

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem à

Pessoa Idosa

**Otimização da intervenção do Enfermeiro no
cuidado à Pessoa Idosa em situação de risco ou
necessidade de contenção mecânica,
na Urgência Geral**

CARINA ISABEL LOURENÇO TEIXEIRA VIEIRA

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção: Enfermagem à

Pessoa Idosa

**Otimização da intervenção do Enfermeiro no
cuidado à Pessoa Idosa em situação de risco ou
necessidade de contenção mecânica,
na Urgência Geral**

CARINA ISABEL LOURENÇO TEIXEIRA VIEIRA

**Relatório de Estágio orientado por
PROFESSORA DOUTORA PEREIRA LOPES**

2013



*Ao Tomás,
co-autor em tese*

Finda esta etapa de trabalho, é perentório que agradeça:

À Professora Doutora Pereira Lopes, por toda a aprendizagem que me proporcionou através da sua presença, da sua orientação, do seu exemplo.

À Enfermeira Cristina Amaral, sempre atenta e disponível apesar das muitas solicitações. O seu agir é referência.

À Enfermeira Chefe Rosário de Athayde, pela oportunidade e pela confiança depositada.

A todas as pessoas idosas que, generosamente, me permitiram cuidar e aprender. Cuidar considerando a vulnerabilidade foi um desafio visitado pela gratidão.

Aos enfermeiros do Serviço de Urgência, que aceitaram expor o seu agir em prol de um cuidar mais humano, e que aceitaram o desafio para a mudança. O Projeto da equipa decorreu, também, em cada um.

Às colegas do grupo de mestrado, pela partilha e incentivo ao pensamento crítico e reflexivo.

Aos meus pais e à minha irmã, incondicionalmente presentes.

Ao Octávio, o meu porto de abrigo, por tudo.

RESUMO

O presente relatório visa demonstrar o percurso percorrido no desenvolvimento de competências ao nível de enfermeira especialista na área da pessoa idosa e, concretamente, da pessoa idosa confusa em risco ou necessidade de contenção mecânica.

A contenção mecânica constitui um procedimento de exceção, somente a ser considerado pelo enfermeiro quando a segurança do doente está em causa e todas as alternativas usadas não foram bem sucedidas. O desrespeito pela dignidade humana e os riscos associados ao seu uso, levam a que o seu recurso seja cada vez mais eletivo, e a que a monitorização do doente sob contenção seja rigorosa. Os idosos confusos constituem o grupo mais suscetível a esta prática, sendo fundamental a realização de uma avaliação global precoce, para que um cuidado centrado nas suas necessidades específicas permita evitar a contenção.

No Serviço de Urgência, dadas as condicionantes contextuais, cuidar o doente idoso confuso constitui um desafio à arte do enfermeiro, onde o recurso à contenção mecânica tem, por vezes, de ser equacionado. Contudo, verificou-se a ausência de registos que permitam avaliar o tipo de uso que é feito deste procedimento e, em consequência, o cuidar de enfermagem.

Assim, com recurso a uma equipa de enfermagem piloto, implementou-se um projecto de intervenção com vista à mudança das práticas no âmbito da contenção, com resultados observáveis através dos registos efetuados. Para tal, foi feito uso da metodologia projecto e incidiu-se nas orientações nacionais emanadas e na evidência encontrada na revisão sistemática da literatura.

Apesar da brevidade do período de implementação, os resultados foram positivos, verificando-se: uma melhoria global nos registos efetuados, demonstrativos de um cuidar de enfermagem ativo; a inexistência de intercorrências associadas ao uso dos dispositivos de contenção; a redução do tempo de contenção, conseguida por via da reavaliação mais frequente do doente. Contudo, não ficou demonstrado o uso da contenção como recurso último da estratégia de intervenção do enfermeiro, havendo ainda limitações na utilização de medidas preventivas/alternativas à contenção por parte dos enfermeiros.

Não obstante, este projecto de intervenção permitiu conhecer melhor a prática de contenção no Serviço de Urgência e o cuidado prestado pelos seus enfermeiros ao idoso sob contenção mecânica.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Contenção Mecânica; Dignidade Humana; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

This report aims to demonstrate the path taken in the development of competence in terms of nursing specialist in the elderly and, specifically, elder confused at risk or need for mechanical restraint.

Mechanical restraint is an exception procedure, only to be considered by nurses when patient safety is concerned and all alternatives used were not successful. The disregard for human dignity and the risks associated with mechanical restraint use, leads to an increasingly elective usage and a rigorous monitoring of the patient. The confused elderly are the most susceptible to this practice. An early global assessment is essential for a care focused on the specific needs of the elderly and may permit to avoid the mechanical restraint.

In the Emergency Ward, given the contextual constraints, caring confused elderly patients is a challenge to the art of nursing, where the use of mechanical restraint has sometimes to be considered. However, it was found that there were no records to assess the type of use made of this procedure and, consequently, to assess nursing care.

Thus, using a pilot nursing team, an intervention project was implemented, aiming to change practices related with mechanical restraint. The intervention results were visible through the nursing records made. For such, has been made use of the project methodology. The changes were sustained on national guidelines and on evidence found in the systematic review of the literature.

Despite the briefness of the implementation period, the results were positive: an overall improvement in the records was made, showing an active nursing care; there were no reports of complications related with the use of containment devices; and, the period of restrain was reduced, which was achieved through frequent reevaluation of the patient. However, the use of restraint as a last resort has not been demonstrated, once nurses still have several limitations in the use of preventive /alternatives measures to restraint.

Nevertheless, this project has led to a better understanding of restraint practice in the Emergency Ward and the care provided by its nurses to the aged under mechanical restraint.

Keywords: Nursing care; Mechanical Restraint; Human Dignity; Emergency Ward.

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

DGS – Direcção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EP – Equipa Piloto

IA – Indicadores de Avaliação

OE – Ordem dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SU – Serviço(s) de Urgência

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Registo efetivo dos procedimentos de contenção	24
Quadro 2: Registo de acordo com os itens estipulados em equipa	25
Quadro 3: Registo com uso de maior objectividade no discurso	26
Quadro 4: Frequência de registo de reavaliações e de cuidados	27
Quadro 5: Medidas preventivas da contenção mais valorizadas/especificadas	28

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Contextualização do Estágio	2
1.2. Objetivos do Estágio	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Quadro Conceptual	5
2.1.1. Da Dignidade Humana	5
2.1.2. A contenção terapêutica de doentes	7
2.1.3. A realidade de cuidados do Serviço de Urgência	9
2.1.4. O cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa	10
2.2. Revisão Sistemática da Literatura	12
2.2.1. Resultados	13
2.2.2. Discussão dos resultados	13
2.2.3. Conclusões e limitações	15
3. ASPETOS METODOLÓGICOS	16
3.1. Metodologia Projeto	16
3.1.1. Operacionalização do Projeto de Intervenção	16
4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	20
4.1. Fases de implementação	20
4.2. Resultados apurados	23
4.3. Avaliação final	30
5. DISCUSSÃO DAS APRENDIZAGENS	35
5.1. Desenvolver competências de especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa na UG	35
5.2. Desenvolver competências de especialista na mudança de práticas de cuidado através de um projeto de intervenção na UG	40
6. CONCLUSÃO	47
BIBLIOGRAFIA	51

APÊNDICES	57
APÊNDICE I – Diagnóstico de Situação	59
APÊNDICE II – Questionário de colheita de dados para o Diagnóstico de Situação	65
APÊNDICE III – Cronograma de Atividades.....	71
APÊNDICE IV – Protocolo de Pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura	75
APÊNDICE V – Quadros Resumo dos artigos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura.....	81
APÊNDICE VI – Discussão Integral dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura.....	91
APÊNDICE VII – Esquematização do Projeto de Intervenção.....	99
APÊNDICE VIII – Lista de Itens de Registo	107
APÊNDICE IX – Componentes da Grelha de Registo Inicial	111
APÊNDICE X – Componentes da Grelha de Registo de Vigilâncias/Cuidados	117
APÊNDICE XI – Reuniões de Aferição do Planeamento.....	121
APÊNDICE XII – Reuniões de Orientação	131
APÊNDICE XIII – Plano de Sessão da 1ª Reunião de Trabalho	143
APÊNDICE XIV – Ata da 1ª Reunião de Trabalho (Sessão I)	147
APÊNDICE XV – Ata final da 1ª Reunião de Trabalho	155
APÊNDICE XVI – Relatório de Ocorrências da 1ª Reunião de Trabalho	159
APÊNDICE XVII – Atualização dos Enfermeiros: fase inicial	165
APÊNDICE XVIII – Relatório de Ocorrências da 2ª Reunião de Trabalho	173
APÊNDICE XIX – Atualização dos Enfermeiros: fase intercalar	179
APÊNDICE XX – Relatório de Ocorrências da 3ª Reunião de Trabalho	187
APÊNDICE XXI – Atualização dos Enfermeiros: fase final	191
APÊNDICE XXII – Atualização dos Enfermeiros: avaliação final do Projeto de Intervenção.....	197
APÊNDICE XXIII – Proposta de aditamento à Folha de Registo Informatizado de Ambulatório	203
APÊNDICE XXIV – Poster Científico.....	207
APÊNDICE XXV – <i>Hand note</i> do Poster Científico	211
APÊNDICE XXVI – Nota de Campo: <i>Reunião de auditoria no âmbito do Doente Vulnerável</i>	215

APÊNDICE XXVII – Diário de Aprendizagem: <i>Desenvolvimento de competências para atuar como agente de melhoria das práticas entre pares</i>	219
APÊNDICE XXVIII – Notas de Campo sobre o Projeto de Intervenção.....	227
ANEXOS	235
ANEXO I – Orientação N°021/2011 da DGS.....	237

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge o presente relatório de estágio.

Neste documento são apresentados o percurso e os resultados do trabalho desenvolvido em contexto de Ensino Clínico (EC), o qual teve como linha orientadora o projeto de estágio elaborado no semestre transato, e que visou o desenvolvimento das competências próprias ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com particular interesse no cuidado à pessoa idosa. Assim sendo, comporta o desenvolvimento das capacidades narradas no *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº 122/2011, OE), nos seus quatro domínios – *Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais* –, com enfoque na área específica da pessoa idosa.

Para a prossecução desta finalidade concretizaram-se intervenções na área clínica e no âmbito da implementação de um projeto, ambas desenvolvidas em ambiente hospitalar, no contexto específico de um Serviço de Urgência¹ (SU). Com o intuito de enriquecer a aprendizagem foi ainda considerado um tempo de experiência em contexto comunitário. Também a área da investigação foi visada, com enfoque na revisão sistemática da literatura (RSL), dada a sua importância crucial para o conhecimento da evidência mais atual das práticas de enfermagem (Craig e Smyth, 2004).

O Estágio teve com azimute o cuidado de enfermagem especializado à pessoa idosa no contexto do SU. Nesta conjuntura particular foi identificado um problema específico – a contenção do doente idoso confuso – que justificou a implementação de um Projeto de Intervenção². Assim, o Projeto incidiu na temática da contenção mecânica do doente idoso, problemática que me propus a aprofundar de modo a desenvolver competências especializadas na mesma, com vista à mudança e à melhoria das práticas de cuidado. Da conceptualização à operacionalização, foi feito uso da metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010) sendo que, neste relatório, apenas serão abordadas as questões relacionadas

¹ Considere-se Serviço de Urgência de Instituição Hospitalar Pública.

² Que, doravante, poderá ser somente designado de “Projeto”.

com as etapas de execução e avaliação das atividades planeadas e de divulgação dos resultados³.

Este relatório de estágio encontra-se organizado em seis partes, sendo a *primeira parte* correspondente a esta introdução, onde se faz a apresentação do tema, a justificação da problemática e a apresentação dos objectivos de estágio. A *segunda parte* é reservada ao enquadramento teórico, constituída pelo quadro conceptual, onde são abordados os conceitos relacionados com o tema de estágio, e à RSL, onde se conhece a problemática a partir da evidência. A *terceira parte* é referente ao método, sendo explicitada a operacionalização do Projeto de Intervenção com base na metodologia de projeto. A execução e avaliação do Projeto são referidas na *quarta parte*, onde são explicadas as fases de implementação, apresentados e discutidos os resultados e realizada a sua avaliação. A *quinta parte* contempla a discussão das aprendizagens realizadas durante o EC, em função dos objetivos de estágio definidos. Na *sexta parte* é feita a conclusão do relatório, onde se elabora uma reflexão global sobre o trabalho desenvolvido e se destacam as principais aquisições.

1.1. Contextualização do Estágio

A realidade demográfica atual caracteriza-se por uma população tendencialmente envelhecida. Com o avançar da idade, aumentam a prevalência de doenças crónicas e de comorbilidades, constatando-se, paralelamente, um aumento do recurso a serviços e cuidados de saúde (WHO, 2005; Moyle et al, 2010).

Os SU constituem um recurso sempre disponível para uma população que não consegue um atendimento rápido no seu Centro de Saúde, que necessita de cuidados em horários não convencionais, que necessita de cuidados imediatos ou que necessita de ser cuidada por já não se bastar a si mesma (Peneff, 2002).

As pessoas idosas que recorrem ao SU correspondem a um grupo com necessidades muito próprias a nível de cuidados de saúde e, particularmente, de cuidados de enfermagem. Apesar de se justificar a existência de um SU especializado no atendimento gerontológico, esta é uma realidade ainda não existente em Portugal, pelo que toda a envolvência ambiental, seja em termos arquitectónicos, de equipamentos ou de organização de cuidados, é ainda pouco sensível às necessidades particulares do idoso (Moyle et al, 2010; Amini, 2012).

³ As etapas prévias (diagnóstico de situação, definição dos objectivos e planeamento das atividades) encontram-se devidamente relatadas em documento próprio – Projeto de Estágio – que adiante será referido e esquematizado em Apêndice.

Considerando este contexto, e tendo presente a vulnerabilidade acrescida da pessoa idosa doente, verifica-se que nos SU ocorre, com alguma frequência, o desenvolvimento ou agravamento de quadros confusionais neste grupo de clientes⁴ (Dahlke e Phinney, 2008; Amini, 2012). Na conjugação das variáveis (1) afluxo elevado de doentes, (2) exigência de atuação de emergência, (3) desequilíbrio marcado no rácio enfermeiro-doente, o enfermeiro do SU vê-se, por vezes, condicionado a uma atuação pouco dignificante da sua pessoa e da pessoa de quem cuida, e que se traduz no recurso a medidas de contenção mecânica como estratégia de segurança face ao idoso confuso.

Como enfermeira que presta cuidados num SU Polivalente de um Centro Hospitalar de Lisboa há cerca de 12 anos, esta é uma realidade que verifico e que vivencio e que, não obstante a necessidade que lhe reconheça em situações específicas, continua a ser uma prática que me desagrada e incomoda. Sendo por vezes a única intervenção possível para garantir a segurança de um cliente idoso que se encontra confuso e agitado, da minha observação constatei que nem sempre é adoptada como medida de excepção, sendo aplicada como um fim e não como uma medida terapêutica que, à semelhança das restantes medidas terapêuticas, requer vigilância e reavaliação. Esta percepção foi corroborada pela quase inexistência de registos de enfermagem referentes à aplicação de mecanismos de contenção e respectiva monitorização, criando um vazio perigoso e uma interpretação errónea face a este tipo de ocorrências que, assim sendo, em termos de intervenção de enfermagem e em termos legais, praticamente não acontece no SU.

Para a realização do diagnóstico de situação (Apêndice I), para além da observação efetuada *in loco*, recorreu-se à consulta e análise dos processos clínicos de doentes a quem foram aplicadas medidas de contenção mecânica, e efetuou-se uma colheita de dados através de questionário (Apêndice II).

Perante os resultados dos dados colhidos, identificaram-se como problemas: a desatualização dos enfermeiros do SU em relação às orientações para as boas práticas no âmbito do recurso a medidas de contenção de doentes; a fraca importância atribuída à reavaliação da necessidade de contenção, e a outros cuidados a ter perante o doente idoso imobilizado por contenção mecânica; e a marcada ausência de registos aquando da realização desse procedimento. Face ao exposto, considera-se existir margem para melhorar a qualidade das práticas de Enfermagem no SU, seja a nível dos cuidados, dos registos ou dos conhecimentos, pelo que se

⁴ Serão utilizadas indiscriminadamente as palavras *doente* e *cliente* para designar a pessoa em situação de necessidade de cuidados de enfermagem, sem prejuízos de conotação, tal como entendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004).

confirma e considera justificada a pertinência de uma intervenção com vista à mudança e melhoria das práticas no âmbito da contenção do doente idoso.

1.2. Objetivos do Estágio

Considerando a finalidade do estágio e a problemática identificada, estipularam-se como objetivos:

- 1) Desenvolver competências de especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, recorrendo à prática baseada na evidência, nas situações mais complexas de recurso à Urgência Geral, desde a admissão na triagem à alta, de forma a garantir a continuidade de cuidados.
- 2) Desenvolver competências de especialista na mudança de práticas de cuidado através de um Projeto de Intervenção, no sentido de uma melhor intervenção à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica na Urgência Geral.

O estágio, que teve início a 6 de Setembro e término a 14 de Dezembro de 2012, decorreu no SU de um Centro Hospitalar de Lisboa, perfazendo um total de 475 horas de contacto dedicadas à prestação de cuidados à pessoa idosa e à implementação e dinamização do Projeto de Intervenção. As restantes 25 horas de estágio foram direccionadas para a experiência de aprendizagem em contexto comunitário, a qual decorreu na periferia de Lisboa, entre os dias 16 e 21 de Novembro de 2012.

As atividades desenvolvidas no âmbito do EC encontram-se calendarizadas em cronograma (Apêndice III).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico foi estruturado através da construção de um quadro conceptual, onde foram incluídos os diferentes componentes que dão corpo e fundamentam a problemática, e da realização de uma RSL, de modo a se conhecer o problema e a fundamentar a prática clínica com base no que a investigação empírica recente revela.

2.1. Quadro Conceptual

Considerando o emolduramento do Estágio, e de modo a melhor se compreender o fenómeno em estudo, foram abordados os conceitos de dignidade humana, contenção terapêutica, SU enquanto contexto de cuidados e cuidar de enfermagem.

2.1.1. Da Dignidade Humana

A dignidade constitui atributo alienável do humano compreendendo, simultaneamente, um sentido singular e um sentido universal, na medida em que é única em cada pessoa e comum a toda a humanidade.

Na sua explicação, é incontornável o recurso à filosofia Kantiana segundo a qual *aquilo que é fim em si mesmo tem uma dignidade*. Assim se compreende a dignidade como atributo intrínseco da essência da pessoa humana, do único ser que compreende um valor interno superior a qualquer preço e que, na sua unicidade, não admite substituição equivalente (Kant, 2011). Na sua definição, a dignidade entranha-se e confunde-se com a própria natureza do ser humano (Complak, 2008).

Na interpretação de Renaud (2004), o fundamento da dignidade humana repousa no facto de o ser humano ser *pessoa*, sendo que, são o exercício da razão e o reconhecimento do outro que o caracterizam como tal. E acrescenta que, na situação em que o ser humano se encontra condicionado nestas capacidades que o determinam na sua identidade, “são os outros que mantêm este ser na sua dignidade de pessoa, pelo facto de o tratarem como tal, graças ao seu cuidado e ao seu acompanhamento atento e eficaz (Renaud, 2004, p. 207). De facto, somos seres de relação, pelo que é também na relação que estabelecemos com o outro que vivenciamos e nos realizamos na nossa humanidade e, na impossibilidade do outro o fazer, mediamos a preservação da sua identidade – pessoa humana e, como tal, com dignidade intrínseca (CNECV, 1999; Pegoraro, 2002; Renaud, 2004).

Por outro lado, para o entendimento mais claro e aprofundado do que é *ser pessoa*, há que considera-la no seu devir, na sua perenidade para além da mudança, enquanto “constante modificação de si na permanência de si própria” (Renaud, 2004, p. 209), enquanto estrutura ontológica relacional (Pegoraro, 2002). A pessoa é história, é ontologia, é passado, presente e promessa de futuro, não podendo ser resumida ao capítulo da sua vivência atual, nem entendida na sua dignidade consoante a expressão das suas características pessoais. O estatuto de pessoa não pode ser confundido com as manifestações que, contudo, lhe são inerentes no seu percurso cronológico:

“o tempo é fluxo contínuo que atravessa a pessoa; reciprocamente, a pessoa toda está presente em cada um dos momentos do seu tempo e conjuntamente nunca está presente totalmente – isto é, do mesmo modo e perfeitamente – num momento da sua vida considerado isoladamente. Esta oscilação entre uma presença inteira mas não totalizante, caracteriza a pessoa como permanente *devir*.” (Renaud, 2004, p. 209)

É esta explicação que permite dar resposta e fundamentar a permanência da pessoa humana, dotada de dignidade própria, mesmo quando esta deixa de ter *consciência de si*, inscrevendo-se aqui a situação da pessoa idosa com perda parcial ou total da sua capacidade de raciocínio e do livre exercício da sua vontade, ou seja, condicionada na sua capacidade autodeterminação. Importa, agora, introduzir o conceito de *respeito*, na medida em que este evoca a atitude ética que deve corresponder à dignidade da pessoa e, simultaneamente, o sentimento moral que essa dignidade imanente inspira e que dela decorre (Barcelos, 2004; Renaud, 2004). É o respeito que encerra em si a salvaguarda e a promoção da dignidade da pessoa, o que assume um significado particular na situação da pessoa vulnerável.

O respeito pela dignidade humana, enquanto princípio universal a salvaguardar, está consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem⁵ no seu artigo 1º, e integrado na lei portuguesa por via da Constituição da República (*Constituição da República Portuguesa*, 2000), sendo igualmente referida no artigo 1º e enquanto princípio fundamental.

No que concerne aos cuidados de saúde – considerando o contexto particular da pessoa doente e a protecção dos mais vulneráveis – é referido como 1º direito do doente o *ser tratado no respeito pela dignidade humana* (Direção-Geral da Saúde, 1999), sendo reiterado esse

⁵ Publicada em D.R. nº57, série I-A, de 9/3/1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

respeito ao serem integrados na lei portuguesa os princípios e as disposições da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Conselho da Europa, 1997)⁶.

No âmbito da Enfermagem, e também com força de lei, o respeito pela dignidade humana é reiterado no seu Código Deontológico (Decreto-Lei nº104/98).

Na Enfermagem, mais que um dever, existe a responsabilidade de proteger e respeitar a pessoa na sua dignidade sendo que, a solicitude do agir do enfermeiro se transforma em preocupação perante a ameaça da sua vulnerabilidade. Contudo, cuidar é tarefa difícil e, por vezes, conflituosa (Martins, 2004), onde fazer o bem evitando o mal – como postulado nos princípios de beneficência e não-maleficência – nem sempre é conseguido, o que incorre em situação de grande inquietação ou perturbação moral para o enfermeiro (Gândara, 2004). Como explica Gândara (2004, p. 405), se considerarmos que a prática de cuidados de enfermagem e o código deontológico que a rege estão alicerçados em princípios éticos e bioéticos, então as situações dilemáticas com que o enfermeiro se confronta no seu quotidiano profissional poderão “constituir-se como um conflito entre deveres”. Importa, portanto, conhecer melhor os fenómenos problemáticos, de modo a que o agir responsável do enfermeiro não incorra em indignidade.

