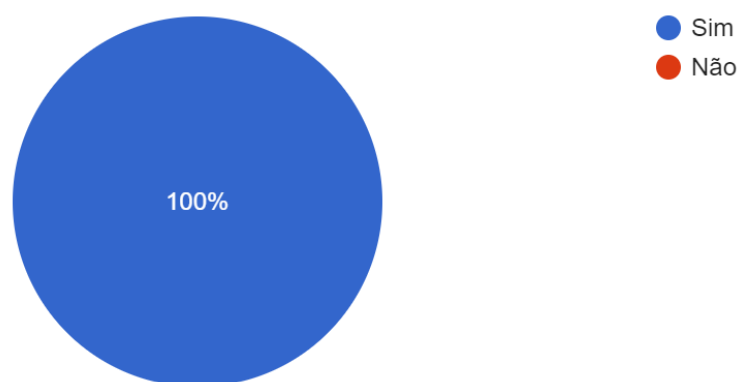


Gráfico 18: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Reavalia a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa?” Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Relativamente á questão expressa no gráfico n.º 18, 100% (n= 27), responderam que efetuam uma reavaliação da necessidade da CM, com a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa. A DGS (2011a), indica que, na aplicação de medidas de contenção deve-se ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização, como físicos, psicológicos, éticos e adequar, alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível.

Sobre o registo da aplicação da CM no processo clínico da pessoa (gráfico n.º 19), quase metade dos inquiridos (n= 13, 48,1%) referem que efetuam esse registo quase sempre ou sempre, cinco inquiridos (18,5%) fazem esse registo frequentemente e 9 (33,3%) referem que o fazem apenas às vezes. Segundo a DGS (2011a), a chefia de enfermagem do serviço tem de assegurar que no processo da pessoa são obrigatoriamente registados os seguintes elementos: a avaliação do estado da pessoa que determinou a necessidade de CM, as medidas preventivas iniciadas e o seu impacto, a descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com a pessoa ou quem por ele decida, os profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção, as avaliações subsequentes à aplicação, como a evolução do estado clínico da pessoa e o rastreio de lesões associadas à colocação.

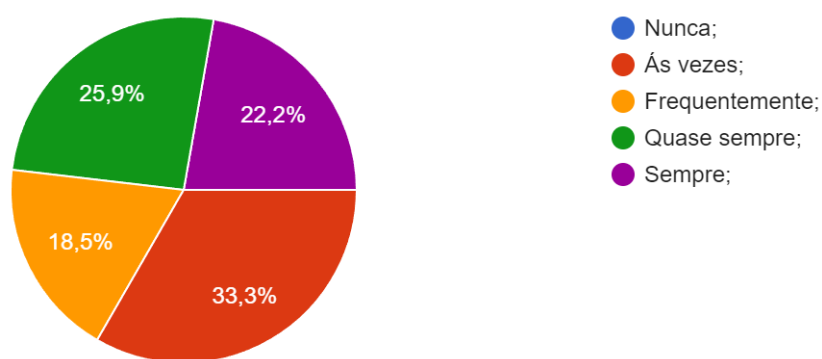


Gráfico 19: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Após a CM, efetua o registo no processo clínico da pessoa?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Relativamente à questão expressa no gráfico n.º 20, verifica-se que quase todos os inquiridos 92,6% (n= 25) consideram que a utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas como incidentes para a segurança da pessoa. A DGS (2011a) refere que as medidas de contenção e confinamento devem ser vistas como incidentes para a segurança da pessoa e em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar da pessoa com a menor restrição possível.

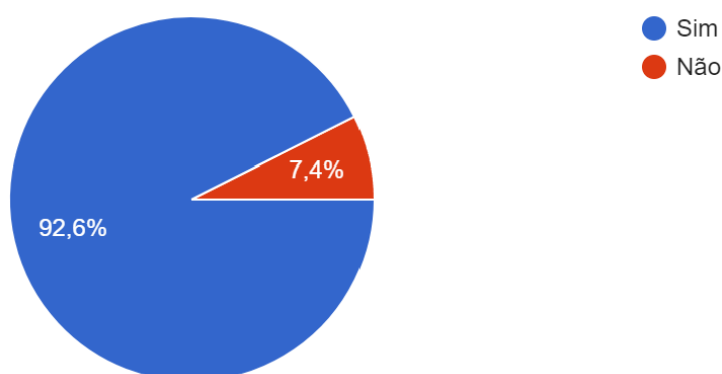


Gráfico 20: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança da pessoa?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

As respostas dos inquiridos sobre a questão da formação na área da CM (gráfico n.º 21), permite verificar que a grande maioria 85,2% (n= 23) recebeu formação nessa área - 75%, (n=17) obtiveram a formação em CM em contexto académico, 25% (n= 6) em entidades externas de ensino e nenhum profissional recebeu formação em contexto hospitalar CM (gráfico n.º 22). Segundo a DGS (2011a), a formação é ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo a cada três anos, sendo que todos os profissionais de saúde devem receber formação sobre as técnicas de contenção e medidas

preventivas à contenção, sobre a correta aplicação dos instrumentos de contenção e como prestar cuidados à pessoa que necessite de contenção.

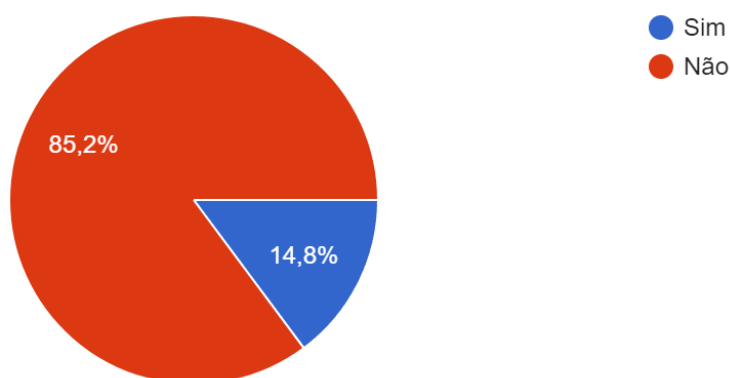


Gráfico 21: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Detém alguma formação na área de contenção mecânica?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

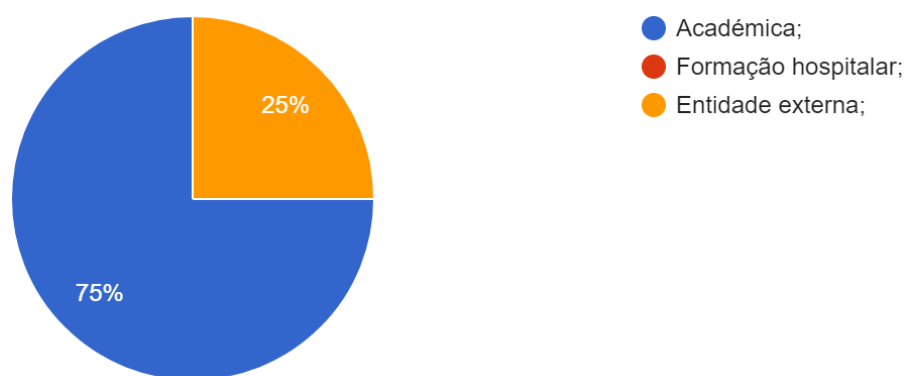


Gráfico 22: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Se respondeu sim à questão anterior, indique em que contexto obteve a formação?" Fonte: elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

Para execução do objetivo n.º 3, (Identificar intervenções e abordagens, farmacológicas e não farmacológicas alternativas à utilização da CM), foi elaborado, da seguinte forma.

Após a escolha da temática e tendo sido aprovada pela Enfermeira coordenadora, Enfermeira Orientadora e pelo professor Adriano Pedro foi realizado uma pesquisa sobre o tema, conforme foi expresso anteriormente. Depois da seleção dos artigos, foi realizado uma leitura aprofundada, principalmente na procura das intervenções não farmacológicas e farmacológicas. Foram consultadas várias diretrizes internacionais e nacionais sobre a prevenção e abordagem à CM, verificando-se que não existem procedimentos padronizados relativos à prática da CM, o que resulta na falta de decisões padronizadas e práticas realizadas sem o consentimento, transformando a decisão de CM numa decisão individual (Ertuğrul et al., 2019).

Tendo em conta a importância atual da prestação de cuidados pautada pela visão holística da pessoa, o efeito que a CM tem no outcome dos cuidados a adultos internados no serviço de medicina intensiva, continua a ser controverso.

A CM em UCI é frequentemente utilizada, embora as taxas de prevalência variem muito de país para país, podendo ir dos 0% em alguns países europeus a mais de 75% na América do Norte (Devlin et al., 2018, Rodrigues et al., 2020).

Salehi et al., (2020), demonstrou que 36% dos enfermeiros enfrentam dilemas éticos durante o processo de decisão de conter mecanicamente. Nueva et al., (2022), referem que estudos recentes tendem a estimular a reflexão acerca deste tema, questionando a sua prática e falta de uniformização de procedimentos. Cada vez mais a equipa multiprofissional está sensibilizada para alcançar um cuidado individualizado à PSC com alterações do comportamento, fundamentando-se em protocolos e políticas de saúde. Após a leitura dos artigos, foram elaboradas várias recomendações farmacológicas e não farmacológicas, discutida com a Enfermeira orientadora, que se mostrou muito interessada e sugeriu alterações em algumas das intervenções propostas. Posteriormente, foram discutidas e demonstrada as intervenções à Enfermeira coordenadora da UCIP e ao professor Adriano Pedro, sendo que ambos aprovaram as intervenções e comunicaram que eram adequadas à UCIP, bem fundamentadas e uma mais valia para a UCIP.

O cuidado à PSC com alterações comportamentais é complexo e deve ser elaborado sempre por uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro é um elo importante. Após a aprovação das intervenções, foi elaborado uma tabela, referente às intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM que se encontra no (Apêndice IX).

Para a execução, do objetivo n.º 4: (Realizar uma norma/fluxograma de procedimento de enfermagem, para prevenir a utilização da CM).

Ao longo do EF, foi evidente que a escassez de uma norma/fluxograma sobre a CM, trazia incertezas e medo à equipa de enfermagem da UCIP. Nas várias reuniões com o professor e com a Enfermeira orientadora e a Enfermeira coordenadora da UCIP foi ponderada a elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem sobre a prevenção da CM na PSC, que todos consideram uma necessidade do serviço, é uma mais valia para a equipa e para a instituição. Após ter desenvolvido a norma de procedimento ao longo do EF, a equipa de enfer-

magem foi questionada sobre a elaboração de um fluxograma para ser de fácil acesso e consulta dos profissionais. O fluxograma é uma mais valia para a UCIP, porque melhora a prática clínica, auxilia na organização de um plano de atuação multidisciplinar, enumera as intervenções não farmacológicas e farmacológicas alternativas à utilização da CM, uniformiza os procedimentos de atuação para prevenir a CM. Segundo Pott (2013), a prática de promover medidas de conforto é inerente à profissão do enfermeiro, e assim, imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade à PSC. Após o desenvolvimento da norma e do fluxograma, retificado em alguns pontos e formulou-se uma proposta final para ambos, o qual contou com a aprovação de todos os intervenientes no processo, tendo sido alcançado o objetivo. A norma de procedimento encontra-se no (Apêndice X) e o fluxograma encontra-se no (Apêndice XI). Na reunião final do EF com o professor Adriano Pedro, um dos objetivos de avaliação definidos foi a elaboração de um artigo científico e a sua publicação. O artigo desenvolvido e a respetiva proposta para a publicação, enviada para a revista Ibero-America de Saúde e Envelhecimento [RIASE], estão apresentadas no (Apêndice XII) e aguarda-se a publicação do artigo.

Para a execução do objetivo n.º 5: (Realizar uma formação em serviço sobre a prevenção da CM na PSC na UCIP) procedeu-se da seguinte forma.

Para realizar o objetivo n.º 5, e após reunião com a Enfermeira orientadora, foi proposta a realização de uma sessão de formação para divulgação da temática, da norma e do fluxograma à equipa de enfermagem da UCIP. A formação foi intitulada: “Prevenção da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP” foi calendarizada com a Enfermeira orientadora, do professor e da Enfermeira coordenadora da UCIP para às 14h30 do dia 22 de janeiro de 2024, foi na sala de reuniões da unidade. A mesma teve em consideração a disponibilidade do serviço, privilegiando-se o momento mais oportuno, derivado da transição do turno da manhã e da tarde, de forma a que todos os membros da equipa pudessem assistir à formação.

Foi então elaborado um plano de sessão com a orientação do professor Adriano Pedro e com a Enfermeira Orientadora onde, se inclui, o tema da sessão, a identificação do formando, a duração da formação, os objetivos da formação (geral e específicos), as fases da formação e respetivos descritivos (conteúdos, métodos pedagógicos, instrumentos pedagógicos e duração da fase), e os recursos necessários (Apêndice XIII).

A formação em serviço foi divulgada com pelo menos uma semana de antecedência, com afixação de um cartaz informativo (com o dia da formação, as horas e os objetivos específicos) e foi enviado um *e-mail* para a divulgação da formação. A sessão de formação, foi criada em diapositivos, utilizando o *Microsoft Office PowerPoint®*, e encontra-se elaborada da seguinte forma objetivo geral e específicos, contextualização, normas e legislação da CM, recomendações, evidências científicas e intervenções preventivas da CM.

A formação foi realizada presencialmente com a participação de 24 Enfermeiros, incluindo a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora da UCIP, 11 enfermeiros incluindo o professor Adriano, *via online* com recurso à plataforma a *Microsoft TEAMS®*. Após a sessão de formação, foi disponibilizado um questionário de avaliação da sessão de formação e do formador (Apêndice VII), onde responderam 35 enfermeiros. Segundo Lagarto (2009), a avaliação da formação pode ser medida de várias maneiras, desde o nível de satisfação dos formandos até ao impacto, que a formação terá na atividade profissional do formando, podendo o mesmo aplicar no local de trabalho. A avaliação da sessão formativa foi feita através de questionário, á equipa de enfermagem, com obtenção de 35 respostas, conforme representado nos gráficos.

Relativamente à questão se formação apresentada correspondeu às expectativas, 94,3% (n= 34) dos enfermeiros consideram que totalmente, apenas um enfermeiro (2,9%) considerou que a formação correspondeu em parte às suas expectativas e um 2,9% (n=1) respondeu que a formação correspondeu pouco ao que esperava (gráfico n.º 22).

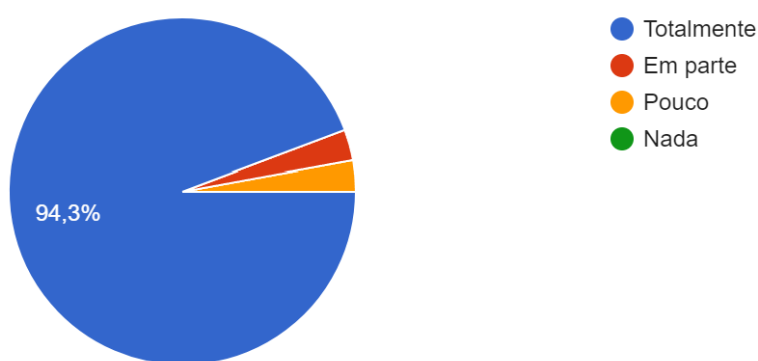


Gráfico 23: Respostas da equipa de enfermagem à questão: “Considera que a formação apresentada correspondeu às suas expectativas?” Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Quase todos os inquiridos, 88,6% (n= 31), consideram que a formação contribui totalmente para o seu desenvolvimento profissional, apenas três enfermeiros (8,6%) referem que

a formação contribui em parte para o seu desenvolvimento profissional e um 2,9% refere que contribui pouco (gráfico n. 23). A maioria, 88,6% (n= 31), considera que a metodologia utilizada foi adequada, 8,6% (n=3) referem que a metodologia utilizada contribui em parte para a formação e apenas um enfermeiro 2,9% refere que a metodologia utilizada pouco contribui para a formação (gráfico n. 24).

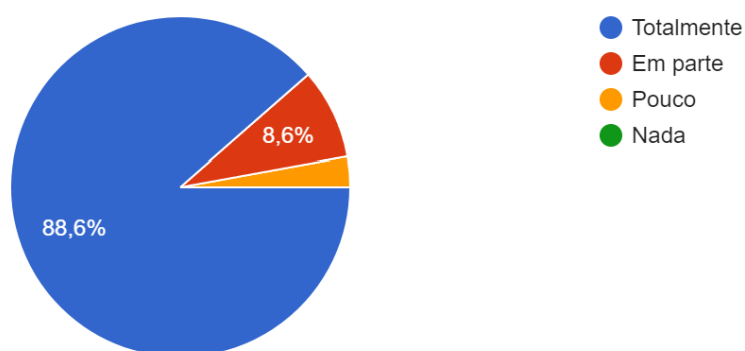


Gráfico 24: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera que os conteúdos da formação contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional?". Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

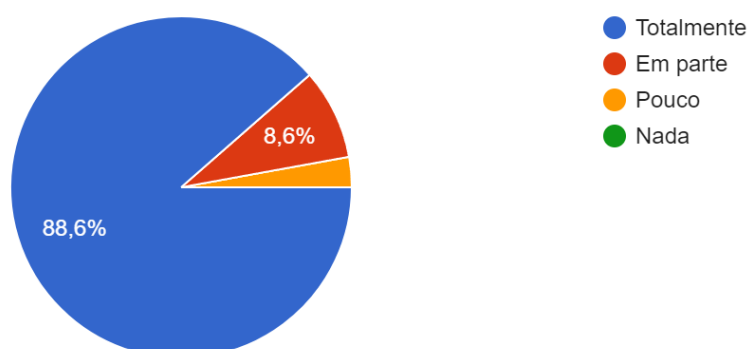


Gráfico 25: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Na sua opinião a metodologia utilizada para a formação foi adequada?". Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

À questão sobre se os recursos didáticos foram adequados (gráfico n.º 25), 80% (n= 28), consideram que foram totalmente, 17,1% (n=6), referem que os recursos didáticos contribuíram em parte para a formação e apenas um enfermeiro 2,9% refere que os recursos didáticos não foram os mais adequados para a formação. Quase todos os inquiridos (97,1%, n= 34) consideram que a linguagem utilizada pelo formador foi adequada, sendo que apenas um, 2,9%, referiu que a linguagem utilizada foi em parte adequada (gráfico n. 26).

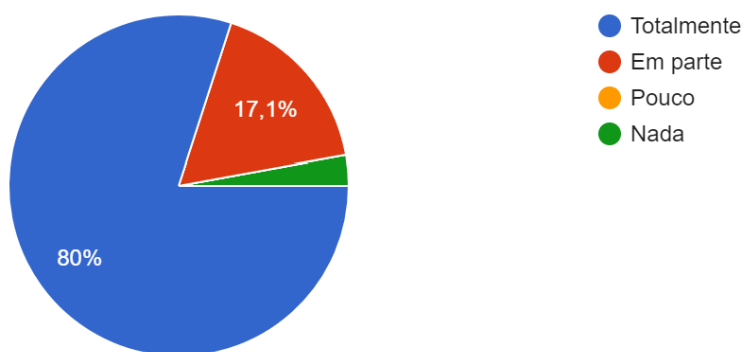


Gráfico 26: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Na sua opinião os recursos didáticos foram adequados?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

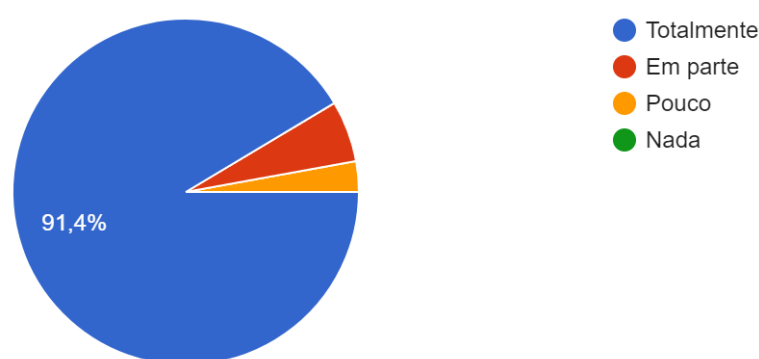


Gráfico 27: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera que a duração da formação foi adequada?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Relativamente à questão expressa no gráfico n.º 27, 97,1% (n= 34), consideram que a duração da formação foi adequada, sendo que apenas dois inquiridos 5,7%, (n=2) referem que a duração da formação foi em parte adequada e um (2,9%) refere que a duração da formação, foi pouco adequada.

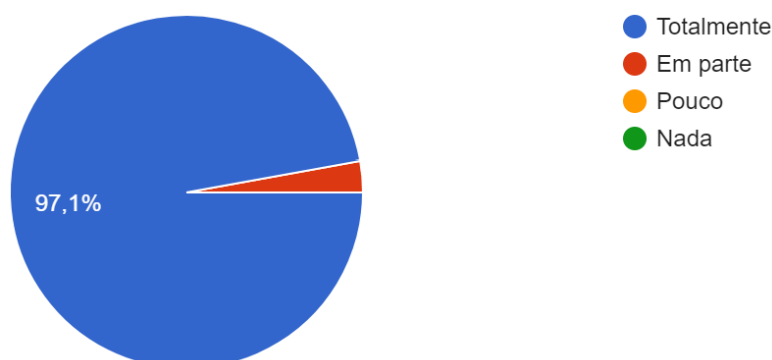


Gráfico 28: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Na sua opinião, a linguagem utilizada pelo formador foi a mais adequada?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms®*.

Quase todos os enfermeiros, 97,1% (n= 34), considera que a relação formador/formado foi adequada, apenas um (2,9%) refere que a relação formador/formandos, em parte foi adequada (gráfico n. 28).

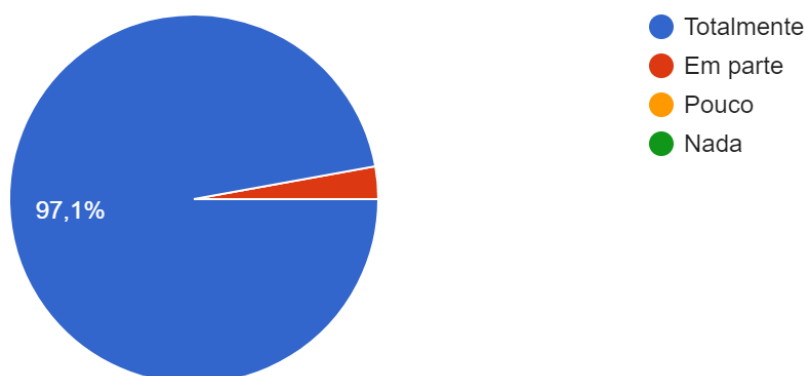


Gráfico 29: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera que a relação formador/formandos foi adequada?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

Relativamente à questão expressa no (gráfico n.º 29), verifica-se que 91,4% (n= 34) consideram que existiu disponibilidade por parte do formador para esclarecer dúvidas e apenas um (8,6%) refere que existiu em parte disponibilidade foi formador para esclarecer dúvidas.

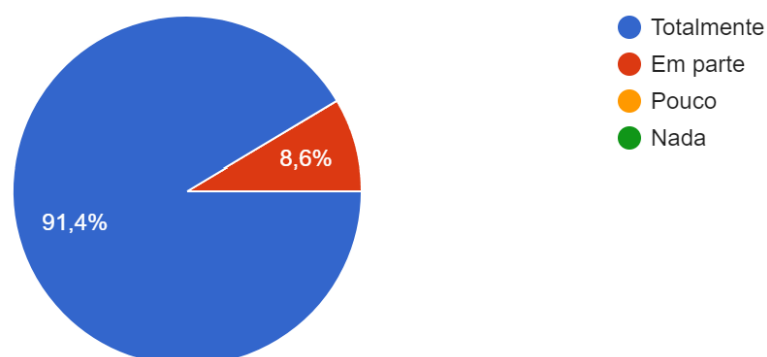


Gráfico 30: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera que existiu disponibilidade do formador para esclarecer dúvidas?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

A maioria dos enfermeiros, 97,1% (n= 34), considera que a sessão de formação foi de encontro às necessidades do serviço e um enfermeiro (2,9%) refere que em parte a sessão de formação foi de encontro às necessidades do serviço (gráfico n. 30).

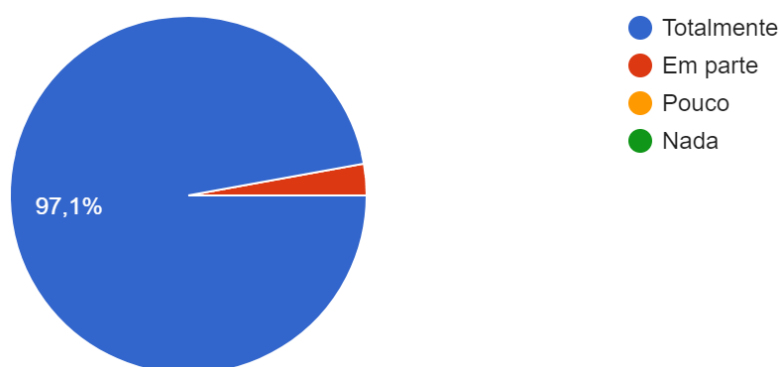


Gráfico 31: Respostas da equipa de enfermagem à questão: "Considera que a sessão de formação foi de encontro às necessidades do serviço?" Fonte: Elaboração adaptada do *GoogleForms*®.

Foram incluídas três questões de resposta rápida onde foi pedido para considerarem aspetos positivos, aspetos menos positivos e sugestões de melhoria.

Os aspetos positivos mencionados pela equipa de enfermagem da UCIP foram:

- Pertinência do tema;
- A importância de rever conceitos, e de definir um fluxograma de atuação;
- Interação e discussão entre a equipa;
- O reforço sobre a necessidade de comunicação adequada na prestação de cuidados;
- O fluxograma apresentado pelo formador é uma boa orientação para se poder optar primeiro por outras medidas de contenção além da mecânica;
- Temática nunca abordada na unidade.
- Os aspetos menos positivos mencionados pela equipa de enfermagem da UCIP foram:
- Cumprir-se o objetivo, mais importante desenvolver mais as medidas não farmacológicas;
- Ocorrem complicações informáticas.
- Os aspetos a melhorar sugeridos pela equipa de enfermagem da UCIP foram:
- Realização de um próximo trabalho no domínio das medidas não farmacológicas;
- Formação contínua nesse sentido.

3.5 AVALIAÇÃO E RESULTADOS

A avaliação de um projeto, deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia do PIP (Ruivo et al., 2010).

Nogueira (2005) refere que a avaliação é um processo dinâmico, que implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos no final do PIP.

A elaboração da ScR no EF, trouxe-nos a necessidade do desenvolvimento e implementação de um fluxograma e de uma grelha de auditoria, bem como a respetiva avaliação. Na sessão de formação foi enfatizada a importância da implementação da normativa e do fluxograma na UCIP, bem como a possibilidade de ganhos em saúde associados à melhoria da qualidade dos cuidados da PSC em consonância com a teoria do conforto. Referente à proposta de implementação, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área da CM na PSC internada em UCIP, nomeadamente a aplicabilidade da normativa, porque não foi passível de concretização durante o período em que decorreu o EF, pois é um processo lento.