2.1.2. A contenção terapêutica de doentes

A palavra **contenção** deriva do latim *contentiōne*, associando-se, nessa raiz, aos significados de esforço ou luta. Em português, a contenção pode ser entendida como ação ou resultado do ato de conter (Porto Editora, 2012) que, ao ser incorporada na expressão *contenção de doentes*, se refere ao reter ou ao refrear de movimentos ou comportamentos de pessoas confusas ou agitadas cuja ação é passível de colocar a sua segurança, ou a de outros, em risco⁷.

Este procedimento é revestido de ambivalências e entendido como fenómeno problemático pelos enfermeiros dado que, ao efetivar-se a contenção de um doente se está a condicioná-lo na sua liberdade e na sua autonomia, incorrendo-se em desrespeito de princípios fundamentais e em risco de lesar a sua dignidade. De facto, é no confronto com “situações de indignidade ou de ausência de respeito que se tem indício de tipos de comportamento que exigem respeito” (CNECV, 1999, p. 5), pelo que, o uso da contenção integrado nos cuidados de

⁶ Ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro, *D.R.* nº2, Série I-A. Lisboa.

⁷ No âmbito deste trabalho, considera-se a pessoa idosa cuja alteração do comportamento não é devida a doença psiquiátrica.

enfermagem deve ser restrito e ponderado com responsabilidade. Em enfermagem, esta atuação só é passível de ser concebida enquanto procedimento terapêutico, sendo entendida como *contenção terapêutica*, e apresentada pela Direcção Geral da Saúde (DGS) como:

“medida utilizada para controlar a actividade 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 objectivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade”. (Orientação nº 021/2011, p.3)

Este é o tipo de disposição que se enquadra no que São Tomás de Aquino designou de *princípio do duplo efeito*, segundo o qual “em determinadas situações são legítimas ações das quais resultam um efeito bom (pretendido) e um outro mau (tolerado)” (Martins, 2004, p. 231). A contenção terapêutica enquanto cuidado de enfermagem constitui, então, um desafio para o enfermeiro, onde a sua arte e a sua solicitude são chamadas, de modo a que ao procurar a segurança do doente não se perca o respeito pela sua dignidade. Será o agir da pessoa enfermeiro a garantir a vivência da dignidade (Renaud, 2004) sendo que, os comportamentos que mais nos dignificam são os que dignificam os outros – premissa particularmente verdadeira em relação aos mais débeis e vulneráveis (CNECV, 1999), e onde se inclui a pessoa idosa doente e confusa.

Importa referir que a contenção terapêutica pode ser efetivada de diferentes formas, adequando-se à necessidade que é identificada no doente e à exigência da situação, nomeadamente: a *contenção ambiental*, pelo recurso a alterações do espaço físico que controlam a mobilidade do doente; a *contenção física*, efetivada por um ou mais elementos da equipa terapêutica, no sentido de segurar o doente, deslocar ou bloquear o seu movimento, impedindo assim que se exponha a uma situação de risco; a *contenção química ou farmacológica*, através do uso de psicofármacos; e a *contenção mecânica*, que se refere à “utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente” (Orientação nº 021/2011, p.3)⁸, sendo este último tipo de contenção que será abordado no presente estudo.

Considerando que “o respeito pelo doente [...] vive-se em atitudes concretas” (Renaud, 2004, p. 211), perante a necessidade de proceder à contenção mecânica de um doente idoso, o enfermeiro tem o dever de humanizar o seu cuidado. A *atitude* de respeito do enfermeiro

⁸ No presente trabalho, a contenção terapêutica e as suas diferentes tipologias serão entendidas de acordo com as definições estipuladas pela DGS na sua Orientação nº 021/2011 de 06/06/2011, que constitui o anexo único deste Relatório.

passa pela forma como aborda a pessoa idosa doente, pela sensibilidade com que se lhe dirige, pela delicadeza que usa na efetivação da contenção, pelo cuidado que lhe dedica e pela consciência muito presente e solidária de que o doente é um *outro eu*, com uma dignidade a preservar.

2.1.3. A realidade de cuidados do Serviço de Urgência

O contexto do SU constitui, *per si*, uma agressão à pessoa idosa, sendo pouco sensível às suas necessidades. Tal deve-se a aspectos referentes aos próprios sistema e contexto de cuidados que, tendo sido pensados para uma utilização feita por uma população mais nova, não se encontram preparados para satisfazer as necessidades únicas dos clientes idosos, concorrendo assim para a ocorrência de quadros de confusão e agitação que colocam em risco a segurança do doente, como é o caso do *delirium*⁹ (Dahlke e Phinney, 2008). Questões como a partilha do espaço (eventualmente delimitado pela presença de uma cortina que, porém, não impede a passagem do ruído), a luz natural reduzida (dada a localização estratégica destes serviços no piso térreo, obrigando ao recurso quase permanente à iluminação artificial) ou a imobilidade forçada (dado que macas e camas são demasiado altas para que o idoso se possa arriscar a sair destas sem ajuda), são apenas alguns dos fatores externos ao doente que poderão desencadear um quadro de *delirium* (Amini, 2012). Entre outras, estas são razões que servem para fundamentar a opinião de Amini (2012), quando refere que as pessoas idosas precisam de um cuidado especial quando recorrem a um SU, o qual não é plenamente compatível com os cuidados disponibilizados nestes Serviços, pelo que, cada vez mais se justifica a existência de SU Geriátricos.

Um SU é caracterizado por uma natureza peculiar: um ambiente confuso e barulhento, com grande afluência de doentes com queixas agudas, condicionando o tempo passível de ser disponibilizado com cada cliente face às limitações dos recursos humanos e às exigências de intervenção imediata (Peneff, 2002). Este contexto, associado à situação de vulnerabilidade

⁹ De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2002), o *delirium* consiste numa perturbação da consciência caracterizada por uma redução da clareza da perceção em relação ao ambiente, onde a capacidade de focar, manter ou transferir a atenção está reduzida (critério A), sendo acompanhada por uma alteração na cognição que não pode ser melhor explicada por uma demência preexistente ou em evolução. Esta alteração concomitante na cognição pode incluir o comprometimento da memória (mais comumente ao nível da memória recente), desorientação ou perturbação da linguagem, ou pode desenvolver-se uma perturbação da perceção, a qual pode incluir interpretações incorrectas, ilusões ou alucinações (critério B). Este quadro desenvolve-se num curto período de tempo, geralmente de horas a dias, tendendo a flutuar no decorrer do dia (critério C). Ainda segundo a APA (2002), a incidência do *delirium* é maior ao nível da população idosa, a qual constitui o grupo com maior risco para o desenvolvimento desta síndrome.

acrescida da pessoa idosa com necessidade de atendimento num SU, resulta numa combinação de fatores de risco ou predisponentes para a ocorrência de um quadro confusional (Inouye, 2006), potenciando assim a necessidade de recurso à contenção mecânica. Como refere Nolan (2009, p. 16), “quanto mais frágil é o cliente idoso que recorre ao SU, maior é o risco de ocorrência de efeitos adversos”.

O recurso ao SU por pessoas idosas é uma realidade cada vez com maior dimensão. De acordo com os dados oficiais do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC), em 2009 recorreram à Urgência Geral desta instituição cerca de 29 100 clientes com idade igual ou superior a 65 anos, correspondendo a 19% do número total de doentes (CHLC, 2010). Dos dados solicitados ao Departamento de Informática do CHLC¹⁰ constatou-se que, no fim do primeiro trimestre de 2012, haviam já recorrido a este SU cerca de 15 703 clientes com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que destes, 20% corresponderam a idosos com mais de 85 anos. Através destes dados é possível estimar um aumento na afluência da população idosa ao SU face a 2009, e uma afluência média de 172,6 utentes idosos por dia durante os três primeiros meses de 2012.

Considerando que pelo menos 25% dos doentes com mais de 65 anos de idade que recorrem ao SU têm algum grau de alteração do estado mental, e que esta percentagem aumenta com a idade (Wilber, 2006), que entre 7 a 24% dos doentes idosos observados em SU desenvolvem um quadro de *delirium* (Press et al, 2009), e que, trabalhando nos limites dos recursos humanos, os enfermeiros se vêem impossibilitados de efetivar uma vigilância permanente (Peneff, 2002), o recurso a medidas de contenção mecânica surge como estratégia de segurança face ao doente idoso confuso. Assim sendo, é peremptório que esse recurso seja usado com responsabilidade, devendo o enfermeiro assegurar a sua correcta operacionalização, a qual passa pela adequada aplicação dos dispositivos de contenção, pela vigilância para a prevenção de complicações, pela reavaliação da necessidade de contenção e pelo registo dos procedimentos em processo clínico (Orientação nº 021/2011).

2.1.4. O cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa

O recurso a medidas de contenção mecânica não constitui um ato acabado, que tem o seu terminus na aplicação dos dispositivos. A literatura demonstra que não é um procedimento isento de riscos, onde se inclui a perda de tónus muscular, úlceras de pressão, incontinência,

¹⁰ Estes dados foram solicitados a 30 de Abril de 2012, tendo sido obtidos através do sistema informático do CHLC. Este sistema é denominado Healthcare Information System – HCIS © 2007, sendo um aplicativo da Hewelett-Packard Development Company (HP).

agravamento da agitação ou até mesmo a morte (Minnick et al, 2007; Lane e Harrington, 2011). Implica, portanto, uma atitude responsável e eletiva, e todo um conjunto de cuidados que se estende até à remoção desses mesmos dispositivos de contenção, obrigando a que durante esse intervalo de tempo o enfermeiro esteja atento e vigie o doente, e avalie o efeito das medidas aplicadas. Atenção e vigilância são conceitos associados e que constituem aptidões pessoais no *cuidado da ação* (Honoré, 2004). Sendo concretizadas na ação, implicam intenção por parte do enfermeiro, sendo que a **atenção** acontece quando “saio de mim para me direccionar para as coisas e para os outros com os quais me tenciono ‘en-volver’ ”; a **vigilância** consiste em “agir de maneira tal que, as coisas permanecem disponíveis e utilizáveis na sequência das nossas preocupações e que os outros se mantêm em existência de acordo com a nossa solicitude”. (Honoré, 2004, p. 210-211). Um cuidado atento e vígil, tal como entendido por Honoré, deve ser prestado pelo enfermeiro ao doente idoso com necessidade de contenção mecânica.

Somente deste modo poderemos não defraudar a confiança política, profissional e social depositada nos enfermeiros, garantindo: que não hajam facilitismos ou leviandade na tomada de decisão para tal atuação; que não hajam excessos aquando da acutilância da ação ou negligência por falta de cuidados durante o tempo de contenção; que não haja desrespeito pela pessoa na sua dignidade, pelo modo como este recurso limite é usado, nem agravamento do seu estado de saúde por complicações de saúde decorrentes da sua contenção. Como refere Collière (1989, p. 311), “os cuidados e a maneira de cuidar contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir”, tal é o poder que o enfermeiro detém na sua ação, pelo que ao implementar medidas de contenção o enfermeiro deve ter presente toda a intenção e todas as consequências da sua ação.

Tais objectivos só poderão ser alcançados se o enfermeiro “situar o outro, e situar-se a si próprio como pessoa a exercer uma função de cuidados, [disponibilizando-se a] procurar o que oculta a função delegada pelos utilizadores [desses cuidados]” (Collière, 1989, p. 294), ou seja, se o enfermeiro se mantiver consciente de si enquanto prestador de cuidados, veiculador de uma intervenção terapêutica, a quem o outro autoriza que o cuide por se encontrar em situação de necessidade de cuidados de enfermagem.

Nesta perspectiva, na sua intervenção com vista ao cuidado, o enfermeiro permite-se a ser pessoa e a ver a pessoa que o outro é, onde o cuidar é percecionado como um “processo humano inter-subjectivo [que] mantém vivo um senso comum de humanidade” e que, como tal, “ensina-nos como sermos humanos, através da nossa identificação com os outros, pelo que o humanismo de um reflecte-se no outro” (Watson, 2002, p. 63). O cuidar deve, então, ser

pensado em função da pessoa, centrado na pessoa, e não como um comportamento orientado pela tarefa, devendo espelhar toda a competência humana e profissional da pessoa enfermeiro. Sendo o cuidar mote desta profissão, a Enfermagem deve ser entendida como uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade (Renaud, 2004), na qual a pessoa é percebida de forma fenomenológica – com passado, presente e futuro – (Pegoraro, 2002), construindo-se e atuando em função das situações que vai vivenciando e das interpretações que faz dessas situações (Benner e Wrubel, 1989).

Manter uma postura de lucidez perante o outro, impede que o enfermeiro incorra em situação de abuso do poder conferido pelo estatuto profissional face à vulnerabilidade da pessoa, uma vez que “a situação provisória de fragilidade em que o doente se encontra [não pode ser] confundida com uma humilhante condição de diminuição, um estatuto de inferioridade que destitui o doente da sua dignidade de pessoa” (Patrão Neves, 2002, p. 425).

Na sua ação, o enfermeiro deverá “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/96, Artigo 8º, 1), pautando-se pela defesa da liberdade e da dignidade da humana, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício profissional (Decreto-Lei nº 104/98, Artigo 78º).

Considerando o enquadramento exposto, parece da maior pertinência uma intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção em contexto de Urgência, o que justifica uma atuação direccionada a esta problemática com o intuito de contribuir para a melhoria dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

2.2. Revisão Sistemática da Literatura

Não obstante o enquadramento já redigido, “é na base de uma *intuição* viva, e não de uma dedução conceptual, que a percepção do ‘injusto’ costuma surgir” (Renaud, 2004, p. 205). Assim, procurando melhor cuidar a pessoa idosa e melhor conhecer o fenómeno contenção de doentes – causas para o seu recurso e cuidados de enfermagem que envolve, considerando o seu uso no contexto de Serviços de Urgência – procedeu-se à RSL.

Partindo da questão de investigação *Qual a intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idoso em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, no Serviço de Urgência?*, em formato PI[C]O, procedeu-se à pesquisa da literatura em base de dados informatizada. O protocolo de pesquisa seguido encontra-se especificado no Apêndice IV.

2.2.1. Resultados

De modo a facilitar a análise, foi elaborado um quadro de resumo para cada artigo (Apêndice V), onde foram destacados os resultados mais pertinentes para o conhecimento da temática em estudo.

Os estudos transversais foram considerados de acordo com a explicação de Glasziou, Mar e Salisbury (2010). Os níveis de evidência foram determinados em função do tipo de estudo, de acordo com o sistema de classificação da *American Association of Critical-Care Nurses* (Armola et al, 2009) onde, numa escala de “A” a “M”, a maior evidência é representada pela letra “A” e a evidência mais baixa pela letra “M”. Seguindo estes critérios identificou-se 1 estudo de nível B (Chang, Wang e Chao, 2008), 1 estudo de nível D (Park e Tang, 2007) e 11 estudos de nível C (Chuang e Huang, 2007; Tanios et al, 2010; Moyle et al, 2010; Coussemment et al, 2010; Lane e Harrington, 2011; Tzeng e Yin, 2012; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Faria, Paiva e Marques, 2012; Boltz et al, 2013), pelo que os estudos predominantes são de evidência moderada.

De referir que a nomenclatura encontrada nos vários estudos não é consensual, havendo diferentes definições para o conceito *physical restraint*. Este é um conceito lato que, comumente, contem os conceitos de contenção física e mecânica, tal como definidos neste relatório. De acordo com a evidência encontrada (Minnick et al, 2007; Lane e Harrington, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012), o uso de dispositivos de contenção de punhos (uma das formas de contenção mecânica) é o tipo de contenção mais encontrada, a par das grades de cama, pelo que não se considerou gravoso o uso de artigos onde se fez uso do conceito *physical restraint*.

2.2.2. Discussão dos resultados

A discussão integral dos resultados consta do Apêndice VI, apresentando-se aqui uma síntese dos achados mais relevantes.

Apesar de o paradigma do cuidar atual promover a minimização e abolição da contenção física de doentes idosos, esta continua a ser um procedimento utilizado em meio hospitalar (Minnick et al, 2007; Park e Tang 2007; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012).

Através da investigação da evidência, foi possível associar o uso da contenção física a um **perfil de doente** (Park e Tang, 2007; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012) e a determinadas **características dos serviços** (Chuang e Huang, 2007; Park

e Tang, 2007; Moyle et al, 2010; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011). Do mesmo modo, identificaram-se as causas apontadas pelos enfermeiros para o uso da contenção: a **sobrecarga de trabalho** (Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011) e a **segurança do doente** (Minnick et al, 2007; Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Chang, Wang e Chao, 2008; Coussement et al, 2009; Tanios et al, 2010; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012; Tzeng e Yin, 2012), com destaque para o risco de quedas, a prevenção da interrupção do tratamento e a gestão de comportamentos agressivos ou disruptivos associados a quadros confusionais.

Contudo, não sendo um procedimento isento de riscos, no processo de decisão da contenção a **relação risco-benefício** tem de ser ponderada (Park e Tang, 2007; Minnick et al, 2007; Chang, Wang e Chao, 2008; Coussement et al, 2009; Tanios et al, 2010; Tzeng e Yin, 2012). Assumindo uma postura de responsabilidade, Ludwick, O’Toole e Meehan (2012) falam da contenção como prática que implica **um trabalho dinâmico e complexo de gestão da segurança do doente** (safety work), onde as **medidas preventivas** têm de ser consideradas (Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Faria, Paiva e Marques, 2012), e onde a realização da **avaliação global do doente** constitui estratégia para o sucesso de um cuidado livre de contenção, por ser condição de excelência para uma intervenção precoce e individualizada (Park e Tang, 2007).

Em fase de transição de paradigma, a **reavaliação da necessidade de contenção e do estado do doente**, a **monitorização do doente** e a **satisfação das suas necessidades de conforto**, são apontados como cuidados fundamentais (Park e Tang, 2007; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012), o que se inscreve numa correta **capacitação dos enfermeiros para cuidar de pessoas idosas confusas**. A **formação** dos enfermeiros é uma referência transversal à evidência encontrada na RSL, pela importância que tem na aprendizagem do cuidar centrado na pessoa, que tem em conta as suas necessidades individuais e a sua dignidade humana. É também referido o **contexto de atuação**, enquanto suporte para as boas práticas e enquanto variável determinante no tipo de comportamento que o doente idoso confuso manifesta (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011). A família constitui recurso negligenciado (Moyle et al, 2010; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Faria, Paiva e Marques, 2012). Não obstante, constata-se que sem o incentivo estrutural das Instituições e Serviços e das **políticas de saúde**, a mudança de paradigma para uma cultura de cuidados livre de contenção será dificultada (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011).

Em suma, os resultados encontrados apontam para a **prevenção** como sendo a melhor estratégia para minimizar a necessidade de contenção, o que só será possível através de um cuidado centrado na pessoa idosa confusa, onde a realização de uma avaliação global da pessoa idosa é fulcral para que se possa cuidar indo ao encontro das suas necessidades. Dada a existência de efeitos adversos, quando não é possível evitar a contenção, os enfermeiros devem fazer um uso correto e selectivo da mesma, monitorizando o doente e garantindo a sua segurança. A formação e a adoção de protocolos de atuação baseados na evidência e específicos para cada contexto de atuação, são medidas vistas como fundamentais para a mudanças das práticas. Será da relação sinérgica entre a **abordagem individual** e a **abordagem institucional** que um cuidar mais condigno poderá emergir.

2.2.3. Conclusões e limitações

A RSL efetuada, para além de ter permitido delinear um perfil do doente em maior risco de contenção, possibilitou ainda conhecer as principais causas de contenção, a identificação de fatores que influenciam a sua utilização e o modo como os enfermeiros vivem a decisão de conter a pessoa idosa confusa. A resposta à questão de investigação é encorpada nesses conhecimentos, e especificada através das medidas utilizadas pelos enfermeiros na prevenção da contenção e do trabalho envolvido no procedimento de contenção, tendo sido fundamentais os estudos de Lwdwick, O'Toole e Meehan (2010) e Faria, Paiva e Marques (2012). Contudo, ressalva-se que o corpo de conhecimentos obtido provém, maioritariamente, de estudos com um nível de evidência moderado, pelo que terá também de haver moderação e capacidade crítica na interpretação e no uso que é dado a estes resultados, sendo que, são necessários estudos que permitam aceder a melhor evidência.

Salienta-se que não se encontrou nenhum estudo que compreendesse todos os critérios de inclusão inicialmente definidos, visto nenhum abordar o fenómeno da contenção mecânica de doentes no SU, o que teria sido vantajoso para o conhecimento da atuação mais correta adaptada a um contexto de cuidados tão peculiar.

A opção de fazer uso da informação proveniente dos estudos realizados em UCI e Serviços de Medicina, Cirurgia e Médico-Cirúrgicos, revelou-se pertinente para um melhor conhecimento da temática, de onde se poderão retirar subsídios para a prática clínica, nomeadamente no delinear de uma estratégia de atuação de enfermagem. Não obstante, fica por conhecer a intervenção do enfermeiro em contexto de SU, pelo que estudos futuros deverão visar este cenário de cuidados.

3. ASPETOS METODOLÓGICOS

Os aspetos metodológicos referem-se aos processos utilizados para atingir um determinado fim, ou que permitem produzir ou chegar ao conhecimento numa determinada área¹¹. Assim, com o intuito de adquirir e desenvolver competências ao nível de enfermeiro especialista, e tendo por base os objectivos definidos, foi feito uso da metodologia projeto para a estruturação do EC.

3.1. Metodologia Projeto

A metodologia projeto tem como objectivo principal a resolução de problemas, possibilitando que, ao longo desse processo de elaboração e concretização de projetos numa situação real, se adquiram capacidades e competências. Baseia-se, então, na investigação centrada num problema real identificado, e na implementação de estratégias que se pretendem eficazes para a sua resolução, constituindo-se em cinco etapas: (1) diagnóstico de situação, (2) definição dos objectivos, (3) planeamento, (4) execução e avaliação e (5) divulgação de resultados (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Esta é, então, uma metodologia que parte da prática, que analisa a experiência de modo contextualizado e que, tendo com suporte o conhecimento teórico, reconstrói saberes e cria novas competências que serão, novamente, devolvidos à prática. Por assim ser, a metodologia projeto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Boutinet, 1996; Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

3.1.1. Operacionalização do Projeto de Intervenção

Foi com base na metodologia projeto que se implementou o Projeto de Intervenção com vista à mudança das práticas no SU. O Projeto começou a ser elaborado no 2º Semestre, no âmbito da Unidade Curricular Opção II, em cujo relatório final foram apresentados os procedimentos e os resultados das primeiras três etapas da metodologia: diagnóstico de situação¹², definição de objectivos e planeamento das atividades para a concretização dos objectivos do Projeto.

Como é próprio desta metodologia, e de acordo com Leite, Malpique e Santos (1991, p.77), quer os objectivos definidos quer as atividades planeadas funcionaram como “uma antevisão da estrutura do trabalho, [...] para romper fronteiras no caminho a percorrer”. Em convivência com o defendido por estas autoras, o plano de ação delineado funcionou como guião e, como

¹¹ <http://www.significados.com.br/metodologia/>, acessido a 6/4/2013

¹² Já referido como Apêndice I.

tal, foi sujeito a reformulações mediante os imprevistos do contexto, as solicitações da prática e as necessidades do grupo. Também os objetivos foram polidos no desenrolar do Projeto, tendo sido definidos pelo grupo consoante as suas intenções e prioridades. O documento final encontra-se esquematizado em apêndice (Apêndice VII).

Partindo de uma situação problemática – *a contenção do doente idoso confuso* – foi feito um diagnóstico de situação, através do qual foi possível comprovar a existência de um problema real – a fraca evidência, ao nível dos registos de enfermagem, de boas práticas referentes ao procedimento de contenção na pessoa idosa.

Esta situação, bem como a proposta de intervenção referente, foi previamente apresentada à Enfermeira-Chefe do SU e, após o seu aval, foi apresentada aos enfermeiros de uma das equipas do SU. Perante os resultados do diagnóstico de situação, e dando continuidade à abordagem de sensibilização dos enfermeiros iniciada no 2º semestre letivo, foi-lhes feita a proposta/desafio para constituírem a equipa piloto (EP) de um Projeto com vista à mudança das práticas no âmbito da contenção do doente idoso, a qual foi prontamente aceite.

Em concordância com o defendido por esta metodologia de trabalho, a experiência e o saber destes enfermeiros foram valorizados nas etapas subsequentes, tendo as tomadas de decisão sido sempre feitas com eles. Em equipa, foram então definidos os **objetivos** com vista a uma melhoria efetiva das práticas de enfermagem, e que se traduziram em:

- 1) *Melhorar o registo de enfermagem relativo à contenção de doentes.*
- 2) *Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, ao recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última.*
- 3) *Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, aos cuidados de enfermagem prestados, implícitos à situação de contenção.*

Ainda em equipa, foram negociados e definidos os **itens de registo** (Apêndice VIII), com base nas respostas dadas pelos enfermeiros ao questionário aplicado na fase de diagnóstico, nas recomendações encontradas na evidência e em função do preconizado na Orientação n.º 021/2011 da DGS¹³ (pontos 6 e 10). Também o local de registo foi decidido em conjunto – a área de escrita livre *Novas Intervenções* –, uma vez que a folha de registo informatizado em uso no SU não contemplava este procedimento, facilitando assim a localização da informação pretendida.

¹³ Vide Anexo I

Foram também determinados os aspectos de **operacionalização** e de **avaliação** do Projeto, decidindo-se:

- O período de implementação do Projeto (6 semanas de intervenção, com início a 11 de Outubro e término a 25 de Novembro de 2012);
- O sector do SU onde se iniciará a implementação do Projeto – Unidade de Observação (UO) –, e a natureza dos registos a realizar nos Balcões de Atendimento Geral¹⁴ (facultativo e referindo somente a causa de contenção);
- O modo de identificação dos casos para análise (feita pelo chefe de equipa, no final de cada turno, ou pelo próprio enfermeiro, sinalizando-se os doentes em risco de contenção e com contenção);
- Os momentos de balanço e avaliação intercalares face aos resultados (reuniões de trabalho com a equipa a cada 2 semanas para análise e discussão dos registos referentes à contenção, e reajuste da intervenção);
- O modo de disponibilização da informação referente às etapas do Projeto e às decisões tomadas em equipa – reuniões de trabalho e atas correspondentes, disponíveis para consulta na pasta da equipa –, garantindo assim a sintonia e a atualização dos enfermeiros face ao decurso do Projeto;
- Os indicadores de avaliação (IA), apreciáveis em função dos itens de registo definidos:
 - (1) *o registo efetivo dos procedimentos referentes à contenção* (medidas preventivas, efetivação da contenção, vigilâncias e cuidados acrescidos);
 - (2) *a utilização correta dos dispositivos de contenção* (observável através de uma minimização ou inexistência de intercorrências associadas ao uso dos mesmos);
 - (3) *a diminuição do recurso à contenção – efetivação e tempo de uso* (conseguida através da optimização e sucesso das medidas preventivas implementadas e da sistematização da reavaliação da necessidade de contenção).

A monitorização das práticas e dos registos foi efetuada através da consulta dos processos dos casos identificados, recorrendo-se a duas **grelhas de análise** de modo a facilitar a organização da informação. A cada um dos casos foi atribuído um número, de modo a permitir a sua identificação em ambas as grelhas.

A primeira grelha visa o **Registo Inicial**, e remete para os registos efetuados pelos enfermeiros da EP quando são estes a identificar o problema e a iniciar medidas preventivas

¹⁴ Doravante referidos simplesmente por “Balcões”.

ou de contenção. Para além dos elementos que possibilitam a caracterização da amostra e a determinação do turno da ocorrência, compõem esta grelha os itens que permitem a avaliação do quadro do doente, as intervenções levadas a cabo com o intuito de evitar a contenção e a causa da sua concretização, ou seja, os aspectos que legitimam o procedimento de contenção. A descrição e justificação dos componentes da grelha encontram-se em apêndice (Apêndice IX).

A segunda grelha visa o *Registo de Vigilâncias/Cuidados*, correspondendo aos registos posteriores, de continuidade, efetuados pelos enfermeiros da EP. Os componentes desta grelha estão especificados no Apêndice X.

Os **peritos** foram um recurso contemplado para a otimização de todo o processo de implementação do Projeto. Assim sendo, todas as etapas foram validadas com a Enfermeira de referência no local de estágio, tendo-se realizado reuniões de aferição do planeamento (as atas das reuniões encontram-se compiladas no Apêndice XI). Todo o decurso do Projeto foi igualmente acompanhado e supervisionado pela Professora Orientadora, tendo-se concretizado momentos formais de orientação, individuais e em grupo (com os pares do mestrado). As principais aprendizagens decorrentes destas reuniões ficaram registadas em atas (compiladas no Apêndice XII).

As datas e duração das atividades desenvolvidas e encontram-se discriminadas em cronograma¹⁵.

¹⁵ Vide Apêndice III.

4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Na metodologia de trabalho projeto, o processo de concretização é tão importante quanto o produto realizado (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Assim, neste capítulo serão apresentadas as etapas de execução e avaliação do Projeto (o processo), contemplando as suas várias fases de implementação e enfatizando a sua natureza dinâmica e de construção em grupo, onde cada resultado intercalar implica uma análise crítica, uma revisão dos recursos e um repensar das estratégias. Serão também apresentados os resultados referentes à mudança das práticas (o produto) em função dos indicadores de avaliação estipulados. Por último, será feita uma avaliação final do Projeto através da verificação da consecução dos objectivos inicialmente definidos.

4.1. Fases de Implementação

A primeira fase de implementação do Projeto comportou um período de 42 dias de intervenção, cadenciados pela realização de quatro reuniões de trabalho¹⁶ com os enfermeiros da EP. A periodicidade quinzenal destas reuniões possibilitou a compilação de casos em número suficiente para permitir uma análise com substância e, simultaneamente, um tempo controlado para a experimentação das estratégias definidas e avaliação da sua eficácia; permitiu ainda, e de acordo com o referido pelos enfermeiros, tornar o Projeto presente e manter os enfermeiros motivados, dado o acompanhamento e o feedback recorrente das suas intervenções.

A **1ª Reunião de Trabalho**¹⁷ foi pensada e planeada de modo detalhado, dada a sua importância estratégica para a aceitação e motivação dos enfermeiros em relação ao Projeto. A sua divulgação foi feita através de folha própria, construída e colocada na pasta da EP, e através de correio eletrónico, para o endereço de cada enfermeiro. Foi feito um plano de sessão (Apêndice XIII), e construído um documento em PowerPoint para suportar o discurso. Nesta reunião confrontou-se os enfermeiros com as suas práticas e incentivou-se à reflexão acerca das mesmas, de modo a apurarem-se causas para a não efetivação dos registos

¹⁶ As reuniões de trabalho foram integradas no plano de formação do SU e assumidas como formação em serviço. A referência às mesmas como reuniões ou sessões de trabalho constituiu uma estratégia com vista a uma melhor adesão ao Projeto por parte dos enfermeiros, associando-as à sua prática de trabalho e dissociando-as de um projeto meramente académico.

¹⁷ Dada a natureza do SU, onde é imprescindível que se mantenha a funcionalidade dos sectores, cada reunião de trabalho constituiu-se de duas sessões, dada a necessidade de dividir a equipa em dois grupos. Deste modo é possível garantir que os cuidados de enfermagem continuam a estar assegurados apesar dos enfermeiros estarem em reunião.

inerentes ao procedimento de contenção. Visou-se uma sensibilização para a temática do Projeto e um compromisso para a implementação do mesmo, tendo sido negociada a sua operacionalização.

Foram feitas as atas de ambas as sessões (apresenta-se em apêndice um exemplar – Apêndice XIV) e, do seu conjunto, foi elaborada uma ata final (Apêndice XV), cuja estrutura foi adaptada de modo a permitir uma leitura facilitada, e que foi dada a assinar aos enfermeiros presentes. Foi ainda elaborado um relatório de ocorrências (Apêndice XVI), com o intuito de permitir uma análise mais aprofundada do decurso e das circunstâncias da reunião, e visando a melhoria e a correcção do agir. Esta metodologia de trabalho – planeamento, modo de condução da reunião, elaboração de ata e relatório de ocorrências – foi mantida nas três reuniões seguintes.

As 2ª e 3ª Reuniões de Trabalho funcionaram como momentos de avaliação intermédia, constituindo, como tal, “momento[s] de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento” (Castro et al, 1993 in Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.25). De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), nestas avaliações são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho elaborado, questionando-se o trabalho já realizado, identificando-se os pontos positivos e as áreas susceptíveis de melhoria. Assim:

A **2ª Reunião de Trabalho** constituiu o momento de apresentação dos primeiros resultados – *Fase Inicial*. As grelhas de análise utilizadas foram convertidas em tabelas, de modo a facilitar a visualização da informação obtida. Foram referidos os itens com elevado índice de registo e apontados os registos passíveis de serem melhorados. Foi fomentada a análise e reavaliação de alguns pormenores de registo, resultando, da discussão em grupo, novas decisões. Como refere Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.23), é ao dinamizador do projeto que, no final das discussões, cabe o papel de “resum[ir] e formaliza[r] a[s] regra[s] do jogo”, competindo-lhe também o acompanhamento das atividades e seus resultados; formalizando esta incumbência, elaborou-se um documento de atualização com os resultados do período de intervenção e principais decisões tomadas¹⁸ (Apêndice XVII). O relatório de ocorrências constitui o Apêndice XVIII.

Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), as avaliações intermédias possibilitam também a realização dos ajustes necessários face ao percurso já efetuado e aos resultados obtidos, com vista a uma consecução bem sucedida. Os mesmos autores referem que estes ajustes se concretizam pela definição de atividades passíveis de conduzir a uma melhoria e que, mesmo

¹⁸ Opta-se por não colocar em apêndice a ata da reunião, uma vez que este novo documento inclui já a informação redigida em ata.

não estando planeadas, se podem revelar pertinentes para o Projeto. Foi neste contexto que surgiu o *Exemplo de Registo*¹⁹, ferramenta elaborada de modo a dar resposta a uma necessidade expressa por alguns dos enfermeiros da EP já em fase de implementação do Projeto – como transformar os itens de registo em registos objectivos, coerentes e de rápida redação –, e de cuja aplicação resultaram melhorias ao nível da sistematização do pensamento dos enfermeiros e da qualidade dos registos realizados.

Também a opção de disponibilização dos dados obtidos e de atualização dos enfermeiros face ao ponto de situação e às decisões tomadas via correio electrónico, foi uma atividade que, não tendo sido visada no planeamento inicial, surgiu quase que de modo intuitivo logo aquando da primeira divulgação de resultados, apresentando-se como a opção lógica e de maior eficácia no garante do acesso à informação em tempo útil, mesmo para os enfermeiros da EP ausentes nas reuniões.

A **3ª Reunião de Trabalho** (Apêndices XIX e XX) correspondeu à apresentação dos resultados da *Fase Intercalar* do Projeto. Esta constituiu a fase que maior número de casos reuniu (nove casos identificados) e, como tal, foi interpretada como a mais representativa do trabalho desenvolvido. Verificou-se uma melhoria notável a nível dos registos efetuados, traduzindo o reconhecimento da sua importância para uma intervenção de enfermagem de qualidade, bem como o empenho da equipa em cumprir o compromisso assumido.

Nesta reunião foi, também, possível desenvolver uma atividade mais formativa, tendo como ponto de partida uma situação de contenção díspar dos casos tipo (doente confuso). Tratou-se de uma situação extraordinária de contenção²⁰ – doente orientada e colaborante a ordens simples, com score 11 de Glasgow devido à presença de tubo orotraqueal; a contenção foi expressamente requerida pelo médico, pelo risco potencial de uma exteriorização acidental do tubo. Como tal, este caso mereceu uma análise individualizada, de modo a melhorar a atuação particular do enfermeiro perante situações similares futuras.

Em ambiente formativo, foram também abordadas as orientações de atuação na aplicação de medidas de contenção²¹, reforçando-se a importância da sua adequação à situação do doente (exemplo do doente com hemiparesia). Foi também lembrado o carácter de execução do recurso à contenção mecânica, incidindo-se na importância de reavaliar a necessidade de a manter e da possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa (por exemplo,

¹⁹ Vide Apêndice XVII.

²⁰ Vide caso 5 in Apêndice XIX.

²¹ Vide Anexo I, ponto 10.

conter apenas um dos membros ou conter permitindo manter alguma amplitude de movimentos).

A **4ª Reunião de Trabalho** serviu para apresentar os resultados da *Fase Final* do Projeto (Apêndice XXI) e, cumulativamente, para realizar a *Avaliação Final* da sua implementação. Nesta fase foram identificados apenas três casos, o que não permitiu a obtenção de um pool de registos significativo e representativa da equipa. Em consequência, fazendo o balanço final do Projeto, e considerando a importância que o processo tem na metodologia de projeto, os resultados da Fase Final não foram considerados como representativos do trabalho desenvolvido pela EP. Por outro lado, como refere Leite (1989) citado por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a avaliação final do Projeto deve ser globalizante pelo que, assim sendo, a avaliação global e final da implementação deste Projeto de Intervenção é positiva, tal como é explicado no último documento de atualização (Apêndice XXII).

De referir que foi apresentada à equipa uma proposta de aditamento à folha de registo informatizada em uso na UO – *Notas de Evolução* –, de forma a incorporar na sua constituição campos de preenchimento específicos para o procedimento de contenção, por se considerar que tal opção facilitaria a efetivação e sistematização deste tipo de registos. Esta proposta foi sujeita à apreciação dos enfermeiros, os quais sugeriram algumas alterações de modo a tornar o registo menos disperso²². O documento final inclui-se no Apêndice XXII.

4.2. Resultados apurados

Os resultados apurados resultam da consulta dos processos dos casos identificados (dezassete casos) e respectiva análise dos registos efetuados. Destes, quinze casos remetem para registos efetuados na UO, um caso apresenta registos efetuados em Balcões e um caso tem registos feitos em Balcões e na UO. Verificou-se maior incidência de registo no turno da noite, com referência a doze casos; os turnos da tarde e da manhã contaram com três e dois casos, respetivamente. A amostra é caracterizada por nove elementos do sexo feminino e por oito elementos do sexo masculino, cuja média de idades é de 83,9 anos. Em nove casos, as medidas de prevenção e/ou de contenção foram iniciadas por enfermeiros da EP; em oito casos, as medidas foram iniciadas pela equipa precedente; não foi possível apurar a equipa que iniciou medidas em um caso.

Os resultados foram sujeitos a interpretação de acordo com os IA. Assim, destaca-se:

²² Foi também elaborada uma proposta de aditamento à folha de registo informatizada em uso nos Balcões, seguindo a tipologia aceite pela Equipa, mas que somente foi submetida à apreciação da Enfermeira de referência no Serviço. À frente, esta proposta será referida e remetida para apêndice.

IA Registo efetivo dos procedimentos referentes à contenção

Verificou-se uma melhoria global na qualidade dos registos, determinada por:

- Um registo efetivo do procedimento de contenção;
- A realização de registos mais completos;
- O uso de maior objectividade no discurso;
- Uma maior frequência na realização de registos;
- O registo de medidas preventivas da contenção e de vigilâncias.

Tal evidência foi também verificável ao serem comparados os registos da EP com os registos das restantes equipas do SU, ao ser feita a análise livre das tabelas de registo (inexistência de registos de continuidade, registos iniciais muito incompletos ou inexistentes).

Para o apuramento da melhoria na efetivação do registo, foram considerados os casos em que as medidas de contenção foram iniciadas no turno anterior ao da EP mas cuja primeira referência a esse procedimento apenas surge nos registos da EP.

Para a análise da melhoria dos registos a nível de completude, objectividade e frequência, foi feita a comparação entre os primeiros registos efetuados, obtidos na *Fase Inicial* (Avaliação Inicial), e os registos subsequentes, obtidos do somatório das *Fases Intercalar e Final* (Avaliação Final)²³. Esta comparação permitiu também constatar a valorização do registo de medidas preventivas da contenção e de vigilâncias, destacando como principais medidas adotadas e especificadas pelos enfermeiros o *recurso à palavra* e os *cuidados de conforto*.

De seguida é feita a apresentação dos resultados em quadro, seguida da sua análise e interpretação:

Quadro 1: Registo efetivo dos procedimentos de contenção

REGISTO EFETIVO	Casos	
	n	%
Medidas de contenção iniciadas no turno anterior ao da EP	7	100%
Referência ao procedimento de contenção nos registos da equipa precedente	1	14,3%
1ª Referência ao procedimento de contenção apenas feita nos registos da EP	6	85,7%

Dos 7 casos identificados em que as medidas de contenção foram levadas a cabo no turno que antecedeu o da EP, apenas em 1 havia registo referente a essa situação. Nos restantes 6 casos,

²³ Optou-se por esta opção dado o reduzido número de casos identificados na *Fase Final* (três casos) que, no seu pequeno conjunto, não assumem a representatividade do trabalho desenvolvido pela equipa piloto e que, isoladamente, não dão destaque ao processo.

é apenas com a EP que surgem os primeiros registos referentes ao procedimento de contenção.

Esta situação vai ao encontro do apurado em diagnóstico de situação²⁴, onde se verificou uma fraca evidência do registo dos procedimentos relacionados com a contenção de doentes. Com a implementação do Projeto, constata-se já a existência de uma valorização da efetivação destes registos pelos enfermeiros da EP.

Quadro 2: Registo de acordo com os itens estipulados em equipa

REGISTOS MAIS COMPLETOS	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Avaliação do risco de quedas aquando da alteração do estado clínico do doente	0%	50%
Medidas preventivas	33,3%	50%
Causa da contenção	80%	100%
Cuidados de conforto	50%	100%
Vigilância de lesões	40%	66,7%
Reavaliação da necessidade de contenção	100%	100%

Na Avaliação Inicial verifica-se a inexistência de registos referentes à *Avaliação do risco de queda aquando da alteração do estado clínico do doente*, e coincidente com o procedimento de contenção. A referência ao recurso a *Medidas preventivas*²⁵ e à *Vigilância de lesões* ocorre em menos de metade dos casos identificados (33,3% e 40%, respetivamente). Os restantes registos foram feitos em pelo menos metade dos casos identificados: a referência aos *Cuidados de conforto* foi feita em 50% dos casos; a *Causa de contenção* foi referida em 80% dos casos; a *Reavaliação da necessidade de contenção* foi registada na totalidade dos casos.

Fazendo a análise comparativa com a Avaliação Final constata-se que houve um aumento da percentagem de registo em todos os itens, exceção feita à *Reavaliação da necessidade de contenção*, onde o índice de registo era já de 100%. Todos os itens foram registados em pelo menos metade dos casos identificados: a *Avaliação do risco de queda aquando da alteração do estado clínico do doente* e o recurso a *Medidas preventivas* foram registados em 50% dos casos; a *Vigilância de lesões* é referida em 66,7% dos casos; a identificação da *Causa da contenção* e a referência aos *Cuidados de conforto* foi feita em 100% dos casos.

²⁴ Vide Apêndice I

²⁵ Foram considerados os casos em que as medidas foram iniciadas pelos enfermeiros da equipa piloto, e cuja referência se inscreve na Tabela de Registo Inicial – Medidas de prevenção.

De referir que o sucesso traduzido por estas percentagens de registo se deve à própria metodologia de trabalho utilizada, onde a divulgação atempada dos resultados apurados, a identificação de áreas de melhoria e a discussão de estratégias de atuação, contribuíram para o empenho da EP na implementação do Projeto e no cumprimento do compromisso assumido para a mudança das práticas. Como referido pelos próprios enfermeiros da EP, foi também um contributo importante, a implementação do *Exemplo de registo*, o qual permitiu a sistematização do pensamento e uma melhor organização dos registos.

Quadro 3: Registo com uso de maior objectividade no discurso

REGISTOS MAIS OBJETIVOS		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Causa da contenção	Não colabora / Agitação psicomotora	50%	0%
	Risco de queda / Compromisso terapêutico	50%	100%
Cuidados de conforto	Posicionamentos	20%	80%
	Massagem de conforto	0%	50%

Na Avaliação Inicial verificou-se que, em metade dos casos onde foi feita referência à *Causa de contenção*, esta foi subjectiva, justificando-se o seu uso pelo facto de o doente apresentar *Agitação psicomotora* e/ou quando o doente *Não colabora*. Nos restantes 50% a *Causa de contenção* foi especificada pelo *Risco de Queda* e/ou pelo risco de *Compromisso terapêutico*. Na Avaliação Final, em todos os casos identificados a *Causa de contenção* foi objetivada pelo *Risco de Queda* e/ou pelo risco de *Compromisso terapêutico* (100% de registo).

Também os registos relativos aos *Cuidados de conforto* foram sujeitos a melhoria, no que se refere à sua objectividade. Estes cuidados são relativos à situação de mobilidade condicionada a que o doente fica sujeito aquando da situação de contenção, tendo-se considerado os *Posicionamentos* efetuados e a *Massagem de conforto*. Na Avaliação Inicial constatou-se a desvalorização deste registo, sendo feita referência a *Posicionamentos* e sua especificação em apenas 20% dos casos e não sendo feita menção à realização de *Massagem de conforto*. Na Avaliação Final observou-se o registo dos *Posicionamentos* e da *Massagem de conforto* em pelo menos metade dos casos, com um índice de registo de 80% e 50%, respetivamente.

Nos casos identificados, não houve referência ao risco de agressão como causa de contenção. Analisando estes resultados, constata-se uma preocupação evidente na objetivação da *Causa de contenção*, com o abandono absoluto de expressões chavão que, concretamente, não conferem um conteúdo justificativo de uma intervenção de contenção. Da informação que

emerge, o *Risco de compromisso terapêutico* (por tentativa ou exteriorização/remoção de dispositivos médicos) constituiu a causa de contenção em todos os casos identificados na *Avaliação Final*, acrescentando-se, em 2 casos, cumulativamente, o *Risco de Queda* (por tentativa de levantar). Estes dados não deixam de ser curiosos, quando falamos de uma amostra com alto risco de queda avaliado (100% dos doentes a quem foi aplicada a Escala de Morse); contudo, vão ao encontro da evidência encontrada na RSL.