Consideramos que os objetivos propostos foram plenamente atingidos, conforme pode ser observado no capítulo anterior, contudo, devido à limitação temporal do PIP, não nos será possível continuar a monitorizar as intervenções definidas na normativa. Após a sessão de formação, ficou nomeado um novo membro da equipa de enfermagem para dar continuidade à monitorização da prática proposta, depois da devida aprovação da normativa pelos órgãos institucionais. Os indicadores de avaliação constam na grelha de auditoria (Apêndice XIV) da norma, tendo sido estipulado que a mesma seria realizada, por meio de auditorias planeadas trimestralmente, nas quais se procederá à verificação do cumprimento.

Para a divulgação dos resultados produzidos pela consecução do projeto, é importante para reforçar a importância do planeamento e do trabalho adequado, uma vez que é a partir desta divulgação que a população-alvo e a população em geral tomarão conhecimento sobre o que foi feito e as estratégias utilizadas, valorizando desta forma o projeto (Ruivo et al., 2010). A última fase do projeto permite dar a conhecer os esforços, a dedicação e o foco ao longo do percurso delineado do PIP. Ao longo do PIP realizado, procurou-se a melhor evidência científica, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem que são prestados à PSC com CM, e a procura continua pela qualidade e excelência dos mesmos. A formação em serviço foi importante, visto que o tema escolhido, era sensível para a equipa de enfermagem ao longo do EF

e através da realização dos dois questionários permitiu verificar que a equipa estava mais envolvida e interessada na temática. A equipa, demonstrou uma melhoria a nível do conhecimento, que poderá trazer mudanças de comportamento na implementação da CM na UCIP. Com a elaboração desde projeto, pretendemos promover o pensamento crítico da equipa acerca da prevenção da CM e a sua diminuição. O intuito da sessão de formação foi elucidar sobre conceitos teóricos e práticas de cuidados que estavam esquecidos, permitindo obter ganhos em saúde e estabilidade da PSC. Os resultados adquiridos têm como objetivo atingir a população-alvo e a população em geral.

Segundo Ruivo et al., (2010, p. 32),

“a divulgação dos resultados é também uma forma de sensibilização das pessoas outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre o caminho a seguir, delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problema nos vários contextos”.

Como forma de divulgação destacamos a sessão de formação em serviço, o presente relatório, onde se inclui a mais recente informação científica sobre o tema, que originou um artigo que aguarda publicação e encontrando-se prevista a apresentação e discussão pública e a sua divulgação no Repositório científico.

Durante a elaboração do PIP ao longo do EF foi possível desenvolver competências na área da PSC, realçando a construção de um pensamento crítico, perante situações críticas. A temática abordada no PIP veio desmitificar o pensamento da equipa da UCIP, desenvolvendo capacidades de intervenção à PSC com CM. Foi de extrema importância o desenvolvimento do tema e a elaboração da norma e do fluxograma para que a equipa de enfermagem possa utilizar as intervenções de enfermagem em favor da PSC, para prevenir ou diminuir a CM.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo da elaboração do PIP, tivemos em consideração as implicações éticas do mesmo, pelo que para a sua realização, solicitámos autorização ao Conselho de Administração da ULS. Foram tidos em consideração os princípios de confidencialidade, segurança e anonimato, principalmente no tratamento dos dados. Foi debatido com o Diretor Clínico de UCIP e com a Enfermeira Coordenadora da UCIP, sobre a implementação do PIP, tendo-se obtido parecer positivo. O termo de autorização do PIP por parte destes dois elementos foi enviado para o

Conselho de Administração da ULS e para a Comissão de Ética da ULS, obtendo parecer positivo posteriormente (Anexo I). Em nenhuma ocasião foram recolhidos dados pessoais das pessoas internados na UCIP, nem identificada a instituição de saúde onde se realizou o estágio e o desenvolvimento do PIP. Seguidamente serão abordadas as competências Comuns do Enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem EMC na PSC e as competências de mestre desenvolvidas ao longo do EF.

4 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nesta fase do Relatório, apresenta-se uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências durante o percurso académico, incluindo as atividades desenvolvidas durante o EF, bem como das UC lecionadas ao longo do mestrado. Será elaborada uma síntese reflexiva sobre as competências comuns e específicas do EE em EMC na vertente da PSC e as competências de mestre em enfermagem.

O EE é aquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem e que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019). A designação de competência é entendida como um conjunto de características específicas e necessárias a desenvolver para a prática clínica. As competências especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e assegura que o EE possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, ponderadas face às necessidades de saúde do grupo-alvo, determinando que mobilize conhecimentos para atuar em contextos e em diferentes níveis de prevenção (OE, 2019). Queirós (2016), indica que as competências que se desenvolvem fruto da existência de um conhecimento implícito que se ativa com a ação do enfermeiro e que consente o reconhecimento instantâneo de situações problemáticas e respostas intuitivas. Segundo Perrenoud, a competência situa-se na interligação entre o conhecimento e a ação, que se define como “o conjunto de recursos que mobilizamos para agir” (p. 15).

Segundo Benner (2001) o enfermeiro, no desenvolvimento da sua vida profissional deve adquirir competências para fortalecer a sua prática clínica e confiança na tomada de decisão. Nunes, (2010) destacou que, a aquisição de competências é um processo dinâmico que decorre da experiência de cada enfermeiro até atingir o nível de perito. Benner conceptualizou os cinco níveis, até o enfermeiro se tornar perito que são: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito, ao qual apresentam diferentes características, quanto ao desempenho, e à apreciação das situações (Nunes, 2010). O

enfermeiro na prestação de cuidados mobiliza comportamentos específicos, ou seja, os outputs de desempenho que, pela sua constância e regularidade, refletem as competências. No cuidar, o desenvolvimento de competências caracteriza-se por um cuidado centrado na singularidade e na individualização do ato de cuidar (Nunes, 2010).

Segundo Serrano (2011), o desenvolvimento de competências tem como indicadores, o confronto com o outro, os seus conhecimentos, valores, atitudes, cooperação ativa e dinâmica, habilidades, estratégias e competências cognitivas e emocionais que visam, o autoconceito, a autoaprendizagem, o desenvolvimento de transições ecológicas ou o autocuidado da pessoa/família. Segundo um estudo do Conselho de Enfermagem de «*NC Board of Nursing*» (2004), a prática reflexiva é caracterizada por um processo para o desenvolvimento, que permite identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas, a identificação de objetivos, ou seja, a evolução contínua de “noviço a perito” (Serrano, 2011, p.22).

O Projeto de estágio, refletido no Relatório, foi desenvolvido consoante o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019) e o Regulamento n.º 439/2018 de 16 de julho (OE, 2018b), que especificam o perfil de competências comuns do EE e as competências específicas do EE em EMC na PSC. Seguidamente, apresenta-se uma interpelação entre as competências do Mestre em Enfermagem e as competências comuns do EE e específicas do EE em EMC na PSC.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O grau de mestre resulta da aquisição de uma especialização de cariz profissional aliado a um aprofundar de conhecimentos teóricos e práticos no desempenho das suas funções na prática clínica, permitindo assim a capacitação e formação ao longo do tempo (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, [AESES], 2017). Segundo o artigo 3.º da AESES de (2017) “o grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional, mas também um nível aprofundado de conhecimentos científicos de natureza teórica e prática e das suas aplicações na área de estudo.” (p.6)

As competências de mestre em Enfermagem que utilizámos como guia, encontram-se, enquadradas legalmente pelo artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). Destacaremos as competências de Mestre em Enfermagem, as quais se encontram patentes no Ciclo de Estudos da UE, segundo o qual o Mestre em Enfermagem:

“1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5. Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p.27).

O Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro publicado em Diário da República, referente as competências comuns do EE, da OE (2019) pressupõe a aquisição de competências comuns, sendo estas:

“Partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” p. 4745),

Segundo o regulamento, as competências comuns dividem-se em quatro domínios de competência: “Responsabilidade profissional, ética e legal (A)”, “Melhoria contínua da qualidade (B)”, “Gestão dos cuidados (C)”, “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019, p. 4745). Passaremos à análise de cada domínio das competências comuns do EE e das competências de mestre em enfermagem que se relacionam.

Competência Comum do EE: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Competência de Mestre em Enfermagem

3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais (UE, 2015).

“Os enfermeiros têm um papel preponderante no cuidar do doente e família, uma vez que a essência da enfermagem é o cuidar, fundamentando-se no respeito pelos direitos e na dignidade humana” (Serrano, 2018, p.55). O enfermeiro deve orientar a sua prática conforme o REPE, o Código Deontológico do Enfermeiro, o Código Civil e o Código Penal.

A responsabilidade dos profissionais, assenta na deontologia da profissão que se ocupa de “garantir o bom exercício da profissão, alicerçando-se, por um lado, nos princípios éticos e, por outro, na sua própria regulamentação – ou seja, na autorregulação que decorre da formulação e defesa de um padrão de competência” (Nunes, 2008, p. 34).

“Os deveres do enfermeiro encontraram sempre como fundamento ético a responsabilidade pelo Outro, em todas as fases da vida e nas diversas situações de saúde ou doença” (Deodato et al., 2008, p.5). O Código Deontológico [CD], encontra-se inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, capítulo VI, desde o artigo 95.º até ao artigo 113.º, publicado inicialmente no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril e republicado na Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro e posteriormente na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, constituindo assim um documento do domínio jurídico (OE, 2015a). Tem um caráter universal para os enfermeiros, independentemente do seu enquadramento jurídico de trabalho, tendo como objetivo garantir os direitos e deveres dos doentes a cuidados de qualidade e de segurança com os princípios éticos que regem a profissão (OE, 2015a).

Por conseguinte, o CD define um ideal de serviço, configurando-se como um instrumento de preservação da imagem social do profissional e abrange diretrizes que todos os profissio-

nais se comprometem a respeitar e a promover, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, que procuram definir as boas práticas, à luz das características inerentes à profissão. Neste âmbito, Nunes et al. (2006) salientam que a distinção entre a deontologia, a ética e a moral resulta da própria origem das normas, sendo as normas deontológicas instituídas pelos próprios profissionais, após uma reflexão sobre a prática, tendo como alicerce tudo o que beneficia e prejudica a profissão.

O REPE é onde estão os conceitos e as competências atribuídas a quem está habilitado a exercer Enfermagem e o artigo 8.º indicamos que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adaptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.” (OE, 2015b, pp.97 e 98).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, referido no regulamento das competências comuns do EE indica que o “enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente.” (OE 2019, p. 4746).

A prática dos enfermeiros deve ser sustentada em princípios éticos, para favorecer uma melhor e apropriada assistência, avaliando cada situação e prevendo os resultados das suas ações realizadas com base na ética profissional (Carvalho et al., 2018). O artigo 97.º do CD refere, que “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p. 8078).

O enfermeiro distingue-se pela sua formação, pela abordagem holística que apresenta num contexto multiprofissional de atuação, assim como pelas componentes éticas e deontológicas que orientam a sua ação (Nunes, 2018). As boas práticas de enfermagem pressupõem a agregação das dimensões científica, técnica e humana, de maneira a dar respostas adequadas às necessidades de uma pessoa ou de um grupo concreto, procurando sempre a satisfação do alvo dos cuidados (Nunes, 2018).

Durante o EF, foi necessário realizarmos uma revisão de todos os conteúdos, abordados na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, rever o, REPE e o CD. Sendo o EF, realizado numa UCIP, foi assumida desde logo a responsabilidade de prestar cuidados que

respeitassem os direitos das pessoas, tal como inscritos na declaração universal dos direitos humanos, respeitando os princípios éticos considerados fundamentais em saúde, ou seja, justiça, beneficência e não maleficência. Mendes (2009), refere os princípios éticos nos cuidados de Enfermagem incluem “o princípio da beneficência, fazer o bem; da não maleficência, primeiramente não fazer o mal; da justiça, distribuição justa, equitativa e apropriada; e o princípio da autonomia, autodeterminação ou autogoverno, poder de decidir sobre si mesmo” (p.165).

Artigo 104º do CD (OE, 2015a, p. 8079), descreve que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de:

“a) Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento; b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência; c) Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde; d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; e) Manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados”.

No decorrer do EF, numa unidade onde a maioria dos doentes se encontram, conectados ao ventilador e sob sedação terapêutica e, impossibilitados de comunicar, não se pode descuidar as intervenções deste domínio. Segundo Kolcaba, (2001), os estados de conforto refletidos na nossa prática são o alívio, tranquilidade e transcendência no que diz respeito às dimensões física, espiritual, social e ambiental. Na UCIP é fundamental, respeitar a privacidade, assegurando o sigilo profissional, uma vez que o enfermeiro “está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2015a, p.8079), e deve garantir o respeito pelas crenças, valores e culturas e “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2015a, p.8079).

Durante o EF não nos deparamos com nenhuma situação perante a qual tivéssemos necessidade de invocar o direito à objeção de consciência, presente no artigo 113.º do CD (OE, 2015a). Face ao exposto, compreendemos que o enfermeiro, no seu quotidiano profissional confronta-se diariamente com dilemas éticos, tendo necessidade de tomar decisões com base numa reflexão-ação ética e deontológica correlacionando a vigência jurídica da legislação e das normas, perante o que são os seus direitos e deveres.

Os enfermeiros, usam uma variedade de padrões sozinhos, mas na maioria das vezes em mútua combinação, sendo que, o uso de qualquer um varia da compreensão inicial da situação, das exigências e dos objetivos da prática, combinando processos analíticos, intuição e pensamento narrativo (Tanner, 2006). Não obstante, um processo reflexivo sobre a ação, permitirá avaliar com critério as atitudes e o raciocínio moral condicionado ou não pela atitude adotada numa visão construtiva e de melhoria contínua (Tanner, 2006).

Nunes, (2006, p. 11) refere que:

“A autonomia tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso – e mandato social - que assumimos (...) fundantes da centralidade dos cuidados, em qualquer área de atuação do enfermeiro”.

Se os profissionais de saúde assumem a responsabilidade de cuidar de alguém “em respeito pelos valores e crenças em estreita relação quer com a proteção dos direitos humanos, quer com a excelência do agir” (Nunes, 2021, p. 111), são, portanto, visados os princípios éticos e as normas deontológicas e legais que devem respeitar, não descurando as evidências e o suporte científico (Nunes, 2021).

Em suma, estes valores são essenciais para qualquer enfermeiro, pois a ética significa caráter e valores éticos são regras de conduta universais que fornecem uma base prática para identificar que tipos de ações, intenções e motivos são valorizados, ou seja, que regem a forma como a pessoa ou um grupo se comportará. O foco diz respeito ao certo e errado das ações e engloba o processo de tomada de decisão para determinar as consequências finais dessas ações.

A ética nos cuidados de saúde é essencial e os enfermeiros devem ter capacidade para reconhecer os dilemas da saúde, fazer bons julgamentos e tomar decisões baseadas nos deveres deontológicos que regem a profissão, mantendo-se dentro das leis que os governam (Östman et al., 2017).

Rosenstock et al., (2011) indicam que:

“A ética, no contexto da Enfermagem, abrange comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano com a finalidade de manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Assim, os cuidados de Enfermagem devem estar relacionados a ações livres de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (p. 728).

Segundo Ramos et al., (2015) um enfermeiro frente à necessidade da tomada de decisões nas situações do dia a dia, deve ter formação sobre as questões éticas e assumir compromisso com o que é correto, atuando com sensibilidade moral acentuada, saber ético, virtude e experiência de vida.

Morgado et al., (2014) demonstram que, na prática, profissional, os enfermeiros encontram situações que exigem decisões que implicam escolhas difíceis e às quais não podem fugir. Assim devem equacionar, o maior número possível de variáveis identificando os princípios, os valores e os deveres profissionais.

Atuar perante situações ambíguas, numa esfera de enfermagem, muitas vezes não é simples, pois, perante as situações com as mais vastas causas, e ao equacionar as estratégias de resolução tornam-se fulcral o raciocínio, para podermos prestar cuidados de enfermagem sem negligência.

Os enfermeiros devem promover o acesso ao consentimento informado e esclarecido para auxiliar na melhor tomada de decisão, mediante relações terapêuticas personalizadas, isentas de estigmas e onde vigora o respeito pela entidade ética da pessoa, assim como o pelos padrões deontológicos da profissão.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem é um documento marcante na história dos direitos humanos. Elaborada por representantes com diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, foi proclamada pela Assembleia Geral das WHO em Paris a 10 de dezembro de 1948 como um padrão comum de realizações para todos os povos e todas as nações. Estabelece, pela primeira vez, os direitos humanos fundamentais a serem universalmente protegidos e foi traduzida para mais de 500 línguas (WHO, 2017a). Reconhece a dignidade inerente a todos os seres humanos e os seus direitos iguais e inalienáveis como o direito da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

Considerando que:

Artigo 1.º “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade (WHO, 2017a, p.7)”;

Artigo 2.º “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades (...) sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião

política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação (WHO, 2017a, p.7)”;

Artigo 3.º “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (WHO, 2017a, p.7)”;

Artigo 5.º “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (WHO, 2017a, p.7)”.

Denotam-se proclamados padrões de segurança comuns de realização para todos os povos e todas as nações, a fim de que, cada indivíduo e cada órgão da sociedade, se esforcem, não só para o direito universal da saúde, mas também pela promoção do respeito pelos direitos e pela liberdade humana (WHO, 2017a).

Os enfermeiros regulados por princípios e valores éticos e deontológicos, em respeito pela condição humana, devem espelhar unanimemente a sua atuação no apreço pelos direitos humanos.

É de salientar a existência da carta dos direitos fundamentais da União Europeia [UE], desenvolvida pelo Parlamento Europeu, baseando-se nos valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, da liberdade, da igualdade e da solidariedade; assente nos princípios da democracia e do Estado de direito (UE, 2000). O documento reafirma o princípio da subsidiariedade, os direitos que decorrem, nomeadamente, das tradições constitucionais e das obrigações internacionais comuns aos Estados-Membros, da Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, das Cartas Sociais aprovadas pela União e pelo Conselho da Europa, bem como da jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia e do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (EU, 2000). A carta encontra-se dividida em títulos, expressos da seguinte forma: dignidade (artigo 1.º, até ao artigo 5.º), Liberdade (artigo 6.º, até ao artigo 19.º), Igualdade (artigo 20.º, até ao artigo 26.º), Solidariedade (artigo 27.º, até ao artigo 38.º), Cidadania (artigo 39.º, até ao artigo 46.º) e por último a Justiça (artigo 47.º, até ao artigo 50.º).

Durante a nossa atuação no estágio e também na nossa vida profissional, cumprimos as normas legais, os valores, princípios e deveres ético-deontológicos, assegurando a defesa dos direitos humanos e o respeito pela privacidade, autodeterminação e pelos valores, costumes e crenças. Na unidade a taxa de óbitos é muito acentuada, tendo sido refletido com a enfermeira orientadora os conceitos fundamentais para a aceitação da morte, enquanto processo

natural do ciclo da vida, a valorização do conforto e da humanização dos cuidados, bem a tomada de decisão fundamentada no seio da equipa multidisciplinar.

A proposta do PIP, foi também avaliada do ponto de vista ético, tendo em conta que o pedido de autorização, enviado ao Conselho de Administração (Apêndice III) para a sua realização, foi também avaliado pela Comissão de ética, que deu parecer positivo, assegurando assim que o mesmo cumpria os princípios éticos a que se propunha.

Perante a análise realizada das competências apresentadas consideramos ter atingido, a responsabilização profissional, ética e legal durante o EF.

Antes de desenvolver as competências abaixo referenciadas, houve a necessidade de consultar as UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e a UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Foi necessário também rever os documentos que abrangem a qualidade e segurança dos cuidados de saúde em Portugal.

Competência Comum do EE: Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

- B1-** Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2-** Desenvolver praticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- B3-** Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Competência de Mestre em Enfermagem

- 2-** Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 5 -** Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares;
- 6 -** Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular (UE, 2015).

A DGS (2015a) considera a qualidade e segurança no sistema de saúde uma obrigação ética, na medida, enquanto contribui de forma decisiva para a redução de riscos evitáveis e para a melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde, uma vez que são impreteríveis a equidade e o respeito na prestação de cuidados. Segundo a OE (2015a), o Enfermeiro deve:

“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (p. 8078).

A OE (2001) desenvolveu o documento “Padrões de qualidade dos Cuidados em Enfermagem”, cujos enunciados descritivos são “a satisfação do cliente”, “a promoção da saúde”, a “prevenção de complicações”, “o bem-estar e o autocuidado”, a “readaptação funcional” e “a *organização dos cuidados de enfermagem*”, que vão ao encontro aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EMC na PSC (OE, 2017), que orientam a prática dos cuidados especializados em PSC.

A WHO (2017b), no âmbito da aliança mundial para a segurança dos doentes fez referência às fragilidades dos sistemas e organizações de saúde estabelecendo uma ligação da ocorrência de erros nos processos seguros, lacunas nos conhecimentos dos profissionais e equipas de liderança desinteressadas, com o enfraquecimento da garantia da prestação de cuidados de saúde seguros e uma débil cultura de segurança e qualidade. Um sistema de saúde seguro e coordenado, centra o doente e a família na prestação de cuidados, permitindo que sejam mais seguros.

Ao longo do primeiro semestre do Mestrado em Enfermagem, realizamos uma leitura dos documentos referentes à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, e ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, uma vez que a segurança é um ponto importante associado à qualidade, na medida em que, para existir qualidade, tem de existir segurança. Na ULS onde realizamos o EF existe, um Gabinete de Gestão de Programas de Qualidade, que deverá anualmente traçar metas de melhoria de qualidade, e definir métodos de controlo, com avaliação através da elaboração de planos com os elos de ligação de cada serviço na ULS. Existe, igualmente, um Gabinete de Segurança do Doente, cujo objetivo é contribuir para a deteção, prevenção e controlo de fatores de risco, com o intuito de desenvolver segurança nos sistemas de trabalho e práticas na ULS. Este Gabinete desenvolve as suas atividades segundo as diretrizes da DGS, como é exemplo o PNSD de 2021-2026, incluindo as seguintes dimensões: a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes de segurança PNSD, 2021-2026.

Durante a primeira semana do EF a enfermeira orientadora, direccionou-nos para a consulta do manual de integração da UCIP, dos protocolos e das normas de procedimento de

enfermagem, inseridos em programas de melhoria contínua em vigor na unidade e na instituição, acessíveis numa pasta em cada computador da UCIP e no portal da intranet da instituição. Dos documentos consultados, destacam-se: “Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter venoso central”, “Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter arterial [CA]”, “Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter vesical”, “Prevenção de infeção na colocação e manutenção de cateter PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*)”, “Prevenção de úlcera por pressão”, “Prevenção de contaminação na colheita de sangue para hemoculturas”, “Prevenção de infeções urinárias”, “Prevenção de infeções cruzadas”, “Prevenção de Pneumonia associada à entubação”, “Acolhimento do doente e da pessoa significativa”, “Posicionamento em decúbito ventral do doente crítico com síndrome de dificuldade respiratória aguda”, “Oxigenoterapia de alto fluxo no doente crítico”, “Protocolo de aspirações de secreções oral e endotraqueal”, “Avaliação e registo sistemático da dor, agitação e *delirium*”, “Técnicas de ventilação e modos ventilatórios no doente crítico, procedimentos de enfermagem na admissão do doente na UCIP”, “Protocolo de monitorização invasiva no doente crítico”, “Método da qualificação da carga de trabalho de enfermagem, gestão de resíduos hospitalares e recicláveis”, “Protocolo de desinfeção de superfícies”, “Protocolo de hipoglicemia e hiperglicemia”, “Organização do material, malas de transporte intra-hospitalar e extra-hospitalar” e “Reposição e manutenção dos carros de emergência”. A consulta dos protocolos e normas de procedimento e posterior reflexão e esclarecimento com a enfermeira orientadora, de algumas intervenções de enfermagem, menos praticadas e conhecidas por nós, contribuíram para o planeamento dos cuidados, garantindo o desenvolvimento de práticas de qualidade e o cumprimento dos programas instituídos, assegurando a sua continuidade por meio de registos e de transmissão de informação pertinente e segura à equipa multidisciplinar.

Nas primeiras três semanas do EF foram realizadas várias reuniões não estruturadas com a enfermeira orientadora, com o professor orientador e com a enfermeira gestora da UCIP, de forma a efetuar um levantamento de necessidades do serviço para realizar o PIP. Assim definimos em conjunto, objetivos gerais e específicos conforme enumerados anteriormente, como metas estratégicas para dar respostas às necessidades do serviço.

Desenvolvemos uma ScR com vista à excelência na prestação de cuidados, intitulada de “Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação

Crítica” na UCIP em que se pretendeu reunir a melhor e mais recente evidencia científica disponível, para desenvolver uma estratégia de intervenção sobre a temática. Durante o desenvolvimento da temática e para justifica-la, foi realizado um questionário (Apêndice VI) à equipa de enfermagem, sobre a caracterização sociodemográfica e sobre a temática. Após a finalização do PIP e tendo sido aprovado pela enfermeira orientadora, pelo professor orientador e pela enfermeira gestora da UCIP, houve a necessidade de desenvolver uma norma de procedimento (Apêndice X) bem como um fluxograma (Apêndice XI), para uniformização da planificação dos cuidados de enfermagem sobre intervenções preventivas, da CM na UCIP (Apêndice IX), estando a aguardar a aprovação pelo Conselho de Administração da ULS. Seguidamente foi desenvolvido um plano de sessão sobre a temática (Apêndice XIII) e realizada uma formação em serviço, sobre possíveis medidas inovadoras, que podem contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Para a melhoria de programas contínuos foi elaborado um artigo científico (Apêndice XII) que se encontra em processo de revisão pela revista RIASE, aguardando publicação.

Na UCIP, o programa de registo de enfermagem, é conhecido por *B-Simple*, utilizado de forma personalizada e ajustada às diferentes necessidades de cuidados, conforme o diagnóstico médico. Os enfermeiros, devem utilizar nas unidades como instrumento metodológico de trabalho, o processo de enfermagem e acreditar que a aplicação de uma teoria, como a teoria do conforto, pode facilitar a identificação das necessidades da pessoa doente internada e proporcionar bem-estar (Cardoso, 2020). A teoria do conforto, por exemplo, orienta o processo de enfermagem para a promoção do conforto para a pessoa doente e sua família, mesmo em ambientes hostis como a UCIP.

Na transição segura de cuidados, através da elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, procedemos à elaboração das notas de enfermagem, segundo a metodologia ISBAR (*Identify* “Identificação”, *Situation* “Situação atual”, *Background* “Antecedentes”, *Assessment* “Avaliação” e *Recommendation* “Recomendações”), (DGS, 2017a). Segundo a DGS (2017a):

“As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na

transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (p.5).

Relativamente a procedimentos invasivos à segurança da PSC na UCI, destacamos a realização de auditorias a procedimentos como: manutenção do CVC, linha arterial, cateter de hemodiálise, colocação e manutenção do CV, higiene das mãos, prevenção de pneumonia associada à entubação, medidas de isolamento e administração, registo de medicamentos e aspirações de secreções, atualizadas pelos elos de ligação da unidade. Tivemos oportunidade de assistir, e colaborar em todos os procedimentos anteriormente descritos (Anexo VIII), bem como realizar a auditoria “lavagem das mãos” e “colocação e manutenção do CV” com supervisão do enfermeiro responsável pela auditoria. Foi de extrema importância poder colaborar na realização de auditorias para a melhor compreensão dos projetos de melhoria contínua de qualidade no domínio da gestão do risco e segurança do doente e, consequente colaboração na identificação de riscos reais ou potenciais, bem como, desenvolvimento de estratégias de garantia da segurança para a PSC e sua família e/ou equipa multidisciplinar.

A DGS (2015) refere que:

“As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas, das comissões da qualidade e segurança, das comissões de farmácia e terapêutica, dos médicos, dos enfermeiros, dos farmacêuticos, dos técnicos de farmácia e dos assistentes operacionais, devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação” (p.1).

No EF na UCIP, a complexidade de doentes em situação crítica é variável derivado ao facto da unidade ser polivalente e abarcar diversas especialidades médicas e cirúrgicas, existindo a necessidade de preparar várias terapêuticas. Cada enfermeiro da unidade prepara e identifica a medicação consoante o seu doente, previamente distribuído. De acordo com a DGS (2015), o enfermeiro promove “a verificação, antes da administração de qualquer medicamento, da identificação do doente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e hora de administração” (p. 2). As prescrições médicas são atualizadas todos os dias por vezes mais que uma vez e a equipa médica comunica sempre ao enfermeiro responsável sobre as alterações e o porquê das mesmas. A ordem dos farmacêuticos (2013), refere que os medicamentos altamente perigosos, são “aqueles que quando utilizados incorretamente apresentam um risco acrescido, ou uma maior probabilidade, de causar danos graves ou mesmo mortais a doentes” (p. 1).

A norma 014/2015 da DGS, (2015) veio trazer algumas estratégias de implementação em vários serviços, para a redução de erros nos processos de preparação e administração como, a uniformização da prescrição, o armazenamento, a preparação e administração de terapêutica que necessita de estar no frio, a proibição do uso de abreviaturas, o condicionamento no acesso a alguns fármacos (opióides), a utilização de etiquetas sinalizadoras, a implementação de técnicas de dupla verificação na preparação e administração, a identificação correta do doente (nome, medicamento, dose de administração, via de administração e hora) e a utilização correta e adequada de seringas e bombas infusoras. Na UCIP existe um sistema automático de distribuição terapêutica - *Athos*, sendo que terapêutica, em que cada enfermeiro tem a sua credencial para poder retirar terapêutica da *Athos*. O enfermeiro tem de inserir a sua *password*, colocar o nome do doente e a seguir, escolher a terapêutica para o doente. Este sistema automático veio trazer mais segurança, na escolha da terapêutica, adequada ao doente, a evitando erros ou troca de terapêutica que pode pôr em risco a vida do doente. A norma nº 008/2023 de 19/12/2023 da DGS, veio trazer novas estratégias para a prevenção de erros terapêuticos, como a manipulação e administração de medicamentos «*Look-Alike, Sound-Alike*» [LASA]. Segundo a norma (DGS, 2023), são “medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante (*look-alike*) ou com nome foneticamente semelhante (*sound-alike*), que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos” (p. 9). No EF, o primeiro protocolo disponibilizado, pela enfermeira orientadora, foi sobre a “terapêutica em UCIP”. Ao longo do estágio pude observar que os enfermeiros são muito assertivos e cautelosos no manuseamento da terapêutica e na sua preparação, identificam sempre o medicamento a administrar conforme a norma e quando preparam uma terapêutica para colocar nas bombas ou seringas infusoras, identificam o sistema com uma etiqueta com a informação da terapêutica e do dia em que colocaram o sistema, visto que o sistema pode ser usado até dois dias conforme as indicações do fornecedor.

Na área da governação e liderança a nossa, enfermeira orientadora, tinha funções de chefe de equipa, o que se revelou crucial para a compreensão do papel da gestão de equipas. Acompanhamos a enfermeira a fazer o plano de distribuição dos doentes, assistimos à passagem de turno dos técnicos auxiliares de saúde, fizemos a verificação dos carros de emergência e do material em *stock*. Em relação à formação em serviço, a enfermeira orientadora desempenha funções na área da promoção da formação da equipa multidisciplinar com enfoque na

segurança da PSC, sendo de ressaltar a sua proatividade no incitamento do interesse e motivação dos elementos da equipa. Ao longo do EF participei e assisti a várias formações em serviço (Anexos V, VI, VII, VIII, IX, X, XI).

Como reflexão final sobre a temática permitiu-nos melhorar e adquirir novos conhecimentos, promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados, como preconizado nos regulamentos das competências comuns e específicas do EE e da aquisição das competências supracitadas.

Competência Comum do EE: Domínio da Gestão dos Cuidados

C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Competência de Mestre em Enfermagem

1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada (UE, 2015).

A OE (2019) determina que o EE no âmbito da gestão dos cuidados, “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019, p. 4748), assim como “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748).

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, ao longo do EF, foi fundamental o acompanhamento da enfermeira orientadora no desempenho de funções de chefe de equipa, que se revelou determinante para a compreensão da dinâmica e articulação da equipa de profissionais do serviço, bem como do processo de tomada de decisão na área da gestão de cuidados de enfermagem, em particular, no que concerne à gestão de recursos humanos e materiais, em função do contexto da unidade.

A governação em saúde é um conjunto de intervenções e métodos escolhidos por uma sociedade para promover a proteção da saúde da população, por meio de sistemas de informação e decisão rigorosos, com transparência que visam a melhoria global da qualidade clínica da gestão do risco e da segurança dos doentes, com eficiência entre os diferentes órgãos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009 *cit in* Fernandes 2014).

A UCIP, é constituída por uma enfermeira gestora e cinco equipas com 10 enfermeiros cada, em que o chefe de equipa é EE em EMC na PSC ou é especialista em Enfermagem de Reabilitação, na ausência da enfermeira coordenadora este têm competências de coordenação das equipas de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde e acumula também a responsabilidade da tomada de decisão em situações complexas no que diz respeito à gestão dos recursos humanos e materiais, colaborando nas decisões relacionadas com a organização e funcionamento da unidade. Ribeiro, (2012, p.2) refere que os EE são detentores de competências quando, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” A liderança é definida como um processo capaz de ter impacto positivo sobre os objetivos de uma organização de saúde e provocar alterações dos comportamentos dos elementos dessa mesma organização (Cumings et al., 2018). Durante o EF observámos, que as várias equipas de enfermagem, aquando da admissão de doentes, apresentam uma excelente postura de entreajuda e disciplina de liderança e companheirismo, em que cada enfermeiro realiza uma função em *prol* do doente, prestando os melhores cuidados de enfermagem com o intuito de manter a eficiência do serviço e a qualidade dos cuidados.

Outro aspeto observado e muito relevante foi a gestão na tomada de decisões em ambiente multidisciplinar, como exemplo, o caso clínico que acompanhamos de uma utente, que teve uma queda no domicílio, tendo resultado num traumatismo crânio-encefálico, com a necessidade de uma viatura médica de emergência e reanimação no local. Por apresentar uma Escala de Coma de *Glasgow* com *score* 3, a equipa médica, decidiu realizar uma entubação endotraqueal no local e a seguir efetivar o transporte para a ULS, onde deu entrada na sala de reanimação tendo sido transferida com equipa médica para realizar tomografia axial computadorizada crânio-encefálica [TAC-CE]. Observou-se uma hemorragia cerebral extensa e a utente foi de imediato transferida para o bloco operatório para ser submetida a craniotomia descompressiva com colocação de dreno cirúrgico e posteriormente, transferida para a UCIP com prognóstico reservado. Passadas 24h o estado clínico da doente piorou, verificando-se, ausência de contração das pupilas, após ter sido realizado estimulação com uma fonte de luz, foi contactado o neurocirurgião de urgência que observou a utente, pediu de imediato TAC-CE e verificou que a utente estava em morte cerebral. Após o diagnóstico final, foi contactada de

imediatamente à família e depois à equipa multidisciplinar (enfermeiro chefe de equipa, enfermeiro responsável pela doente, médico responsável e psicóloga da ULS). A equipa reuniu-se com a familiar para explicar o diagnóstico e a evolução nas últimas 24h. Na nossa opinião a tomada de decisão é complexa, mas, o EE deve ter a capacidade de coordenar a equipa de prestação de cuidados, orientando a realização de ações com outros profissionais de saúde, tendo em consideração as vigências dos regulamentos deontológicos, nomeadamente o artigo 100.º do CD que refere que o enfermeiro deve “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (OE, 2015a, p.8078).

A enfermeira orientadora do EF é chefe de equipa e EE na ausência da enfermeira gestora assume a responsabilidade de chefia e gestão de recursos humanos e materiais, nomeadamente a nível do planeamento do trabalho, coordenação da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde, a gestão das camas (transferências de doentes e admissões), supervisão da limpeza e desinfeção das unidades dos doentes.

Na UCIP existe, um sistema informático TISS-28, através do qual, é calculada a carga horária de trabalho e assim, distribuída pelos enfermeiros escalados para o turno. Por vezes, a chefe de equipa pode alterar a distribuição dos doentes durante o turno derivado do número de admissões na UCIP. Relativamente ao horário mensal é preparado com um mês de antecedência pelo enfermeiro coordenador, tendo em consideração, o plano de férias, pedidos pessoais, necessidades do serviço e horários da amamentação segundo as normas das dotações seguras da OE. Durante o estágio, juntamente com a enfermeira orientadora e com a enfermeira gestora colaboramos na requisição do material clínico por meio de uma plataforma digital da gestão hospitalar, armazém e farmácia, tendo em consideração as necessidades do serviço. A verificação do *stock* é feita a cada 24h, no turno da noite, sendo que a enfermeira chefe de equipa confirma o tipo de material em falta e realiza o pedido para o armazém, conforme a necessidade do serviço naquele momento. Em relação à terapêutica a enfermeira chefe de equipa faz uma gestão superficial e contacta a farmácia em caso de urgência por escassez de *stock* ou por alguma terapêutica que não exista na *Athos*. A farmácia da ULS realiza a verificação do *stock* da terapêutica da *Athos* por um sistema informático e assim repõem o que está em falta. A enfermeira também verifica a gestão dos equipamentos hospitalares, realizando uma manutenção dos mesmos e notifica a enfermeira gestora acerca das avarias dos equipamentos e tenta realizar a substituição do material. A supervisão adequada do nível

de *stocks* é um desafio para a gestão de uma organização, pois pode pôr em risco toda a sua logística de organização (Teixeira, 2021).

No decorrer do EF consideramos ter conseguido desenvolver a aquisição das competências no domínio da gestão dos cuidados e as referidas competências de mestre.

Competência Comum do EE: Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Competência de Mestre em Enfermagem

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4- Realizado desenvolvimento autónomo de conhecimento, aptidões e competências ao longo da vida;

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular (UE, 2015).

Perante a última competência comum do EE, antes de abordar o autoconhecimento, é conveniente falar sobre a autoconsciência, que segundo Rasheed et al. (2019) é um componente essencial para o desenvolvimento profissional e pessoal, para promover a relação terapêutica enfermeiro-doente (Zaslavsky, 2013). Os mesmos autores referem que, o autoconsciente é constituído pela vivência enquanto manifestação da própria consciência, que produz a interação com o meio, com as suas vivências, sendo de modo geral, composta por pensamentos ou ideias, emoções ou sentimentos. Para desenvolver esta competência foi fundamental os conteúdos lecionados na UC de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, cujo principal intuito foi promover um processo de autoconhecimento, que como a própria palavra diz, é o conhecimento que uma pessoa tem sobre si mesma. Na UC realizamos, uma investigação individual que busca identificar quais são as características mais marcantes, os gostos, as inclinações, os padrões de comportamento. Esse aspeto pode colaborar com o desenvolvimento da autoconfiança necessária para tomar decisões, planejar o futuro e definir objetivos e metas de forma eficiente. No autoconhecimento é possível reconhecer e revelar algumas características que até então não detínhamos, fazendo-nos compreender os nossos potenciais e limitações, podendo assim otimizar a nossa atuação para com o doente e a equipa. Assim sendo, o

autoconhecimento é benéfico tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, permitindo aprimorar o pensamento crítico e a tomada de decisão. Durante o EF na UCIP foi possível desenvolver estas competências através da enfermeira orientadora, que numa primeira fase, promoveu a nossa integração no seio da equipa multidisciplinar do serviço. Ao longo do estágio, foi surgindo um conjunto de dilemas com os quais nos confrontamos, tendo permitido a realização de várias reflexões com a enfermeira orientadora, de forma honesta e aberta, com o intuito de aprofundar o juízo crítico direccionado à PSC. Deodato (2010), refere que a “aprendizagem em ambiente de prestação de cuidados de enfermagem, em ensino clínico ou em estágio, implica uma prática reflexiva, a par do desenvolvimento de competências” (p.3).

O estágio na UCIP, trouxe-nos, diversas dificuldades, mas, ao mesmo tempo um grande desafio na prestação de cuidados à PSC. Sendo esta, a nossa primeira experiência numa UCIP, a exigência era grande e houve a necessidade de realizarmos uma pesquisa em várias bases de dados para estarmos atualizados sobre as recomendações de boas práticas e normas de orientação clínica mais atuais. O enfermeiro deve definir pilares basilares para a aprendizagem e produzir conhecimentos assentes em: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em comum e a aprender a ser (Melo, 2006). Segundo a OE (2015) no artigo 109.º, o enfermeiro “deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.8080). Referente à nossa experiência profissional prévia à UCIP, delimita-se por sete anos em urgência e emergência, um ano de internamento em cuidados continuados e três anos na medicina do trabalho, mas mesmo não estando inserida no âmbito do estágio, durante esse percurso, realizamos diversas formações com enfoque na PSC, das quais se destaca uma Pós-Graduação em Urgência e Emergência hospitalar, em Suporte Avançado de Vida [SAV], *International Trauma Life Support* [ITLS] e *Tactical Emergency Casualty Care* [TECC], de modo a manter o conhecimento sempre o mais atualizado possível para melhorar e diferenciar os cuidados de enfermagem que prestamos. Ortega et al., (2015), indica-nos que as formações dos profissionais são essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços. Durante o EF, tentamos absorver o máximo de aprendizagem possível no que toca aos cuidados diferenciados da PSC, com uma postura assertiva, reflexiva, com pensamento crítico e humildade. Foi-nos muito importante realizar, este ensino clínico numa UCIP altamente diferenciada, uma

vez que aprendemos de forma conjunta com outros enfermeiros, principalmente com a enfermeira orientadora. Tentamos sempre ter um papel ativo e integrar todas as experiências novas, tendo permitido aumentar o conhecimento e a autoconfiança, construindo assim para um trajeto profissional orientado e para o crescimento enquanto enfermeiro e futuro especialista. No campo da assertividade, durante o estágio, tentamos expressar ideias, tomar decisões de maneira clara, firme com autenticidade de forma nítida, objetiva, transparente, fundamentada cientificamente sem nunca desrespeitar o outro. Segundo Bandeira, (2005) o “conceito de assertividade, compreendido como uma subárea das habilidades sociais, envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas” (p.2). No início do estágio, foi-nos proposta a elaboração de um PIP na UCIP sobre a CM na PSC em que o tema foi “Intervenções de Enfermagem Preventiva da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica” tendo por base a prática baseada em evidência [PBE].

Domenico (2003) refere que a enfermagem tem consolidado a sua prática por meio da ciência, ou seja, a atualização na área da saúde ocorre simultaneamente com diversidade de informação complementada pelo uso de ferramentas tecnológicas para ampliar a visão do saber no que tange a *práxis*. Segundo Michelan (2020) a PBE “define-se como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para tomada de decisão sobre o processo de cuidar individual do paciente” (p. 106).

Broeiro (2015) refere que a PBE é uma competência fundamental para os profissionais de saúde de diversas profissões e culturas. No desenvolvimento da temática recorremos à UC de Formação e Supervisão em Enfermagem, para elaborar o plano de formação (Apêndice XII) e posteriormente realizamos a formação em serviço que foi, facilitadora de aprendizagem para a prevenção da CM na UCIP. Referente à participação, disseminação de conhecimentos e promoção a PBE entre os nossos pares, realizamos uma ScR, um fluxograma (Apêndice XI), uma norma de procedimento da CM (Apêndice X) e um artigo científico CM (Apêndice XII), a qual se encontra em processo de avaliação para posterior publicação. É de salientar que na UC de Médico-cirúrgica 3, desenvolvemos um póster científico (Apêndice XV) “A realidade da iminência nuclear: a importância de um plano de preparação hospitalar”, tendo sido apresentado no Congresso Internacional de Emergência 2023, (Anexo III) em formato de comunicação oral e posteriormente publicado na revista de Emergência Médica (Anexo XIV). Como formando

participamos em várias formações durante o estágio na UCIP (Anexo V, VI, VII, VIII, IX, X), no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 (Anexo IV) e no Congresso Internacional de Emergência 2023 (Anexo II).

No decorrer do EF consideramos, ter conseguido desenvolver a aquisição das competências no domínio do autoconhecimento, assertividade, bem como da prática clínica baseada em evidência científica, e as competências de mestre analisadas previamente.

4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

A OE (2019) define competências específicas do EE como:

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

Na EMC na vertente da PSC, os cuidados são definidos como “(...) altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018b, p. 19362). A Teoria do Conforto de Kolcaba, alicerça-se nos pressupostos anteriores e defende, que a PSC é o centro dos cuidados, em parceria com a identificação das suas necessidades, onde se incluem os cuidados de enfermagem competentes e holísticos, sendo que, quando estas necessidades estão satisfeitas, são alcançados melhores resultados para os doentes e para a instituição.

A PSC perante uma situação de emergência resulta da “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais”, exceção – “situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” e/ou catástrofe - “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”, e colocam a vida da pessoa em risco (OE, 2018b, p.19362-19363).

Segundo o regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (OE), contempla várias da EMC, área de peri-operatório, área da pessoa em situação paliativa, área da pessoa em situação crónica e a área da PSC. As competências específicas do EE em EMC, na vertente da PSC são:

a) - “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; b) - “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”; c) - “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos [RAM] perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018b, p.19359).

De seguida descrevemos as competências específicas do EE em EMC na PSC tendo por base a análise das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Competência Específica do EE EMC-PSC – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018b).

Competência de Mestre em Enfermagem

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015).

A OE, (2018b), no Regulamento n.º 429/2018 indica que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

Tendo em conta que desempenhamos atividades no SUP, há sete anos, podemos afirmar que prestamos cuidados à PSC, sendo desta forma o desenvolvimento desta competência ao longo do percurso profissional facilitada. Ao EE é exigido que tenha a capacidade de intervir de forma a dar resposta às necessidades da PSC e dos seus familiares, tendo em consideração a deteção precoce, estabilização, manutenção, recuperação, vigilância, monitorização, prevenção de complicações e eventos adversos, para promover a saúde e prevenir o agravamento do estado da PSC (OE, 2018b). O enfermeiro perito, segundo Benner et al. (2011) deve deter a capacidade de “diagnosticar e vigiar as funções fisiológicas de suporte à vida em doentes agudos e críticos” (p.156) utilizando métodos de diagnóstico e monitorização para prevenir situações de crise e de instabilidade fisiológica.

Conforme referido anteriormente, trabalhamos no SUP onde a complexidade de doentes é variada nos diferentes sectores, onde a desorganização se instalada derivado ao número elevado de pessoas que recorrem aos seus serviços. O nosso EF foi realizado na UCIP, onde o serviço tendencialmente é mais controlado com uma lotação de dezasseis camas, com uma equipa de médicos e enfermeiros permanentes, capacitados de toda a tecnologia primordial para prestar os melhores cuidados de enfermagem à PSC.

O nosso PIP da CM, foi realizado no EF numa UCIP tendo sido enriquecedora, pois foi possível observar o porquê da aplicação da CM na PSC. Após a observadas as práticas e discutido com a enfermeira orientadora a temática, conseguimos pôr em prática a evidência científica mais recente sobre a qual nos debruçamos. O início do EF, foi marcado por um misto de emoções e ansiedades, tínhamos elevadas expetativas e curiosidades, relativo à diversidade de experiências, ao trabalho em equipa, à tipologia dos doentes, mas, por outro lado, tínhamos uma ligeira apreensão quanto à complexidade de dispositivos médicos e das intervenções de enfermagem complexas.

Numa fase inicial do estágio, foi-nos apresentado a enfermeira orientadora, a enfermeira gestora, a equipa multidisciplinar (médios, enfermeiros, assistentes operacionais e fisioterapeutas), a estrutura física, orgânica e funcional da UCIP e os diferentes métodos de trabalho e distribuição. A enfermeira orientadora forneceu-nos as normas e os protocolos em vigor para podermos atualizar as várias técnicas e intervenções de enfermagem.

Realizamos um estudo individualizado perante a prática de enfermagem à PSC, o que requereu um esforço adicional na preparação pessoal para as questões relacionadas com os processos de instabilidade e complicações que pudessem existir perante a patologia de base que a PSC apresentava. Peixoto & Peixoto, (2017) refere que, é essencial desenvolver um raciocínio clínico crítico, centrado nos cuidados à pessoa, para facilitar a tomada de decisão na prestação de cuidados complexos.

Logo no início do EF foram definidos os objetivos do PIP e do estágio com a enfermeira gestora, com a enfermeira orientadora e com o professor, permitindo a sua adequação às características do contexto atual do serviço.

Consideramos vital a observação e colaboração, com a enfermeira orientadora na prestação dos cuidados mais complexos à PSC e/ou falência de múltiplos órgãos, sendo os seus contributos demonstrados na identificação atempada de potenciais fontes de instabilidade e no

desenvolvimento de resposta oportuna, adequando medidas para poder responder a esta competência específica de EE em EMC na PSC. Relativamente à dinâmica orgânica e funcional do serviço, salientamos a importância da identificação do trajeto realizado pela PSC, desde a admissão na UCIP até à transferência, alta, bem como a articulação entre os outros serviços. Entendermos como esse circuito funciona possibilitou a colaboração em momentos cruciais de estágio, como a receção da pessoa/família na unidade, transferência e o transporte intra-hospitalar e o extra-hospitalar com colaboração do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM].

Na UCIP aquando a admissão de um doente, os cuidados à PSC seguem uma abordagem que promove o diagnóstico precoce dos problemas apresentados e a priorização adequada de intervenções para manter a vida e diminuir as comorbidades. Serrano, (2011) refere que “na prestação de cuidados o enfermeiro mobiliza no processo de cuidar comportamentos específicos, ou seja, os «*outputs*» de desempenho que, pela sua constância e regularidade, refletem as competências” (p. 22). Durante o mestrado foi-nos lecionado na UC de EMC 4, a formação em Suporte Básico de Vida [SBV], (Anexo XVI), a formação em SAV (Anexo XII) e o ITLS (Anexo XII) que nos permitiu adquirir, competências e conhecimentos específicos de atuação, perante a PSC, como algoritmos, escalas e monitorização hemodinâmica. Os cursos lecionados na UC foram uma mais-valia, tornando-se essencial numa primeira abordagem na admissão da PSC na unidade, promovendo uma gestão do tempo e reconhecimento precoce de possíveis complicações. Destaca-se como conhecimento técnico a utilização de monitores portáteis, ventiladores, e suas múltiplas funções, dispositivos de imobilização em situações de trauma e dispositivos de acesso intraósseo, arterial e venoso. Relativamente aos conhecimentos teóricos adquiridos, destacamos o estudo dos traçados eletrocardiográficos, os modos de ventilação invasiva e não invasiva a utilização e gestão de procedimentos médicos complexos, estratégias de prevenção de quedas e úlceras por pressão, avaliação em casos de múltiplas vítimas, identificação de sinais de alerta de instabilidade hemodinâmica e utilização de algoritmos que nos permite avaliar melhor todo o espectro da PSC.

A metodologia utilizada na UCIP, consiste em cinco etapas ABCDE, A (Via aérea), B (Ventilação e Oxigenação), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica), E (Exposição). Abordagem ABCDE advém da *Advancet Trauma Life Support [ATLS]*, do *American College of Surgeons* e tem origem nos Estados Unidos da América no ano de 1976, com o princípio de corrigir as

condições que mais ameaçam a vida da PSC através de uma sequência rápida por etapas (Costa, 2021). Nesse sentido é importante que o EE em EMC, colete habilidades que permitirão, reunir as competências proporcionando cuidados altamente qualificados à PSC.

A monitorização hemodinâmica [MH] na PSC é a principal fonte de informação, sendo fundamental para que a equipa de cuidados possua uma efetiva consciencialização do estado clínico da pessoa, permitindo direcionar as suas intervenções com o intuito de restabelecer as funções em risco de falência ou em falência progressiva. Hogan et al., (2020) indica-nos que uma avaliação e gestão adequada da PSC, reduz a mortalidade e aumenta a qualidade de vida após as intervenções necessárias. A MH tem como objetivo compreender as múltiplas variáveis do *status* cardiocirculatório da PSC, decorrente de uma evolução aguda ou crónica. Na ULS, em cada unidade do doente tem um monitor fixado na parede, sendo um sistema complexo e inovador, perante o qual tivemos várias oportunidades de aprender o seu funcionamento e aplicabilidade. Existem dois tipos de monitorização, a MI e a monitorização não invasiva [MNI]. A MI segundo Alves & Sampaio (2020), requer obrigatoriamente a introdução de um CVC, para a vigilância do estado hemodinâmico como a monitorização da PVC, CA para a vigilância do estado hemodinâmico como monitorização da pressão arterial, realização de gasometrias arteriais, monitorização da temperatura com termómetro esofágico e monitorização da pressão intra-abdominal. Referente a MI tivemos oportunidade de auxiliar o médico na colocação do CVC do cateter de hemodiálise e do CA e realizávamos posteriormente as colheitas e interpretação da gasometria, manutenção e substituição do penso, conforme técnica assética, segundo a norma da UCIP. A MNI, são utilizados métodos com dispositivos sem risco de iatrogenia no organismo e que não requerem nenhuma preparação especial (Alves & Sampaio, 2020). Utilizámos variadíssimas vezes a MNI para monitorizar os sinais vitais, tanto no estágio, como na nossa atividade profissional, fazendo o seu uso racional e conveniente, consonante o estado clínico do doente em questão.

De salientar que durante o EF, tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de alta complexidade à PSC, principalmente na abordagem e manutenção da via aérea avançada; colocação, aplicação e manutenção do *PulmoVista*®, cuidados de enfermagem à pessoa submetida a ventilação não invasiva [VNI], VMI e cateter nasal de alto fluxo [CNAF], cuidados na monitorização por cateter *PICCO*®, manipulação de traqueostomias, observação de broncofibroscopias, cuidados de enfermagem à pessoa submetida a drenagem pleural e

torácica, cuidados de enfermagem durante a intubação e extubação endotraqueal, cuidados de enfermagem da PSC em posição de pronação, cuidados de enfermagem durante o desmame ventilatório, cuidados de enfermagem à PSC politraumatizada, cuidados na colocação, manutenção e remoção do CVC, cateter epidural e cateter de diálise, monitorização do nível de consciência através do Índice Bispectral, cuidados de enfermagem à pessoa sedo-analgésica e curarizada, cuidados de enfermagem à pessoa com TSR/hemodiálise, cuidados de enfermagem à PSC pós-paragem cardiovascular e cuidados de enfermagem à pessoa com patologia do foro respiratório, cardíaco, nefrológico e cirúrgico e com especial ênfase à comunicação e apoio emocional às famílias.