Observa-se, também, a valorização do registo dos *Cuidados de conforto*, passando-se de uma fase inicial em que os registos são praticamente inexistentes (nem mesmo os registos de selecção rápida disponibilizados na folha de registo informatizada), para uma objetivação dos cuidados acrescidos devidos ao doente condicionado na sua mobilização por dispositivos de contenção. De referir que, em 50% dos casos analisados na *Avaliação Final*, aquando da referência aos *Posicionamentos*, é feita a especificação dos decúbitos. De referir também, a maior importância que estes registos assumem se considerarmos que na amostra em questão existe alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (em 91,7% dos doentes a quem foi aplicada a Escala de Braden).

Quadro 4: Frequência de registo de reavaliações e de cuidados

REGISTOS MAIS FREQUENTES	Nº Registos/Turno	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Glasgow/Estado de consciência	1 Registo	100%	40%
	2 Registos	0%	60%
Cuidados de conforto	0 Registos	60%	0%
	1 Registo	40%	30%
	2-3 Registos	0%	70%
Vigilância de lesões	0 Registos	60%	33,3%
	1 Registo	40%	44,5%
	2-3 Registos	0%	22,2%
Reavaliação da necessidade de contenção	1 Registo	75%	55,6%
	2 Registos	25%	44,4%

Nos dados apurados na *Avaliação Inicial*, foi feito 1 registo da avaliação neurológica em todos os casos identificados, fosse por via da Escala de *Glasgow*, fosse por via da determinação do *Estado de consciência*. Na *Avaliação Final* este registo continuou a ser feito em todos os casos sendo que, em 60% dos casos, foi registada uma segunda avaliação.

Nos *Cuidados de conforto*, passou-se de uma situação em que, na Avaliação Inicial, predominava a ausência de registo (60% dos casos), havendo 1 registo referente aos mesmos nos casos restantes (40% do total de casos identificados), para uma Avaliação Final onde em 100% dos casos são feitos registos, sendo que destes, em 30% dos casos foi feito 1 registo e em 70% dos casos foram feitos de 2 a 3 registos.

Na Avaliação Inicial feita ao registo de *Vigilância de lesões* constatou-se a inexistência de registos em 60% dos casos e, nos 40% restantes, a presença de 1 registo. Na Avaliação Final, apesar de em 33,3% dos casos continuar a não haver registo, verificou-se o aumento do número de casos com registo (66,7%) e o número de registos por caso, havendo 44,5% dos casos com 1 registo e 22,2% com 2 a 3 registos.

A *Reavaliação da necessidade de contenção* foi o único item onde se verificou a existência de casos com 2 registos (25% dos casos) na Avaliação Inicial, encontrando-se 1 registo nos 75% restantes. Na Avaliação Final este registo continuou a ser feito em todos os casos sendo que, em 44,4% dos casos, foi registada uma segunda avaliação.

Verificou-se um aumento da frequência dos registos de continuidade, referentes a reavaliações e a cuidados prestados, particularmente importantes no doente com contenção mecânica. Não só se verificou o aumento do número de casos com registo como também o aumento do número de registos por caso. Destaca-se o registo dos *Cuidados de conforto* que, apresentando inicialmente um absentismo no registo de 60%, passou a beneficiar de 2 a 3 registos em 70% dos casos, de onde se depreende, mais uma vez, uma maior valorização deste tipo de cuidados. De referir também que, o conhecimento de que estas reavaliações e cuidados são concretizados várias vezes no turno, permite inferir uma preocupação do enfermeiro pela segurança do doente com contenção mecânica, por ter presente os efeitos adversos que podem resultar do uso dos dispositivos de contenção.

Quadro 5: Medidas preventivas da contenção mais valorizadas/especificadas

MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICADAS	6 casos	
	n	%
Cuidados de conforto	1	16,7%
Tratamento farmacológico	2	33,3%
Recurso à palavra	4	66,7%

A referência ao recurso a medidas preventivas da contenção, aquando da identificação de uma situação de risco pelos enfermeiros da EP, foi um dos itens onde se verificou uma melhoria no

registo, passando-se de um índice de registo de 33,3% (Avaliação Inicial) para 50% (Avaliação Final)²⁶. Contudo, a referência a medidas preventivas extravasou a intervenção primeira do enfermeiro, havendo registos do seu uso numa perspectiva de continuidade dos cuidados, seja na sequência do reavaliar da situação do doente, seja como referência à manutenção da situação do doente. Neste contexto, considerando todos os registos efetuados, observam-se índices de registo muito semelhantes aos atrás referidos, com referência às medidas de prevenção em 40% dos casos na Avaliação Inicial (2 casos de um total de 5) e em 50% dos casos na Avaliação Final (6 casos de um total de 12), perfazendo um total de 8 casos com registo de medidas preventivas da contenção.

Dos 8 casos em que este item foi registado, em 6 houve a preocupação de especificar qual a medida utilizada, sendo referido em 1 caso o recurso a *Cuidados de conforto* e em 2 casos o recurso a *Tratamento farmacológico*; o *Recurso à palavra* foi a medida especificada em 4 casos, constituindo a medida preventiva da contenção mais valorizada.

Em 1 caso, a referência ao *Recurso à palavra* como medida preventiva da contenção foi feita em dois momentos de registo distintos.

Apenas em 1 caso se verificou o registo de duas medidas preventivas diferentes (*Tratamento farmacológico* e *Recurso à palavra*).

Em análise, constata-se a necessidade de melhorar a especificação deste registo. Dos dados apurados, verifica-se a incidência no uso de medidas mais tradicionais e de fácil aplicação, que pouco interferem com as rotinas de cuidados e com o funcionamento do SU. Medidas como a *Modificação do contexto* ou a *Presença de pessoa significativa* – ou a manifestação de abertura para essa presença – não são referidas em nenhum dos casos identificados, o que vai ao encontro da tendência revelada na RSL (Moyle et al, 2010; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Faria, Paiva e Marques, 2012). Evidencia-se, também, o uso preferencial de apenas uma medida preventiva que, não sendo eficaz, deriva na efetivação da contenção mecânica, o que representa um desvio face à Orientação 021/2011 da DGS e às recomendações da evidência, onde se preconiza o esgotar das medidas preventivas antes da aplicação de medidas de contenção. De referir ainda que, dos 8 casos com registo de recurso a medidas preventivas, apenas em 1 a sua aplicação foi bem sucedida, tendo evitado a situação de contenção; este resultado é conivente com o estudo de Faria, Paiva e Marques (2012).

²⁶ Vide Quadro 2

IA Utilização correta dos dispositivos de contenção

Nos dezassete casos identificados, não houve registo de intercorrências por uso de dispositivos de contenção, o que pressupõe o seu uso correto e uma vigilância efetiva, indo ao encontro do *safety work* de Ludwick, O’Toole e Meehan (2012).

IA Diminuição do recurso à contenção – efetivação e tempo de uso

Não havendo um estudo prévio passível de constituir elemento de comparação, considerou-se para a medição deste indicador as atividades que permitiram evitar ou reduzir o tempo de contenção. Assim, dos 17 casos identificados, constatou-se:

- O recurso a medidas preventivas da contenção permitiu evitar o uso da contenção mecânica em 1 caso (correspondendo a 5,9% da amostra);
- A reavaliação da necessidade de contenção, feita por enfermeiros da EP, permitiu a retirada dos dispositivos de contenção mecânica em 5 casos (correspondendo a 29,4% da amostra), o que confirma a eficácia desta medida, tal como referido por Park e Tang, (2007) e Ludwick, O’Toole e Meehan (2012). Entende-se que a sistematização desta medida possibilitou a identificação precoce dos casos onde já não se justificava o uso de dispositivos de contenção.

4.3. Avaliação final

Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objectivos inicialmente definidos (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.26).

Com o primeiro objectivo – *Melhorar o registo de enfermagem relativo à contenção de doentes* – pretendeu-se corrigir uma lacuna existente e confirmada em diagnóstico de situação, designadamente, a reduzida efetivação dos registos de enfermagem inerentes ao procedimento de contenção e a qualidade dos mesmos. Como resultado do trabalho desenvolvido ao longo do período de implementação do Projeto, foi possível constatar o **registo efetivo do procedimento de contenção** pelos enfermeiros da EP (foram registados todos os casos identificados na EP, sob a garantia da supervisão do enfermeiro chefe de equipa), bem como evidenciar a valorização desse registo pelos enfermeiros da EP (ao serem identificados casos de doentes já com contenção no turno anterior ao da EP e cujos primeiros registos surgem apenas com esta). Constatou-se, também, uma maior qualidade nos registos efetuados, traduzida em **registos mais completos, objectivos e frequentes**.

As situações de contenção já não passam incógnitas nos registos de enfermagem. Ao constataremos e reconhecermos a existência desta situação, mais facilmente a podemos

trabalhar sendo que, a informação que é recolhida através dos registos (agora mais fidedignos) nos permite conhecer melhor o fenómeno ao nível da sua causa, das estratégias que são utilizadas para a prevenção da contenção e sua eficácia, e ao nível dos cuidados de enfermagem prestados.

O segundo objetivo definido – ***Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, ao recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última*** – não foi plenamente alcançado. Apesar de se ter verificado uma melhoria importante no registo do recurso a medidas preventivas da contenção (situação que, inicialmente, era parcamente valorizada pelos enfermeiros ao nível dos registos), em **metade dos casos** considerados na *Avaliação Final* essa referência continua a não ser feita. Por outro lado, nos casos em que foram especificadas as medidas preventivas utilizadas e onde não foi possível evitar o recurso à contenção mecânica, os enfermeiros **limitaram-se ao uso de uma medida** (exetua-se um caso), não experimentando uma outra abordagem antes de avançarem para a contenção. Também as próprias medidas utilizadas foram as mais *convencionais*, com destaque para o ***Recurso à palavra***. Pelo exposto, considero não ser ainda possível afirmar que os registos de enfermagem demonstram o recurso a medidas de contenção mecânica como intervenção última, sendo necessário continuar a melhorar a efetivação e a especificação do registo.

Estes resultados revelam novas áreas de trabalho e investigação. Em concordância com o apurado na RSL (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011), evidencia-se aqui a necessidade de formação no âmbito da contenção e, nomeadamente, sobre *Técnicas preventivas à contenção* (como previsto na Orientação 021/2011), de modo a disponibilizar estratégias de atuação e a promover esta prática. Este seria mais um passo para salientar a importância do recurso a medidas preventivas ou alternativas à contenção, para uma atuação de enfermagem de qualidade, onde é o respeito pela pessoa na sua dignidade que atribui sentido ao cuidado prestado. Por outro lado, o registo especificado das medidas utilizadas seria de toda a importância para a identificação das técnicas com maior taxa de eficácia, possibilitando assim uma intervenção mais assertiva e a disseminação das boas práticas com base na evidência. Relativamente às questões que se levantam e que mereceriam estudo próprio, destaca-se:

- ✓ Porque é que continua a haver casos onde não é feita referência ao uso de medidas preventivas ou alternativas à contenção mecânica? Será porque não são, de facto, implementadas? E assim sendo, tal dever-se-á à urgência da situação ou à desvalorização das medidas? Ou não são registadas por não terem sido eficazes, por não terem produzido um resultado positivo?

-
- ✓ Porque é que os enfermeiros apenas fazem uso de uma medida na sua estratégia preventiva e, particularmente, do *Recurso à palavra*? Tal estará relacionado com questões de rácio enfermeiro-utente ou sobrecarga de trabalho, que inviabilizam uma maior disponibilidade de tempo para investir no cuidado personalizado que o doente idoso em risco requer? Ou os enfermeiros optam pelas medidas que menos interferem com a sua rotina de cuidados e com o normal funcionamento do SU?
 - ✓ Porque é que a *Presença de pessoa significativa* junto do doente não é uma medida considerada? Por uma questão de impreparação do espaço físico, que não permite garantir a privacidade dos restantes doentes presentes na UO? Por uma questão de funcionalidade do espaço, onde é necessário manter canais de passagem abertos para atuação em situação de emergência? Por receio que tal atitude seja alvo de reprovação e crítica por parte da equipa pluriprofissional? Por o enfermeiro se sentir desconfortável com a presença dessa pessoa, não doente, que o observa na sua ação? Por interferir com a prática rotinada do enfermeiro?
 - ✓ Qual o tipo de discurso utilizado pelos enfermeiros no seu *Recurso à palavra*? É adequado à especificidade de cada cliente idoso em risco? Pretende orientar, informar, alertar, tranquilizar e/ou desviar o foco de atenção?

O terceiro objetivo do Projeto – *Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, aos cuidados de enfermagem prestados, implícitos à situação de contenção* – foi definido com a intenção de demonstrar que o enfermeiro reconhece e assume a necessidade de prestar cuidados específicos ao doente idoso a quem são aplicadas medidas de contenção e que, como tal, se encontra em situação de maior vulnerabilidade.

Com a implementação deste Projeto passou a haver o **registo sistematizado** de intervenções de enfermagem no âmbito da contenção do doente às quais, previamente, poucos enfermeiros davam visibilidade. Os itens registados foram definidos pelos enfermeiros da EP com base na Orientação 021/2011 da DGS, tendo sido os que estes consideraram como mais pertinentes. Na *Avaliação Final*, em pelo menos 50% dos casos analisados, ao proceder à contenção, o enfermeiro: fez a avaliação neurológica do doente; avaliou o risco de quedas e o risco de desenvolvimento de UP; identificou os pontos de contenção; fez referência ao uso de medidas preventivas e seu impacto; e referiu a causa que determinou a necessidade de contenção. Perante o doente com contenção mecânica, o enfermeiro: realizou avaliações subsequentes do seu estado neurológico; reavaliou o risco de quedas aquando da alteração do estado clínico do doente; identificou necessidades de ajuda ao nível da alimentação e da eliminação;

providenciou cuidados de conforto em função da situação de limitação da mobilidade do doente; vigiou a ocorrência de lesões associadas à presença dos dispositivos de contenção mecânica; e, reavaliou a necessidade de manter medidas de contenção. Estes cuidados enquadram-se no *safety work* de Ludwick, O'Toole e Meehan (2012).

Com a consecução deste objetivo evidencia-se que o enfermeiro, ao tomar a decisão de proceder à contenção mecânica do doente idoso, não procura uma solução fácil para uma situação que o condiciona, mas sim, recorre à solução possível em prol das condicionantes existentes; na sua decisão, o enfermeiro não se demite da sua responsabilidade de cuidar o outro e de zelar pela sua segurança, pois elabora todo um plano de cuidados direcionado ao doente idoso com contenção mecânica²⁷, onde cuidados, vigilâncias e avaliações são contemplados. Assim sendo, considera-se que não é feito um uso abusivo das medidas de contenção, uma vez que o seu recurso não visa a redução de vigilância do doente²⁸.

Apesar de haver margem para melhoria, há que ter presente que esta intervenção para uma mudança das práticas decorreu em apenas seis semanas, pelo que considero os resultados conseguidos bastante satisfatórios e promissores de uma continuidade na melhoria dos registos de enfermagem. Acrescente-se que, com a implementação deste Projeto se promoveu uma prática em maior conformidade com as orientações emanadas pela DGS e com a evidência encontrada, permitindo um agir com mais qualidade e mais dignificante. Com a efetivação destes registos providenciou-se, também, uma sustentabilidade legal para a intervenção do enfermeiro.

Por último, há a referir que, por via deste Projeto, foi possível ficar a conhecer um pouco mais acerca do fenómeno Contenção no SU, quer ao nível da população alvo e das causas de contenção, quer ao nível da própria intervenção do enfermeiro. Assim, com a análise dos dados colhidos constatou-se que, no SU, à semelhança do que a evidência revelou para outros contextos de cuidados (Park e Tang, 2007; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012), o grupo de doentes mais susceptível à implementação de medidas de contenção corresponde ao **grande idoso com Avaliação neurológica alterada**, não se tendo verificado relevante o sexo. Das medidas preventivas especificadas, a mais utilizada foi o **Recurso à palavra**, o que é concordante com o estudo de Faria, Paiva e Marques, 2012. Tal como no estudo de Minnick et al (2007), a causa de contenção prevalente foi o **Risco de compromisso terapêutico**, apesar de se tratar de doentes com **alto Risco de queda**. O perfil de

²⁷ Como preconizado na Orientação 021/2011 da DGS, no seu ponto 6.6 - *Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção*.

²⁸ Vide Anexo I, Critérios, alínea j), ponto iii.

atuação dos enfermeiros leva a concluir que prevaleceu “o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível” (Orientação 021/2011 da DGS, p.2): as contenções mecânicas efetuadas limitaram-se à **contenção dos membros superiores** (punhos), o que constituiu prática concordante com a evidência (Minnick et al, 2007; Lane e Harrington, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012), registando-se apenas um caso onde não foi especificado o ponto de contenção; verificou-se preocupação em adequar as medidas de contenção à situação específica do doente, sendo que em três casos é feita referência à contenção de apenas um dos membros superiores; não há registo de contenção ao nível dos membros inferiores ou do tronco, de onde se infere uma preferência no uso de medidas mais limitativas, com maior condicionamento na mobilidade e mobilização do doente e, como tal, com maior risco associado. A Alimentação e a Eliminação foram **necessidades controladas** pelos enfermeiros (apesar dos registos frugais), verificando-se a inexistência de registos em apenas alguns casos da *Fase Inicial*, o que revela preocupação na satisfação das necessidades do doente, tal como postulado por Park e Tang (2007) e Ludwick, O’Toole e Meehan (2012). O **compromisso neurocirculatório** foi o tipo de complicação mais vigiado aquando do uso de dispositivos de contenção, não se tendo registado incidentes. Perante o doente idoso com restrição da mobilidade devido ao uso de dispositivos de contenção mecânica, o enfermeiro tem uma intervenção direccionada ao seu conforto e à prevenção do desenvolvimento de UP, havendo referência a **massagem de conforto** e a **posicionamentos** efetuados duas a três vezes no turno (em 70% dos casos da *Avaliação Final*). Estes cuidados são particularmente importantes quando falamos de uma amostra onde foi avaliado **alto risco de desenvolvimento de UP**. Os enfermeiros da UG não assumem a medida de contenção como um fim em si mesmo, pelo que procuram retirar com a maior precocidade possível os dispositivos que condicionam a liberdade de movimentos e a dignidade do doente idoso, procedendo para tal à **Reavaliação da necessidade de contenção** de modo sistematizado e recorrente, tal como aconselhado por Park e Tang (2007) e Ludwick, O’Toole e Meehan (2012).

Esta informação, para além dos contributos que traz para a investigação ao nível do conhecimento e da compreensão de um fenómeno pouco estudado em contexto de Urgência, poderá ser usada para a tomada de decisão e para a construção de programas operacionais ao nível do SU e da instituição, permitindo um planeamento e uma gestão mais realista dos cuidados de enfermagem a par da construção de um ambiente terapêutico, seguro e mais dignificante, e assim contribuindo para a melhoria contínua da qualidade no cuidado à pessoa idosa.

5. DISCUSSÃO DAS APRENDIZAGENS

O que define o enfermeiro especialista é o facto deste possuir “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”, e que se traduz num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 122/2011, OE).

Visando este desenvolvimento profissional, delineei como objetivos:

- 1) *Desenvolver competências de especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, recorrendo à prática baseada na evidência, nas situações mais complexas de recurso à Urgência Geral, desde a admissão na triagem à alta, de forma a garantir a continuidade de cuidados.*
- 2) *Desenvolver competências de especialista na mudança de práticas de cuidado através de um Projeto de intervenção, no sentido de uma melhor intervenção à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica na Urgência Geral.*

Cada um dos subpontos seguintes é dedicado à análise das atividades, estratégias e aprendizagens efetuadas ao longo do EC e que contribuíram para o cumprimento dos objetivos propostos.

5.1. Desenvolver competências de especialista na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa na UG

Cuidar de idosos em situação de necessidade de cuidados de enfermagem é uma situação que, à data de início do EC, não constituiu novidade para mim. Os idosos são utilizadores frequentes do SU, constituindo um grupo populacional heterogéneo, que tanto pode ser personificado por um indivíduo saudável com um problema de saúde pontual, como por uma pessoa cuja situação de doença a coloca em situação de dependência total para a concretização das suas atividades de vida. Face ao exposto, o ser-se idoso não pode ser entendido como condicionante homogenizadora de todo um grupo etário que, ao caracterizá-lo, despersonaliza cada um dos seus constituintes. No decurso do meu EC pude incorporar na minha ação, de modo mais consciente, o conhecimento desta verdade, e perspectivá-la sob um olhar mais atento e intencional, com vista ao desenvolvimento de competências especializadas. Pude concretizar que, não obstante a prevalência de determinadas patologias ou problemas de saúde – síndromas geriátricas – cada pessoa é distinta no seu ser e vivência

de modo único a sua situação. O percurso de vida de cada um, nas suas determinantes de intensidade e longevidade, torna mais vincada a forma de estar e de reagir perante a vivência da doença, perante a diminuição de uma faculdade, perante a necessidade da ajuda de terceiros para a execução das rotinas estruturadoras do dia-a-dia. A par do percurso de vida, também as crenças e os valores e a existência de uma entidade “família”, seja ela filial ou de afinidade, são aspetos preponderantes para a gestão dos processos de doença e de dependência e para o respectivo processo de adaptação. Por último, falta juntar a este conjunto de fatores o cuidado de enfermagem, também este preponderante na forma como o cliente idoso irá vivenciar o seu problema de saúde e o seu percurso de atendimento e tratamento no SU.

O EC permitiu-me um tempo de exclusividade para pensar os cuidados de enfermagem direccionados à pessoa idosa, para analisar e refletir acerca das práticas que melhor se adequam ao cliente idoso que recorre ao SU. Contribuiu para consolidar a abordagem especializada, com base na avaliação global do doente idoso, onde a colheita de dados aprofundada foi guiada por referenciais teóricos e objetivada através do uso de instrumentos de avaliação. Tal avaliação possibilitou um conhecimento mais sustentado da pessoa idosa, do meio que a rodeia e da sua doença, viabilizando a identificação de problemas reais e/ou potenciais e dos recursos internos e externos em uso ou passíveis de serem mobilizados em situação de necessidade, resultando num planeamento de cuidados e numa intervenção de enfermagem mais personalizada e eficaz. Com a aplicação de instrumentos de avaliação geriátrica, concretizou-se uma observação mais sistematizada e direccionada, que melhor permitiu conhecer o estado do doente e as suas reais necessidades de cuidados. No uso destes instrumentos, houve a preocupação de fazer uma utilização pertinente, adequando-os em função da especificidade da pessoa idosa e da sua situação clínica; contudo, nas situações em que a sua utilização não implicou desgaste para o cliente, por a sua aplicação bastar-se à observação do enfermeiro, os instrumentos foram utilizados indiscriminadamente, com um intuito de treino.