Estes cuidados de enfermagem, só foram passíveis de concretizar devido à leitura de protocolos e colaboração da enfermeira orientadora, visto que, nos explicou todos os procedimentos e cuidados de enfermagem relativamente à PSC, ao longo do E.F para que, pudéssemos consolidar a competência. Relativamente ao transporte inter-hospitalar [TIH], na UCIP, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define:

“O transporte de doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (p. 9).

Tivemos oportunidade de participar em vários transportes TIH, sobretudo para realizar exames complementares de diagnóstico (TAC e ressonância magnética) ou para transferir para o bloco operatório e efetuar posteriormente o retorno da pessoa à UCIP, sempre acompanhados por uma equipa multidisciplinar. A UCIP tem uma norma de procedimento referente ao TIH, dividida em três etapas: decisão, planeamento e efetivação. A decisão de transportar o doente crítico é um ato médico e devem ser equacionados os riscos inerentes à pessoa e ao processo de transporte, com especial atenção à instabilidade hemodinâmica ou sempre que a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica. O planeamento é realizado pela equipa médica e de enfermagem da unidade. Segundo Almeida et al., (2012), o transporte intra-hospitalar depende diretamente do planeamento e da atuação organizada da equipa multiprofissional, bem como, da escolha de equipamentos adequados. Na unidade, juntamente com a norma, há uma *check list*, que requer que a equipa de

enfermagem leve em conta alguns aspetos antes de realizar o transporte, tais como coordenação, comunicação, estabilização da PSC, equipe de enfermagem e assistente operacional disponível, equipamentos necessários e documentação. Tivemos oportunidade de coordenar um TIH, segundo a norma e contactar o serviço de receção para combinar a hora, depois, avaliamos a distância a percorrer e o respetivo trajeto. O parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica n.º 09/2017, indica que durante o transporte o nível de cuidados nunca deve ser inferior ao realizado na unidade. Relativamente à comunicação da PSC na equipa multidisciplinar, tem de existir uma estratégia cuidadosa, especialmente na transmissão de informação, como o diagnóstico da pessoa, estabilização hemodinâmica, padrão respiratório, acessos venosos e terapêutica em curso. A comunicação deve ser direta, assertiva e em circuito fechado para prevenir intercorrências antes, durante e depois do transporte. Na estabilização da PSC antes, durante e após o TIH deve-se monitorizar os sinais vitais, auscultar a pessoa e se necessário aspirar secreções endotraqueais para evitar obstrução das vias aéreas e hipoxia, deve-se verificar o nível de oxigénio disponível na garrafa e levar outra de reserva, caso seja necessário. Deve-se verificar a terapêutica em perfusão e se necessário preparar medicação extra. A equipa de TIH segundo a sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) deve ter formação em TIH no doente crítico, qualificação necessária para manusear todos os equipamentos a usar durante o transporte, devendo garantir o mesmo nível de monitorização, assistência e tratamento da pessoa, como se estivesse na unidade, para evitar interferências. A monitorização obrigatória durante o transporte incide na frequência cardíaca, traçado cardíaco contínuo, frequência respiratória, saturação de oxigénio e pressão arterial, pelo que são indispensáveis em qualquer fase do transporte da pessoa em situação crítica, mesmo durante a realização de exames complementares de diagnóstico. Relativamente ao equipamento para realizarmos o TIH, juntamente com a enfermeira orientadora, efetivamos a preparação e o funcionamento do mesmo antes de ser utilizado. Na UCIP existe uma mala de TIH equipada com toda a terapêutica necessária para o transporte e é obrigatório o uso da mesma durante o transporte. Em relação a VMI o médico realiza a troca do ventilador fixo para o portátil e nós verificamos as conexões de todo o material da via aérea, principalmente a avaliação do circuito ventilatório e da fixação no túbulo endotraqueal, porque a maioria dos acidentes relatados nos TIH é a extubação accidental da PSC. Na etapa da efetivação, o TIH fica a cargo da equipa multidisciplinar e cuja as responsabilidades técnica

e legal só cessam no momento de a pessoa voltar para a unidade. Relativamente às transferências para o internamento, é comunicado à equipa do internamento para se deslocar à UCIP, sendo que na unidade, é passada toda a informação clínica relevante. Na transferência extra-hospitalar a principal indicação é a existência de recursos humanos e técnicos para tratar ou dar continuidade ao tratamento. A equipa médica contacta o hospital recetor e a seguir contacta o INEM para realizar o transporte. A equipa do INEM à chegada à unidade, depois de passada toda a informação clínica (médica e enfermagem) e disponibilizados os exames de diagnóstico efetua o transporte.

A UCIP tem uma equipa de emergência médica intra-hospitalar, que dá resposta a casos de instabilidade hemodinâmica em todo o circuito hospitalar. Tivemos oportunidade de participar em várias saídas ao longo do EF, uma vez que, a enfermeira orientadora faz parte da equipa, tendo sido uma aprendizagem e uma mais-valia no que toca à prestação de cuidados diferenciados à PSC. Foi de extrema importância a realização das etapas do TIH durante o EF para assimilar conhecimentos e práticas especializadas.

Relativamente aos protocolos e estratégias farmacológicas e não farmacológicas à PSC, tivemos oportunidade de preparar, administrar e gerir conforme os protocolos da UCIP. Em relação à dor, a DGS (2017b) refere que a “abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional (p.4)”. A dor está sempre presente na PSC, relacionada a patologias crónicas ou agudas ou a procedimentos invasivos, pela presença de vários dispositivos médicos, provocando além da dor, agitação psicomotora, dificuldades na mobilização no leito e desadaptação ventilatória accidental. No estágio realizamos a avaliação sistemática e monitorização por meio de escalas validadas para a dor como: a escala numérica, a escala visual analógica e a BPS e após a interpretação da respetiva escala, avaliamos a necessidade de administrar a terapêutica farmacológica. A maioria dos doentes em UCIP estão sob VMI, total ou parcialmente, derivado à condição clínica. Os cuidados de enfermagem, à PSC com ventilação mecânica invasiva envolvem manutenção e substituição dos tubos endotraqueais, ventiladores e circuitos respiratórios, prevenindo aspiração brônquica, controlo de infeção e proporcionando sedo-analgesia eficaz para alívio da dor e promoção do sono. A sedo-analgesia é frequentemente usada na unidade e tem como objetivos, facilitar a tolerância da VMI, sedar para procedimentos invasivos, tratar para doenças subjacentes, reduzir o

consumo de oxigénio e manter a segurança do doente e do equipamento no doente com delírio hiperativo e em abstinência alcoólica ou de drogas. O excesso de sedo-analgesia à PSC pode provocar o coma, disfunção cerebral alterações do sono. Durante o EF preparamos e administramos sedo-analgesia, sempre com a supervisão da enfermeira orientadora e segundo o protocolo da unidade, avaliávamos o nível de sedação segundo a escala de RASS, tendo em consideração a avaliação e prescrição médica sobre a perfusão a colocar. Tivemos oportunidade durante o estágio de observar os técnicos de eletroencefalograma a realizar a monitorização, avaliação e interpretação da atividade cerebral. O eletroencefalograma segundo Monte (2020) é um aparelho que serve para avaliar a atividade cerebral e a profundidade da anestesia. Os enfermeiros relativamente aos métodos não farmacológicas, utilizam musicoterapia, colchões confortáveis, mantêm o ambiente adequado de dia e de noite e usam técnicas de orientação para a realidade juntamente com os familiares da PSC tendo sido presenciado por nós. O enfermeiro em UCIP pratica e promove medidas de conforto sendo, medidas imprescindíveis ao cuidado humanizado e de qualidade (Pottl et. al., 2013).

Referente à comunicação em enfermagem existe uma construção da relação enfermeiro/doente e em situações de crise, ansiedade, tristeza e vulnerabilidade, pelo que, é exigido ao EE em EMC na PSC que, adote abordagens diferenciadas na comunicação para garantir o seu êxito. A comunicação é uma parte importante do trabalho do enfermeiro e é considerada uma ferramenta básica e fundamental, tanto no atendimento à pessoa, quanto no relacionamento com o familiar ou mesmo envolvendo relacionamento com equipe multidisciplinar (Pereira et, al., 2013). Segundo o CD, relativamente ao respeito à autodeterminação, deve-se informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e às suas implicações na qualidade e segurança da PSC (OE 2015a). A comunicação é a base da enfermagem, onde se localiza a maioria das atividades assistenciais, permitindo um cuidado integral e por isso, importante para estabelecer estratégias de comunicação eficazes com os doentes familiares ou cuidadores, apreendendo habilidades do relacionamento para reduzir as “barreiras” e possibilitar a construção da relação terapêutica. Durante o EF na comunicação dos cuidados de enfermagem à PSC, familiar ou cuidador, utilizamos o protocolo «SPIKES» (Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Explore emotions; Strategy and summary)«, tendo sido previamente estudado e discutido na UC de EMC 1. O protocolo «SPIKES» segundo Silva & Emídio (2021) foi estruturado para que esta informação potencie o diálogo, fortalecendo a relação

terapêutica e providenciando um suporte centrado na pessoa, que seja facilitador da tomada de decisão.

Ao longo do estágio, a transmissão das más notícias também foi uma realidade utilizada por nós. Recordamo-nos um caso clínico em que uma pessoa de 35 anos, que durante a noite teve um acidente de viação, tendo sido transferido para a ULS com um diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico grave. Sendo o nosso local de trabalho, o SUP, sendo que, nessa noite estávamos alocados à sala de reanimação, recebemos a chamada do Centro de Orientação de Doente Urgentes [CODU] a referir que em 10 minutos, daria entrada no SUP um politraumatizado grave já com VMI, acompanhado pela VMER. Aquando da chegada, a VMER efetivou o transporte até à sala de reanimação onde foram prestados os cuidados médicos e de enfermagem conforme os protocolos existentes. De imediato foi contactado o serviço radiologia e realizado o TIH. Durante a TAC-CE foi contactado o neurocirurgião para visualizar os exames e a pessoa foi transferida para a UCIP. Decorridos dois dias, realizamos estágio na UCIP e verificamos que não foi possível evitar o diagnóstico de morte cerebral. A enfermeira orientadora disse-nos que a equipa fez de tudo para reverter o quadro clínico, mas sem sucesso. Após terem realizado os testes para confirmar morte cerebral, o doente foi proposto para doação de órgãos. A equipa médica e de enfermagem reuniu com a família e explicou todos os procedimentos desde a sua entrada no SUP até ser confirmado o diagnóstico e foi informada a família. Tivemos oportunidade de assistir à reunião e ao contacto com a equipa de transplantes da região que organizou o dia e a hora e providenciou a equipa apropriada. Na UCIP existe um protocolo para a doação de órgãos onde são explanadas as questões éticas, deontológicas, jurídicas e os critérios de seleção dos potenciais dadores de órgãos e tecidos. O cuidar da PSC é um desafio permanente e apesar da tecnologia inovadora possibilitar um suporte crucial, existem dificuldades que não se conseguem superar, passando o objetivo de salvar a estar direcionado para o de promover o conforto e a dignidade no fim de vida.

No decorrer do EF consideramos, ter conseguido desenvolver a aquisição da competência específica do EE EMC na PSC - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e as competências de mestre identificadas.

Competência Específica do EE EMC-PSC – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018b).

Competência de Mestre em Enfermagem

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
 - 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015).
-

A OE (2018b) indica que, “os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (p.19362). Conforme a Lei de Base da Proteção Civil, expressa no artigo 3.º da Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, define-se catástrofe como o “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (AR, 2006, p.4696).

O termo catástrofe é considerado um desafio para a humanidade e principalmente para a enfermagem, sendo um grande desafio para os enfermeiros e segundo Harthi et al., (2020) existem alguns desafios principais para a enfermagem como a falta de preparação, a falta de investigação, as questões éticas e legais, as experiências limitadas em desastres, a falta de capacidade hospitalar e de recursos humanos e materiais. O mesmo autor indica-nos que deve haver um investimento na formação dos enfermeiros referente à atuação e gestão em catástrofe. A OE (2018b), menciona que numa catástrofe devem ser criadas situações de emergência com a resposta atempada e focada, como expresso no Regulamento o n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018b:

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.” (p.19362).

O INEM (2012) no manual de situações de exceção indica-nos que em situações de exceção, são encaradas situações “em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (p. 12).

A Proteção Civil, numa situação de catástrofe tem como objetivos, a prevenção dos riscos coletivos e as ocorrências deles resultantes, a atenuação dos riscos coletivos e o limitar dos seus efeitos no caso das ocorrências de acidente grave ou catástrofe, o socorro e assistência a pessoas em perigo e a proteção de bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse publico e o apoio na reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afetadas por acidentes graves ou catástrofe (INEM, 2020).

No mestrado de enfermagem, tivemos a UC de EMC 3, centrada na PSC em contexto de exceção e catástrofe que foi fundamental para o desenvolvimento desta competência. Na UC foi-nos lecionado conteúdos de extrema importância como competências na área de intervenção em situação de emergência, exceção e catástrofe, principalmente nos cuidados à PSC, elaboração de planos de emergência e catástrofe, gerir e assegurar os cuidados em situação de catástrofe e preservar os vestígios de indícios de prática de crime. Foi-nos disponibilizado durante as aulas todo o enquadramento legal em Portugal para dar resposta a situações de catástrofe, bem como os meios utilizados e pedidos de ajuda internacional para a prestação de socorro. Durante a UC, desenvolvemos um póster científico (Apêndice XV) intitulado de “A Realidade da Iminência Nuclear: A Importância de um Plano de Preparação Hospitalar”, como avaliação da UC, tendo sido apresentado no Congresso Internacional de Emergência 2023 (Anexo III) e posteriormente publicado na revista de emergência médica *LifeSaving* no dia 5 de novembro de 2023 (Anexo XIV). Durante o estágio frequentamos dois congressos onde foi discutido em palestras o aumento exponencial na periodicidade e intensidade de eventos naturais, como alterações climáticas, doenças tecnológicas, infecciosas e desastres provocados pelo homem e as medidas a adotar. No decurso do EF não existiram situações de catástrofe ou emergência multivítimas, não sendo possível observar a atuação da equipa multidisciplinar em acontecimentos desta natureza. Na UCIP existem vários *Kits* de emergência, elaborados segundo indicação do grupo português de triagem onde consta o plano de evacuação, conforme tivemos oportunidade de consultar com a enfermeira orientadora. O plano em questão estabelece vários graus de prioridade e critérios baseados na avaliação, segundo o estado de

consciência, necessidade de VMI, VNI ou oxigenoterapia suplementar e a necessidade de monitorizações invasivas, não invasivas, técnicas de hemodiálise ou TSR e necessidade de terapêutica endovenosa, que posteriormente definem a sequência de evacuação, os recursos humanos e materiais. Segundo Harthi et al. (2020), os enfermeiros constituem o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde e desempenham papéis significativos na preparação para catástrofes, incluindo a identificação e a análise de riscos identificados, a criação de planos, a realização de exercícios, a participação em atividades de educação e formação e a identificação de áreas para desenvolvimento e melhoria. Os enfermeiros, durante a fase mais importante da gestão de catástrofes, ativam os planos de catástrofe nos hospitais, fazem a triagem multivítimas, fornecem tratamento de emergência à PSC e ajudam a coordenar as evacuações e o transporte para outras instalações médicas mais diferenciadas. Contudo, e segundo a literatura, os enfermeiros ficam confusos sobre o seu papel nas catástrofes, o que cria um desafio significativo para a gestão das catástrofes em geral (Harthi et al., 2020). Conforme explicamos anteriormente, a UCIP tem vários Kits e segundo o plano de atuação, evacuação e transferência da PSC, varia sempre conforme o número de vítimas, o tipo de catástrofe e o epicentro da mesma. Relativamente ao material disponível e segundo a enfermeira orientadora encontrasse armazenado em caixas próprias, seladas e devidamente identificadas. Existem vários tipos de caixas e são utilizadas conforme o número de vítimas. Ainda durante o EF tivemos oportunidade de realizar um estágio de observação de três dias no serviço Municipal de Proteção Civil (Anexo XV), onde podemos observar e discutir os vários planos de emergência e catástrofe, nomeadamente sobre o aeroporto, autoestrada e ferrovia. Visitamos também o Centro de Comando Regional da Proteção Civil onde nos foi explicado o funcionamento do mesmo e a sua articulação com INEM, com os bombeiros e com as restantes entidades externas, que em situações de catástrofe, podendo colaborar com a Proteção Civil. Consideramos que o estágio de observação foi de extrema importância para o desenvolvimento desta competência. Na nossa opinião ainda existe um longo caminho a percorrer pelas instituições públicas e privadas, até atingirem um nível de preparação e eficácia na resposta a uma catástrofe. Segundo Harthi et al. (2020) as limitações são, relacionadas com o sistema pré-hospitalar que não está totalmente desenvolvido ou coordenado com outras instituições de saúde, como os hospitais e o sistema pré-hospitalar em que, todos os socorristas como polícias, bombeiros médicos e

enfermeiros, trabalhem conjuntamente. Segundo o mesmo autor, na generalidade dos sistemas, recomendam-se melhorias no desenvolvimento da formação continua e treino nos vários tipos de catástrofes, para melhorar o sistema pré-hospitalar e hospitalar e para garantir que as equipas multidisciplinares possam trabalhar eficazmente no sistema, sem confusão ou caos devido a um sistema ou coordenação deficitária. A diversa literatura cita que é indispensável que, as organizações de saúde se concentrem na correta atuação perante uma situação de catástrofe, sendo necessário melhorar os planos de preparação hospitalar e ainda, garantir que todos os profissionais de saúde trabalhem em equipa, incluindo os enfermeiros EE em EMC na PSC, elementos fundamentais para a elaboração de planos, para a melhoria das políticas e dos procedimentos relacionados. Recomenda-se que o EE na EMC na vertente da PSC garanta, que as políticas e procedimentos de enfermagem estejam atualizados e sejam incutidos a toda a restante equipa, para que, possam atuar com mais confiança e competência em qualquer tipo de catástrofe (Harthi et, al., 2020).

No decorrer do EF consideramos, ter conseguido desenvolver a aquisição da competência específica do EE EMC na PSC - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, e da competência de mestre relacionada.

Competência Específica do EE EMC-PSC – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018b).

Competência de Mestre em Enfermagem

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015).

As infeções relacionadas com os cuidados de saúde constituem uma problemática na atualidade, arrastando consigo desde há muito tempo um processo complexo, de ampla influência e perçetivelmente com complicações futuras se não for mudada a tendência. A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde [IACS] é definida pela DGS (2007) como “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e

que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (p. 4).

O Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, afirma que, o EE em EMC na PSC deve responder eficazmente e maximizar a prevenção, intervenção e controlo das IACS e da resistência aos antimicrobianos [RAM nos diferentes contextos de cuidados, auxiliado pelas mais recentes evidências científicas e pelos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, devendo cooperar para diminuir a sua incidência e prevalência (OE, 2018b).

A OMS reconhece que as IACS dificultam o tratamento eficaz dos doentes em todo o mundo, considerando-se uma importante causa de morbilidade, mortalidade e aumento do uso de serviços hospitalares e comunitários (DGS, 2007).

Em meados do século XIX Florence Nightingale interpretou as condições externas à pessoa e a sua influência no desenvolvimento de microrganismos, considerou que os componentes físicos, sociais e psicológicos da pessoa precisavam de ser compreendidos e interrelacionadas com as boas condutas na prática dos enfermeiros, para proporcionar condições ótimas à recuperação e controlo da infeção. Visivelmente, o pensamento de Florence continua presente nos cuidados de saúde de hoje. Segundo DGS (2022a) a infeção é considerada a invasão e multiplicação de microrganismos no hospedeiro, ocorrendo resposta imunológica, isto é, uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas), ora, se esta infeção se adquire e desenvolve numa instituição de saúde como consequência do tratamento instituído e da qual a pessoa não sofria, indiscutivelmente impõe-se a melhoria das práticas para o seu controlo.

A PSC corre riscos acrescidos de desenvolver IACS, para além de estar em estado de imunossupressão acometido pelo processo patológico, o próprio internamento hospitalar promove a exposição a microrganismos, não só pelo ambiente em si, mas também, pela presença de cateteres invasivos com uso prolongado, é certo que são essenciais à manutenção das funções vitais, mas possibilitam a ocorrência de infeção diretamente proporcional ao risco da sua colocação ou manutenção (Abulhasan et al., 2020).

As IACS podem ser diversas e originam graves consequências, desde a necessidade de internamento prolongado, a complicações clínicas e incapacidades a longo prazo, morte prematura, repercussões sociais e psicológicas decorrentes do sofrimento da pessoa, família e comunidade e para o sistema de saúde acarreta custos acrescidos (OMS, 2022).

A problemática da prevenção e controlo de IACS e da RAM tem dominando as preocupações em saúde, nos países desenvolvidos, em que cada 100 pessoas internadas em UCI, 30% adquire uma IACS e o número multiplica-se por 20 no caso dos países em vias de desenvolvimento, para além disto, 1 em cada 4 casos de sépsis estão associados a este tipo de infeção adquirida nos cuidados de saúde e destes 48,7% têm acometida disfunção multiorgânica (OMS, 2022).

Em Portugal, no ano de 2013, a DGS decidiu agregar o Programa Nacional de Controlo de Infeção e o Programa de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], criando o com o objetivo de reduzir as IACS e a RAM mediante práticas baseadas nas evidências, desde então, os objetivos gerais do PPCIRA são a redução da incidência de infeção associada a cuidados de saúde, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos. Em 2016, foi notório um aumento da consciência para a problemática da RAM pelo gradual aparecimento de microrganismos multirresistentes, tendo sido considerada uma das maiores ameaças à saúde das populações com necessidade na adequação de medidas compatíveis com as respostas que os microrganismos apresentavam (Barroso & Florêncio, 2021).

Face ao exposto anteriormente, iremos desenvolver a competência “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, no EF na UCIP, conforme os protocolos existentes na unidade e conforme as normas da DGS.

Por norma as UCI apresentam taxas de prevalência de infeção mais elevadas em comparação aos outros serviços de internamento devido à utilização de cateteres invasivos, de entre eles o CV, CVC, cateter de hemodiálise, sendo necessários no controlo e manutenção da doença em fase aguda, mas, tendem a exacerbar o risco de IACS, sendo o risco de aquisição de uma infeção até 5 ou 10 vezes superior, segundo a diversa literatura.

Entre os vários fatores que influenciam no processo de aquisição de uma infeção à PSC destacam-se, as características intrínsecas da pessoa, a condição clínica, as comorbilidades, a idade avançada, a desnutrição, o elevado número de procedimentos e dispositivos invasivos a que estão sujeitos, a alteração do microbioma, a imunossupressão preexistente ou adquirida

pelo tratamento e as características do ambiente dos cuidados intensivos, como a estrutura física e recursos humanos (Pereira, 2021).

As infeções mais comuns nas UCI estão intimamente relacionadas com o plano de tratamento e a necessidade da presença de dispositivos e intervenções invasivas pela equipa multidisciplinar. Entre elas estão a pneumonia associada à ventilação [PAV], a bacteriémia associada ao CVC, a infeção do trato urinário associada ao CV, a infeção associada ao cateter de hemodiálise e a infeção associada ao local cirúrgico (Pereira, 2021). O aumento da resistência bacteriana nas UCIP, associado ao consumo de antibióticos, está amplamente comprovado e segundo Pereira (2021), o uso de estratégias adaptadas ao programa de controlo de infeção e vigilância epidemiológica são eficazes na sua limitação.

O EE em EMC na PSC tem capacidade de promover a identificação e interpretação contínua dos dados, permitindo definir prioridades de atuação e ao mesmo tempo, monitorizar a eficácia dos programas instituídos, referente às IACS. Relativamente às estratégias, o EE necessita de conhecer a epidemiologia do serviço, infeções e microrganismos mais comuns e a sua evolução no tempo, como os procedimentos práticos e administrativos utilizados, de modo a poder identificar falhas e intervir sobre as mesmas.

Na ULS existe uma comissão de controlo de infeção [CCI] com o intuito de vigiar, aconselhar e intervir, na cadeia epidemiológica das infeções, englobando as condições fundamentais para a transmissão de microrganismos entre doentes e entre estes e o ambiente hospitalar.

No mestrado de enfermagem tivemos uma UC, com a designação de EMC 5 que abordava a prevenção e controlo de infeção nas unidades hospitalares e que contribuiu para renovar e reforçar os conhecimentos e práticas a adotar ao longo do EF. Na UC como avaliação realizámos um trabalho sobre “Prevenção e controlo da infeção do trato urinário associado à cateterização vesical: KPC”, tendo contribuído para a aquisição de conhecimentos sobre o procedimento de CV.

A UCIP da ULS na sua estrutura física apresenta um quarto de isolamento com pressão negativa, para receber pessoas com necessidade de isolamento por via aérea, e quando esse mesmo quarto está ocupado o método usado para isolar a pessoa é o método barreira com a cortina fechada.

Durante o EF como podemos observar que a UCIP que existe valoriza o controlo da infeção hospitalar e perante isso, a equipa de enfermagem realiza várias formações planeadas

ao longo do ano, realizadas pelos elos de ligação da governação, ao qual tivemos oportunidade de participar (Anexo VIII), tornando-se um importante contributo para desenvolver a competência específica em questão.

Ao longo do EF e sempre com a supervisão da enfermeira orientadora, prestamos cuidados à PSC, conforme a norma n.º 007/2019 além disso, cumprimos indissociavelmente a indicação da higienização das mãos nos cinco momentos. Associado a este facto, observamos e participámos na correta utilização das precauções básicas do controlo de infeção [PBCI], concretamente no uso adequado do equipamento de proteção individual [EPI], prevenindo a transmissão de microrganismos entre diferentes locais, criando uma barreira entre estes e as fontes externas como os próprios profissionais e o ambiente que os rodeia, prevenindo a transmissão cruzada, em conformidade com o parecer n.º 029/2012 atualizado em 31 de outubro de 2013. Além do mais, todas as visitas à PSC devem usar EPI para evitar a transmissão por contacto, por gotículas e por via aérea e higienizar as mãos antes e após o contacto com a PSC. As PBCI as medidas da ação, estipuladas pela a DGS devendo ser aplicadas, independentemente de existir ou não infeção suspeita ou confirmada e ainda, garantir a implementação de um conjunto de medidas que incluem, programas de prescrição e administração de antibióticos e higiene ambiental nas instituições de saúde, com potencial para reduzir o ónus da RAM em 85% (OMS, 2022).

Relativamente à PAV, os mecanismos mais comuns pelos quais a PAV se desenvolve na PSC prende-se à aspiração de secreções, com a colonização do trato aerodigestivo e com o uso de equipamento contaminado, sendo os fatores de risco a entubação prolongada e a sedação. Durante a prática de cuidados à PSC, com VMI atuamos conforme a norma nº 021/2015, atualizada a 17/2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação da DGS (2022b). A nossa atuação assentou-na prevenção da aspiração, onde realizamos elevação da cabeceira a 35º, vigiamos a tolerância gástrica entre outras atividades e em relação à prevenção da colonização do trato aerodigestivo, executamos higiene oral de 4 em 4 horas, na prevenção e contaminação do equipamento realizamos a higienização das mãos e o uso de técnica asséptica na aspiração, a troca do filtro sempre que se apresentava visivelmente sujo e nunca com utilização superior a 48 horas. Era revisto diariamente a necessidade de sedação e VMI pela equipa médica e de enfermagem.

Realizamos a troca e a manutenção do sistema da linha arterial a cada 48 horas e do CVC a cada 72 horas conforme a DGS (2022c), a norma n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Efetuamos a manutenção e prevenção de infecção ao CV conforme o parecer n.º 019/2015 de 29 de agosto de 2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical DGS (2022d). Em relação às feridas do local cirúrgico, foram realizados o tratamento às mesmas, consoante a norma da DGS (2022e). n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022, “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Segundo Andrade & Fernandes, (2016) a presença do CV cria um ambiente oportuno para a colonização de bactérias e a formação de biofilmes, o risco de infecção aumenta e a eficácia do tratamento diminui, cerca de 17% de bacteriémias são de fonte urinária. Além disso, outros fatores ampliam o predomínio das infecções urinárias, entre eles, os mais relevantes são: tempo de internamento (principalmente em unidades de cuidados intensivos). Ao longo do EF tivemos a oportunidade de participar nas auditorias referentes à higiene das mãos e à prevenção de infecção urinária associada ao CV, para adotarmos conhecimentos sobre auditorias, o seu funcionamento e processamento.

Segundo o Regulamento n.º 674/2021, de 20 de julho, designado de “Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção” o enfermeiro que integra a prevenção e controlo das IACS é todo aquele que tem competência efetiva e demonstrada em contexto multidisciplinar e que atua como facilitador e consultor para a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados à pessoa e à família consoante as normas legais, princípios éticos e deontológicos, assegurando um exercício profissional, assente na evidência científica, num todo dinâmico e integral das componentes essenciais em prevenção e controlo de infecção, promovendo a cultura de segurança, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e da prática profissional (OE, 2021). Os EE em EMC têm capacidades para implementar planos de prevenção, intervenção e controlo de IACS, começando nas medidas basilares como, as PBCI e higiene das mãos, até aos casos mais específicos e de difícil resolução, por forma a desenvolver ações que facilitem a atuação nesta tipologia tão importante. Estes mesmos profissionais, cientes de que apostar na educação e no treino das equipas de profissionais promove a melhoria da prática, devem contribuir para a formação

dos seus pares e encorajar as pessoas recetoras dos cuidados a participar e a cumprir normas, contribuindo no sucesso da atuação.

Posto isto, cruzando a definição supracitada com as competências do EE em EMC da PSC, afirmamos que o EE em EMC na vertente da PSC deve, avaliar e planear intervenções fundamentadas em estratégias coesas e diagnosticar necessidades, pois, facilitará a adesão das equipas multidisciplinares face a uma avaliação contínua e pontual, capaz de colmatar as lacunas existentes e convergir na qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do EF consideramos, ter conseguido desenvolver a aquisição da competência específica do EE EMC na PSC, relativa à área da prevenção e controlo de infeção no doente crítico, e as competências de mestre analisadas previamente.

Competência de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (UE, 2015).

Ao analisarmos todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EE em EMC na PSC, ao longo do Relatório foi possível confirmar a ligação indissociável entre as mesmas com as competências do Mestre.

No decorrer deste percurso académico e com a realização do EF, tivemos oportunidade no que consigna ao crescimento pessoal e profissional, à valorização das competências específicas do EE em EMC na PSC e às competências de mestre em enfermagem que, por certo, irão expandir-se ao longo nossa atuação profissional daqui em diante.

Prestar cuidados de enfermagem à PSC exige profissionais dotados de competências diferenciadoras e com capacidade executar intervenções prioritárias, em todos os contextos das interações enfermeiro-pessoa, devendo elevar a qualidade e a excelência da *práxis*, enaltecendo competências diferenciadoras das demais especializações, pois, de uma forma abrangente devem convergir num todo indivisível.

Pretendemos por tudo isto, basear a prática no autoconhecimento, autoaprendizagem e na evidência científica, incluindo as implicações éticas, deontológicas e sociais ao longo da nossa vida profissional de um modo autónomo. Diante de toda a fundamentação expressa

anteriormente, consideramos ter adquirido todas as competências comuns e específicas de EE em EMC na PSC e as competências de mestre em enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente Relatório, culmina no final do percurso do desenvolvimento e aquisição das competências de EE em EMC na PSC e de mestre em enfermagem, através da análise crítica e fundamentada com base na evidência mais atual, ancorada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Prestar cuidados de enfermagem à PSC exige profissionais dotados de competências diferenciadas e com capacidade de executar intervenções prioritárias, em todos os contextos. Indivisivelmente as intercessões enfermeiro-pessoa devem elevar a qualidade e a excelência da práxis especializada, antecipando as intervenções necessárias.

O PIP desenvolvido durante a UC do EF “Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica” teve como finalidade a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem promotoras do conforto à PSC com ou sem CM.

Na realização deste projeto tivemos a necessidade de mobilizar um conjunto de conhecimentos, adquiridos ao longo das UC do mestrado, possibilitando a reflexão sobre os mesmos numa vertente prática, tendo em consideração a falta de experiência na área.

Em apoio da Teoria do Conforto de Kolcaba e segundo a metodologia de projeto, pudemos desenvolver estratégias de intervenção na UCIP, dando resposta à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados neste âmbito. Neste sentido e conforme a melhor e mais recente evidência científica disponível, destacamos a elaboração de uma norma de procedimento e um fluxograma de atuação para uniformizar intervenções farmacológicas e não farmacológicas na prevenção da CM e para antecipar a deterioração clínica da PSC, decorrente da agitação, dor e *delírium*. Foi elaborada uma revisão da literatura que originou um artigo científico que está em processo de análise para publicação.

As principais dificuldades, identificadas para executar o presente Relatório, prenderam-se com a gestão do tempo e a difícil gestão da vida profissional com o dever académico, que considero importante referir. Apesar disto, conseguiram-se implementar todas as

intervenções planejadas no período estabelecido, cumprindo-se o cronograma construído no projeto de estágio. Porém, apesar das limitações e obstáculos encontrados ao longo do caminho, conseguimos superá-los com investimento pessoal, com ajuda de enfermeira orientadora e do professor orientador.

No que refere a todas as competências adquiridas e desenvolvidas, quer sejam referentes ao grau de EE em EMC na vertente da PSC, quer sejam de mestre em enfermagem consideramos que nos permitiram criar uma linha orientadora em tudo o que envolve a prestação de cuidados à PSC. Entendemos que, os objetivos propostos inicialmente foram alcançados e em entendimento disso, afirmamos que não será o fim da nossa aprendizagem, mas sim uma parte significativa do crescimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abulhasan, Y. B., Abdullah, A. A., Shetty, S. A., Ramadan, M. A., Yousef, W., & Mokaddas, E. M. (2020). Health Care-Associated Infections in a Neurocritical Care Unit of a Developing Country. *Neurocritical care*, 32(3), 836–846. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00856-8>
- Acevedo-Nuevo, M., Martín-Arribas, M. C., González-Gil, M. T., Solís-Muñoz, M., Arias-Rivera, S., & Royuela-Vicente, A. (2022). The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, 33(4), 212-224. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.003>
- Adams, A. M. N., Chamberlain, D., Grønkjær, M., Thorup, C. B., & Conroy, T. (2023). Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 36(3), 385-400. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.005>
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. RT 09/2024. ACSS, IP. República Portuguesa. https://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Aguilera-Serrano, C., Goodman-Casanova, J. M., Bordallo-Aragón, A., García-Sánchez, J. A., Mayoral-Cleries, F., & Guzmán-Parra, J. (2023, July). Attitudes about Mechanical Restraint Use in Mental Health Hospitalization Services: A Spanish Survey. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 13, 1-10). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131909>

- Ahmadi, M., Bagheri-Saweh, M. I., Nouri, B., Mohamadamini, O., & Valiee, S. (2019). Effect of interventional educational programs on intensive care nurses' perception, knowledge, attitude, and practice about physical restraints: A pre-/postclinical trial. *Critical care nursing quarterly*, 42(1), pp. 106-116. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000244>
- Allen, G. C., Semel, M. E., Bader, A., & Gawande, A. A. (2010). An Unproven Safety Check list. *Health Affairs*, 29(12), 2355–2356. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1063>
- Almeida, A. C. G. D., Neves, A. L. D., Souza, C. L. B. D., Garcia, J. H., Lopes, J. D. L., & Barros, A. L. B. L. D. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 471-476. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- Alves, F., Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade De Cuidados Intensivos. In Pinheiro, J. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*, (1ª ed, 70-80). LIDEL.
- Amado, C., & Pedro, A. (2020). Elaboração de um framework para massive open online courses na formação contínua de professores: scoping literature review. *Revista Educação em Questão*, 58. <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2020v58n58id21672>
- Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática da Literatura A *Scoping Review*. *Escola Superior de Saúde de Santarém*. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000165-000>
- Andrade, V. L. F., & Fernandes, F. A. V. (2016). Prevention of catheter-associated urinary tract infection: implementation strategies of international guidelines. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0963.2678>

- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162. https://www.researchgate.net/profile/JoaoApostolo/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia/links/5a7336560f7e9b20d48fcbb1/Sintese-da-evidencia-no-contexto-da-translacao-daciencia.pdf
- Assembleia da República. (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República n.º 126/2006, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde, (2017). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)
- Azevedo Ponte, K. M., & da Silva, L. D. F. (2016). Teoria do Conforto Clínico de Enfermagem: Análise de Conceito e Definições. *Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA*, 17(1), 1-21. <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/17>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/17>
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. D. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. D. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22, 111-121. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200001>
- Barroso, F. & Florêncio, V. (2022). Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. In Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S., *Guia prático para a segurança do doente*, 217-234. LIDEL.

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora, Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. Second Edition, Springer Publishing Compan. Nova Iorque, Estados Unidos da América. ISBN: 978-082610573-8.
- Brandão, E., & dos Santos II, I (2019). Theories of nursing in promotion of comfort in dermatology. *Revista de Enfermagem (Rio de Janeiro)*, 27 <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38330>
- Broeiro, P. (2015). Prática baseada em evidência e seus limites. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 31(4), 238–40. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11549>
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P. & Souza, P. A. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*. 8(1), 118-128. <https://doi:10.18554/reas.v8i1.2758>
- Cardoso, R. B., Souza, P. A., Caldas, C. P., & Bitencourt, G. R. (2020). Diagnóstico de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4),1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20066>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Carvalho, A. D. M., de Carvalho, P. M., de Souza, G., Resende, M. A., de Souza Pereira, S., & de Carvalho, S. A. (2018). A conduta ética dos profissionais de enfermagem: uma revisão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN*, 2178, 2091. https://www.researchgate.net/profile/Sandra-Pereira-21/publication/327099799_A_conduta_etica_dos_profissionais_de_enfermagem_u_ma_revisao/links/6082d1b8907dcf667bba22fc/A-conduta-etica-dos-profissionais-de-enfermagem-uma-revisao.pdf

- Castro, M. C. F. (2022). *Implementação da teoria do conforto no cuidado ao paciente com ferida neoplásica a partir do desbridamento com papaína: um estudo misto* - [Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Rio de Janeiro]. Repositório da Universidade Federal Fluminense <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26560>
- Caveião, C., Hey, A. P., Montezeli, J. H., Sales, W. B., Visentin, A., & Kaled, M. (2015). Portador de transtorno mental em situação de emergência: dificuldades de atendimento percebidas pela equipa de enfermagem em uma unidade mista. *Cadernos da Escola de Saúde*, 2(14).
<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2439>
- Cerqueira, A. F.; Gomes da Costa, F.; Leal, F. P. & Nunes, L. (2014). Didática em Enfermagem Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem. Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14207/1/Didatica_em_Enfermagem_Documento_Orient.pdf
- Chinn PL, & Kramer M.K. (1999) *Theory and nursing: integrated knowledge development* (5ª ed). St. Louis: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing: A systematic approach*. (4ª. ed). St. Louis: Mosby.
- Costa, P., (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. In Nené, M., Sequeira, C. *Enfermagem de Urgência e Emergência*, (1ª ed, pp. 53-59). LIDEL
- Costanzo, G. A., & Vertinsky, I. (1975). Measuring the quality of health care: A decision oriented typology. *Medical Care*, 417-431. <https://www.jstor.org/stable/3763377>
- Cruz, É. J. E. R., Souza, N. V. D. D. O., Correa, R. D. A., & Pires, A. D. S. (2014). Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 18, 479-485. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140068>

- Cui, N., Chen, D., Zhang, Y., Zhang, H., He, X., Ding, C., & Jin, J. (2021a). The effect of non-pharmacological interventions on physical restraint reduction in intensive care units: a protocol for an umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Ann Palliat Med*, 10(6), pp. 6892-6899. <https://doi.org/10.21037/apm-21-626>.
- Cui, N., Yang, R., Zhang, H., Chen, D., Wu, J., Zhang, Y., ... & Jin, J. (2023). Using the evidence to decision frameworks to formulate the direction and strength of recommendations for adapted guidelines of physical restraints in critical care: a Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 76, 103382. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103382>
- Cui, N., Zhang, Y., Liu, Y., Zhou, Y., Sun, H., & Jin, J. (2021b). Protocol for the adaptation of clinical practice guidelines for the management of physical restraints in critically ill patients. *Ann Palliat Med*, 10(4), 4889-4896. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2133>.
- Cummings, G., Tate, K., Lee, S., Wong, C., Paananen, T., Micaroni, S. & Chatterjee, G. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 85: 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República n.º 176, Série I de 13 setembro de 2016, 3159-3191. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Decreto-Lei nº 102/2023 (2008). Ministério da Saúde. Diário da República n.º 215/2023, 1ª Série, (7 de julho de 2023). 4 – 20. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei nº 95/2019 (2019). Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª Série, Lei da base da saúde nº 169, (4 de setembro de 2019). 55 – 66. Portugal. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Decreto-Lei nº 95/2019 (2019). Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª Série, Lei da base da saúde nº 169, (4 de setembro de 2019). 55 – 66. Portugal.
<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular em Enfermagem. (Percursos, Ed.) (18), 3-7.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9227/1/Revista%20Percursos%20n18_Supervis%C3%A3o%20de%20cuidados%20-%20uma%20estrat%C3%A9gia%20curricular%20em%20enfermagem.pdf

Deodato, S., Martins, C., & Carneiro, T. (2008). Desenhando o sentido, perspectivando o futuro. *IX Seminário de Ética, 10 Anos de Deontologia Profissional, 60 Anos de Direitos Humanos - Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31 (1), 46-48.
http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS], (2007). *Obtido de Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS], (2011a). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. <https://www.dgs.pt/pesquisa.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS], (2011b). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final.

Direção Geral de Saúde [DGS], (2013). Parecer n.º 029/2012 atualizada em 31 de outubro de 2013. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Ministério da Saúde.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS], (2015). *Processo de Gestão da Medicação*
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS], (2017a). Norma nº001/2017 - *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS], (2017b). *Plano de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS], (2019). Norma nº007/2019 – Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS], (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Direção-Geral da Saúde. Lisboa. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS], (2022a). Parecer n.º 004/2013 de 27 de julho de 2022: *Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*: 1-14. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2013/02/norma_004_2013_resistencias_antibioticos_atualizada_27_07_2022.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS], (2022b). Norma nº021/2015, atualizada a 17/2022 – *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*. Lisboa. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS], (2022c). Norma nº022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 – *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter*

Vascular Central. Lisboa. Direção Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Direção Geral de Saúde [DGS], (2022d). Parecer n.º 019/2015 de 29 de agosto de 2022: “*Feixe de Intervenções*” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, 1-18. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS], (2022e). Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro de 2022. “*Feixe de Intervenção*” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico: 1-24. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde [DGS], (2023). *Medicamentos de Alta Vigilância* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-ecircularesnormativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Domenico, E. B. L. D., & Ide, C. A. C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 11, 115-118. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>

Donabedian, A. (1983). Explorations in quality assessment and monitoring. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press
- Dayse e Silva, A., & Souza Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra - modelos e teorias de enfermagem*. (5. ed). Lisboa: Lusociência.
- Entidade Reguladora Da Saúde, (2020) - Segurança do Doente <https://apch2.ers.pt/pages/218>
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2019). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. *Australian Critical Care*, 33(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.002>
- Faria, J. M. S., Pontífice-Sousa, P., & Gomes, M. J. P. (2018). La comodidad del paciente en cuidados intensivos-una revisión integradora. *Enfermería global*, 17(50), 477-514. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Fernandes, A. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - *Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde*, Lisboa, p.1-22, 2014. <http://hdl.handle.net/10174/34416>
- Fernandes, M. A., Nóbrega, M. M. L., Zaccara, A. A. L., Freire, M. E. M., Andrade, F. F. & Costa, S. F. G. (2021). *Modelo de análise e avaliação de Fawcett aplicado à teoria da tristeza crónica*. Texto e contexto em Enfermagem. 30, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0010>
- Ferreira, C. A. (2013). Os olhares de futuros professores sobre a metodologia de trabalho de projeto. *Educar em Revista*, 309-328. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602013000200018>

- Ferreira, P. L. (1991, outubro). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93-112. <https://www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=442>
- Filho, J. C. S.; Silva, I. N. N.; Oliveira, J. A. L.; Barbosa, M. S.; Azevedo, J. E. C. & Galvão, M. E. S. M. (2019). O papel do enfermeiro na gestão de qualidade: revisão de literatura. *Saúde coletiva*, Nº 48, 1382-1386. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i48p1382%20-%201386>
- Filippi, J., Flores, A., Bettinelli, L. A., & Pomatti, D. M. (2011). A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 573-578. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.573-578>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.
- Freire da Silva, F. V., de Fátima da Silva, L., & Silva Rabelo, A. C. (2015). Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. *Aquichan*, 15(1), 116-128. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.11>
- Fritjof Capra. (1983). *The turning point: science, society, and the rising culture*. Bantam.
- Galán, G. N. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Revista de enfermería neurológica*, 9(2), 94-104. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29591>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. D. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 228-232. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>
- Guimarães, A. N., Borba, L. D. O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22, 361-369. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>

- Harthi, M., Thobaity, A., Ahmari, W. & Almalki, M. (2020). Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk Management and Healthcare Policy*. 13: 2627–2634. <https://doi.org/10.2147/rmhps.279513>
- Hogan, H.; Hutchings, A.; Wulff, J.; Carver, C.; Holdsworth, E.; Nolan, J.; Welch, J.; Harrison, D. & Black, N. (2020). Type of Track and Trigger system and incidence of in-hospital cardiac arrest: an observational registry-based study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05721-5>
- International Council of Nurses, (2020). Nurses a Voice to Lead – *Nursing the World to Health*. https://www.icn.ch/system/files/2021-07/IND_Toolkit_French_FINAL.pdf
- Infopédia – Dicionários Porto Editora (2023, janeiro 03). <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto>
- INEM. (2012). Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT. Versão 2.0. 1ª Edição. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1993). The measurement mandate: *On the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO Editions.
- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). Redeveloping the JBI Model of Evidence Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 1. <http://dx.doi.org/10.1097/xeb.0000000000000139>
- Kolcaba K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19(6), 178-184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice. *A vision for holistic health care and research*. (S. P. Company, Ed.). New York.

- Kolcaba K. (2007). A Linha Conforto A Linha Comfort (thecomfortline.com)
- Kolcaba K. (2008). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer 1-251.
- Kolcaba K. (2022) Uma Unidade de Conforto. *Resultados Associados ao Atendimento às Necessidades de Conforto Holístico de Pacientes Hospitalizados*. <https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/>
- Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Teoria do conforto: uma estrutura unificadora para melhorar o ambiente de prática. *Revista de Administração de Enfermagem*, 36(11), 538–544.
<https://journals.lww.com/jonajournal/pages/articleviewer.aspx?year=2006&issue=11000&article=00010&type=Abstract>
- Kondo, É. H., Vilella, J. C., Borba, L. D. O., Paes, M. R., & Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 501-507. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>
- Lach, H. W., Leach, K. M., & Butcher, H. K. (2016). Evidence-based practice guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of gerontological nursing*, 42(2), 17-26. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04>
- Lagarto, J. R. (2009). Avaliação em e-learning. *Educação, Formação e Tecnologias*, 2(01), pp. 19-29.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). Assuring the quality of health care in the European Union. *A case for action*. World Health Organization, 1-210 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107894/9789289071932-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=>
- Lima, E. R. C. B., Sousa, P. P., & Marques, R. M. D. (2022). O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV21118>

- Lino, M. M., & Silva, S. C. D. (2001). Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing (São Paulo)*, 25-29. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-418950>
- Lobão, C. (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Parecer do conselho de Enfermagem nº09/2017, (06/03/2017), Transporte da Pessoa em Situação Crítica Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transp_ortepessoasituacacritica.pdf
- Lucendo, A. P., Otero, P. P., Almudévar, P. M., Carmona, S. A., López, E. L., & Rueda, F. R. (2023). Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003>
- Luís, J. & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem-análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 61-67. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>
- Lyra Júnior, D. P. D., Siqueira, J. D. S., Silva, D. T. D., Almeida, L. B., Silva, W. B. D., Sousa, P., & Guerreiro, M. P. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção= medication errors in primary and secondary care: magnitude, causes and strategies for prevention. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 40-46. <http://hdl.handle.net/10362/39879>
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). Comfort: theoretical contribution to nursing. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87723>
- Mateus, A. C. C. (2020). Metodologia de Trabalho de projeto: potencialidades e desafios. [Tese de Mestrado, Escola de Educação do Instituto Superior de Educação e Ciências]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35459/1/Ana%20Catarina%20Mateus.pdf>

- Maximo, PA, Santos, TS dos, Santos, GS, & Silva, MAXM da. (2019). A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem / A importância do conteúdo mecânico e da avaliação permanente da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, 2 (2), 1172–1212. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1324>
- Mcewen, M.; Wills, E. (2009). Bases teóricas para enfermagem. (2ª. Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Meleis AI. (2012) Theoretical nursing: development and progress. (5ª Ed). *Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins*, 1- 673.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*; 18(1): pp. 165-169 <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
- Mendes, R. S., Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Fialho, A. V. de M. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem / Comfort theory as support for a safe clinical nursing care; *Ciência, Cuidado E Saúde*, 15(2) pp. 390-395. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i2.27767>
- Michelan, V. C. de A., & Spiri, W. C. (2020). Journal club estratégia de ensino e aprendizagem para desenvolvimento da enfermagem baseada em evidência. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 8(16), 105–117. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2020.v.8.n.16.319>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, 2ª série, nº. 102, 13550-13553. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Lisboa: República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior enquadrado legalmente pelo Artigo 15º do Decreto-

lei n.º 74/2006 de 24 de março e modificado pelo Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República N.º 157/2018, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021- Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário Da República, II Série n.o187, 96–103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Ministério da Saúde (2023). Serviço Nacional de Saúde. Obtido de Unidade Local de Saúde, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-algarve/>

Morgado, H., Carvalho, M., & Vilhena, E. (2018). A humanização como fator de qualidade nos serviços de saúde. Lisboa: ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6196/1/12CongNacSaude367.pdf>

Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Tinoco-Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F., & Morais, M. E. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética* (nº20). https://www.academia.edu/14416484/A_tomada_de_decis%C3%A3o_%C3%A9tico_deontol%C3%B3gica_dos_enfermeiros

Monte, R. (2020) Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Pinho, J. (1ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (108-116), LIDEL.

Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projetos: etapas, papéis e atores. São Paulo: Érica.*

Norma 08/DSPSM/DSPCS (2007). Medidas preventivas de comportamento agressivos/violentos de doentes – contenção física. Lisboa. <https://www.dgs.pt/pesquisa.aspx>

Norman, A. H. (2012). Qualidade em saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(23), 67-68. [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(23\)655](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(23)655)

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II Congresso Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 10, 12).

<https://www.researchgate.net/profile/Lucilia>

Nunes/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42/Autonomia-e-responsabilidade-na-tomada-de-decisao-clinica-em-enfermagem.pdf

Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *IX Seminário de Ética, 10 Anos de Deontologia Profissional, 60 Anos de Direitos Humanos - Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31 (1), 33-45. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

Nunes, L. (2010). Do Perito ao Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*. 17 (julho-setembro): 3-9. <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidacta.

Nunes, L. (2021). Segurança do Doente e Responsabilidade Profissional. In Barroso, F, Sales, L. & Ramos, S. (Eds.), *Guia prático para a segurança do doente*. (1ª ed, 107-121). LIDEL.

Oliveira, J. C. P. D., Oliveira, A. D., Morais, F. D. A. M., Silva, G. M. D., & Silva, C. N. M. (2016, october). O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. In *III Congresso Nacional de Educação* (Vol. 83, 1-13). https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2016/TRABALHO_EV056_MD1_SA13_ID8319_03082016000937.pdf

Ordem Dos Enfermeiros [OE] (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. pp .1-24. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros [OE] (2004). *Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem*. Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2-8.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª Série, N.º 181, pp. 8059-8104. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018a). Funções Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Parecer nº 15/2018. Mesa do Colégio da Especialidade Médico-cirúrgica, pp. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018b). Regulamento no 429/2018, de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série - Nº 135 <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, nº 26, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo de Infecção. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/674-2021-167839756>
- Ordem dos Farmacêuticos, [OF] (2013) Obtido de Boletim do Centro de Informações. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.108_medicamentos_potencialmente_perigosos_em_meio_hospitalar_terapeutica_da_dor_neuropatica_16409676765a12eafe63900.pdf
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*, 1-7. <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>
- Organização Mundial da Saúde [WHO] (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. França: World Health Organization. https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- Ordem dos Médicos [OM] (2018). Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI) 2018 - Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina

Intensiva.<https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>.

Ortega, M., Cecagno, D., Llor, A., Siqueira, H., Montesinos, M., & Soler, L. (2015). Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação. *Revista Latino-Americana Enfermagem*.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/NmxWWLPWbJLYzqxXRGpjmcy/?lang=pt&format=pdf>

Östman L, Näsman Y, Eriksson K, Nyström L. (2017). Ethos: The heart of ethics and health. *Nursing Ethics*, 26(1):26-36. <https://doi.org/10.1177/0969733017695655>

Paes, M. R. (2009). *Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba]. Acervo digital da Universidade Federal do Paraná.https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/22382/PAES%2c%20M.R.Dissertacao_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: *an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peixoto, T. & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(13): 125-138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>.