Este EC possibilitou também o treino de registos de enfermagem ao nível de especialista. Este foi um exercício sujeito a diferentes etapas, iniciando-se com a realização de um registo mais lato de avaliação sistematizada da pessoa idosa e terminando com a estruturação dos dados colhidos de acordo com as folhas de registo de enfermagem do SU; no processo, foi possível constatar acerca das limitações das folhas de registo, construídas de modo a possibilitar um preenchimento rápido e direccionadas para uma abordagem de Urgência/Emergência, não contemplando alguns aspectos de sobeja importância para uma avaliação completa e individualizada da pessoa idosa e condicionando um registo mais pormenorizado dada a

existência de um número limitado de caracteres permitido²⁹. Assim, foi feito um trabalho de adaptação e exploração das possibilidades das folhas de registo, de modo a possibilitar a inclusão da informação não contemplada, à priori, no documento, mas que seja considerada importante e necessária para conhecer o cliente e para que lhe sejam prestados os cuidados personalizados devidos. Para o sucesso deste trabalho foram de grande importância as reuniões de trabalho realizadas com a Professora Orientadora e com o grupo de trabalho do Mestrado³⁰, que num esforço conjunto de análise do documento e de reformulação do texto de registo, contribuíram para uma maior rentabilização das folhas informatizadas em uso no SU. As reuniões de trabalho acima referidas constituíram momentos de excelência no desenvolvimento de competências pessoais relacionadas com **pensamento crítico, heteroavaliação e assertividade**, nomeadamente, nos exercícios de análise e avaliação do trabalho desenvolvido pelos colegas do grupo de trabalho do Mestrado. Em cada reunião foi efetuado um trabalho sério e construtivo sob a orientação da Professora Orientadora que, incentivando-nos, inquietando-nos e provocando-nos, nos levou a desempenhar um papel mais participativo na construção de saberes e no desenvolvimento do trabalho de cada um. Os nossos progressos, as nossas dúvidas, as nossas dificuldades, foram apresentados sessão a sessão, beneficiando da análise feita por cada um sendo que, qualquer questão, após interpretada sob cinco pontos de vista diferentes, resultou mais rica e clarificada. Como diz Hesbeen (2000), a experiência por si só não gera conhecimento pois, apesar de contribuir para a aquisição de competência e destreza na prática, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada para que, deste modo, possa enriquecer os conhecimentos de cada um. Foram discutidos casos clínicos, e pensadas e discutidas as intervenções a desenvolver pelo enfermeiro especialista, antecipando-se a vivência real das situações com recurso a dinâmicas de grupo como o role-play; o relato de uma experiência, a explicação de um percurso já percorrido, a partilha de materiais, a revelação de um outro modo de fazer, a identificação de um aspeto a melhorar, uma estratégia bem sucedida ou uma questão oportunamente colocada, foram exemplos de contributos de valor. Este modo de estar em reunião constituiu um desafio, onde era chamada a opinar crítica e construtivamente perante o grupo e a Professora Orientadora, ou seja, onde era posta à prova enquanto enfermeira especialista em construção; contudo, qualquer receio que tivesse sentido não se prendeu com *o receio de falhar perante o olhar dos outros*, mas sim com a possibilidade de, com a minha intervenção, não trazer nada de novo para as minhas colegas. Houve um cuidado particular não só com o conteúdo do

²⁹ Registos informatizados

³⁰ Constituído por mais três enfermeiras mestradas, também sob a orientação a Professora Pereira Lopes.

discurso mas também com a sua forma, tendo sido estes momentos de grande importância para o treino da assertividade; ao dirigir-me aos meus colegas e tecer críticas ao seu trabalho, procurei fazê-lo de forma construtiva, transparecendo uma intenção sincera de ajudar. Ao abordar os assuntos *mais delicados*, referi-os de modo afirmativo, justificando a minha opinião e, sempre que possível, avançando com uma alternativa.

A comunicação foi, então, também uma área sujeita a treino e a aprendizagem. Entre pares, e com a equipa pluridisciplinar, procurei que o meu discurso refletisse uma visão global do doente idoso, alertasse para as suas fragilidades e potenciais problemas e transmitisse o cuidado sensível que lhe havia prestado. Com o cliente idoso, empenhei-me nos exercícios de avaliar o doente e colher informação adaptando-me à realidade circunstancial do SU. Sendo o tempo um bem particularmente escasso no SU³¹, a escuta e a observação do cliente idoso foi muitas vezes concretizada em simultâneo com um ato técnico, tirando-se partido desse momento de contacto e maior proximidade para conhecer melhor o outro (doente/família/cuidador). Contudo, o ato técnico, apesar de ter sido muitas vezes o mote para uma relação comunicacional, não foi concebido como o seu cerne, antecipando-se e prolongando-se ao momento, e inscrevendo-se o próprio procedimento técnico no contínuo comunicacional. Foi também necessário adaptar o estilo, a forma e o conteúdo comunicacional às particularidades de cada cliente idoso; o volume do som e o ritmo do discurso foram adequados às necessidades referidas ou manifestadas pela pessoa idosa ou por mim percecionadas; adjuvantes da comunicação foram explorados (mímica, desenho, palavra escrita, “canudo”). A própria abordagem feita ao cliente idoso, no que se refere à obtenção de informação pertinente para a avaliação do seu quadro clínico, foi adaptada à especificidade da pessoa, determinando o recurso a questões abertas ou fechadas, ou a formas alternativas de colocação das questões, como no caso da pessoa idosa com alteração cognitiva, com sintomatologia depressiva ou com algum tipo de défice sensorial.

Na situação particular da pessoa idosa com alteração cognitiva, a observação atenta do seu comportamento, da sua postura e do seu olhar, revelou-se um recurso de extrema importância para a obtenção de informação e avaliação clínica. Assim, também a minha competência para a observação foi redescoberta, trabalhada de modo intencional e dirigido, permitindo a análise e o perscrutar de comportamentos e capacidades do cliente idoso.

De referir que, a experiência clínica em contexto comunitário possibilitou o treino e o aperfeiçoamento de competências sem a pressão imprimida pelo SU, permitindo-me ter tempo

³¹ Vide sub-capítulo 2.1.3. *A realidade de cuidados do Serviço de Urgência.*

para não ter pressa aquando da aplicação dos instrumentos de avaliação geriátrica, e favorecendo o exercício da observação, dada a redução das interferências externas. Nesta perspetiva, o contexto comunitário funcionou como laboratório de aprendizagens. Das aprendizagens efetuadas destaco a preferência pelo uso de questões abertas com o idoso com função cognitiva normal, as quais permitem à pessoa idosa fornecer informação pertinente sem que se sinta questionada ou avaliada. Tal circunstância predispõe a que no encontro entre enfermeiro e cliente se estabeleça uma conversação quase informal mas que é rica em conteúdo, e onde, perante um enfermeiro que manifesta um interesse verdadeiro em conhecer o outro (através das suas próprias palavras) para melhor o cuidar, a pessoa se revela. São exemplos de algumas das questões utilizadas, e que se demonstraram profícuas para a obtenção de informação em diferentes âmbitos: *Como é o seu dia a partir do momento em que se levanta? O que deixou de fazer por causa da sua situação? Do que é que sente mais falta? O que é que a preocupa mais? No que é que gostaria de receber mais ajuda?*

Relativamente ao idoso com défice cognitivo, foi necessário encontrar um outro modo de abordagem, onde observação-perceção-sensibilidade-ser conciso se conjugaram sinergicamente. O uso de questões fechadas foi fundamental: perguntas diretas, curtas e de resposta curta, tornaram possível a colheita de dados, por facilitarem a participação do doente na mesma. Comprovei que, neste tipo de doente o foco de atenção é frágil, pelo que: é necessário minimizar distrações externas (uma televisão ligada, conversas paralelas); é preciso repetir a pergunta, de modo a redireccionar a atenção do doente; é preciso saber distinguir entre o que é distração e o que é o tempo do doente, que ele necessita para poder concretizar uma resposta ou uma atividade; é necessário estar ainda mais atento ao que o doente não diz verbalmente mas manifesta no seu comportamento (apatia e inquietação como manifestações de cansaço ou desconforto – sono, fome, vontade de urinar, dor), e que pode condicionar a sua atenção. Realizar uma avaliação global ao doente idoso com alteração cognitiva é um processo muito mais moroso mas possível e, apesar da colaboração da família/cuidador ser de sobeja importância para a obtenção de informação, cabe ao enfermeiro encontrar e proporcionar ao doente a estratégia necessária para que este possa ter uma participação ativa no processo.

A experiência na comunidade trouxe, também, uma outra nota importante para a minha formação: ir ao encontro do outro no seu meio. Ao entrar-se na casa da pessoa idosa, entra-se também, de modo profundo e irremediável, na sua vida. A realidade da existência dessa pessoa é exposta ao nosso olhar, sob a tutela de uma confiança profissional e uma expectativa

de humanidade e auxílio; ao enfermeiro especialista compete interpretar e otimizar essa realidade, de acordo com o que a vontade do outro determina e a sua arte possibilita.

De referir também que, no meu agir, procurei que a minha ânsia de aprendizagem e de conhecimento não suplantassem o respeito devido à pessoa idosa e duplamente vulnerável, dada a sua situação de doença, colocando sempre em primeiro lugar as necessidades do cliente e não as minhas. Muitas foram as vezes em que tal desígnio não facilitou o desenvolvimento das atividades a que me havia proposto, impedindo uma colheita de dados ou obrigando a deixar a meio a aplicação de um instrumento avaliativo, dado denotar cansaço ou indisposição por parte do cliente idoso para acatar os pedidos que lhe ia fazendo. Tal situação levou-me também a reflectir acerca da particularidade do contexto de cuidados – um SU, onde os tempos da Urgência (acelerado e incisivo) nem sempre se coadunam com os tempos da pessoa idosa (que se prepara e narrativo), onde a situação de saúde do cliente frequentemente condiciona, pela sua gravidade ou carácter agudo – levando-me a concluir acerca da dificuldade acrescida que constitui cuidar da pessoa idosa em contexto de Urgência.

5.2. Desenvolver competências de especialista na mudança de práticas de cuidado através de um projeto de intervenção na UG

Implementar um Projeto de Intervenção para a mudança de práticas de enfermagem com vista à melhoria dos cuidados implica, só por si, a mobilização de competências ao nível de especialista, proporcionando o ambiente adequado para a sua aquisição e desenvolvimento. Ao longo de todo o processo de implementação são chamadas a intervir competências do domínio da *responsabilidade profissional, ética e legal*, da *melhoria contínua da qualidade*, da *gestão dos cuidados* e do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, competências essas comuns a todo o enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011, OE).

Este processo permitiu o reconhecimento das minhas próprias capacidades, a identificação dos meus limites e o exercício de superação dos mesmos, num processo de auto-conhecimento, de pesquisa, de relação, de desenvolvimento pessoal e profissional, onde a prática reflexiva constituiu um aliado de valor. Simultaneamente, constituiu um contributo para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao nível da segurança do doente idoso confuso, no âmbito do procedimento de contenção mecânica.

A implementação do Projeto de Intervenção começou a ser preparada ao longo do 2º semestre – após realizado e analisado o **diagnóstico de situação**³² – com o desenvolvimento de

³² Vide Apêndice I.

algumas atividades facilitadoras, para a criação de condições optimizadas para essa implementação, nomeadamente: a **realização de reuniões** com a Enfermeira-Chefe do SU, a realização de **encontros formais** com Enfermeiras Especialistas de referência e com o chefe da equipa que veio a constituir o grupo piloto, e a criação de **momentos de diálogo e reflexão** com os enfermeiros da prestação de cuidados. Auscultei as suas perceções em relação à temática da contenção e iniciei o meu trabalho de inquietação e sensibilização; como resposta, foi-me validada a pertinência da temática e de uma intervenção nessa área, e identificadas as resistências à mesma.

Penso que este trabalho de preparação foi bem conseguido, dada a boa aceitação e participação dos enfermeiros da EP no Projeto. Da análise que faço, considero que foram, igualmente, fatores facilitadores desta receptividade:

- ✓ A estratégia utilizada na apresentação do Projeto, onde não coloquei em causa o profissionalismo dos enfermeiros e sim, valorizei a sua experiência e opinião;
- ✓ A própria metodologia do trabalho projeto, onde são os próprios enfermeiros que vão identificando intervenções menos bem sucedidas ou incorrectas e encontrando respostas/construindo o percurso de melhoria, dada a possibilidade de ser feita a discussão e a análise dos resultados intercalares;
- ✓ Ser-me reconhecida idoneidade e mérito profissional pelos meus pares, o que credibilizou o Projeto;
- ✓ O acompanhamento preparado, atento e recorrente que disponibilizei aos enfermeiros da EP;
- ✓ Os materiais de apoio disponibilizados (sucintos, acessíveis e de acordo com as orientações e evidência recentes);
- ✓ O facto do Projeto ter sido assumido pela Enfermeira-Chefe como um projeto do Serviço, com implicações reais, a nível de processo e de resultado, no mesmo;
- ✓ O *timing* da implementação do Projeto, coincidente com uma fase de auditorias internas e externas na área da qualidade.

Todavia, criar condições para uma implementação bem sucedida do Projeto implicou também um trabalho de preparação pessoal, trabalho esse contínuo e simultâneo ao decurso do Projeto. Houve a preocupação em aceder à evidência científica mais atual, de modo a **construir um corpo de conhecimentos fundamentado**, recorrendo para tal à **pesquisa em base de dados informatizada**. Os **aspectos da ética e da legislação** relacionados com a contenção de doentes foram, também, domínios de estudo e reflexão incontornáveis, dadas as interrogações

que se colocam face ao respeito pelo doente idoso na sua dignidade humana. No que se refere aos preceitos do Projeto foi necessário, para além da familiarização com a metodologia, aprender **estilos de liderança** e **estratégias de motivação**, de modo a influenciar positivamente o processo de mudança e a conduzir à optimização pretendida.

Ao assumir a liderança do Projeto, houve a preocupação de **adaptar o estilo de liderança** ao nível de maturidade dos enfermeiros da EP e às contingências da sua atuação, o que foi facilitado pelo conhecimento já existente acerca das pessoas e do contexto de trabalho. De acordo com Bennis (1994, p.186), o líder deve conhecer as pessoas que presume liderar, compreendê-las e permitir-lhes que o influenciem, pois de outra forma “os seus planos, ainda que sejam óptimos, serão subvertidos”. Inspirando-me num estilo de liderança transformacional, procurei influenciar os enfermeiros de modo a que estes, espontânea e entusiasticamente, se esforçassem para alcançar os objectivos da equipa (Wehrich e Koontz, 2005), na consciência de que agindo por imposição perante os meus pares não obteria a adesão e os resultados pretendidos. Considero que o percurso profissional trilhado conjugado às minhas características pessoais permitiram-me ser credível³³ aos olhos da EP – o que constitui um atributo fundamental para uma liderança eficaz (Simões e Fávero, 2003) – e proporcionou-me a proximidade necessária para as influenciar.

A identificação prévia de resistências à consecução do Projeto permitiu-me **antecipar situações de eventual conflitualidade**, adequando a estratégia de ação de modo a evitar ou minimizar a sua ocorrência. São exemplos o diálogo individualizado acerca do Projeto e a atribuição de funções específicas aos enfermeiros da EP que poderiam dificultar a sua implementação. Na reunião de **apresentação do Projeto**, enfatizei diversas vezes os aspetos identificados como potenciais obstáculos à sua aceitação e implementação pelos enfermeiros da EP, desmistificando possíveis receios. Adotei um discurso muito consciente do contexto de trabalho dos enfermeiros, o discurso de quem é conhecedor e vivencia essa mesma realidade, com todos os condicionalismos e dificuldades que lhe são próprias. Por um lado, referi que o pretendido (a curto prazo) não era que os enfermeiros não recorressem a mecanismos de contenção mecânica – recurso último na intervenção do enfermeiro mas, de facto, necessário em circunstâncias específicas, face à situação clínica do doente e às condições de atuação do enfermeiro – mas sim, que registassem o porquê de o fazerem, o que fizeram para o evitar e que cuidados tinham perante o doente idoso com contenção. Por outro lado, tive em atenção as limitações de tempo a que os enfermeiros estão sujeitos – dada a carga de trabalho e o rácio

³³ A credibilidade é aqui entendida na perspectiva de Simões e Fávero (2003), relacionando-se com comportamentos que denotam honestidade, integridade e dinamismo.

enfermeiro-utente –, pelo que apresentei a elaboração dos registos de modo a que não fossem entendidos como *mais trabalho* nem como fonte de *consumo de tempo*. Para tal, para além das propostas objetivas de registo que apresentei, e do desafio feito aos enfermeiros da EP para que identificassem o que poderia ser melhorado na elaboração dos registos e para que seleccionassem os itens que considerassem que, obrigatoriamente, deveriam ser registados, fiz uso do humor enquanto estratégia de identificação com os objectivos do Projeto e de vinculação para com o mesmo.

De modo a **incentivar a adesão ao Projeto**, para além dos benefícios ao nível da qualidade (melhores registos de enfermagem, visibilidade e valorização dos cuidados de enfermagem prestados, empenho na segurança do doente e no respeito pela sua dignidade), foram apresentados alguns argumentos de cariz curricular, nomeadamente, a disponibilização dos dados e resultados para elaboração de trabalhos futuros e a garantia de certificação da participação no Projeto.

Trabalhar seguindo a metodologia de Projeto implicou uma maior preparação, de modo a fazer face à vertente imprevisível deste tipo de metodologia, onde a *pedagogia da previsão*, com a imposição de um percurso por mim idealizado, deve ser evitada (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Esta postura seria facilitadora da minha atuação, permitindo-me um maior controlo do Projeto; contudo desvirtuaria o princípio desta metodologia de trabalho. Por outro lado, os participantes não podem ser entregues à sua própria liberdade individual, sob o risco de não se encontrar uma atuação de consenso ou de haver um desvio major face aos objectivos definidos, sendo por isso importante o assumir de uma postura de orientação e de acompanhamento. Como **dinamizadora do Projeto**, encontrar a medida devida entre estes dois agires constituiu um desafio constante.

O processo de apuramento de resultados foi feito através de **auditorias** aos registos realizados. Aquando da primeira avaliação intermédia foi importante o exercício realizado de análise dos resultados, obrigando-me à identificação objetiva do que estava a ser feito corretamente e do que poderia ser melhorado. A lista de pontos a melhorar foi notoriamente mais longa, dado o produto da intervenção não ser, ainda, muito, o que, de acordo com Castro (1993) in Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), é frequente na fase inicial de um projeto. De acordo com os mesmos autores, perante tal situação é essencial que os elementos que integram a equipa do projeto não desanimem (Castro, 1993 in Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.25), sendo o dinamizador responsável pela sua **motivação**. Assim, adoptei uma postura de esclarecimento, informando acerca da coerência entre os resultados então obtidos e a fase do Projeto em questão, desdramatizando deste modo a situação; valorizei os registos realizados

pelos enfermeiros da EP, salientando os aspetos bem conseguidos; e fiz uso de um discurso analítico e verdadeiro, um **discurso assertivo**, demonstrando os factos sem atacar ou lisonjar os meus pares, e inserindo-me na construção dos resultados obtidos como parte, efetivamente, responsável.

No decorrer do Projeto, quer numa dinâmica de um para um, quer em grupo, proporcionei momentos de análise e **reflexão crítica**, constituindo as reuniões de trabalho momentos de excelência. Tal como referido por Nogueira (2005) in Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.26), através da análise dos registos os enfermeiros confrontam-se com o resultado do seu próprio trabalho, o que proporciona a uma consciencialização das suas falhas ou aspectos menos bem conseguidos, e promove a reflexão pessoal sobre as possíveis estratégias a implementar de modo a minimizar essas lacunas e melhorar o desempenho.

As reuniões de trabalho³⁴ foram formalizadas perante a instituição como sessões de **formação em serviço**, tendo sido devidamente preparadas de acordo com o preconizado e submetidas a avaliação. Para além de incorporarem a vertente de divulgação e análise dos resultados, e a vertente de avaliação de desempenho e delineação de estratégias de melhoria, as reuniões foram também espaço para esclarecimento de dúvidas e formação com base em situações concretas da prática.

Para além das reuniões, **disponibilizei assessoria** aos enfermeiros da EP, tendo-me sido reconhecido o **papel de consultora** quando surgiam dúvidas na intervenção no âmbito da contenção (decisão, cuidados, registos, situações atípicas). Nenhuma dúvida foi desconsiderada, honrando a confiança depositada em mim pelo enfermeiro que se expõe ao apresentar essa dúvida, e usando oportunamente o momento para o exercício da prática reflexiva e da **formação em contexto de trabalho**. O tipo de dúvida apresentada ditava o tipo de resposta, que poderia ser mais direta ou conseguida através de uma reflexão a dois, na qual eu atuava como **agente facilitador das aprendizagens**, auxiliando o enfermeiro a construir o pensamento e a encontrar a sua própria resposta e o seu próprio agir. Este trabalho de proximidade, disponibilizado e posto em prática durante todo o período de implementação do Projeto, permitiu o desenvolvimento de competências de **supervisão clínica**.

Numa perspectiva de **melhoria contínua da qualidade**, foram definidos em equipa pormenores de concretização e **organização dos registos de enfermagem** relativos à contenção, visando a sua optimização, nomeadamente: locais de registo mais adequados em

³⁴ A opção por esta designação prendeu-se com a estratégia de atuação, intentando que os enfermeiros da EP perspectivassem estas reuniões de modo profissional, como estando inclusas no trabalho quotidiano, e não numa ótica meramente formativa, desligada da ação.

função da folha informatizada em uso; nomenclatura específica a utilizar; disponibilização de ferramentas de apoio ao registo (lista de itens de registo e exemplo de registo); a frequência de registo de alguns dos itens (vigilância e cuidados acrescidos); criação de adenda à folha de registo informatizado em vigor (internamento³⁵ e ambulatório – Apêndice XXIII) para integração de registos específicos relacionados com a contenção do doente³⁶.

Os resultados apurados foram trabalhados e divulgados através de Poster científico³⁷ e respectiva *hand note* (Apêndices XXIV e XXV), elaborados em parceria com um grupo de enfermeiros da EP. Em *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional*, os dados do Projeto foram interpretados numa perspectiva de Envelhecimento Ativo, conseguindo-se o duplo desígnio de divulgar os resultados de um projeto implementado localmente e de contribuir ativamente para uma iniciativa que se inscreve numa política global – Política de Saúde para o Envelhecimento Ativo (WHO, 2005). Dados os resultados positivos obtidos neste primeira fase de implementação do Projeto, para além do alargamento do mesmo às restantes equipas do SU (como inicialmente previsto), foi-me proposto pela Enfermeira-Chefe do SU o alargamento do Projeto às restantes Unidades integrantes da Área de Urgência e Cuidados Intensivos (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirúrgicos e Unidade de Urgência Médica), situação que somente não foi ainda concretizada por impedimento de ordem pessoal³⁸. A par desta proposta, foi-me solicitada a elaboração do Procedimento Multissetorial e Instrução de Trabalho para o SU, de modo a prevenir incidentes, monitorizar as práticas e uniformizar os cuidados prestados ao doente no âmbito da contenção mecânica, os quais se encontram em fase de elaboração. Fui ainda chamada a participar numa reunião de auditoria interna na área da Qualidade (Apêndice XXVI), no âmbito do doente vulnerável, onde divulguei o Projeto implementado e seus resultados.