Pereira de Melo, R., & Freitas, H. (junho de 2006). Portfólio: uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens - Perspetiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão em Enfermagem. *Revista Referência* II.ª Série (2). <http://www.indexf.com/referencia/2006pdf/63-2006-jun.pdf>

- Pereira, A., Fortes, I., & Mendes, J. (2013). Comunicação de más notícias: Artigo revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7 (1): 227–235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>.
- Pereira, R., (2021). Prevenção e Controlo de Infecção. In Nené, M., Sequeira, C. *Enfermagem de Urgência e Emergência*, (1ª ed, 160-174). LIDEL
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Restrições físicas em terapia intensiva – Uma revisão integrativa. *Cuidados Intensivos Australianos*, 32(2), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.089>
- Perrenoud, Philippe (1996). *Enseigner: agir dans l'urgence décider dans l'incertitude* Paris: ESF éditeur.
- Ponte, K. M. D. A., Silva, L. D. F. D., Aragão, A. E. D. A., Guedes, M. V. C., & Zagonel, I. P. S. (2012). Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Escola Anna Nery*, 16, 666-673. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400004>
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 174-179. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- Queirós, P. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 45. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>
- Ramalho Neto, J. M., Marques, D. K. A., Fernandes, M. D. G. M., & Nóbrega, M. M. L. D. (2015). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de enfermagem*, 69, 174-181. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>.
- Ramos, F. R. S., Brehmer, L. C. D. F., Vargas, M. A., Trombetta, A. P., Silveira, L. R., & Drago, L. (2015). Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. *Nursing ethics*, 22(4), 428-439. <https://doi.org/10.1177/0969733014538890>

- Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno hospital*, 48, 16-20. <http://hdl.handle.net/10400.17/1597>
- Rasheed, S., Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: *A scoping review*. *J Clin Nurs*. 28:762–774. <http://doi.org/10.1111/jocn.14708>.
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª Série, n.º 184 (25 de setembro de 2019), 128-155.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2029-2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- Ribeiro, O. M. P. L., Vicente, C. M. F. de B., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Sousa, C. N. de, & Cardoso, M. F. P. T. (2020b). ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS AMBIENTES DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO. *Revista Baiana De Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37996>
- Ribeiro, O. M. P. L.; Martins, M. M. F. P. S.; Sousa, P. A. F.; Trindade, L. L.; Forte, E. C. N. & Silva, J. M. A. V. (2020a). Qualidade dos cuidados de enfermagem: contribuições de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Rene*, 21, Artigo. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143167>
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (10), pp. 125–134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>
- Ribeiro, P. C. P. S. V., & Costa, M. A. M. (2012a). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7). 149-158. <https://doi.org/10.12707/RIII11166>

- Ribeiro, S. (2012b). Gestão de cuidados de enfermagem: A implementação da formação em serviço na Unidade de Saúde Familiar Quinta da Prata. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8448/1/ESSTFC468.pdf>
- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1), pp. 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Rosenstock, K. I. V., Soares, M. J. G. O., dos Santos, S. R., & Ferreira, A. S. M. (2011). Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 16(4), 727-733. <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648969020.pdf>
- Ruivo, A., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Salehi, Z., Joolaei, S., Hajibabaei, F., & Ghezeljeh, T. N. (2021). The Challenges of Using Physical Restraint in Intensive Care Units in Iran: A Qualitative Study 0, 1–7, (230–243). Atlanta, GA. <https://doi.org/10.1177/1751143719892785>
- Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabaei, F., & Joolaei, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 598-608. <https://doi.org/10.1177/0969733019858711>
- Saturno, P.J. (2008). *Cómo definirmos calidad: opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad: manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud: módulo 1: conceptos básicos: unidad temática 1*. (2ª ed.) Universidad de Murcia. ISBN: 987-84-8371-752-3.
- Serrano, C. (2018). Enfermagem especializada na promoção da segurança à pessoa em situação de emergência. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24317>

- Serrano, M. T. P. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a02.pdf>
- Silva, D, Emidio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. In Nené, M., Sequeira, C. *Enfermagem de Urgência e Emergência*, (1º ed, 423-426). LIDEL
- Silva Faria, J. M., Pontífice-Sousa, P., & Pinto Gomes, M. J. (2018). La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora. *Enfermería Global*, 17(2), 477–514. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>.
- Silva, F. S. (2018). Segurança do paciente: concepção da equipe de enfermagem sobre a qualidade do cuidado. [Trabalho de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Maria Milza]. Repositório Institucional Faculdade Maria Milza. <http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/689/1/TCC%20PRONTO%2030.07.pdf>
- Silva, G. F. D., Sanches, P. G., & Carvalho, M. D. D. B. (2007). Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(1), 94-98. v11n1a17-libre.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
- Silva, Thiers De Souza. (2008). O TEMPO DO ESQUECIMENTO: a contenção física e a enfermagem psiquiátrica. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). *Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro*, 2008. <https://www.escavador.com/sobre/833856/thiers-de-souza-silva>.
- Smithard, D., & Randhawa, R. (2022). Physical restraint in the critical care unit: A narrative review. *The New Bioethics*, 28(1), 68-82. <https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. (Comissão da Competência em Emergência Médica), pp. 1-45. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

- Sousa, A. R. C. (2013). O conforto como o centro da prática [Relatório de Mestrado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa]. Veritati - *Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14636>
- Souza, D., Brandão, V., Martins, M., Morais, J. & Jesus, N. (2021). Teorias de Enfermagem: Relevância para a Prática Profissional na Atualidade. In *Teorias de Enfermagem: Relevância para a Prática Profissional na Atualidade* Editora Inovar. <https://doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-80476-74-9>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211. https://www.researchgate.net/profile/Christine-Tanner-3/publication/7003793_Thinking_Like_a_Nurse_A_Research-Based_Model_of_Clinical_Judgment_in_Nursing/links/0c9605294f14427681000000/Thinking-Like-a-Nurse-A-Research-Based-Model-of-Clinical-Judgment-in-Nursing.pdf
- Teixeira, A. & Vieira, F. (2020) O Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. Pinho, J. (1ed), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp, 21-24), LIDEL.
- Teixeira, D. (2021). Armazém Avançado em Contexto Hospitalar: Método de Reposição por Níveis (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal)
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.ª ed). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- União, Europeia, (2016). Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. *Direito e Democracia*, 457. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>
- Unidade Local de Saúde [ULS] (2021). *Guia de Integração para Enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*, (pp. 1-55).
- Unidade local de Saúde, [ULS] (2020). Plano de Atividades e Orçamento (PAO 2020). <http://www.chualgarve.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020>

- Universidade de Évora (UE) (2015). NCE/14/01772 – Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Obtido de: https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Vale, E. G., & Pagliuca, L. M. F. (2011). Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, pp. 106-113. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>
- Vila, V., & Rossi, L. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana Enfermagem. Ribeirão Preto.*, 10 (2), 137-144. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200003>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. (2ª, ed). Edições Sílabo.
- World Health Organization [WHO] (2017a). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>
- World Health Organization [WHO] (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Primary Health Care. (Health for All Series, No 1). Geneva: World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>
- World Health Organization [WHO] (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2022). Global report on infection prevention and control. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

World Health Organization [WHO] Patient Safety - Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. (2021). <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

World Health Organization [WHO], (2017b). *Patient Safety - Making health care safer*. WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-ara.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Zaccara, A. A. L., Costa, S. F. G., Nóbrega, M. M. L., França, J. R. F. S., Moraes, G. S. N. & Fernandes, M. A. (2020). Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de Fawcett. *Texto e contexto em Enfermagem*. 26(4), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002920017>

Zaslavsky, A. (2013). Da dúvida metódica ao princípio da descrença: para uma ciência da autoconsciência. *From methodical doubt to the principle of disbelief: towards a science of self-consciousness.* *Interparadigmas*, 1(1), 25-39. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38411631/Interparadigmas-Ano-01-N-01-Zaslavsky-libre.pdf?1438960741=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDa_duvida_metodica_ao_principio_da_descr.pdf&Expires=1713707580&Signature=WXL-eAvn4snbwzPASKWA1nUfzDSolyyUhfwoqBZDAL0L19rwePeLcAajuFWrn1EDrfA3BZGvDspFvMXGzagxxEa~-29jP~5H0EzOUNUs-W7yCloi27j76~clxifcLpR6cR7~fYZXiialV~0fu9eLdD~qE80JiE5UmvSfBXCdPYvfoSEAmrKUQfq-4X0~PuAblt7UXh6ws5vFtlRvncnSOZTTrNbiU7Ybjfd3YPPzfGpvlkaolM3WrqhDVRxZsi56DxYb9KSnRmSwa72r3Y3vepvGK8iZ6x8HNQ1Mm8qZdGG1omWPtyaBZBAAYJ2nfZ-gS4G6xpaEdywwSjdqXt~dnA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

APÊNDICES

APÊNDICE I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR CLÍNICO DA UCIP PARA DESENVOLVER A TEMÁTICA



Termo de autorização local

Estudo de investigação A Contenção Mecânica na PSC na UCIP-Fora

(Nome) _____, na qualidade de Diretor do
Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável (sublinhar o que interessa) de SHI-1, declaro que
autorizo / dou parecer favorável (sublinhar o que interessa), à execução do Estudo de Investigação acima mencionado
e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de
trabalhos e os meios apresentados.

Data 16/11/2023

Assinatura _____

APÊNDICE II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA ENFERMEIRA COORDENADORA DA UCIP PARA DESENVOLVER A TEMÁTICA



Termo de autorização local

Estudo de investigação A Contenção Mecânica na PSC na UCIP/Fono

(Nome) _____, na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável (sublinhar o que interessa) de UCIP/Fono declaro que autorizo / dou parecer favorável (sublinhar o que interessa), à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 3/10/2023

Assinatura _____

APÊNDICE III

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS



Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do

Assunto: Estudo de Investigação A Contenção Mecânica na UCIP (título)

Flávio Renato do Santos Alves (nome completo), na qualidade de Investigador Principal
/ Investigador Responsável / Aluno (sublinhar o que interessa), vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para
realizar no () o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo
com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 10/19/2023

Assinatura

APÊNDICE IV-

PROPOSTA DO PRÉ-PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPS



Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Universidade de Lisboa
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2023/2024

Unidade Curricular: **Estágio Final**

A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP

Professor Orientador:
Professor Doutor Adriano Pedro

Enfermeira Orientadora:
Enfª Especialista em Enfermagem
Médico-Cirúrgica LP

Discente:
Flávio Alves nº 22949

**Setembro
2023**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LUÍSA DIAS

**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde**

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
2023/2024

Unidade Curricular: **Estágio Final**

A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP

Professor Orientador:
Professor Doutor Adriano Pedro

Enfermeira Orientadora:
Enfª Especialista em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na PSC LP

Discente:
Flávio Alves nº 22949

**Setembro
2023**

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EMC– Enfermagem Médico Cirúrgica

PSC – Pessoa em Situação Crítica

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] do Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], lecionada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem, da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre cujo o contexto clínico, decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [UCIP] da Unidade Local de Saúde [ULS]. A orientação clínica foi guiada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica L P e a orientação pedagógica pelo Professor Doutor Adriano Pedro.

O Estágio Final representa mais um passo na caminhada para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro-Especialista em [EMC-PSC] e de Mestre em Enfermagem, depois da reunião com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Coordenadora da (UCIP) 1 foi identificada a necessidade desenvolver um projeto de intervenção profissional sobre a contenção mecânica na Pessoa em Situação Crítica [PSC] na UCIP de Faro com vista à promoção da qualidade de cuidados de enfermagem e à garantia da segurança da PSC.

A elaboração desde projeto de intervenção profissional surge para aprovação do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da ULS.

FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A Enfermagem como profissão surge com base na evidência científica, na compressão pessoal e na experiência do exercício, a reflexão crítica sobre a prática é fundamental no processo de ensino e aprendizagem, é expressa como uma exigência da relação entre a teoria e a prática e a falta dessa reflexão pode gerar uma teoria caracterizada pela mera transferência de saberes e pela prática em ativismo (Freire, 2014 *cit in* Araújo et al., 2018).

Os Serviços de Medicina Intensiva têm como objetivo a vigilância e o tratamento de doentes críticos, independentemente do local onde se encontram no hospital. Estes serviços integram doentes com situações clínicas potencialmente reversíveis, com necessidade de monitorização contínua e apoio às funções vitais, sendo assim necessário a existência de equipas médicas e de enfermagem especializadas e treinadas para a prestação de cuidados ao doente crítico de forma interrupta. São ainda serviços dotados de recursos materiais e tecnológicos avançados e atualizados (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2013).

Assentando no Regulamento n.º 135/2018, de 16 de julho, é descrito no Anexo II, que o [EE] em [EMC] para cuidar da PSC, tem de ser capaz de prever e detetar precocemente, promovendo a estabilização, manutenção e recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Neste processo, sabe-se que prevenir complicações e eventos adversos passa por conceber, implementar e avaliar planos de intervenção, onde a promoção da saúde e a prevenção da doença assumem importância para prevenir recidivas indesejadas (OE, 2018).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] a contenção mecânica é a utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos da pessoa, devem ser vistos como incidentes para a segurança da pessoa porque põem em risco a sua integridade física, psicológica e humana, bem como dos profissionais de saúde.

Face ao exposto, compreende-se que os enfermeiros no seu quotidiano profissional têm necessidade de tomar decisões difíceis relativamente à utilização destes dispositivos pelo que, devem previamente refletir sobre a causa da agitação psicomotora, pressupondo antes da sua colocação uma abordagem com recursos a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Neste contexto torna-se importante averiguar este tema da contenção mecânica, por forma

a adotar medidas sobre técnicas preventivas dando a conhecer novas diretrizes e protocolos de atuação em UCI.

METODOLOGIA

No desenvolvimento deste projeto será utilizada a Metodologia de Projeto visto ser impulsionadora para uma prática baseada na evidência e que segundo Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L., (2010) refere-se a uma investigação que deve ser centrada num problema real identificando a sua necessidade de intervenção e a implementação de estratégias eficazes para a sua resolução.

OBJETIVO GERAL

- Ponderar a utilização da contenção mecânica pelos profissionais de enfermagem em contexto de UCI.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Descrever o uso da contenção mecânica na UCIP;
- Identificar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros sobre a contenção mecânica;
- Ajudar na tomada de decisão sobre o uso da contenção mecânica na PSC;
- Reconhecer as medidas alternativas, farmacológicas e não farmacológicas, à contenção mecânica.

CONTEXTO CLÍNICO

- Unidade de cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Local de Saúde.

POPULAÇÃO – ALVO

- Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Unidade Local de Saúde.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Utilização de um questionário como instrumento de diagnóstico de situação com objetivo de realizar a caracterização sociodemográfica, profissional, e académica equipa de enfermagem, bem como conhecer a sua perceção acerca da contenção mecânica;
- Elaboração de um procedimento de enfermagem sobre a contenção mecânica na UCIP;
- Divulgação e apresentação da norma de serviço através de um momento formativo à equipa de enfermagem.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aprovação da norma de serviço na UCIP por parte da Enfermeira Coordenadora e do Diretor de Serviço e posteriormente pelo Conselho de Administração da ULS;
- Implementação da norma como instrumento de apoio e orientação da equipa de enfermagem na UCIP.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

- Realizar auditorias periódicas para avaliar se a Norma da contenção mecânica é devidamente aplicada e se os resultados da sua aplicação estão de acordo com o esperado.

CONCLUSÃO

A elaboração da presente proposta para o EF reflete a nossa prática clínica que é imprevisível e complexa. Associada aos múltiplos cuidados de saúde que cada vez mais as pessoas carecem e satisfazendo a sua procura, é imprescindível um grau de competências e conhecimentos elevados. Cabe aos EE motivados pelas suas bases teóricas e experimentais, clarificar e auxiliar a desenvolver metas que supram e promovam a melhoria dos cuidados prestados.

Com frequência, os enfermeiros são instigados a sair da sua zona de conforto para dar resposta efetiva e devidamente fundamentada às necessidades dos mais vulneráveis e com a sua saúde afetada. Importa salientar que este trabalho se assume como um contributo para a prática de enfermagem especializada, ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com implicações positivas na futura prática profissional. Diz isto porque, ao realizar-se o presente trabalho, adquiriram-se mais conhecimentos sobre um tema tão pouco falado e complexo, que merece mais reflexões. Todavia, enfrentei algumas dificuldades no que refere à pesquisa de evidência científica mais recente e Normas devidamente fundamentadas e atualizadas disponíveis sobre a temática. Assim sendo, para se fazer avançar a Ciência da Enfermagem, melhorar a prática dos enfermeiros e os resultados da sua intervenção nos mais variados contextos, é fundamental transmitir-se a premissa não só o valor do conhecimento baseado em evidências, mas também como aceder a esse conhecimento, avaliá-lo e aplicá-lo corretamente, conforme necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. República Portuguesa. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Araújo, B., Machado, A., Rossi, C., Pacheco, S., & Rodrigues, B. (2018). Referencial teórico metodológico de Paulo Freire: contribuições no campo da enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, e 27310. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.27310>
- Direção Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. <https://www.dgs.pt/pesquisa.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série — n.º 135 — 16 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010) – Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Nº 15.

APÊNDICE V

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ESTÁGIO FINAL - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - ULS - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Fases	Atividades	Tempo	2023 / 2024											
			Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril				
Planeamento	Elaboração e entrega da proposta de Projeto de Estágio													
	Elaboração do pedido de autorização ao Conselho de Administração													
	Entrega do pedido de autorização ao Conselho de Administração													
	Entrega do pedido de proposta do projeto aos Serviços Académicos ao Instituto Politécnico de Portalegre													
	Definição dos objetivos gerais e específicos													
	Definição das atividades													
	Definição das estratégias e recursos													
	Elaboração do cronograma das atividades													
Execução	Pesquisa bibliográfica													
	Elaboração da scoping review													
	Selecionar o diagnóstico e intervenções para o projeto													
	Elaboração da Norma de Serviço													
	Planeamento da formação em serviço													
	Elaboração da apresentação para a formação em serviço													
	Divulgação da formação em serviço													
	Realização da formação em serviço													
Avaliação	Elaboração do instrumento de avaliação da formação em serviço													
	Implementação do instrumento de avaliação da formação em serviço													
	Análise dos dados recolhidos pelo instrumento													
	Submissão da Norma de Serviço ao Conselho de Administração													
	Divulgação dos dados recolhidos													
	Elaboração do Relatório de Estágio													
	Entrega do Relatório de Estágio													
	Entrega do pedido de prova pública para SA do IPP													

APÊNDICE VI

QUESTIONÁRIO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SOBRE A TEMÁTICA DO
PIP NA UCIP

A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP

QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ANÁLISE DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Eu, Flávio Renato do Souto Alves, enfermeiro na ULS – Unidade Local de Saúde de Faro, a desempenhar funções no Serviço de Urgência Polivalente e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no âmbito das Unidades Curriculares “Estágio Final” e “Relatório de Mestrado”, encontro-me a desenvolver um projeto intitulado: A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP, cuja finalidade é obter dados para o diagnóstico de situação e opiniões dos enfermeiros da UCIP sobre a temática em questão.

Para realização de um diagnóstico de situação apropriado solicita-se a colaboração dos Enfermeiros da UCIP da ULS – Unidade Local de Saúde de Faro, através do preenchimento do presente questionário.

Este questionário encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem e a segunda parte consiste na apreciação da pertinência da intervenção.

O questionário é anónimo e respeita a confidencialidade das respostas, a sua utilização será dirigida a fins académicos e tem a duração aproximada de 5 a 9 minutos.

O meu sincero agradecimento pela colaboração e disponibilidade para o preenchimento deste questionário

Enfº Flávio Alves

(Enfermeiro na Unidade Local de Saúde de Faro, serviço de Urgência Polivalente.

Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica).

Consentimento informado, esclarecido e livre

Aceita participar voluntariamente neste questionário após tomar conhecimentos das informações supracitas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Caracterização Sociodemográfica, Académica e Profissional

1. Género:

FEMININO		MASCULINO	
----------	--	-----------	--

2. Idade (anos):

< a 29 anos		30-39 anos		40-49 anos		>50 anos	
-------------	--	---------------	--	------------	--	----------	--

3. Formação Académica:

Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	
-------------	--	--------------	--	----------	--	--------------	--

4. Possui Título Profissional de Especialista em Enfermagem?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

5. Se sim, qual (ais) áreas de Especialidade:

Enfermagem Médico Cirúrgica		Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa/ Crónica		Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica		Enfermagem Comunitária e de saúde Pública		Enfermagem de saúde Familiar	
Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica		Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica		Enfermagem de Reabilitação		Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória/	

6. Experiência profissional (anos)?

0-5 anos		6-10 anos		11-15 anos		16-20 anos		>21 anos	
----------	--	-----------	--	------------	--	------------	--	----------	--

7. Experiência profissional em UCIP (anos)?

0-5 anos		6-10 anos		11-15 anos		16-20 anos		>21 anos	
----------	--	-----------	--	------------	--	------------	--	----------	--

Pertinência da temática

1. Conhece a Norma da Direção Geral da Saúde referente a contenção mecânica?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

2. Considera as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

3. No uso da aplicação de medidas de contenção esgota as medidas preventivas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

4. Considera obter o consentimento da pessoa, família ou pessoa significativa antes da contenção?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

5. Considera ajustar a medida de contenção à situação da pessoa?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

6. Reavalia a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

7. Após a contenção mecânica, efetua o registo no processo clínico da pessoa?

Nunca		Às vezes		Frequentemente		Quase sempre		Sempre	
-------	--	----------	--	----------------	--	--------------	--	--------	--

8. A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do doente?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

9. Detém alguma formação na área de contenção Mecânica?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

10. Se respondeu sim à questão anterior, indique em que contexto obteve a formação:

Académica		Formação Hospitalar		Entidade Externa	
-----------	--	---------------------	--	------------------	--

11. Na sua opinião, considera ser relevante formação na área da contenção mecânica para promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

12. Considera importante a elaboração de uma Norma de procedimento que sistematize a contenção mecânica na UCIP?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

13. Com base no seu conhecimento e experiência, identifique quais as razões ou critérios para colocação de medidas de contenção mecânica à pessoa em situação crítica?

APÊNDICE VII

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO FORMADOR

A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO FORMADOR DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE PROFESSIONAL NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Eu, Flávio Renato do Souto Alves, enfermeiro na ULS de Faro, a desempenhar funções no Serviço de Urgência Polivalente e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre , no âmbito das Unidades Curriculares “Estágio Final” e “Relatório de Mestrado”, encontro-me a desenvolver um projeto intitulado: A Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP, cuja finalidade é obter dados sobre a avaliação da formação e do formador e opiniões dos enfermeiros da UCIP sobre a temática em questão.

Para realização da avaliação da formação e do formador, solicita-se a colaboração dos Enfermeiros da UCIP da Unidade Locas de Saúde de Faro, através do preenchimento do presente questionário.

O questionário é anónimo e respeita a confidencialidade das respostas, a sua utilização será dirigida a fins académicos e tem a duração aproximada de 5 minutos.

O meu sincero agradecimento pela colaboração e disponibilidade para o preenchimento deste questionário.

Enfº Flávio Alves

(Enfermeiro na Unidade Local de Saúde de Faro, no serviço de Urgência Polivalente.

Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica).

1. Considera que a formação apresentada correspondeu às suas expetativas?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

2. Considera que os conteúdos da formação contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

3. Na sua opinião a metodologia utilizada para a formação foi adequada?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

4. Na sua opinião os recursos didáticos foram adequados?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

5. Considera que a duração da formação foi adequada?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

6. Na sua opinião, a linguagem utilizada pelo formador foi a mais adequada?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

7. Considera que a relação formador/formandos foi adequada?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

8. Considera que a sessão de formação foi de encontro às necessidades do serviço?

Totalmente		Em Parte		Pouco		Nada	
------------	--	----------	--	-------	--	------	--

9. Indique neste espaço os aspetos que considerou mais positivos?

10. Indique neste espaço os aspetos que considerou menos positivos?

11. Indique neste espaço a sua sugestão de melhoria?

APÊNDICE VIII

PROPOSTA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL ENTREGUE AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação RESUMO DE PROJETO DE ESTÁGIO COM RELATÓRIO	
	Ano Letivo: <u>2023</u> / <u>2024</u>

No âmbito da Unidade Curricular [UC] do Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], lecionada no VII Curso de Mestrado em Enfermagem, da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre cujo o contexto clínico, decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [ULS] da Unidade Local de Saúde – Unidade de Faro.

O tema escolhido para o PIP foi a contenção mecânica na PSC em contexto de UCIP, em que o conceito de contenção mecânica pode ser definido como utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente que lhe esteja adjacente ou anexo e que não consiga controlar ou remover facilmente (DGS, 2011). É uma medida que tem como objetivo otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, contudo, a sua utilização é por vezes indevida, causando complicações físicas e psicológicas e comprometendo a dignidade, liberdade e autonomia das pessoas a ela submetidas.

abr-24 | Página 214

dor tornando a PSC particularmente vulnerável a ser submetida a estas medidas. Estes aspetos complexificam a tomada de decisão que no caso particular dos enfermeiros, é tida como um processo de deliberação ética que envolve a manutenção da integridade física, psicológica e moral da pessoa, (Smithard, et., al 2022).

Deste modo o objetivo geral para o PIP é analisar com os enfermeiros a utilização da contenção mecânica da PSC na UCI - Unidade de Faro. Serão realizadas observações diretas sobre as práticas dos enfermeiros da UCI e aplicado um questionário em tempo apropriado para a extrair dados sociodemográficos, académicos e profissionais caracterizadores dos diferentes elementos da equipa de Enfermagem.

PLANO DO PROJETO

Após uma entrevista exploratória não estruturada com a Enfermeira Orientadora foi efetuado uma análise crítica sobre o serviço referente à utilização da contenção mecânica na abordagem a PSC com agitação, dor ou alteração do estado de consciente e intervenção de enfermagem sobre a contenção. Neste momento não existe nenhuma norma de serviço, sentindo-se uma grande necessidade da equipa de enfermagem em melhorar as intervenções e cuidados de enfermagem á PSC com ou sem necessidade de contenção mecânica.

O objetivo geral conforme citado acima é analisar com os enfermeiros a utilização da contenção mecânica da PSC na UCI - Unidade de Faro.

Os objetivos específicos são:

- Caraterizar a equipa de Enfermagem quanto ao seu perfil sociodemográfico, académico e formativo;
- Mapear a evidência mais atual, através de uma Evidência Textual Narrativa sobre a contenção mecânica na PSC na UCI;
- Realizar uma sessão de formação em serviço acerca da temática;
- Elaborar um procedimento de atuação dos enfermeiros de modo a uniformizar as práticas de contenção mecânica na UCI.

Para delinear estrategicamente as intervenções realizadas, será efetuada uma análise *SWOT*, por forma a compreender com maior coerência a realidade da equipa de Enfermagem. Será elaborado e aplicado um questionário de avaliação sociodemográfica, académica, e profissional, e para identificar as dificuldades dos diferentes elementos da equipa. Para fundamentar a intervenção realizarei uma Evidência Textual Narrativa garantindo a síntese da mais recente evidência científica, em congruência com a opinião de Peritos sobre a contenção mecânica e será desenvolvida uma sessão de formação em serviço para dar a conhecer e discutir o procedimento elaborado, sendo que, para perceber o seu impacto existirá no final a avaliação da formação e do formador. Após a análise dos resultados, estes serão divulgados ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Faro sob a forma de uma proposta de Norma de Serviço e elaboração de uma grelha para auditar as práticas na análise resultados, para uma melhoria dos mesmos na UCI.

Pretende-se que os enfermeiros da UCI passem a aplicar a Norma de Serviço a nível teórico e prático perante a complexidade da PSC.

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- Direção Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf
- Smithard, D., & Randhawa, R. (2022). Physical restraint in the critical care unit: A narrative review. *The New Bioethics*, 28(1), 68-82. <https://doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979>
- Aguilera-Serrano, C., Goodman-Casanova, J. M., Bordallo-Aragón, A., García-Sánchez, J. A., Mayoral-Cleries, F., & Guzmán-Parra, J. (2023, July). Attitudes about Mechanical Restraint Use in Mental Health Hospitalization Services: A Spanish Survey. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 13, p. 1909). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131909>

APÊNDICE IX

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA REDUZIR A NECESSIDADE DA CM NA UCIP

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Físico/Fisiológico	
Abordagem	Intervenções
Avaliar, prevenir e tratar a Dor. <u>Justificação:</u> A dor na pessoa internada em UCI é frequente, tem múltipla etiologias e apresenta variabilidade inter-individual. A Dor na pessoa em situação crítica é comum em repouso e durante procedimentos, incluindo atividades regulares (ex. mobilização) ou procedimentos simples (ex. inserção de cateter arterial).	- Avaliar a Dor através de escalas validadas a cada 2h e SOS, através da escala BPS (<i>Behavioral Pain Scale</i>) ou Escala numérica/visual da dor; - Intervenções não farmacológicas para alívio da dor (Posicionamento, massagem, terapia de quente ou frio quando dor localizada); - Intervenções farmacológicas para tratar a dor • Os opióides devem ser a 1ª linha para a dor não neuropática; • O opióide de 1ª linha é o Fentanil; • A morfina deve ser utilizada em bólus para analgesia na transição da pessoa para a enfermaria, após suspensão do Fentanil (evitar síndrome de abstinência); • Devem ser associados analgésicos não opióides (Paracetamol e/ou metamizol) para reduzir a dose de opióides e diminuir eventos adversos; • Associar aos opióides, gabapentina ou carbamazepina se Dor Neuropática; • Analgesia Epidural na presença de traumatismos torácicos, pancreatites, cirurgias abdominais; <u>Administrar analgesia sempre, antes de qualquer procedimento invasivo ou doloroso.</u>
Escolha da Sedação <u>Justificação:</u> Os objetivos de analgesia e sedação, o modo	-Diariamente deve ser prescrito um nível de sedação adequado à situação clínica da pessoa; -Monitorizar através da Escala de Agitação/Sedação de <i>Richmond</i> – RASS

de administração e os fármacos utilizados devem ser individualizados e de acordo com a patologia base e com a situação aguda que motivou o internamento.	-A sedação deve ser monitorizada 2xturno; - Suspensão diária da sedação: • O sedativo de 1ª Linha será o Propofol 2% (< 4 mg/kg/h); • Se esta dose não for suficiente para atingir o nível de RASS desejado, associar Cetamina (varia com o contexto); • <u>Midazolam</u> – 150 mg (3 ampolas de 50 mg/10 ml) até 50 ml de SF (3mg/ml); - Recomendações na terapêutica Sedativa para alvos de Rass -3/0: • O sedativo de 1ª Linha será o Propofol 2% (< 4 mg/kg/h) • Quando Rass de -3, deve ser associado Dexmedetomidina (8mcg/ml); • Quando atingido Rass 0, iniciar desmame de Dexmedetomidina de forma lenta ao longo de 24 a 48h (de acordo com protocolo terapêutico); • Em caso de necessidade de suspensão de Dexmedetomidina sem tempo de desmame, esta pode ser substituída por clonidina, o seu efeito máximo é entre 2 a 4 h. Ao fim de 6h reduzir gradualmente a dexmedetomidina em 25% (varia com o contexto);
Suspensão diária da sedação com treinos de ventilação espontânea. <u>Justificação:</u> promover o desmame ventilatório o mais	- Utilizar protocolos de Interrupção Diária da Sedação com Testes de Respiração Espontânea; - Suspender a sedação no período da manhã; • Se não tolerar reiniciar em 50% da dose;

precocemente possível e permitir à pessoa estar desperta e consciente.	• Reduzir sedação para 50% no período da manhã (protocolo UCIP);
Promoção do Sono <u>Justificação:</u> O sono integra-se no sistema de sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve. Esta é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar.	- <u>Reduzir a luminosidade da sala/unidade:</u> • Regular a luminosidade junto da pessoa; • Diminuir a intensidade da luz na unidade; • Facultar máscara para os olhos; • Regular os níveis de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência de luz). • Permitir que a pessoa perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono. - <u>Reduzir o Ruído</u> • Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar; • Facultar tampões para os ouvidos; • Abrir e fechar portas e gavetas lentamente; • Diminuir o som do telefone no período da noite; • Ajustar os limites dos alarmes dos monitores, ventiladores e bombas infusoras; - <u>Reduzir a Prestação de Cuidados</u> • Modificar o horário da medicação (se possível); • Evitar colheitas analíticas no período da noite; • Evitar frequentes reposicionamentos no período noturno; • Evitar cuidados de higiene, higiene oral, limpeza ocular; - <u>Controlar a Dor, ansiedade e desconforto</u> • Avaliar e controlar a dor; • Realizar técnicas de relaxamento (musicoterapia e massagem);

	• Lençóis limpos, esticados e sem pregas; Fornecer Indutores do sono, antipsicóticos.
Mobilização Precoce <u>Justificação:</u> fundamental na recuperação da funcionalidade e no ganho da autonomia após a alta	Sugere-se Reabilitação - conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em pessoas com um problema de saúde. Sugere-se Mobilização – um tipo de intervenção dentro da reabilitação que facilita o movimento com o objetivo de melhorar os outcomes para a pessoa. Sugere-se a mobilização sobretudo nos períodos de despertar com treino de respiração espontânea. Infusões vasoativas ou ventilação mecânica não são barreiras para iniciar reabilitação/mobilização, se estabilizados.
Remover os dispositivos invasivos o mais precocemente possível. <u>Justificação:</u> As presenças de dispositivos médicos invasivos são promotoras de dor e desconforto, bem como suscetíveis de infeção.	- Avaliar diariamente a necessidade da permanência dos dispositivos invasivos; - Explicar à pessoa a necessidade dos mesmos, o que são, para que servem e qual a vantagem da sua colaboração; - Manutenção adequada dos mesmos para diminuir risco de infeção; - Remover logo que não sejam, necessários.
Psicológicos	
Abordagem	Intervenções
Comunicação eficaz <u>Justificação:</u> Uma comunicação eficaz permite à pessoa internada sentir-se parte do seu processo de doença bem como fomenta a confiança na equipa.	Tratar a pessoa pelo seu nome; - O profissional deve sempre apresentar-se e estar identificado; - Reorientar a pessoa no tempo e no espaço (relógios, calendários em locais visíveis); - Ter uma relação de empatia e tranquilidade para com a pessoa;

	- Explicar sempre os procedimentos antes de os realizar; - Usar tradutores e familiares para facilitar a comunicação.
Envolvimento da Família <u>Justificação:</u> envolver a família no cuidado durante uma doença crítica tem um impacto positivo na qualidade e na segurança e pode diminuir a ansiedade, a confusão e a agitação.	- Envolver a família no Plano de Cuidados à Pessoa internada em UCI; - A família é extraordinariamente importante na recolha da história da pessoa internada (antecedentes, terapêutica habitual, hábitos/consumos, comportamento, preferências...) - Facilitar o processo de adaptação da família à doença crítica do seu familiar; - Diminuir o impacto do internamento em UCI na dinâmica familiar; - Promoção de reunião diária entre família, enfermeiro e médico; - Flexibilização da visita, otimização de horários; - Personalização da unidade da pessoa internada.
Estimulação Cognitiva e Sensorial <u>Justificação:</u> estimular a função cognitiva da pessoa bem como proporcionar ocupação e distração, ajudando na distinção do dia e da noite.	- Implementar técnicas diurnas de estímulo cognitivo: ler, ouvir música, ver televisão, mobilização, visita familiar; - Facultar meios auxiliares de visão e audição; - Manter um ambiente tranquilo, controlando o ruído e o comportamento dos profissionais; - Incentivar a visita e o envolvimento dos familiares nos cuidados de Enfermagem; - Colocação de cortinas e manutenção da privacidade; - Garantir acesso a espaço exterior.

Avaliar, prevenir e tratar o Delírium <u>Justificação:</u> Monitorizar o <i>delírium</i> permite um diagnóstico diferencial de outros síndromes como a Confusão.	- A identificação do <i>delírium</i> deve ser feita utilizando a escala CAM-ICU (<i>Confusion Assessment Method – in ICU</i>) e da escala ISDCS; - O CAM-ICU deve ser aplicado 2x/dia, na manhã e na tarde; - A escala ISDCS deve ser realizada 1x/dia na tarde; - Intervenções não farmacológicas para prevenir o <i>delírium</i> (todas as descritas anteriormente); - Intervenções farmacológicas para tratar a Agitação: • Benzodiazepinas não devem ser utilizadas como sedação de 1ª linha (exceto em situações particulares como o tratamento do <i>delírium tremens</i>, da síndrome de privação das benzodiazepinas, álcool ou drogas); • Haloperidol bólus 0,5 até 5 mg EV 20-30 min se agitação ligeira (RASS +1, +2); • Haloperidol bólus 5 até 20 mg EV 20-30 min se agitação intensa (RASS +3, +4); • Quetiapina 25 mg oral 2x/dia (12/12 horas); • Olanzapina < 60 anos – 10 mg oral 2x/dia ou > 60 anos – 5 mg oral 1x/dia (varia com o contexto); • Sedação com Dexmedetomidina conforme protocolo.
Ambiental	
Abordagem	Intervenções
Promover ambiente seguro	- Remover dispositivos ou equipamentos que possam colocar em risco a integridade ou a vida da pessoa ou profissionais; - Promover um ambiente tranquilo;

	- Fomentar a presença de um familiar para tranquilizar a pessoa; - Sempre que possível a dotação de Enfermeiro-Pessoa deve ser de 1:1.
--	--

APÊNDICE X

NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM “PREVENÇÃO DA CONTENÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

Tendo em conta a importância atual da prestação de cuidados pautada pela visão holística da pessoa, o efeito que a contenção mecânica [CM] tem no outcome dos cuidados a adultos internados no serviço de medicina intensiva, continua a ser controverso.

A CM em unidades de cuidados intensivos [UCI] é frequentemente utilizada, embora as taxas de prevalência variem muito de país para país, podendo ir dos 0% em alguns países europeus a mais de 75% na América do Norte (Devlin et al., 2018, Rodrigues et al, 2020).

abr-24 | Página 227

alternativas não farmacológicas e farmacológicas (DGS, 2011; Adams et al, 2023; Lucento et al, 2023). A literatura cita a necessidade de desenvolver diretrizes, fluxogramas de atuação baseadas em evidências para que as equipas multidisciplinares possam adotar intervenções demonstrando uma estratégia segura na melhoria da qualidade dos cuidados.

II – DEFINIÇÕES

A DGS (2011), definiu cinco tipos de contenção;

- **Contenção Mecânica:** utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente;
- **Contenção física:** situação em que uma ou mais pessoas da equipa multidisciplinar seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco;
- **Contenção Ambiental:** recurso a intervenções que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica;
- **Contenção Química/Farmacológica:** medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

III – OBJETIVOS

A norma de procedimento hospitalar que se apresenta tem como objetivo geral:

- Prevenir a utilização da contenção mecânica na PSC em contexto de UCI.

Como objetivos específicos:

- Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas alternativas à utilização da CM;
- Enumerar as complicações da CM;
- Definir itens de avaliação à pessoa com CM;
- Conhecer as causas subjacentes de comportamentos inseguros;

- Uniformizar procedimentos de abordagem à PSC com dor, agitação e confusão;
- Construir um fluxograma de atuação para prevenir a utilização da CM.

IV – DESTINATÁRIOS

- Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] – Unidade de Faro.

V – CONTEXTUALIZAÇÃO

Os enfermeiros em Portugal exercem a sua prática profissional de acordo com o Código Deontológico, o qual, no seu artigo 99º, refere que “todas as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a). Neste sentido, dita a boa prática que os enfermeiros devem fazer uma abordagem sistematizada e completa da pessoa por forma a avaliar as causas tratáveis e reversíveis de comportamentos inseguros, adequando intervenções não farmacológicas e farmacológicas de modo a reduzir ou eliminar a CM (Adams et al, 2023; Lucento et al, 2023). A evidência é explícita e conforme naquilo que é a importância da avaliação da dor, agitação/sedação ou estado de *delirium*, a interpretação do comportamento da pessoa por escalas validadas utilizadas sistematicamente bem como na relevância das intervenções não farmacológicas precedentemente às intervenções farmacológicas (Salehi et al, 2021).

A utilização da CM enraíza-se no conhecimento, atitudes, perceção e capacidade de tomada de decisão da equipa multidisciplinar (Cui et al 2021). É justificável, contribuir para contrariar esta convicção, uma vez que a eficácia da CM é cada vez mais duvidosa para a prevenção da auto remoção de dispositivos de suporte de vida quando confrontada com o modelo eCASH (conforto precoce com analgesia, sedação mínima e cuidado humanizado) que defende a pessoa crítica calma, colaborante e confortável (Vincent et al., 2016), ou o Pacote ABCDEF (Avaliar, prevenir e controlar a dor, testes de despertar espontâneo e respiração espontânea, escolha da sedação e analgesia, avaliação, prevenção e tratamento do *delirium*, mobilização precoce e comunicação e envolvimento familiar) desenvolvido por Devlin (2018).

Este interesse na adequação/uniformização da indicação de CM e nas condições de prática clínica, conduziu ao desenvolvimento de um conjunto de orientações que defendem que esta deve ser utilizada como último recurso e como medida excecional, propondo um conjunto de medidas que diminuam a sua necessidade.

VI – PRESSUPOSTOS DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO DA CM

Na literatura não existem procedimentos padronizados relativos à prática da CM, o que resulta na falta de decisões padronizadas e práticas realizadas sem o consentimento, transformando a decisão de CM uma decisão individual (Ertugrul et al., 2019). A maioria dos enfermeiros nas UCI enfrentam dilemas éticos relativamente à tomada de decisão sobre o uso da CM.

Salehi et al. (2020), demonstrou que 36% dos enfermeiros enfrentam dilemas éticos durante o processo de decisão de CM. Nueva et al., (2022), refere que estudos recentes tendem a estimular a reflexão acerca deste tema, questionando a sua prática e falta de uniformização de procedimento. Cada vez mais a equipa multiprofissional está sensibilizada para alcançar um cuidado individualizado à PSC com alterações do comportamento, fundamentando-se em protocolos e políticas de saúde. O cuidado a PSC com alterações comportamentais é complexo e deve ser elaborado sempre por uma equipa multidisciplinar na qual o enfermeiro é um elo importante (Maximo et al. 2019).

O uso da CM não é isento de complicações ou eventos adversos (tabela 3), por essa razão a sua utilização só deve ser aplicada quando as intervenções não farmacológicas e farmacológicas não forem suficientes para atingir o objetivo desejado.

Complicações da CM	
Agitação	Úlcera por pressão
Ansiedade	Trauma da pele
Atrofia muscular	Stress
Confusão	Contraturas
<i>Delírium</i>	Hematomas
Depressão	Raiva/Agressividade
Fraturas	Lesão nervosa

Tabela 3: Complicações da CM adaptado de (Smithard et al., 2022).

VII – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

Os enfermeiros ocupam um lugar crucial na avaliação, intervenção e tratamento da PSC com alteração do seu comportamento. Por serem os profissionais que mais tempo passam junto da pessoa internada, são aqueles que mais rapidamente detetam alterações, intervêm e previnem complicações.

Tão importante como identificar uma alteração do comportamento na pessoa internada em UCI é a capacidade para identificar as causas subjacentes à mesma. Uma alteração do comportamento pode ter uma ou múltiplas causas relacionadas com a própria pessoa (histórico de comportamento), fatores fisiológicos, fatores psicológicos, medicação instituída (analgesia e /ou sedação) e o próprio ambiente da UCI.

Avaliação das Causas Subjacentes de Comportamentos Inseguros	
Avaliação	Estratégia
Histórico de Comportamento	Obter informações sobre antecedentes de comportamento inseguro da PSC junto da família e de cuidadores;
Fatores Fisiológicos	Avaliar os níveis de sedação e de dor, os distúrbios eletrolíticos, a infeção, hipotensão, semiologia urinária ou retenção fecal, sono inadequado e dificuldade na mobilidade e equilíbrio;

Fatores Psicológicas	Avaliar a capacidade de comunicação (sequelas de acidentes vascular cerebral, demência e diferentes idiomas primários), depressão, ansiedade, impulsividade, agitação, abuso de substâncias (droga, álcool e nicotina) e transtorno de stress.
Medicamentos	Identificar medicamentos que podem contribuir para a confusão, <i>delirium</i> , e alteração da marcha e quedas;
Ambiente	Avaliar a segurança da pessoa, cama com grades laterais, dispositivos médicos fixos e avaliar a necessidade do seu uso, gerir os equipamentos (alarmes dos monitores, ventiladores e bombas infusoras), iluminação, níveis de ruído e temperatura;

Tabela 4: Avaliação das Causas Subjacentes de Comportamentos Inseguros adaptado de (Lach et al., 2016).

Conhecer as causas subjacentes e promotoras de comportamentos inseguros permite uma intervenção dirigida e atempada.

Na tabela 5 encontram-se descritas as intervenções de enfermagem que visam reduzir ou evitar as causas promotoras de comportamentos inseguros.

Intervenções de enfermagem para reduzir a necessidade da CM	
Físico/Fisiológico	
Abordagem	Intervenções
Avaliar, prevenir e tratar a Dor. <u>Justificação:</u> A dor na pessoa internada em UCI é frequente, tem múltipla etiologias e apresenta variabilidade interindividual. A Dor na pessoa em situação crítica é comum em repouso e durante procedimentos, incluindo atividades regulares (ex. mobilização) ou procedimentos	- Avaliar a Dor através de escalas validadas a cada 2h e SOS, através da escala BPS (<i>Behavioral Pain Scale</i>) ou Escala numérica/visual da dor; - Intervenções não farmacológicas para alívio da dor (Posicionamento, massagem, terapia de quente ou frio quando dor localizada); - Intervenções farmacológicas para tratar a dor - Os opióides devem ser a 1ª linha para a dor não neuropática; - O opióide de 1ª linha é o Fentanil;

simples (ex. inserção de cateter arterial).	• A morfina deve ser utilizada em bólus para analgesia na transição da pessoa para a enfermaria, após suspensão do Fentanil (evitar síndrome de abstinência); • Devem ser associados analgésicos não opióides (Paracetamol e/ou metamizol) para reduzir a dose de opióides e diminuir eventos adversos; • Associar aos opióides, gabapentina ou carbamazepina se Dor Neuropática; • Analgesia Epidural na presença de traumatismos torácicos, pancreatites, cirurgias abdominais; <u>Administrar analgesia sempre, antes de qualquer procedimento invasivo ou doloroso.</u>
Escolha da Sedação <u>Justificação:</u> Os objetivos de analgesia e sedação, o modo de administração e os fármacos utilizados devem ser individualizados e de acordo com a patologia base e com a situação aguda que motivou o internamento.	-Diariamente deve ser prescrito um nível de sedação adequado à situação clínica da pessoa; -Monitorizar através da Escala de Agitação/Sedação de <i>Richmond</i> – RASS -A sedação deve ser monitorizada 2xturno; - Suspensão diária da sedação: • O sedativo de 1ª Linha será o Propofol 2% (< 4 mg/kg/h); • Se esta dose não for suficiente para atingir o nível de RASS desejado, associar Cetamina (varia com o contexto); • <u>Midazolam</u> – 150 mg (3 ampolas de 50 mg/10 ml) até 50 ml de SF (3mg/ml); - Recomendações na terapêutica Sedativa para alvos de RASS - 3/0: • O sedativo de 1ª Linha será o Propofol 2% (< 4 mg/kg/h) • Quando RASS de -3, deve ser associado Dexmedetomidina (8mcg/ml); • Quando atingido RASS 0, iniciar desmame de Dexmedetomidina de forma lenta ao longo de 24 a 48h (de acordo com protocolo terapêutico); • Em caso de necessidade de suspensão de Dexmedetomidina sem tempo de desmame, esta pode ser substituída por clonidina, o seu efeito máximo é entre 2 a 4 h.

	Ao fim de 6h reduzir gradualmente a dexmedetomidina em 25% (varia com o contexto);
Suspensão diária da sedação com treinos de ventilação espontânea. <u>Justificação:</u> promover o desmame ventilatório o mais precocemente possível e permitir à pessoa estar desperta e consciente.	- Utilizar protocolos de Interrupção Diária da Sedação com Testes de Respiração Espontânea; - Suspender a sedação no período da manhã; • Se não tolerar reiniciar em 50% da dose; • Reduzir sedação para 50% no período da manhã (protocolo UCIP);
Promoção do Sono <u>Justificação:</u> O sono integra-se no sistema de sono-vigília, em que existe um estado de imobilidade e desconexão parcial, perante o ambiente que nos envolve. Esta é parte integrante da vida do ser humano, sendo uma necessidade básica imprescindível na restauração física e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar.	- <u>Reduzir a luminosidade da sala/unidade:</u> • Regular a luminosidade junto da pessoa; • Diminuir a intensidade da luz na unidade; • Facultar máscara para os olhos; • Regular os níveis de melatonina (excreção máxima à noite, pela ausência de luz). • Permitir que a pessoa perceba que é noite e consiga iniciar o ciclo de sono. - <u>Reduzir o Ruído</u> • Moderar as conversas entre a equipa multidisciplinar; • Facultar tampões para os ouvidos; • Abrir e fechar portas e gavetas lentamente; • Diminuir o som do telefone no período da noite;

	- Ajustar os limites dos alarmes dos monitores, ventiladores e bombas infusoras; <u>-Reduzir a Prestação de Cuidados</u> - Modificar o horário da medicação (se possível); - Evitar colheitas analíticas no período da noite; - Evitar frequentes reposicionamentos no período noturno; - Evitar cuidados de higiene, higiene oral, limpeza ocular; <u>-Controlar a Dor, ansiedade e desconforto</u> - Avaliar e controlar a dor; - Realizar técnicas de relaxamento (musicoterapia e massagem); - Lençóis limpos, esticados e sem pregas; - Fornecer Indutores do sono, antipsicóticos.
Mobilização Precoce <u>Justificação:</u> fundamental na recuperação da funcionalidade e no ganho da autonomia após a alta	Sugere-se Reabilitação - conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em pessoas com um problema de saúde. Sugere-se Mobilização – um tipo de intervenção dentro da reabilitação que facilita o movimento com o objetivo de melhorar os outcomes para a pessoa. Sugere-se a mobilização sobretudo nos períodos de despertar com treino de respiração espontânea. Infusões vasoativas ou ventilação mecânica não são barreiras para iniciar reabilitação/mobilização, se estabilizados.
Remover os dispositivos invasivos o mais precocemente possível. <u>Justificação:</u> As presenças de dispositivos médicos invasivos são promotoras de dor e desconforto, bem como suscetíveis de infeção.	- Avaliar diariamente a necessidade da permanência dos dispositivos invasivos; - Explicar à pessoa a necessidade dos mesmos, o que são, para que servem e qual a vantagem da sua colaboração; - Manutenção adequada dos mesmos para diminuir risco de infeção; - Remover logo que não sejam, necessários.
Psicológicos	
Abordagem	Intervenções
Comunicação eficaz	- Tratar a pessoa pelo seu nome; - O profissional deve sempre apresentar-se e estar identificado;

<u>Justificação:</u> Uma comunicação eficaz permite à pessoa internada sentir-se parte do seu processo de doença bem como fomenta a confiança na equipa.	- Reorientar a pessoa no tempo e no espaço (relógios, calendários em locais visíveis); - Ter uma relação de empatia e tranquilidade para com a pessoa; - Explicar sempre os procedimentos antes de os realizar; - Usar tradutores e familiares para facilitar a comunicação.
Envolvimento da Família <u>Justificação:</u> envolver a família no cuidado durante uma doença crítica tem um impacto positivo na qualidade e na segurança e pode diminuir a ansiedade, a confusão e a agitação.	- Envolver a família no Plano de Cuidados à Pessoa internada em UCI; - A família é extraordinariamente importante na recolha da história da pessoa internada (antecedentes, terapêutica habitual, hábitos/consumos, comportamento, preferências...) - Facilitar o processo de adaptação da família à doença crítica do seu familiar; - Diminuir o impacto do internamento em UCI na dinâmica familiar; - Promoção de reunião diária entre família, enfermeiro e médico; - Flexibilização da visita, otimização de horários; - Personalização da unidade da pessoa internada.
Estimulação Cognitiva e Sensorial <u>Justificação:</u> estimular a função cognitiva da pessoa bem como proporcionar ocupação e distração, ajudando na distinção do dia e da noite.	- Implementar técnicas diurnas de estímulo cognitivo: ler, ouvir musica, ver televisão, mobilização, visita familiar; - Facultar meios auxiliares de visão e audição; - Manter um ambiente tranquilo, controlando o ruído e o comportamento dos profissionais; - Incentivar a visita e o envolvimento dos familiares nos cuidados de Enfermagem; - Colocação de cortinas e manutenção da privacidade; - Garantir acesso a espaço exterior.
Avaliar, prevenir e tratar o Delírium <u>Justificação:</u> Monitorizar o <i>delírium</i> permite um diagnóstico diferencial de outras síndromes como a Confusão.	- A identificação do <i>delírium</i> deve ser feita utilizando a escala CAM-ICU (<i>Confusion Assessment Method – in ICU</i>) e da escala ISDCS; - O CAM-ICU deve ser aplicado 2x/dia, na manhã e na tarde; - A escala ISDCS deve ser realizada 1x/dia na tarde; - Intervenções não farmacológicas para prevenir o <i>delírium</i> (todas as descritas anteriormente); - Intervenções farmacológicas para tratar a Agitação: • Benzodiazepinas não devem ser utilizadas como sedação de 1ª linha (exceto em situações particulares como

	o tratamento do <i>delirium tremens</i>, da síndrome de privação das benzodiazepinas, álcool ou drogas); • Haloperidol bólus 0,5 até 5 mg EV 20-30 min se agitação ligeira (RASS +1, +2); • Haloperidol bólus 5 até 20 mg EV 20-30 min se agitação intensa (RASS +3, +4); • Quetiapina 25 mg oral 2xdia (12/12 horas); • Olanzapina < 60 anos – 10 mg oral 2xdia ou > 60 anos – 5 mg oral 1xdia (varia com o contexto); • Sedação com Dexmedetomidina conforme protocolo.
Ambiental	
Abordagem	Intervenções
Promover ambiente seguro	- Remover dispositivos ou equipamentos que possam colocar em risco a integridade ou a vida da pessoa ou profissionais; - Promover um ambiente tranquilo; - Fomentar a presença de um familiar para tranquilizar a pessoa; - Sempre que possível a dotação de Enfermeiro-Pessoa deve ser de 1:1.

Tabela 5: Avaliação, intervenções e abordagem de enfermagem para reduzir a necessidade da CM na PSC adaptado de (Adams et al., 2023; Lucento et al 2023; Lach et al, 2016).