Durante a implementação do Projeto, para além das reuniões de trabalho (com os enfermeiros da EP), foram realizadas reuniões de aferição do planeamento³⁹ (com a Enfermeira orientadora, no local de estágio) e reuniões de orientação⁴⁰ (com a Professora orientadora). Apesar de a comunicação com as orientadoras ser constante – pessoalmente, por telefone ou via email – estes momentos conferiram um tempo específico e um carácter mais formal aos

³⁵ Proposta incluída no Apêndice XXII.

³⁶ A aguardar inserção no sistema por parte do Gabinete de Informática do CHLC, EPE.

³⁷ O Poster foi apresentado no âmbito das comemorações do 5º aniversário da ESEL, subordinado ao tema do Envelhecimento Ativo.

³⁸ Gozo de licença de parentalidade.

³⁹ Vide Apêndice XI.

⁴⁰ Vide Apêndice XII.

encontros. As reuniões de orientação, para além de serem local de validação do curso do caminho seguido, foram também verdadeiros laboratórios de aprendizagem, onde técnicas comunicacionais, estratégias de atuação e pensamento crítico foram alvo de treino. As reuniões de aferição do planeamento foram fundamentais para a gestão do Projeto no SU, nomeadamente no que se refere às formalidades de retaguarda essenciais à sua implementação a nível de Serviço (viabilidade dos aditamentos às folhas de registo informatizadas), e à preparação da Fase II do Projeto (realização da formação sobre segurança do doente no âmbito da contenção a todas as equipas do SU; preparação da continuidade do Projeto através do seu alargamento às restantes equipas do SU – com identificação dos elementos dinamizadores de cada equipa – e às restantes Unidades da Área de Urgência e Cuidados Intensivos). Estas reuniões constituíram um canal de comunicação privilegiado com a chefia (na pessoa da enfermeira orientadora), e foram essenciais na aferição de decisões e no estabelecimento de contactos com o Gabinete de Informática e com o Centro de Formação do CHLC, EPE.

De referir que, durante esta etapa do EC fui desenvolvendo a minha prática reflexiva, olhando retrospectivamente para a minha intervenção e analisando-a criticamente, atendendo aos sentimentos e às ideias que dela emergem (Williams e Lowes, 2001). O constructo resultante dessa prática traduz um olhar pró-ativo sobre a minha atuação, constituindo mais um elemento para o auto-conhecimento, para o crescimento profissional e para promoção da qualidade dos cuidados. Alarcão e Roldão (2010, p.30) apresentam a reflexão como “promotora do conhecimento profissional, porque radica numa ‘atitude de questionamento permanente – de si mesmo e das suas práticas – em que a reflexão vai surgindo como instrumento de autoavaliação reguladora do desempenho’ e geradora de novas questões”. A elaboração de diários de aprendizagem com recurso ao ciclo reflexivo de Gibbs (Apêndice XXVII), e de notas de campo (Apêndice XXVIII), foram exercícios de grande utilidade para a concretização da reflexão. Refletir num registo escrito, ou seja, reconstruir a ação através da escrita, permitiu objetivar a própria ação e o seu sentido (Pereira, 2001). Ao descrever a experiência, permiti-me a desenvolver a capacidade de explicitação dos saberes implícitos na ação (Schön, 1991), e a aprender através da própria narração. Não obstante, outras estratégias de ação/reflexão foram utilizadas, nomeadamente: a demonstração acompanhada de explicação informativa ou questionante, promotora de compreensão; a execução acompanhada de auto-avaliação e racionalmente justificada; a análise de casos/situações de cuidados – reuniões de análise das práticas (Alarcão e Rua, 2005). A intenção de pensar criticamente acerca da prática permitiu que a experiência se tornasse aprendizagem.

6. CONCLUSÃO

A escolha do tema da contenção de doentes, apesar de sentida como necessária, não foi feita de forma impulsiva, e implicou uma certa dose de coragem para que avançasse. Em 1º lugar, a nível académico significava trabalhar um procedimento menos nobre da enfermagem, refutado pela ética do cuidar por pôr em causa a dignidade do doente e a sua autonomia, que a evidência científica considera somente enquanto recurso último e pelo menor tempo possível, e que a prática do dia a dia aplica fundamentando-se numa equação de risco-benefício. Em 2º lugar, a nível profissional implicava agitar o quotidiano convencionado dos enfermeiros do SU, abordando um procedimento genericamente assumido como necessário e sem alternativas viáveis, dada a particularidade do contexto de cuidados⁴¹. Mas, de facto, o reconhecimento destas adversidades não retirava importância nem pertinência ao tema.

Das respostas obtidas na RSL, o recurso à contenção do doente justifica-se quando todas as outras medidas alternativas falham e quando determinado que o benefício que poderá advir dessa intervenção se sobrepõe ao risco que lhe está inerente. Neste processo são identificados esses riscos e delineado o plano de cuidados que permite cuidar e vigiar o doente de forma a que os mesmos não passem de potenciais a reais. Ou seja, conter um doente não é sinónimo de “assunto arrumado” e desresponsabilização mas sim de maior responsabilidade para o enfermeiro. A ênfase é colocada na segurança do doente, nomeadamente, na prevenção de comportamentos que coloquem o doente ou a outros em risco – tentativas de levantar sem supervisão ou ajuda com risco de queda associado; compromisso terapêutico por exteriorização de dispositivos médicos; agressividade. Contudo, mesmo atuando com o maior profissionalismo e respeito, a contenção não deixa de ser uma decisão dilemática, pela implicação que tem na liberdade e dignidade do doente, pelo que o enfermeiro deve ter em consideração a preservação do bem maior que, neste caso, é a própria vida. Como é apanágio do seu agir, e mais vincadamente nesta situação, o enfermeiro deverá cuidar considerando a vulnerabilidade particular da pessoa idosa, evitando ou minimizando complicações físicas, psicológicas e emocionais associadas à contenção (Smith, 2012).

A contenção, como encontrado na literatura, é um procedimento necessário em determinadas circunstâncias. Assim sendo, é importante reconhecer a sua utilização e trata-lo seriamente, de

⁴¹ Rácio enfermeiro-doente desequilibrado e solicitações urgentes/emergentes para a intervenção do enfermeiro, implicando limitações importantes na vigilância de doentes confusos ou agitados; a necessidade de se obterem resultados rápidos, de modo a manter/repôr a funcionalidade do SU, evitando o aumento de tempos de espera; condições físicas e ambientais do SU de difícil controlo e não projetadas a pensar na presença de um acompanhante, principalmente considerando a tendência para a sobrelotação do SU.

modo a que melhor possa ser compreendido e estudado, de modo a que suscite a reflexão nos enfermeiros acerca das possibilidades de um melhor cuidar, de modo a que o enfermeiro seja chamado à responsabilidade pela sua ação e consequências da mesma. Considerei que um bom ponto de partida seria reconhecer, oficialmente, que o procedimento é realizado e tal só poderia ser conseguido por via dos registos de enfermagem. Em primeiro lugar havia que efetivar o registo do procedimento, para que depois se pudesse avançar para o registo dos cuidados de enfermagem que lhe são inerentes. Só assim se pode conhecer o fenómeno e só assim se pode confrontar os enfermeiros com o seu agir. À medida que os resultados foram sendo apresentados, foi-se aferindo o que registar e como registar e reflectindo acerca da pertinência desses registos serem feitos e feitos de determinada forma, construindo-se assim as relações de cuidados e vigilâncias necessárias para que o procedimento de contenção não fosse um fim em si mesmo, e fosse cada vez mais encarado com responsabilidade acrescida.

De facto, ao implementamos um Projeto temos de ser realistas perante o contexto, os recursos, as circunstâncias. Quando queremos mudar uma prática que sabemos e sentimos como incorrecta, temos de ser pragmáticos e trabalhar com o concreto. Não mudamos práticas por imposição: o outro tem primeiro de se consciencializar do modo como age, tem de se confrontar com esse agir e inquirir acerca das suas motivações, fundamentações e real necessidade. Por vezes, para mudar uma prática temos de começar por a registar, por a esmiuçar, de modo a que, progressivamente, o enfermeiro a reflecta e transforme, sendo o próprio enfermeiro a amadurecer o seu agir profissional e a encontrar soluções alternativas para um cuidar mais digno e humanizador.

Tais valores revestem-se de maior significado quando nos referimos a um procedimento aplicado a um doente confuso, condicionado no exercício da sua autodeterminação e que incorre em situação de melindrar a pessoa na sua dignidade. Face a estas circunstâncias, acentua-se que o uso da contenção seja devidamente justificado e zelosamente utilizado, fazendo-se uma monitorização apertada do seu recurso e das suas circunstâncias, de modo a que, em momento algum seja posta em causa a qualidade dos cuidados prestados e a protecção dos direitos humanos. Na impossibilidade de evitar o uso da contenção, o enfermeiro tem o dever major de demonstrar uma conduta humana, ética e profissional, reafirmando-se perante o doente idoso/família como merecedor da sua confiança perante uma decisão tão delicada. Da observação que me foi permitida, considero que é a conduta do enfermeiro que fará toda a diferença na interpretação e na vivência do procedimento de contenção por parte do doente idoso/família; contudo, esse será um caminho a ser trilhado noutra investigação, não cabendo neste relatório a sua análise.

Em concreto, os resultados apurados durante a fase de implementação do Projeto demonstram que:

- Passou a haver o **registo efetivo** do procedimento de contenção;
- Existe **maior qualidade nos registos** efetuados no âmbito da contenção (registos mais completos, objectivos e frequentes);
- O **registo das medidas preventivas da contenção é, ainda, comedido**, não sendo feito em todas as situações e predominando o registo de apenas uma medida (destaca-se o registo da medida *Recurso à palavra*);
- Passou a haver o **registo sistematizado de intervenções de enfermagem** no âmbito da contenção do doente idoso (cuidados e vigilâncias).

Daqui se pode afirmar ter havido uma melhoria global nos registos de enfermagem relativos à contenção de doentes, o que permitiu dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem que lhe são implícitos. No entanto, esta melhoria nos registos ainda não foi suficiente para evidenciar o recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última, pelo que não se pode afirmar a concretização deste objectivo. Não obstante, atendendo à brevidade da fase de implementação do Projeto, considero que, em termos genéricos, os resultados obtidos foram bastante satisfatórios, conseguindo-se melhorias substanciais quer na efetivação dos registos efetuados quer na qualidade dos mesmos. E, se por um lado esses registos se tornaram mais fieis àquela que é a prática dos enfermeiros da EP, por outro lado tiveram o crédito de otimizar a sua intervenção, dada a presença dessa intenção na equipa. Para além das implicações para a prática já referidas, destaco aqui os contributos do Projeto para a qualidade dos cuidados de enfermagem no SU, contributos esses já reconhecidos e identificados pelos próprios enfermeiros da EP⁴²:

- Ajudou a ter mais presente a importância dos registos.
- Alavancou o registo das intervenções de enfermagem referentes à contenção.
- Contribuiu para melhorar a qualidade dos registos efetuados.
- Possibilitou uma atualização face à nomenclatura preconizada pela DGS (contenção vs imobilização).
- Concorreu para que fossem mais atentos à segurança do doente.
- Estimulou a que fossem mais despertos para a vigilância do doente contido.
- Promoveu a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente contido.

⁴² Constam no documento de Avaliação Final do Projeto de Intervenção (Apêndice XXIV).

A continuidade do Projeto (assegurada pela vontade formal da chefia e pela indigitação estratégica de elementos de referência por equipa) está prevista enquanto Fase II de Implementação do Projeto, onde se contempla o seu alargamento a todas as equipas de enfermagem do SU e às Unidades de Cuidados Intensivos do Hospital, e constituirá, também, uma mais valia para a melhoria contínua da qualidade. Nessa nova fase poderão ser integrados os conhecimentos entretanto obtidos sendo que, sensibilização, formação e treino deverão ser atividades a promover, de modo a capacitar os enfermeiros para um melhor uso das medidas alternativas ou preventivas da contenção. Também a abordagem multiprofissional, a começar pela equipa médica, deverá começar a ser trabalhada e incentivada, pois só assim poderá ser prestado um cuidado verdadeiramente global e em função das necessidades do doente idoso. No que se refere à interpretação dos registos como demonstrativos do fenómeno, considero ser necessário cautela, pois pode-se dar o caso de continuarem a haver procedimentos que não são registados. Refiro-me, particularmente, ao registo do recurso a medidas de prevenção, relativamente ao qual mais de um enfermeiro me afirmou ter recorrido mas não registado, sendo justificação quer a situação de sucesso quer de insucesso das mesmas.

Relativamente aos objectivos definidos para este EC, considero que as atividades que foram desenvolvidas – no cuidar do doente idoso partindo de uma abordagem sistematizada; na implementação do Projeto com vista à mudança das práticas dos enfermeiros no SU – permitiram o seu cumprimento, propiciando o desenvolvimento de competências ao nível de enfermeiro especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal (*Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*), da melhoria contínua da qualidade (*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*), da gestão dos cuidados (*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (*Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*) (OE, 2011).

Como nota final quero referir que a elaboração deste relatório constituiu, *per si*, um exercício de auto-análise e auto-conhecimento, e um exercício de reflexão pautado pelo pensamento crítico. No dizer de Hesbeen (2000), proporcionou-me um “tempo de paragem” para refletir acerca do meu desempenho enquanto profissional de ajuda à pessoa idosa e acerca do novo patamar de competências que sou chamada a desenvolver. Como tal, a sua conclusão é um aspeto meramente formal no continuum das aprendizagens, constituindo, de fato, os alicerces para um melhor cuidar em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, I.; ROLDÃO, M.C. (2010) – **Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores**. 2ª Edição. Portugal: Editor Pedagogo. ISBN: 978-972-8980-57-3.

ALARCÃO, I.; RUA, M. (2005) – Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto e Contexto Enfermagem**. ISSN (Versão impressa): 0104-0707. Vol.14, nº3 (Julho-Setembro, 2005). p. 373-382. Acedido a 11/06/2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414308>

AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) – **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)**. 4ª Edição, com Revisão de Texto (Reimpressão em Maio/2011). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-020-0.

AMINI, R. (2012) – Particular Emergency Department for Seniors. **Emergency Medicine**. ISSN: 2165-7548. Vol.2, nº2. Acedido a 20/07/2012. Disponível em: <http://omicsgroup.org/journals/2165-7548/2165-7548-2-e110.pdf>

ARMOLA, R.R. et al (2009) – AACN Levels of Evidence: what's new? **Critical Care Nurse**. ISSN: 1940-8250. Vol.29, nº 4. (Agosto, 2009). p. 70-73. Acedido a 03/07/2013. Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/Research/01%20-%20AACN%20Evidence%20Levels.pdf>

BARCELOS, M. (2004) – Glossário. In: PATRÃO NEVES, M.C.; PACHECO, S. (Coord.) – **Para uma ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. p 567-578.

BENNER, P.; WRUBEL, J. (1989) – **The primacy of caring: stress and coping in health and illness**. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company. ISBN-13: 9780201120028.

BENNIS, W. (1994) – **Porque é que os líderes não conseguem liderar**. Lisboa: Publicações Dom Quixote. ISBN 972-20-1180-4.

BOLTZ, M. et al (2013). Patient Safety in Medical-Surgical Units: can nurse certification make a difference? **MedSurg Nursing**. Vol.22, nº 1 (Jan-Feb, 2013) p. 26-37. ISSN: 1092-0811. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011909469&site=ehost-live>

BOUTINET, J.-P. (1996) – **Antropologia do projecto**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-8329-53-0.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE (2010) – **Relatório e Contas**. (Março, 2010). Acedido a 20/04/2012. Disponível em <http://www.chlc.min-saude.pt/NR/rdonlyres/10AD2D0E-DC7A-4EAC-A528-64946B9712A3/20203/Relat%C3%B3rioContasde2009.pdf>.

CHANG, L.Y.; WANG, K.W.; CHAO, Y.F. (2008) – Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. *American Journal of Critical Care*. Vol.17, nº 5 (September, 2008) p. 408-416. ISSN: 1062-3264. Acedido a 13/05/2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19631105&site=ehost-live>

CHUANG, Y.-H.; HUANG, H.-T. (2007) – Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.16, nº3 (March, 2007) p. 486-494. ISSN: 1365-2702. Acedido a 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9093c521-b729-47dc-9e62-19288866587c%40sessionmgr11&vid=1&hid=9>

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1999) – **Documento de trabalho 26/CNECV/1999: Reflexão ética sobre a dignidade humana** (Janeiro, 1999). Acedido a 13/05/2013. Disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf

COLLIÈRE, M.-F. (1989) – **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-95420-0-7.

COMPLAK, K. (2008) – Cinco teses sobre a dignidade da pessoa humana como conceito jurídico. *Revista da ESMESC*. Florianópolis. ISSN: 1519-8731. Vol.15, nº21. p.107-120.). Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://www.esmesc.com.br/upload/arquivos/4-1246972961.PDF>

CONSELHO DA EUROPA (1997) – Convenção sobre os Direitos do Homem e Biomedicina. **D.R. nº2, Série I-A** (03/01/2001), Lisboa.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2000), 5ª edição. Lisboa: Texto Editora, Lda. ISBN: 972-47-1774-7.

COUSSEMENT, J. et al (2009). Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards – a survey in Belgian Hospitals. *Gerontology*. Vol.55, nº 4. p. 398-404. ISSN: 1423-0003. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19521060&site=ehost-live>

CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. (2004) – **Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-61-9.

DAHLKE, S.; PHINNEY, A. (2008) – Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice. *Journal of Gerontological Nursing*. ISSN: 0098-9134. Vol.34, nº6 (June, 2008) p. 41-47.

DECRETO-LEI nº 161/96 (de 04 de Setembro). **D.R. nº 205, Série I-A**: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1996).

DECRETO-LEI nº 412/98 (de 21 de Abril). **D.R. nº 93, Série I-A**: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1998).

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1999) – **Carta dos Direitos e Deveres do Doente**. 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

FARIA, H.; PAIVA, A; MARQUES, P. (2012) – A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. Nº 6, III Série (Março, 2012) p. 7-16.

GÂNDARA, M. (2004) – Dilemas éticos e processo de decisão. In: PATRÃO NEVES, M.C.; PACHECO, S. (Coord.) – **Para uma ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. p 403-416.

GLASZIOU, P.; MAR, C.d.; SALISBURY, J. (2010) – **Prática clínica baseada em evidências: Livro de exercícios**. 2ª ed.. Editora Artmed. ISBN: 9788536322896.

HEINZE,C.; DASSEN, T.; GRITNER, U. (2011) – Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.21, nº 7-8 (April, 2012) p. 1033-1040. ISSN: 1365-2702. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22176771&site=ehost-live>

HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.

HONORÉ, B. (2004) – **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-58-4.

INOUYE, S.K. (2006) – Delirium in older persons. **New England Journal of Medicine**. ISSN 0028-4793. Vol. 354, nº 11 (March, 2006) p. 1157-1165.

KANT, I. (2011) – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Edições70. ISBN: 9789724415376

LANE, C.; HARRINGTON, A. (2011) – The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. **International Journal of Nursing Practice**. Vol.17, nº2 (April, 2011) p. 195-204. ISSN: 1440-172X. Acedido a 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=08aa12aa-d247-44f9-88f5-f7135cac3d4a%40sessionmgr115&vid=1&hid=122>

LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M.R. (1991) – **Trabalho de projecto - 1. Aprender por projectos centrados em problemas**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0216-4.

LUDWICK, R.; O'TOOLE, R.; MEEHAN, A. (2012). – Restraints or alternatives: safety work in care of older persons. **International Journal of Older People Nursing**. Vol.7, nº1 (Mar, 2012) p. 11-19. ISSN: 1748-3743. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21631879&site=ehost-live>

MARTINS, L. (2004) – Beneficência e não-maleficência. In: PATRÃO NEVES, M.C.; PACHECO, S. (Coord.) – **Para uma ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. p 229-235.

MINNICK, A.F. et al (2007) – Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.39, nº1 (March, 2007) p. 30-37. ISSN: 1547-5069. Acedido a 23/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=644f146e-bb7d-481f-8798-f1dde384b506%40sessionmgr111&vid=1&hid=126>

MOYLE, W. et al (2010) – Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.22, nº 3/4 (Feb, 2011) p. 420-428. ISSN: 0962-1067. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7aebf2c2-b7ca-4a86-9c74-5f6f9d8f94bc%40sessionmgr13&hid=18>

NOLAN, M.R. (2009) – Older patients in the emergency department. **Journal of Gerontological Nursing**. ISSN: 0098-9134. Vol.35, nº12 (December, 2009) p. 14-18.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 03/07/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direcção-Geral da Saúde (2011).

PARK, M.; TANG, J.H-C. (2007) – Changing the practice of physical restraint use in acute care. **Journal of Gerontological Nursing**. Vol.33, nº2 (February, 2007) p. 9-16. ISSN: 0098-9134. Acedido a 08/05/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=105&sid=493a341b-f2a7-49d8-8009-bea5aadcecb7%40sessionmgr113>

PATRÃO NEVES, M.C. (2002) – **Educação para a saúde: o doente responsável**. In: PATRÃO NEVES, M.C. (Coord.). Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. 2ª Edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p 423-443. ISBN: 972-603-273-3.

PEGORARO, O.A. (2002) – Pessoa: da subsistência à existência. **Cadernos de Bioética**. Coimbra. Ano XII, nº28 (Abril, 2002). p. 5-16.

PENEFF, J. (2002) – **O hospital na urgência: um estudo por observação participante**. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda, ISBN: 972-8485-26-3.

PEREIRA, E. (2001) – Diários de aprendizagem: promoção da reflexão na prática clínica. **Revista de Investigação em Enfermagem**. ISSN: 0874-7695. Nº4 (Agosto, 2001) p. 12-19.

PORTO EDITORA (2012) – **Dicionário Editora da Língua Portuguesa 2013** – Acordo Ortográfico. Coleção Dicionários Editora. ISBN 978-972-0-01705-5.

PRESS, Y. et al (2009) – The diagnosis of delirium among elderly patients presenting to the emergency department of an acute hospital. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. Vol.48, nº2 (March-April, 2009) p 201-204. ISSN: 0167-4943. Acedido a 02/04/2012. Disponível em: <http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project50/Press2009.pdf>

REGULAMENTO nº 122/2011 (de 18 de Fevereiro). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. D.R. nº 35, 2ª série: Ordem dos Enfermeiros (2011).

RENAUD, M. (2004) – Dignidade humana. In: PATRÃO NEVES, M.C.; PACHECO, S. (Coord.) – **Para uma ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8. p 203-214.

RUIVO, M.A.; FERRITO, C.; NUNES, L. (Eds.) – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. ISSN: 1646-5067. Nº15 (Janeiro-Março, 2010). Acedido a 13/03/2012. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SCHÖN, D. (1991). **The reflective turn: Case Studies in and on Educational Practice**. New York: Teachers College Press. ISBN: 0807730459.