Quando todas estas medidas preventivas não são suficientes para controlar o comportamento inseguro, pode surgir a necessidade de conter mecanicamente a pessoa. Esta decisão deve ser multidisciplinar. Carece de prescrição médica e a sua efetivação atende a cuidados acrescidos pela equipa de enfermagem, nomeadamente no que se refere à vigilância da pessoa contida. A vigilância e monitorização da pessoa com CM deve ser avaliada de 2 em 2 horas como demonstra a tabela 6;

Avaliação da Pessoa com CM	
Levantar em Processo de Enfermagem a Atitude “IMOBILIZAÇÃO/ CONTENÇÃO”	
Avaliação dos sinais vitais	Avaliar sinais vitais a cada 2h de acordo com protocolo UCIP.
Avaliação da pele	Observar e registrar as características da pele, relativamente à sua integridade.
Avaliação da cor	Observar a parte distal do membro contido e avaliar o efeito da restrição na circulação arterial, venosa e a coloração.
Avaliação dos pulsos	Avaliar a presença de pulso e suas características durante 1 minuto do membro contido.
Avaliação do movimento	Avaliar a resposta motora ou reflexos a estímulos dolorosos aplicados no leito na extremidade contida.
Avaliação da temperatura	Avaliar a parte distal contida referente à temperatura (quente ou frio) e registrar;
Avaliação do preenchimento capilar	Pressionar o leito ungueal na parte distal contida entre 3 a 5 segundos e observar o retorno sanguíneo.
Avaliação do edema	Aplicar pressão ao redor da extremidade contida e quantificar o grau e profundidade - Grau 1 (2mm de profundidade) - Grau 2 (4mm de profundidade) - Grau 3 (6mm de profundidade) - Grau 4 (8mm de profundidade) O espaço entre a contenção e o pulso deve ser de 2 cm ou mais.
Avaliação da posição	Avaliar os posicionamentos de 2 em 2 horas e se possível manter os membros contidos em extensão para permitir a circulação adequada.
Avaliar a necessidade de Contenção Mecânica e Remover logo que possível	

Tabela 6: Avaliação da pessoa com CM adaptado de (Ertugrul et al., 2019).

A falta de conhecimentos e competências sobre o uso apropriado das contenções pode resultar na sua utilização extensiva, o que pode causar graves complicações físicas e mentais para a PSC. Vários estudos realizados indicam que se devem realizar programas de formação contínua para as equipas multidisciplinares das UCI reduzirem significativamente o uso da CM (Salehi et al., 2021).

As recomendações relativas à prática são, estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e a pessoa, os enfermeiros devem compreender os comportamentos da PSC com riscos de auto ou heterolesão e evitar a contenção com recurso a estratégias multidisciplinares e interprofissionais. As recomendações relativas à formação incluem a formação contínua das equipas multidisciplinares para aumentar os seus conhecimentos e mudar as suas atitudes e comportamentos face à implementação das CM (Lach et al., 2016). As recomendações organizacionais e políticas visam uma mudança na cultura organizacional que garanta os direitos da PSC e a segurança das equipas através da implementação de sistemas de gestão de risco, dotações seguras de profissionais e apoio organizacional para implementar diretrizes que minimizem a utilização da CM (Cui et al., 2021b). As diretrizes são dirigidas principalmente a abordagens implementadas por enfermeiros para reduzir as restrições e as recomendações incluem mudanças físicas/fisiológicas, psicologias e ambientais conforme a tabela 5. A elaboração de fluxograma favorece a sua realização e implementação. Todos os pressupostos citados demonstram que, minimizar a prática de contenção pode acarretar benefícios às PSC em contexto de UCI. Solucionar intercorrências comportamentais da PSC carece de uma avaliação criteriosa da sua causa e de equacionar medidas alternativas para evitar a CM, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação da equipa multidisciplinar.

VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

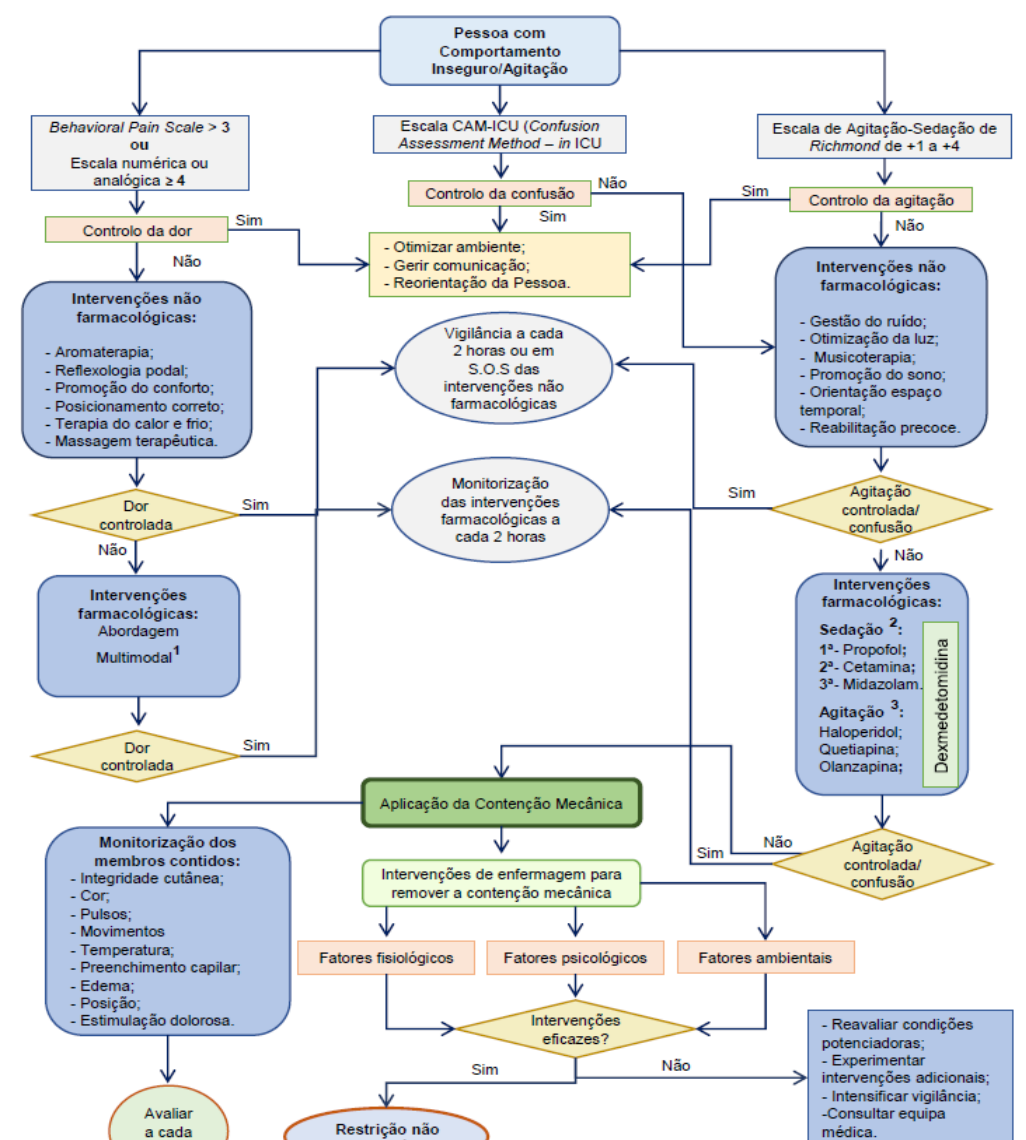
- Adams, A. M. N., Chamberlain, D., Grønkjær, M., Thorup, C. B., & Conroy, T. (2023). Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 36(3), 385-400. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.005>
- Aguilera-Serrano, C., Goodman-Casanova, J. M., Bordallo-Aragón, A., García-Sánchez, J. A., Mayoral-Cleries, F., & Guzmán-Parra, J. (2023, July). Attitudes about Mechanical Restraint Use in Mental Health Hospitalization Services: A Spanish Survey. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 13, p. 1909). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131909>
- Acevedo-Nuevo, M., Martín-Arribas, M. C., González-Gil, M. T., Solís-Muñoz, M., Arias-Rivera, S., & Royuela-Vicente, A. (2022). The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, 33(4), 212-224. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.003>
- Cui, N., Chen, D., Zhang, Y., Zhang, H., He, X., Ding, C., & Jin, J. (2021a). The effect of non-pharmacological interventions on physical restraint reduction in intensive care units: a protocol for an umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Ann Palliat Med*, 10(6), 6892-6899. <https://doi.org/10.21037/apm-21-626>
- Cui, N., Zhang, Y., Liu, Y., Zhou, Y., Sun, H., & Jin, J. (2021b). Protocol for the adaptation of clinical practice guidelines for the management of physical restraints in critically ill patients. *Ann Palliat Med*, 10(4), 4889-4896. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2133>
- Direção Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. <https://www.dgs.pt/pesquisa.aspx>
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2019). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. *Australian Critical Care*, 33(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.03.002>

- Lucendo, A. P., Otero, P. P., Almudévar, P. M., Carmona, S. A., López, E. L., & Rueda, F. R. (2023). Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003>
- Maximo, PA, Santos, TS dos, Santos, GS, & Silva, MAXM da. (2019). A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem / A importância do conteúdo mecânico e da avaliação permanente da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Revisãode Saúde*, 2 (2), 1172–1212. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1324>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I, n.º 181, 8059-8105. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1), 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Salehi, Z., Joolae, S., Hajibabae, F., & Ghezeljeh, T. N. (2021). The Challenges of Using Physical Restraint in Intensive Care Units in Iran: A Qualitative Study 0, 1–7, (230–243). Atlanta, GA. <https://doi.org/10.1177/1751143719892785>
- Nassar Junior, A. P., Pires Neto, R. C., Figueiredo, W. B. D., & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Medical Journal*, 126, 215-219. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>
- Lach, H. W., Leach, K. M., & Butcher, H. K. (2016). Evidence-based practice guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of gerontological nursing*, 42(2), 17-26. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04>

APÊNDICE XI

FLUXOGRAMA “INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DA CONTENÇÃO MECÂNICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

Intervenções Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica



Fatores fisiológicos	Fatores psicológicos	Fatores ambientais
Avaliar, prevenir e tratar a dor	Comunicação eficaz	Promover ambiente tranquilo
Escolha da sedação (evitar Benzodiazepinas)	Envolvimento da família	Remover dispositivos ou equipamento que represente riscos para a pessoa ou para a equipa
Suspensão diária da sedação com treino de ventilação espontânea	Estimulação cognitiva e sensorial	
Promoção do sono		
Mobilização precoce		
Remover os dispositivos invasivos o mais precocemente possível	Avaliar, prevenir e tratar o delírio	Rácio enfermeiro/pessoa 1:1 (sempre que possível)

Dor na PSC ¹	Agitação/Confusão na PSC	
Opióides 1ª linha para a dor não neuropática Fentanil (50 mcg/ml).	Sedação² 1ª Propofol 2% (<4 mg/kg/h). 2ª Cetamina (50mg/10ml). 3ª Midazolam (1mg/ml).	Agitação³ Evitar Benzodiazepinas (exceto: etilismo / dependência de benzodiazepinas).
Não Opióide Paracetamol (1g) ou Metamizol (2g).	Sedação RASS -3/0 1ª Propofol 2% (<4 mg/kg/h) RASS -3 associar Dexmedetomidina (8mcg/ml); RASS 0 Iniciar desmame de Dexmedetomidina de forma lenta ao longo de 24 a 48h (de acordo com o protocolo) Sem tempo de desmame substituir por clonidina.	Haloperidol 0,5 a 5 mg EV se agitação ligeira (RASS +1, +2).
Analgesia Epidural (se traumatismos torácicos, pancreatite e cirurgias abdominais).		Haloperidol 5 até 20 mg EV se agitação intensa (RASS +3, +4).
Aos opióides associar gabapentina ou carbamazepina (dor neuropática).		Quetiapina 25 mg 2x/dia (Máx 400 mg/dia) Olanzapina <80 anos 10 mg 2x/dia ou >80 anos 5 mg 1x/dia.
Morfina em bólus (10mg/ml).		RASS -3 a +4 Avaliar a CAM-ICU.

Professor Doutor: Adriano Pedro
Enf. Orientadora: Liliana Pereira (Especialista em EMC na PSC)
Discente: Filipe Alves nº 22949

Referências bibliográficas: Adams, A. M. N., Chamberlain, D., Grenkjar, M., Thorup, C. B., & Conroy, T. (2023). Nonpharmacological interventions for agitation in the adult intensive care unit: A systematic review. *Australian Critical Care*, 36(3), 385-400. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.005>; Lach, K. W., Leach, K. M., & Butcher, H. K. (2016). Evidence-based practice guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of gerontological nursing*, 42(2), 17-26. <https://doi.org/10.35288/00269134-20160112-04>; Lucendo, A. P., Otero, P. P., Almudévar, P. M., Carmona, A., López, E. L., & Rueda, F. R. (2023). Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2023.03.003>

MESTRADO EM ENFERMAGEM
em Anestesiologia



APÊNDICE XII

ARTIGO CIENTÍFICO “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PREVENTIVAS DA CONTENÇÃO MECÂNICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

Intervenções de Enfermagem Preventivas da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica

Flávio Alves ¹, LP² Adriano Pedro³.

1. Serviço de Urgência Polivalente, Unidade Local de Saúde. Portugal. Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.
2. Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade Local de Saúde. Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.
3. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Portalegre. Portugal.

Resumo

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

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

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

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

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

Descritores: *Physical Containment; Intensive care; Nursing care; Adult.*

APÊNDICE XIII

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO	Prevenção da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica na UCIP				
DURAÇÃO	60 minutos				
PUBLICO-ALVO	Enfermeiros/as da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes da Unidade Local de Saúde.				
LOCAL, DATA, HORA	Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, 1º Piso, 12 de janeiro de 2024, das 14h às 15h				
PRELETOR	Flávio Alves				
OBJETIVO GERAL	Prevenir a contenção mecânica na Pessoa em Situação Crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente				
OBJETIVOS ESPECIFICOS	▪ Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas alternativas à utilização da contenção mecânica [CM]; ▪ Enumerar as complicações da CM; ▪ Conhecer as causas subjacentes de comportamentos inseguros; ▪ Identificar procedimentos de abordagem à PSC com dor, agitação e confusão; ▪ Construir um fluxograma de atuação para prevenir a utilização da CM.				
CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDATICOS	AVALIAÇÃO	PRELETOR
Apresentação da temática, objetivos e preletor.	5 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point.	Avaliação contínua	Flávio Alves
Definir a contenção mecânica na PSC.	5 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point.	Avaliação contínua	
Elucidar sobre os tipos de contenção segundo a norma da Direção Geral da Saúde.	5 min	Método Expositivo			
Reconhecer a importância da prevenção da contenção mecânica na PSC.	5 min	Método Expositivo			
Identificar quais os cuidados de Enfermagem inerentes a PSC com a aplicação da contenção mecânica.	10 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point.		
Identificação das intervenções não farmacológicas e farmacológicas.	5 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point.		
Identificação das intervenções de enfermagem para remover a contenção mecânica à PSC.	5 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point.		
Discussão	10 min	Método Expositivo	Projeto, Computador, Microsoft Power point		
Síntese	5 min	Método Expositivo			
Avaliação de conteúdos e da sessão	5 min	Método Expositivo	Questionário de avaliação de conteúdos	Avaliação Sumativa	

APÊNDICE XIV

GRELHA DE AUDITORIA DA NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

	AUDITORIA DA NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	DATA: __/__/__
Prevenção da Contenção Mecânica na Pessoa em Situação Crítica	Auditor(es) Nome: _____ Nr. Mec.: _____	
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE		

Intervenções		Sim	Não	N/A	Observações
1.	Há evidência de avaliação da Escala de Coma de Glasgow ou RASS "Richmond Agitation-Sedation Scale" (se sedação continua);				
2.	Há evidência de avaliação da DOR (Escala numérica ou BPS "Behavioral Pain Scale")				
3.	Há evidência de avaliação do CAM-ICU "Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit"				
4.	Há evidência de que foram instituídas intervenções não farmacológicas				
5.	Há evidência de que foram instituídas intervenções farmacológicas				
6.	Efetuada prescrição médica de Contenção Mecânica ou Imobilização no Leito				
7.	Efetuada o registro da aplicação da contenção mecânica/ Imobilização no leito no Processo de Enfermagem				
8.	Há evidência de monitorização da pessoa com contenção no leito				
9.	Há evidência da necessidade de permanência da contenção mecânica				

Legenda:

N/A - Não Aplicável

Auditoria da norma de procedimento de enfermagem
Indicadores de Processo

- Cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto;
- Cada critério tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não Aplicável (NA)
- A resposta **Sim** tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta **Não** tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis, pelo número de critérios avaliados;
- Divide-se o número de respostas **Sim** pelo total de respostas aplicáveis, e multiplica-se por 100, para obter o valor percentual, correspondente ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

Total de respostas **Sim**: ____Total de respostas **Aplicáveis (Sim + Não)**: ____**Fórmula de cálculo do índice de conformidade:**

$$\frac{\text{Total de respostas Sim}}{\text{Total de respostas Aplicáveis (Sim + Não)}} \times 100 = \text{___ \% (IC)}$$

Score de avaliação (IC): ____%

Escala para Avaliação dos Resultados	
Conforme	≥ 85%
Conformidade parcial	75% a 84%
Não Conforme	≤ 74%

APÊNDICE XV

PÓSTER CIENTÍFICO “A REALIDADE DA IMINÊNCIA NUCLEAR: A IMPORTÂNCIA DE UM PLANO DE PREPARAÇÃO HOSPITALAR”



CONGRESSO INTERNACIONAL EMERGENCIA'23
OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

REGISTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

A REALIDADE DA IMINÊNCIA NUCLEAR: A IMPORTÂNCIA DE UM PLANO DE PREPARAÇÃO HOSPITALAR

Tatiana Estima; Cristina de Sousa; Flávio Alves; Alice Ruivo; Jorge Marques

Palavras-Chave: “Radiative Hazard Release”; “Nuclear Emergency”; “Nursing Care”

As emergências Nucleares, Radioativas, Biológicas e Químicas podem vir a ter um impacto catastrófico a nível mundial. A iminência do seu acontecimento tem vindo a ser exposto na atualidade como uma máxima, perante a qual são exigidas respostas articuladas a diferentes níveis (Veenema et al, 2019). No que refere à proteção das vítimas, as respostas hospitalares devem ser articuladas, com recursos humanos e materiais suficientes para responder em tempo útil ao elevado grau de exigência (Haslam et al, 2022; Ohba et al, 2021).

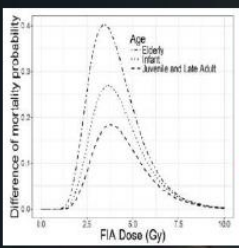
Objetivo

Mapear os aspetos centrais e relevantes a incluir no planeamento hospitalar perante as emergências nucleares e radioativas.

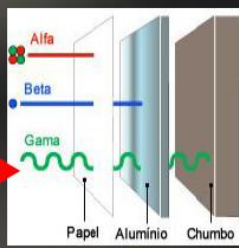
Metodologia

Scoping review que teve por base os estudos existentes entre 2020 e 2023, nas plataformas PubMed e B-On, com seleção das bases de *Academic Search Complete*, *Business Source Complete*, *MEDLINE*, *Complementary Index*. Foram incluídos 53 artigos, dos quais selecionados 5 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para análise integral.

Resultados



Os efeitos da radiação no corpo humano dependem de fatores como o tipo de radiação, tempo de exposição, quantidade de radiação emitida, quantidade de radiação absorvida, idade das vítimas e existência de barreiras físicas de proteção (Bellman et al., 2020; Ojha et al, 2022 ; Trzos et al, 2022).



Síndrome da Radiação Aguda [SRA]

Leucopenia, hemorragia, alopecia, infeções, anemia, imunodeficiência, desidratação, vômitos, diarreia, distúrbios eletrolíticos, hipotensão, convulsões, confusão, ataxia, distúrbio cognitivo.

(Ojha et al, 2022; Trzos et al, 2020)

A lesão cutânea por radiação, tem várias apresentações: queimadura, dermatite aguda ou crónica, fibrose, linfedema ou feridas mecânicas (Ojha et al, 2022).

Síndrome da Radiação Crónica [SRC]

↑ incidência de tumores, infertilidade, envelhecimento prematuro (Trzos et al, 2020)

Hospital Emergency Response Checklist (WHO, 2011)

Destacam-se como principais dificuldades na sua implementação: a Gestão; a Capacidade para abarcar emergências; a Capacidade de atendimento médico; a Capacidade de atendimento laboratorial; o Apoio logístico e o Apoio financeiro (Yao et al, 2022).

Conclusões: O perigo espreita e a resposta não parece ser a adequada, a falta de preparação antecipada dos profissionais e a inexistência de infraestruturas adequadas, podem comprometer a eficácia das intervenções. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica assumem um papel preponderante na resposta às emergências no global, nas nucleares e radioativas em particular, na abordagem a estas catástrofes, logo desde o planeamento.



 Bibliografia

ANEXOS

ANEXO I-

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS

Boa tarde Enf. Flávio Alves

Na sequência de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pela _____ em 8/11/2023, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que o _____ seja referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc... decorrentes do estudo.

Devem ainda dar o conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

Técnica Superior – Centro Investigação e Documentação (CID) – Departamento Ensino, Inovação e Investigação (DEII)

ANEXO II

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO V CONGRESSO INTERNACIONAL DE EMERGÊNCIA 2023
“OCEAN MEDICAL”



CONGRESSO
INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA'23

OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

Certifica-se que

Flávio Renato do Souto Alves

esteve presente no Congresso Internacional
Emergência'23 da Ocean Medical
que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023
no Centro de Congressos do Taguspark.



CONGRESSO ACREDITADO PELA
**EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL
FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION**

A Presidente do Congresso,

Sónia Sousa

O Diretor da Ocean Medical,

Pedro Caldeira

ANEXO III

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO ORAL DO POSTER “A REALIDADE DA EMINÊNCIA NUCLEAR: A IMPORTÂNCIA DE UM PLANO DE PREPARAÇÃO HOSPITALAR” NO CONGRESSO INTERNACIONAL E EMERGÊNCIA 2023



CONGRESSO
INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA'23
OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

Certifica-se para os devidos efeitos que o poster: ***A realidade da eminência nuclear: a importância de um plano de preparação hospitalar*** participou na Apresentação de Pósteres do Congresso Internacional Emergência'23 da Ocean Medical que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023 no Centro de Congressos do Taguspark.

Autor(es) do trabalho: Tatiana Estima; Cristina de Sousa; Flávio Alves; Alice Ruivo; Jorge Marques

A Presidente do Congresso,

Sónia Sousa

O Diretor da Ocean Medical,

Pedro Caldeira

ANEXO IV

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

Flávio Alves

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu nos dias 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pela Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

Presidente da Associação Portuguesa de
Enfermeiros

João José Santos Fernandes

João José Santos Fernandes

ANEXO V

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “ELETROENCEFALOGRAMA – BIS Mase EAS”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço BIS MASE EASY - ELETROENCEFALOGRAMA EM UCI, na qualidade de participante, realizada a 13-12-2023 na com a duração de 01h00.

13 de dezembro de 2023

ANEXO VI

**CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO “LESÕES ESQUELÉTICAS MUSCULO ESQUELÉTICAS
RELACIONADAS COM O TRABALHO”**

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço LESOES MUSCULO ESQUELETICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO, na qualidade de participante, realizada a 07-11-2023 na _____ com a duração de 01h00.

07 de novembro de 2023

ANEXO VII

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “PRÁTICAS SEGURAS/SEGURANÇA NA ALIMENTAÇÃO”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço PRATICAS SEGURAS/SEGURANCA NA ALIMENTACAO, na qualidade de participante, realizada a 31-10-2023 na com a duração de 01h00.

31 de outubro de 2023

ANEXO VIII

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço PREVENCAO E CONTROLO DE INFECÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE PARA ENFERMEIROS: CAMPANHA HIGIENE D, na qualidade de participante, realizada a 13-11-2023 na com a duração de 01h00.

13 de novembro de 2023

ANEXO IX

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS: PRÁTICAS SEGURAS”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço TRANSFUSAO SANGUINEA: PRATICAS SEGURAS, na qualidade de participante, realizada a 06-11-2023 na com a duração de 01h00.

06 de novembro de 2023

ANEXO X

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PSC COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA”

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PSC COM DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA, na qualidade de participante, realizada a 30-06-2023 na com a duração de 01h00.

30 de junho de 2023

ANEXO XI

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA UCIP “DOENTE CRÍTICO COM LESÃO RENAL AGUDA”

Ficha de Curso

Curso: LRA NO DOENTE CRITICO: DA TEORIA A PRATICA (1) (FS-2023)	Ação: 1
Programa:	Código Universal da Operação: NA
Tipologia da Operação:	

Fundamentação**Objetivos gerais**

Atualizar Conhecimentos na área do Doente crítico com Lesão renal aguda

Objetivos específicos

--

Conteúdo programático (resumo)

Definição e epidemiologia da LRA Fisiopatologia da LRA Princípios básicos das TSR Anticoagulação nas TSR Dialitrauma

Unidades de Formação

Unidades de Formação (Módulos, Capítulos ou Temas)	Cargas Horárias por Tipologia de Formação			
	Formação em Sala	Prática em Contexto de Trabalho	Síncrona	Assíncrona
LRA NO DOENTE CRÍTICO: DA TEORIA Á PRATICA (1)	00h00	01h00	00h00	00h00

Metodologia aplicada

Expositivo

Área de Formação

720 – Saúde

Modalidade

Outras ações de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações

Formas de Organização

8 – Formação em contexto de trabalho/on job

Destinatários**Número de formandos**

24

Formador (es) (indicação do (s) nome (s), categoria (s) e se são externos ou internos)

Nome	Categoria	Interno/ Externo
	Enfermeiro especialista (EPE)	Interno

Data de início prevista

28-09-2023

Data de fim prevista

28-09-2023

Duração

01h00

Horário

Pós-Laboral

Formas, instrumentos e critérios de avaliação previstos

Sem metodologia de avaliação

Certificação

Certificado de formação em serviço

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço LRA NO DOENTE CRITICO: DA TEORIA A PRATICA (2), na qualidade de participante, realizada a 28-09-2023 na com a duração de 01h00.

28 de setembro de 2023

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que FLAVIO RENATO DO SOUTO ALVES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço LRA NO DOENTE CRITICO: DA TEORIA A PRATICA (3), na qualidade de participante, realizada a 28-09-2023 na I com a duração de 01h00.

28 de setembro de 2023

ANEXO XII

CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Certifica-se que **Flavio Renato do Souto Alves**, nascido(a) em 11/07/1988, com o número de identificação civil ****6027, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 22/04/2023 a 23/04/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 23 de abril de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034409

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO XIII

CERTIFICADO DO CURSO INTERNACIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Flávio Alves, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/21/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support

2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

370157-51506

Flávio Alves, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 5/21/2023 Expiration Date 05/2026

Course Number 51506

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

ANEXO XIV

CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO DO ARTIGO PÓSTER CIENTIFÍCO NA LIFESAVING “A REALIDADE DA IMINÊNCIA NUCLEAR: A IMPORTÂNCIA DE UM PLANO DE PREPARAÇÃO NUCLEAR”



CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO

Certifico que **FLÁVIO ALVES** foi Co-Autor do artigo PÓSTER CIENTÍFICO, intitulado: *“A realidade da iminência nuclear: a importância de um plano de preparação hospitalar”*, publicado na 30ª Edição da Revista LIFESAVING, com lançamento a 5 de Novembro de 2023.

Faro, 8 de Fevereiro de 2024

ANEXO XV

CERTIFICADO DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO CIVIL



SERVIÇO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO CIVIL

DECLARAÇÃO

Coordenador Municipal de Proteção Civil _____, declara que **Flávio Renato do Souto Alves**, aluno de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, efetuou estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil c_____ num total de 24 horas.

Faro, 22 de janeiro de 2024

O Coordenador Municipal de Proteção Civil _____

ANEXO XVI

CERTIFICADO DO CURSO SUPORTE BÁSICO DE VIDA



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Flavio ALVES

11/07/1988

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional
No Portalegre, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES

instrutor líder



Data do último curso: 14/04/2023

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-866-836277