SIMÕES, A.L.A.; FÁVERO, N. (2003) – O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. ISSN: 0104-1169. Vol.11, nº5 (Setembro/Outubro, 2003) p 567-573. Acedido a 02/07/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a02.pdf>

SMITH, N. (2012) – Nursing practice and skill: Physical Restraints, Applying in Older Adults. Cinahl Information Systems, 2012. Acedido a 13/04/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T706120&site=nrc-live>

TANIOS, M.A. et al (2010) – Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? **Respiratory care**. Vol.55, nº 5 (May, 2010) p. 561-568. ISSN: 0020-1324. Acedido a: 13/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=7aebf2c2-b7ca-4a86-9c74-5f6f9d8f94bc%40sessionmgr13&hid=121>

TZENG, H.M.; YIN, C.Y. (2012). Toileting-related inpatient falls in adult acute care settings. **MedSurg Nursing**. Vol.21, nº 6 (Nov-Dec, 2012) p. 372-377. ISSN: 1092-0811. Acedido a 13/04/2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23477031&site=ehost-live>

WATSON, J. (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN. 972-8383-33-9.

WEHRICH, H.; KOONTZ, H. (2005) – **Management: a global perspective**. 11ª Edição. Economic Science Press. ISBN 7505846655.

WILBER, S.T. (2006) – Altered mental status in older emergency department patients. **Emergency Medicine Clinics of North America**. ISSN: 0733-8627. Vol.24, nº2. (May, 2006) p 299-316.

WILLIAMS, G.; LOWES, L. (2001) – Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. **British Journal of Nursing**. [em linha]. Vol. 10, Nº 22 (Dezembro, 2001) p. 1482-8. ISSN: 0966-0461. Acedido a: 01/03/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=123&sid=2dc373bb-c17a-474c-a864-d6d538d2f413%40sessionmgr111>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) – **Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde**. [em linha]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Acedido a 15/01/2012. Disponível em http://www.fef.br/biblioteca/data/envelhecimento_ativo.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I
Diagnóstico de Situação

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

(versão resumida)

De modo a apurar a necessidade de uma intervenção no âmbito do cuidado de enfermagem à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção, em contexto de Serviço de Urgência (SU), foi necessária a realização de um diagnóstico de situação. Este diagnóstico permite conhecer a realidade sobre a qual se pretende actuar, identificando de forma concreta os problemas sobre os quais se irá intervir (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010)¹.

Assim, para além da observação efectuada *in loco*, efectuou-se uma colheita de dados através de questionário² e da consulta e análise dos processos clínicos de doentes a quem foram aplicadas medidas de contenção mecânica.

Com base nas causas identificadas na literatura e referidas pelos enfermeiros como justificativas do recurso a medidas de contenção, na percepção da investigadora enquanto enfermeira com 11 anos de experiência profissional num SU, e na Orientação nº 021/2011 da DGS³, elaborou-se um questionário breve, com o propósito de conhecer melhor as práticas dos enfermeiros do SU relativamente ao *uso da contenção mecânica no cliente idoso confuso*, o qual foi revisto pela Professora Orientadora e pela Enfermeira-Chefe do SU.

O questionário é constituído por seis questões fechadas, sendo que a quinta questão inclui duas sub-questões, sendo uma delas aberta, e a sexta questão é decomposta em três questões fechadas. Optou-se maioritariamente por questões de escolha fixa, dadas as vantagens apontadas por Fortin (1999)⁴ em termos de resposta rápida, facilidade na codificação das respostas e reforço para a fidelidade dos dados.

Visto tratar-se de um instrumento de colheita de dados original – e uma vez que, de acordo com Fortin (1999), é necessário proceder ao pré-teste nos instrumentos de colheita de dados criados de raiz – este questionário foi submetido a pré-teste, de modo a se poder aferir acerca da sua pertinência e da facilidade na sua compreensão. Foi aplicado a dezasseis enfermeiros

¹ Ruivo, M.A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (Eds.) – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. Nº15 (Janeiro-Março, 2010). ISSN: 1646-5067. Acedido a 13/03/2012. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

² Constitui o Apêndice II do Relatório de Estágio.

³ ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direcção-Geral da Saúde (2011).

⁴ FORTIN, M.-F. (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10.X.

(14% do total de enfermeiros), estando presente a investigadora, não tendo sido expressas ambiguidades na interpretação das questões ou dificuldades de preenchimento.

Procedeu-se à aplicação do questionário a todos os enfermeiros do SU que prestam cuidados, exceptuando-se os enfermeiros ausentes por motivo de doença ou férias, a Enfermeira-Chefe e a enfermeira investigadora. Assim, de um universo de 118 enfermeiros, foram aplicados 104 questionários, estando a investigadora predominantemente presente durante essa fase de aplicação.

Os dados foram trabalhados com recurso ao programa informático Excel, e apresentados sob a forma de gráficos⁵, de modo a simplificar a sua leitura. Os valores numéricos introduzidos no texto narrativo serão apresentados em valores relativos e, aquando da sua referência nos gráficos, as frequências relativas serão identificadas como percentagem (%).

Os dados obtidos são apresentados resumidamente no Quadro 1:

Quadro 1 – Resumo dos dados obtidos por questionário aos enfermeiros do SU

Resultados em função das respostas dos enfermeiros		%
1	Contenção mecânica não é uma intervenção de 1ª linha	86%
2	Desconhece a Orientação nº021/2001 da DGS	78%
3	Procede à contenção mecânica por risco de queda	48%
	Procede à contenção mecânica por risco de agressão	43%
4	Tem cuidados acrescidos durante o período de contenção	91%
	Vigilância das extremidades distais/garrotamento	26%
	Vigilância da integridade da pele	25%
	Vigilância e prevenção de lesões provocadas por DC	22%
	Posicionamentos mais frequentes	8%
	Reavaliação da necessidade de contenção	4%
	Vigilância do estado de consciência	2%
	Ajuda na alimentação e eliminação	1%
5	Considera a presença de acompanhante uma alternativa à contenção mecânica	87%
6	Nos registos identifica que procedeu à contenção	96%
	Nos registos identifica o motivo da contenção	94%
	Nos registos identifica as partes do corpo que imobilizou	80%

⁵ Neste documento não foram incluídos os gráficos, que poderão ser consultados no Projeto de Estágio.

Perante resultados tão optimistas, e particularmente no que se refere aos registos de enfermagem, consultaram-se alguns processos de forma a perceber como eram efectivados esses registos. Assim, com recurso a uma grelha de análise, procedeu-se à consulta dos registos de enfermagem referentes a doentes a quem foram aplicadas medidas de contenção mecânica e que a investigadora, pessoalmente, identificou no início do turno da manhã, em dias aleatórios e com equipas de enfermagem distintas.

Identificaram-se nove situações, todas referentes a pessoas idosas, maioritariamente mulheres, sendo que em cinco desses casos não se encontrou qualquer alusão nem ao quadro de agitação do doente nem à situação de contenção. Em três casos é feita referência à existência de um quadro de agitação (sendo que apenas em um essa referência é feita pelo enfermeiro), mas não são mencionadas intervenções referentes a essa situação. Apenas num processo foram encontrados registos de enfermagem referentes ao procedimento de contenção mecânica.

Esta constatação estabelece um confronto directo entre o afirmado pelos enfermeiros em questionário (*identifica nos seus registos que procedeu à contenção mecânica do cliente idosos confuso*) e o apurado em consulta directa dos registos de enfermagem efectuados por diferentes enfermeiros.

Perante os resultados dos dados colhidos, identificou-se como problema:

- A desactualização dos enfermeiros do SU em relação às orientações para as boas práticas no âmbito do recurso a medidas de contenção de doentes;
- A fraca importância atribuída à reavaliação da necessidade de contenção, e a outros cuidados a ter perante o doente idoso imobilizado por contenção mecânica;
- A marcada ausência de registos aquando da realização do procedimento de contenção mecânica.

Assim, verifica-se a necessidade de formação dos enfermeiros para a responsabilização profissional e humana e para a maturidade na atitude, pelo que considero existir margem para melhorar a qualidade das práticas de Enfermagem no SU, seja a nível dos cuidados, seja a nível dos registos, seja a nível dos conhecimentos, confirmando-se assim, e considerando-se justificada, a pertinência de uma intervenção com vista à mudança e melhoria das práticas.

APÊNDICE II
Questionário de colheita de dados para o Diagnóstico de Situação

Caro colega:

Encontro-me a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e, no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, propus-me colaborar com a Sra Enfermeira-Chefe do Serviço de Urgência (SU) na realização de um diagnóstico sobre o tema da *contenção mecânica no cliente idoso confuso*, de modo a continuarmos a melhorar os Cuidados de Enfermagem prestados no SU.

Assim, com este questionário pretende-se conhecer as práticas dos enfermeiros do SU relativamente à *contenção mecânica no cliente idoso confuso*, e é com esse objectivo que peço a sua colaboração no preenchimento do questionário.

Responda a todas as questões com sinceridade.

O questionário é anónimo, sendo assegurado o sigilo absoluto no tratamento dos dados colhidos.

Para cada pergunta deverá seleccionar apenas **uma (1)** opção, excepto quando dada outra informação.

Muito obrigada pela sua colaboração

Carina Vieira

1. Perante um cliente idoso mentalmente desorganizado – vulgarmente designado por confuso – considera que a contenção mecânica é usada pelos enfermeiros do SU como uma intervenção de 1ª linha?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

2. Já leu e analisou a Orientação nº 021/2011 de 06/06/2011, da Direcção Geral da Saúde, para a *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente?*

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

3. Quando procede à contenção mecânica de um cliente idoso confuso, pretende minimizar: (selecione as 2 opções que são prioritárias para si)

<input type="checkbox"/>	O risco de queda
<input type="checkbox"/>	A exteriorização de dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, cateteres centrais ou periféricos, drenos)
<input type="checkbox"/>	O risco de agressão
<input type="checkbox"/>	A remoção de dispositivos não invasivos de monitorização de Parâmetros Vitais
<input type="checkbox"/>	A remoção de dispositivos não invasivos para suporte ventilatório (Ventilação não Invasiva)
<input type="checkbox"/>	A remoção de dispositivos não invasivos para Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/>	Outro: _____

4. Durante o período de tempo em que estes doentes estão com contenção de movimentos, têm cuidados acrescidos?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Se na pergunta anterior seleccionou **Sim**, responda à Questão 5.1.; se seleccionou Não, passe para a Questão 6.

4.1. Dê um exemplo:

5. Considera que a presença de um acompanhante junto do cliente idoso confuso pode ser uma alternativa à necessidade de contenção mecânica?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

6. Quando procede à contenção mecânica de um cliente idoso confuso, nos seus registos identifica:

- 6.1. Que procedeu à contenção?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

- 6.2. O motivo da contenção?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

- 6.3. As partes do corpo que imobilizou?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Obrigada

APÊNDICE III
Cronograma de Atividades6

Cronograma de Atividades

FASE I	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Julho
Ensino Clínico	6				19
Estágio na Urgência Geral do CHLC, EPE	6			14	
Reuniões de Orientação	13, 25	22, 30	15, 29	10, 14	
Desenvolver competências no cuidado à pessoa idosa em situação complexa de recurso à UG	6			14	
Contacto com a pessoa idosa em Contexto Comunitário			16, 19, 21		
Implementação e dinamização do Projeto de Intervenção	6			5	
Reuniões de Aferição do Planeamento	20	26, 31	20, 25		
Reuniões de Trabalho/Sessões de Formação em Serviço		11, 14, 26, 31	10, 25		
Introdução das ferramentas de apoio aos Registos		16, 31			
Entrega da proposta de aditamento às Folhas de Registo Informatizado				25	
Reuniões de preparação da Formação às equipas de enfermagem da UG			20, 26		
Reuniões para elaboração de Poster Científico			8, 30	3, 4	
Seminários Envelhecimento Ativo				28, 5	
Divulgação de Resultados:					
Reunião de Auditoria no âmbito do Doente Vulnerável				26	
Apresentação de Poster Científico				5	
Relatório de Estágio	6				19

APÊNDICE IV
Protocolo de Pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura

Protocolo de Pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura

Com a realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), pretendeu-se aceder ao conhecimento mais actualizado revelado pela prática baseada na evidência. Recorreu-se ao esquema de referência PI[C]O – População, Intervenção, Comparação, Resultados/Outcomes^{1,2}, sendo que, na questão formulada, não existiu comparação para ser pesquisada.

Como ponto de partida para a RSL, foi formulada a questão de investigação em formato PI[C]O: *Qual a intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idoso em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, no Serviço de Urgência?*

Nesta questão, identificou-se como **População (P)** a pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, no Serviço de Urgência; como **Intervenção (I)** a intervenção do enfermeiro; e, como **Resultados (O)** o cuidado de enfermagem.

Para a realização destas pesquisas recorreu-se ao motor de busca EBSCOhost, tendo-se acedido às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Academic Search Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina.

Determinaram-se como limitadores da pesquisa: os artigos terem data de publicação compreendida entre Janeiro de 2007 e Junho de 2013, de modo a aceder-se à evidência científica mais recente; a população em estudo ter 65 anos ou mais, de modo a incidir no grupo etário pretendido.

Os critérios de inclusão definidos, para a inclusão dos artigos encontrados no estudo, encontram-se plasmados no Quadro 1.

Como critérios de exclusão, para além dos inversamente decorrentes dos critérios de inclusão, considerou-se o estudo ser efectuado em Serviços de Urgência de Psiquiatria ou ter como população doentes unicamente com patologia psiquiátrica.

¹ A origem deste acrónimo é inglesa pelo que, sendo consensual, se mantém a palavra *resultados* identificada pela letra original, que decorre de *outcomes*.

² CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. (2004) – **Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-61-9.

Quadro 1 – Critérios de inclusão dos artigos a seleccionar

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão
Participantes	Clientes idosos em observação em Serviços de Urgência Geral
Resultados	Intervenções de enfermagem que permitam prevenir ou minimizar o recurso à contenção mecânica no Serviço de Urgência, e fazer um uso mais seguro da mesma.
Desenho	Estudos com evidência científica, quantitativa ou qualitativa

De acordo com a questão de investigação formulada, foram estipulados os descritores de pesquisa, com a obtenção de resultados de acordo com o apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 – Descritores utilizados na pesquisa e respectivas combinação e resultados

Descritores	Resultados
physical restrain* OR restraint devices OR restraint use OR ties OR belts	654
AND	
elder* OR aged OR old* OR geriatric OR patient OR inpatient	654
AND	
(best OR good OR quality) AND practice OR nurs* OR nursing practice OR nursing care	225
AND	
hospital* OR emergency department OR acute care	71

Considerando os descritores referidos e as opções de pesquisa acima mencionadas, no final da pesquisa obtiveram-se 71 resultados. Contudo, por haver artigos presentes em mais de uma base de dados, na distribuição disponibilizada – e que aqui se reproduz (Quadro 3) – obteve-se um somatório de 177 resultados:

Quadro 3 – Bases de dados consultadas e número de artigos identificados

Base de Dados	Nº de artigos
CINAHL Plus with Full Text	34
MEDLINE with Full Text	77
Academic Search Complete	65
Cochrane Database of Systematic Reviews	1
MedicLatina	0

Assim, dos 71 artigos encontrados, após leitura do título foram identificados e excluídos mais 12 artigos repetidos. Neste processo constatou-se não haver artigos que focassem o contexto específico do Serviço de Urgência, o que foi confirmando após leitura dos resumos. Face a este constrangimento, decidiu-se alargar os critérios de inclusão inicialmente estipulados e considerar os estudos realizados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviços de Medicina/Cirurgia. Deste modo, considerando os critérios de inclusão (em contexto alargado) e exclusão, após leitura do resumo foram rejeitados 41 artigos. Dos 18 artigos restantes, 2 foram eliminados após leitura integral e 4 foram excluídos por não se ter conseguido aceder ao artigo completo. Os 12 artigos seleccionados foram considerados pertinentes para o conhecimento da problemática. Foi ainda incluído um artigo encontrado numa revista de enfermagem de referência nacional, e que constituiu o único estudo nacional realizado na área, perfazendo assim um total de 13 artigos para análise.

A lista dos artigos seleccionados na RSL é apresentada de seguida:

- Boltz, Capezuti, Wagner, Rosenberg e Secic (2013). *Patient Safety in Medical/Surgical Units: can nurse certification make a difference?* MedSurg Nursing, 22 (1), 26-37.
- Ludwick, O'Toole e Meehan (2012). *Restraints or alternatives: safety work in care of older persons.* International Journal of Older People Nursing, 7, 11-19.
- Faria, Paiva e Marques (2012). *A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspectos ligados à sua utilização com fins terapêuticos.* Revista de Enfermagem Referência, III Série (6), 7-16.
- Tzeng e Yin (2012). *Toileting-related inpatient falls in adult acute care settings.* MedSurg Nursing, 21 (6), 372-377.
- Heinze, Dassen e Grittner (2011). *Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study.* Journal of Clinical Nursing, 21, 1033-1040.
- Lane e Harrington (2011). *The factors that influence nurses' use of physical restraint: a thematic literature review.* International Journal of Nursing Practice, 17, 195-204.
- Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw e Gracia (2010). *Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective.* Journal of Clinical Nursing, 22, 420-428.

- Tanios, Epstein, Livelio e Teres (2010). *Can we identify patients at high risk for unplanned extubation?* *Respiratory care*, 55 (5), 561-568.
- Coussement, Dejaeger, Lambert, Noortgate, Paepe, Boonen, Schoevaerds e Milisen (2009). *Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards – a survey in Belgian Hospitals.* *Gerontology*, 55, 398-404.
- Chang, Wang e Chao (2008). *Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study.* *American Journal of Critical Care*, 17 (5), 408-416.
- Chuang e Huang (2007). *Nurses' feelings and thoughts about using restraints on hospitalized older patients.* *Journal of Clinical Nursing*, 16, 486-494.
- Park e Tang (2007). *Evidence-based guideline: Changing the practice of physical restraint use in acute care.* *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (2), 9-16.
- Minnick, Mion, Johnson, Catrambone e Leipzig (2007). *Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US.* *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), 30-37.

APÊNDICE V
Quadros Resumo dos artigos selecionados na Revisão Sistemática da Literatura

QUADROS RESUMO DOS ARTIGOS SELECCIONADOS NA RSL

Os níveis de evidência foram determinados em função do tipo de estudo, de acordo com o sistema de classificação da *American Association of Critical-Care Nurses* (Armola et al, 2009)¹ onde, numa escala de “A” a “M”, a maior evidência é representada pela letra “A” e a evidência mais baixa pela letra “M”. Os estudos transversais foram considerados de acordo com a explicação de Glasziou, Mar e Salisbury (2010)².

Autor, Ano	Boltz, Capezuti, Wagner, Rosenberg e Secic (2013)
Título do Estudo, Publicação	Patient Safety in Medical.Surgical Units: can nurse certification make a difference? MedSurg Nursing, 22 (1), 26-37.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo retrospectivo
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 44 Unidades de Medicina e Médico-Cirúrgicas, de 25 Hospitais com programa NICHE, em que pelo menos 50% das admissões do último trimestre de 2009 corresponderam a pessoas com 65 ou mais anos de idade.
<p>Objetivos do Estudo: Examinar a relação entre a formação especializada de enfermagem (com destaque para a formação em enfermagem gerontológica) e os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a segurança do doente, onde se inclui o uso da contenção de doentes.</p> <p>Intervenções: Foi efetuada a análise estatística dos dados e usadas técnicas de regressão modelada para explorar as relações entre os dados, nomeadamente entre os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (quedas e lesões associadas a quedas, prevalência da contenção e prevalência de úlceras de pressão) e a proporção de enfermeiros especializados e especializados em gerontologia.</p> <p>Resultados: Demonstrou-se a existência de uma relação inversa entre o índice de enfermeiros com uma especialização e o índice de quedas, não se encontrando relações com os restantes indicadores de qualidade. Não se encontrou relação entre o índice de enfermeiros especialistas em gerontologia e os indicadores de qualidade considerados. Contudo, estes resultados devem ser interpretados com cuidado, dado o tamanho reduzido da amostra, o universo em que foi efetuado o estudo (hospitais NICHE, já com consistentes políticas de boas práticas) e o baixo índice de enfermeiros especialistas em gerontologia existente, pelo que estudos mais abrangentes deverão ser efetuados. Não obstante, os achados sugerem que a existência de enfermeiros especialistas pode ser uma influência positiva ao nível da segurança das pessoas idosas hospitalizadas.</p>	

¹ ARMOLA, R.R. et al (2009) – AACN Levels of Evidence: what’s new? **Critical Care Nurse** [em linha]. Vol.29, nº 4. (Agosto, 2009). p.70-73. ISSN: 1940-8250. Acedido a 03/07/3013. Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/Research/01%20-%20AACN%20Evidence%20Levels.pdf>

² GLASZIOU, P.; MAR, C. d.; SALISBURY, J. (2010) – **Prática clínica baseada em evidências: Livro de exercícios**. 2ª ed.. Editora Artmed. ISBN: 9788536322896.

Autor, Ano	Ludwick, O'Toole e Meehan (2012)
Título do Estudo, Publicação	Restraints or alternatives: safety work in care of older persons. International Journal of Older People Nursing, 7, 11-19.
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo de <i>grounded theory</i>
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 7 enfermeiras de Unidades Médico-Cirúrgicas de um Hospital dos Estados Unidos da América.
<p>Objetivos do Estudo: Examinar os fatores que explicam o uso da contenção física e suas alternativas, como medidas usadas pelos enfermeiros na segurança das pessoas idosas</p> <p>Intervenções: Foram realizadas entrevistas individuais, com gravação áudio. Foi pedido às enfermeiras que descrevessem detalhadamente a última situação de contenção – seu início, manutenção e remoção. A análise das respostas foi efetuada com recurso ao <i>open, axial e selective coding</i>.</p> <p>Resultados: O estado mental da pessoa idosa, quando percebido como condutor de comportamentos potencialmente danosos, ou a sua melhoria, são a causa referida pelas enfermeiras para iniciar, manter ou remover a contenção. São riscos potenciais: comportamentos que podem resultar em quedas, que interferem com os procedimentos médicos, que são agressivos ou disruptivos.</p> <p>O uso da contenção implica um trabalho dinâmico e complexo de gestão da segurança do doente (<i>safety work</i>), que envolve: 1) adaptação das medidas, 2) monitorização, 3) tentativas de remoção da contenção, 4) negociação com os pacientes e 5) o reforço ou diminuição da contenção. São intervenções alternativas: a) verificar a segurança dos doentes com maior frequência, b) o recurso a cuidadores informais e a distrações, c) a camuflagem de equipamentos. São também estratégias: i) negociação com médicos ou outros de modo a que se investigue e trate o problema subjacente à alteração do estado mental do doente, ii) negociação com os médicos no sentido de apurar a possibilidade de alterar o plano de tratamento instituído, removendo ou alterando dispositivos.</p> <p>Associado a este <i>safety work</i> existe: A) um trabalho extenso de documentação das várias fases do processo (monitorização, avaliação, ajustamento da medida de contenção ou registo de procedimento alternativo), B) um trabalho de articulação entre os vários intervenientes do cuidado ao paciente, C) um trabalho de sentimentos, de empatia, face às implicações psicológicas que a gestão de um comportamento potencialmente danoso pode ter.</p> <p>São condições que intervêm na estratégia de segurança: enfermeiros, outros profissionais de saúde, família, organização do Serviço (número, qualificação e experiência dos enfermeiros e a sobrecarga de trabalho afetam o tempo disponível para dedicar ao <i>safety work</i>), recursos e fatores externos (políticas do hospital/país).</p>	

Autor, Ano	Faria, Paiva e Marques (2012)
Título do Estudo, Publicação	A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspectos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. Revista de Enfermagem Referência, III Série (6), 7-16.
Tipo de Estudo	Estudo quantitativo exploratório-descritivo
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 110 doentes (de uma população de 552) de Unidades de cuidados agudos médicos e cirúrgicos, de um Hospital Universitário central de Portugal.
<p>Objetivos do Estudo: Identificar a frequência, locais, tipos, localização anatómica da aplicação e os critérios usados pelos enfermeiros para o uso da restrição física da mobilidade (RFM).</p> <p>Intervenções: Os dados foram colhidos num momento único, através da aplicação de um formulário aos doentes internados, da observação e por entrevista aos enfermeiros responsáveis pelos doentes com RFM. Os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS. As entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo (modelo <i>a priori</i>, organizado segundo a CIPE® - versão 1).</p> <p>Resultados: Os doentes da amostra tinham uma média de idade de 73,8 anos, 77,3% eram totalmente dependentes, 71,8% estavam confusos e 60,9% apresentavam alterações do equilíbrio. O Serviço de Medicina foi onde se observou maior incidência de RFM (37,3%), registando-se 10% na UCI. As razões apontadas para a RFM relacionam-se com questões de segurança: a) risco de queda (36,5%), b) prevenção de exteriorização de dispositivos médicos (36%).</p> <p>Em 20% dos doentes com RFM foram tentadas alternativas prévias à RFM: 1) promoção de um ambiente seguro, 2) permissão para os doentes passarem mais tempo com os familiares, 3) o estar mais tempo com o doente, 4) colocar o doente junto da sala de trabalho do enfermeiro, 5) planear os cuidados juntamente com o doente – nenhuma destas medidas evitou o uso de RFM.</p>	

Autor, Ano	Tanios, Epstein, Livel e Teres (2010)
Título do Estudo, Publicação	Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? Respiratory care 55 (5), 561-568.
Tipo de Estudo	Estudo transversal por inquérito, com amostra de conveniência
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 1976 profissionais de saúde da área de cuidados intensivos, dos quais 870 enfermeiros.
<p>Objetivos do Estudo: Definir perfil dos doentes com risco elevado de extubação e determinar as situações que poderão levar a uma extubação não planeada, de acordo com as percepções dos profissionais.</p> <p>Intervenções: O inquérito foi conduzido com a cooperação de 3 associações profissionais da área dos cuidados intensivos, através de convite endereçado por email aos seus associados para preenchimento, via web, do inquérito. As respostas foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS.</p> <p>Resultados: Constitui situação de risco de extubação não planeada: migração do tubo endotraqueal; ausência de contenção física; rácio enfermeiro/utente de 1/3; saídas da UCI; sondação leve; realização de Rx no leito.</p>	

Autor, Ano	Tzeng e Yin (2012)
Título do Estudo, Publicação	Toileting-related inpatient falls in adult acute care settings. MedSurg Nursing, 21 (6), 372-377.
Tipo de Estudo	Estudo exploratório retrospectivo
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 4 Unidades de doentes agudos (2 médicas, 1 cirurgia e 1 médico-cirúrgica), de um Hospital do Michigan.
<p>Objetivos do Estudo: Determinar fatores preditivos de quedas associadas à eliminação.</p> <p>Intervenções: Foram analisados os relatos de incidente relacionados com quedas de Julho de 2005 a Junho de 2008, num total de 547 registos. Todas as quedas foram primeiramente classificadas como sendo ou não relacionadas com a eliminação e agrupadas por temas, que posteriormente constituíram as variáveis dependentes do estudo: ter havido queda anterior; haver risco de queda atual; queda assistida; avaliação completa de risco de queda; haver um protocolo de quedas em uso; uso de contenção física. Os resultados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS.</p> <p>Resultados: Os doentes com registo de queda tinham uma média de idade de 75,59 anos. As quedas associadas à eliminação tendem a estar relacionadas com 1) ter havido queda anterior, 2) estar sob contenção física, 3) haver risco atual de queda. Confirmou-se que o uso inadequado de dispositivos de contenção mecânica muitas vezes está associado a quedas relacionadas com a necessidade de eliminação.</p>	

Autor, Ano	Heinze, Dassen e Grittner (2011)
Título do Estudo, Publicação	Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing, 21, 1033-1040.
Tipo de Estudo	Estudo transversal (análise secundária)
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 76 Lares (5521 utentes) e 15 hospitais (2827 utentes) da Alemanha.
<p>Objetivos do Estudo: Investigar fatores relacionados com o uso de contenção e explorar se o rácio de enfermeiros constitui um factor de influência para esse uso.</p> <p>Intervenções: Os dados foram colhidos em Abril de 2009 por enfermeiras treinadas, com recurso a questionários standardizados. Os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS e SAS. Foi usado um modelo de interceção logística de 3 níveis aleatórios.</p> <p>Resultados: No hospital, a contenção é mais usada em utentes idosos do sexo feminino, com dependência de cuidados elevada, com história de quedas nas últimas 2 semanas, com risco de quedas conhecido, polimedicados, com incontinência urinária, desorientados e confinados ao leito. O número de enfermeiros qualificados não teve influência significativa no uso de contenção física.</p>	

Autor, Ano	Lane e Harrington (2011)
Título do Estudo, Publicação	The factors that influence nurses' use of physical restraint: a thematic literature review. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 17, 195-204.
Tipo de Estudo	Revisão temática da literatura
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 18 artigos quantitativos e qualitativos
<p>Objetivos do Estudo: Determinar os fatores que influenciam a decisão do enfermeiro no uso de contenção física em pessoas idosas.</p> <p>Intervenções: A pesquisa foi feita através de base de dados computadorizada (CINAHL, Medline, Ovid e Wiley InterScience), Joanna Briggs Intitute, Cochrane Library, e pesquisa manual em alguns jornais de enfermagem. Foram pesquisados artigos publicados entre 1992 e 2010, que incluíssem os termos 'physical restraint' e 'nurses', onde as enfermeiras trabalhassem com pessoas com 60 ou mais anos de idade em serviços de cuidados agudos ou de cuidados a pessoas idosas, e que explorassem as razões das enfermeiras para a contenção física de pessoas idosas. Os artigos foram submetidos a uma pontuação e incluídos os que apresentavam pontuação elevada.</p> <p>Resultados: Os fatores que influenciam os enfermeiros no uso de contenção física foram agrupados em 2 grupos: proteção do paciente (segurança e prevenção de danos) e sobrecarga de trabalho dos enfermeiros (conforto e segurança dos enfermeiros, prática de rotina, número reduzido de profissionais).</p>	

Autor, Ano	Chuang e Huang (2007)
Título do Estudo, Publicação	Nurses' feelings and thoughts about using restraints on hospitalized older patients. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 16, 486-494.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo qualitativo, com amostra intencional
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 13 enfermeiras de Serviços de Medicina ou Cirurgia de 3 Hospitais do Taiwan (enfermeiras a tempo inteiro, com mais de 6 meses de experiência no hospital, com experiência em aplicar dispositivos de contenção em doentes idosos hospitalizados, dispostas a partilhar as suas experiências e a dar o seu consentimento informado).
<p>Objetivos do Estudo: Explorar os sentimentos e os pensamentos dos enfermeiros acerca da contenção de doentes idosos hospitalizados.</p> <p>Intervenções: Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gravação áudio (Agosto de 2002 a Março de 2003), sendo posteriormente transcritas para análise de conteúdo.</p> <p>Resultados: Foram reportadas variadas respostas emocionais, como sendo: tristeza, culpa, conflito, retribuição, ausência de sentimentos, segurança, pena do doente. A maioria das enfermeiras referiu sentimentos negativos, debatendo-se entre a autonomia do paciente e a prática dos cuidados. Foram referidas como estratégias para lidar com estes sentimentos: a racionalização do procedimento, a partilha dos sentimentos com os colegas, a prática de comportamentos compensatórios.</p>	

Autor, Ano	Chang, Wang e Chao (2008)
Título do Estudo, Publicação	Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. American Journal of Critical Care, 17 (5), 408-416.
Tipo de Estudo	Estudo de caso-controlo
Nível de Evidência	Nível B
Participantes	n= 300 doentes admitidos e intubados numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Geral de Taiwan, durante um período de 21 meses. O grupo da extubação não planeada compreendeu 100 doentes; o grupo de controlo, sem registo de extubação não planeada, compreendeu 200 doentes.
<p>Objetivos do Estudo: Avaliar o efeito da contenção física na extubação não planeada em doentes adultos de cuidados intensivos.</p> <p>Intervenções: Os dados foram colhidos através da consulta de registos médicos e de relatos de incidente, e foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS.</p> <p>Resultados: O risco de extubação não planeada aumenta nas situações de a) uso de contenção física e presença de infecção nosocomial; b) sem contenção física e <i>Glasgow Coma Score</i> igual ou superior a 9 aquando da admissão na Unidade.</p>	

Autor, Ano	Park e Tang (2007)
Título do Estudo, Publicação	Evidence-based guideline: Changing the practice of physical restraint use in acute care.. Journal of Gerontological Nursing, 33 (2), 9-16.
Tipo de Estudo	Guideline baseada em revisão da literatura (Gerontological Nursing Interventions Research Center)
Nível de Evidência	Nível D
Participantes	Não referido
<p>Objetivos do Estudo: Ajudar os profissionais de saúde: a) na passagem para cuidado livre de contenção; b) a fazer um uso mais seguro e o menos restritivo possível da contenção, durante a passagem para cuidado livre de contenção.</p> <p>Intervenções: Com base na evidência, foram descritos os fatores associados ao risco de contenção física, identificada a importância da avaliação do doente idoso com comportamento de risco e descritas as abordagens individual e institucional para uma cultura de cuidados livre de contenção</p> <p>Resultados: Foram apresentados quadros orientadores da acção, nomeadamente: 1) Avaliação dos comportamentos do doente em risco de contenção; 2) Estratégias para a implementação de cuidados livres de contenção; 3) Algoritmo de tomada de decisão; 4) Intervenções para um cuidado livre de contenção; 5) Standards para o uso da contenção; 6) Tabela de monitorização dos resultados.</p>	

Autor, Ano	Coussement, Dejaeger, Lambert, Noortgate, Paepe, Boonen,
Título do Estudo, Publicação	Schoevaerds e Milisen (2009) Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards – a survey in Belgian Hospitals. <i>Gerontology</i> , 55, 398-404.
Tipo de Estudo	Estudo transversal por inquérito
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 113 hospitais belgas com departamento de geriatria
<p>Objetivos do Estudo: Conhecer as medidas de prevenção de quedas implementadas nos Serviços de Geriatria.</p> <p>Intervenções: O questionário foi enviado ao director de cada Hospital e ao responsável de cada departamento de geriatria. Apenas 64 questionários foram devolvidos totalmente preenchidos. As respostas foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS.</p> <p>Resultados: Cerca de 93,8% dos Serviços referiram usar a contenção física como estratégia preventiva de quedas.</p>	

Autor, Ano	Minnick, Mion, Johnson, Catrambone e Leipzig (2007)
Título do Estudo, Publicação	Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 39 (1), 30-37.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo transversal
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 40 hospitais de cuidados agudos, seleccionados aleatoriamente, de 6 áreas metropolitanas dos Estados Unidos. Foram incluídas todas as unidades excepto: psiquiatria, emergência, bloco operatório, obstetrícia e cuidados de longa duração.
<p>Objetivos do Estudo: Descrever a prevalência e os contextos da contenção física nos hospitais dos Estados Unidos.</p> <p>Intervenções: Os dados foram colhidos através de observação direta e dos relatos gravados dos enfermeiros, durante 18 dias seleccionados de forma aleatória entre as 5h e as 7h da manhã, de 2003 a 2005. Os enfermeiros foram inquiridos acerca das razões par o uso da contenção, idade e género do paciente e status ventilatório, Os dados foram analisados estatisticamente com recurso ao programa informático SPSS.</p> <p>Resultados: A prevalência de contenção física foi de 50 em 1000 doentes/dia. A principal causa de contenção referida foi a prevenção da interrupção do tratamento (74,9%), seguida de confusão (25,4%) e de prevenção de quedas (17,6%). A contenção dos punhos foi a mais frequente (79,4%). O uso da contenção está fortemente associado a doentes ventilados. As taxas de contenção variam entre as instituições e consoante o tipo de unidade, com maior incidência nas UCI.</p>	

Autor, Ano	Moyle, Borbasi, Wallis, Olorenshaw e Gracia (2010)
Título do Estudo, Publicação	Acute care management of older people with dementia: a qualitative perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 420-428.
Tipo de Estudo	Estudo descritivo qualitativo, com amostra de conveniência
Nível de Evidência	Nível C
Participantes	n= 13 profissionais que cuidaram ou trataram de pessoas com demência em Serviços de Medicina ou Cirurgia de um Hospital Australiano
<p>Objetivos do Estudo: Explorar como é feita a gestão dos cuidados da pessoa idosa com demência, considerando a prática corrente dos Serviços de Internamento de Agudos.</p> <p>Intervenções: Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada, com gravação áudio, com uso de técnica de afunilamento. Foi pedido aos participantes que descrevessem o seu papel no cuidado de pessoas com demência; as suas perceções acerca do recurso a contenção, a profissionais “special” e ao envolvimento da família na prática de cuidados corrente; as suas sugestões de melhoria para a prática de cuidados. As respostas foram analisadas pelos vários investigadores e classificadas em cinco subtemas.</p> <p>Resultados: Existem muitas discrepâncias entre a prática de cuidados corrente e as boas práticas encontradas na literatura. A abordagem dos cuidados é inconsistente e enfatiza a segurança em detrimento do bem estar e da dignidade do doente. Opta-se pelo uso de uma abordagem de gestão do risco em vez de uma abordagem holística, onde a prevenção de lesões é apenas parte de uma estratégia mais abrangente que visa a melhoria da saúde e o bem estar – uma estratégia é o recurso a profissionais menos experientes para vigiar os doentes com demência. O cuidado é orientado para a tarefa, investindo-se pouco em encontrar formas cuidar indo ao encontro das necessidades da pessoa com demência. A família raramente é incorporada nos cuidados. Os profissionais recorrem à contenção física e mecânica para gerir picos de agressividade, validando esta abordagem no contexto de minimização de danos. O ambiente é causa de constrangimentos, por não ter sido projetado a pensar neste tipo de doentes. O enfoque no uso das tecnologias e na tarefa condiciona o desenvolvimento de uma cultura de cuidados que valorize a pessoa com demência, dado os inconvenientes que causa nas rotinas dos enfermeiros. A formação dos profissionais e os recursos ambientais podem melhorar os cuidados prestados, ao terem em conta as necessidades individuais da pessoa com demência e a dignidade humana.</p>	

APÊNDICE VI

Discussão Integral dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura

Discussão dos Resultados da Revisão Sistemática da Literatura

A contenção física de doentes idosos constitui uma prática controversa, com diferenças major a nível das práticas e, apesar de o paradigma do cuidar atual promover a sua minimização e abolição – suportada por políticas de saúde que limitam o seu uso e guidelines para um cuidado livre de contenção –, continua a haver um uso continuado, sendo um procedimento utilizado em meio hospitalar (Minnick et al, 2007; Park e Tang 2007; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011; Heinze, Dassen e Grittner; 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012).

Num estudo realizado com pessoas com demência (Moyle et al, 2010), as discrepâncias entre a prática de cuidados correntes e as boas práticas referidas na literatura foram muitas, enfatizando-se a segurança em detrimento do bem estar e da dignidade do doente, optando-se por uma abordagem de gestão do risco em vez de uma abordagem holística, onde a prevenção de lesões seria apenas parte de uma estratégia mais abrangente com vista à melhoria da saúde e ao bem estar da pessoa idosa confusa. A contenção pode ser entendida como um modo de controlar o doente, desempoderando-o e interferindo na sua autonomia (Park e Tang, 2007; Lane e Harrington, 2011), incluindo-se numa cultura de cuidados orientada para a tarefa onde se investe pouco em encontrar formas de cuidar indo ao encontro das necessidades da pessoa com alteração cognitiva, como referido no estudo de Moyle et al (2010) e sugerido no estudo de Ludwick, O’Toole e Meehan (2012).

Através da investigação da evidência, foi possível associar o uso da contenção física a um **perfil de doente** (Park e Tang, 2007; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012), identificando-se características que o colocam em risco de contenção, das quais se destaca: pessoas idosas, com elevada dependência de cuidados, com alteração do estado mental, com história ou risco conhecido de queda, polimedicadas, com alteração na necessidade de eliminação. Do mesmo modo, também determinadas **características dos serviços**, parecem estar associadas ao uso da contenção física (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Moyle et al, 2010; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011), como sendo: dotações inadequadas, uso de espaços que não foram projetados a pensar nas necessidades do doente idoso confuso, iluminação inadequada ou a existência de ruído.

A justificação apontada para o uso da contenção prende-se, então, com questões relacionadas com a **segurança do doente** (Minnick et al, 2007; Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Chang, Wang e Chao, 2008; Coussement et al, 2009; Tanios et al, 2010; Ludwick, O'Toole e Meehan, 2012; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011; Heinze, Dassen e Grittner, 2011; Faria, Paiva e Marques, 2012; Tzeng e Yin, 2012), com destaque para o risco de quedas, a prevenção da interrupção do tratamento e a gestão de comportamentos agressivos ou disruptivos associados a quadros confusionais. A prevenção da interrupção do tratamento, associada à exteriorização de dispositivos médicos, constitui a principal causa apontada¹. Nos estudos de Ludwick, O'Toole e Meehan (2012) e Lane e Harrington (2011), é também referida como causa de contenção a situação de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, condicionada por dotações inadequadas e responsabilidades acrescidas, que afeta a disponibilidade de tempo para dedicar ao cuidado do doente em risco de contenção. Esta situação faz com que, em alguns Serviços, a contenção seja perspectivada como prática de rotina perante o doente idoso confuso, fazendo com que os enfermeiros se sintam mais seguros e descansados quando não podem estar junto do doente por estarem a prestar cuidados a outros (Chuang e Huang, 2007; Lane e Harrington, 2011).

Contudo, esta ideia de segurança tem de ser encarada com cautela, uma vez que a contenção não é um procedimento isento de riscos (Park e Tang, 2007). A **relação risco-benefício** tem de ser ponderada sendo que, também o contexto de cuidados tem de ser equacionado aquando da decisão. Minnick et al (2007) fala das discrepâncias de utilização entre Hospitais e entre Serviços, indicando uma maior taxa de uso nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e encontrando uma forte relação com o doente ventilado. De facto, num estudo de Tanios et al (2010), a ausência de contenção física foi identificada como situação de risco de extubação não planeada. Também Chang, Wang e Chao (2008) haviam verificado que doentes com um *score* de Glasgow igual ou superior a 9 aquando da admissão em UCI e sem contenção física tinham maior risco de extubação não planeada. Contudo, a contenção física nem sempre é factor de protecção, tendo-se igualmente constatado um maior risco de extubação não planeada em doentes com infecção nosocomial e com contenção física em simultâneo (Chang, Wang e Chao, 2008). Relativamente ao risco de quedas, a contenção física continua a ser uma medida de prevenção largamente utilizada no cuidado com pessoas idosas hospitalizadas (Coussement et al, 2009). Contudo, também neste campo são encontradas incongruências

¹ Apenas no estudo nacional de Faria, Paiva e Marques (2012) a prevenção das quedas tem uma prevalência de 36,5% e a prevenção da exteriorização de dispositivos médicos de 36%, não se considerando diferença significativa.

sendo que, de acordo com um estudo de Tzeng e Yin (2012), o uso inadequado de dispositivos de contenção mecânica está muitas vezes associado a quedas relacionadas com a necessidade de eliminação. É, portanto, importante analisar individualmente cada doente na sua circunstância, sendo que um mesmo procedimento pode ter implicações diferentes consoante a pessoa que é cuidada.

A contenção física está, então, também associado a intercorrências, com resultados negativos para o doente pelo que, tem também um risco associado. Os enfermeiros têm consciência desse risco e por isso não consideram o uso da contenção como um ato acabado e sim como uma prática que implica **um trabalho dinâmico e complexo de gestão da segurança do doente**, e que é designado por Ludwick, O'Toole e Meehan (2012) como *safety work*. Este trabalho traduz a preocupação ativa do enfermeiro em manter a segurança do doente idoso, e envolve: 1) adaptação das medidas à situação específica do doente, 2) monitorização do doente, 3) tentativas de remoção precoce da contenção, 4) negociação com os pacientes e 5) o reforço ou diminuição da contenção (Ludwick, O'Toole e Meehan, 2012). O estado mental da pessoa idosa, quando percebido como condutor de comportamentos potencialmente danosos, ou a sua melhoria, são a causa referida pelas enfermeiras para iniciar, manter ou remover a contenção. Assim, na gestão da segurança do doente são estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros: o recurso a **intervenções alternativas à contenção** (verificar a segurança dos doentes com maior frequência; o recurso a cuidadores informais e a distrações; a camuflagem de equipamentos e dispositivos médicos) e a **negociação com a equipa médica** (de modo a que: se investigue e trate o problema subjacente à alteração do estado mental do doente e que o coloca em risco de contenção; e a que se equacione a possibilidade de alterar o plano de tratamento instituído, removendo ou alterando dispositivos em uso no doente) (Ludwick, O'Toole e Meehan, 2012). Em concordância com este estudo, também Faria, Paiva e Marques (2012) referem o uso de medidas preventivas como estratégia de atuação, como sendo a promoção de um ambiente seguro, colocar o doente junto da sala de trabalho do enfermeiro, o estar mais tempo com o doente, o planear os cuidados com o doente ou a presença de familiares; contudo, constataram uma utilização reduzida destas medidas (em 20% dos casos) e que, a sua aplicação não evitou o uso da contenção. Os mesmos autores, referem também a importância de intervir precocemente no cerne do problema, detetando e tratando a confusão e suas causas. Daqui se depreende a importância de uma abordagem individualizada dos cuidados, e infere a relevância de ser realizada uma **avaliação global do**

doente, referida por Park e Tang (2007) como sendo a chave para o sucesso de um cuidado livre de contenção.

Na estratégia de segurança do doente levada a cabo pelos enfermeiros do estudo de Ludwick, O'Toole e Meehan (2012), e em concordância com Park e Tang (2007), a intervenção de enfermagem compreende ainda: a) um trabalho extenso de documentação das várias fases do processo (monitorização, avaliação, ajustamento da medida de contenção ou registo de procedimento alternativo), b) um trabalho de articulação entre os vários intervenientes do cuidado ao paciente, c) um trabalho de sentimentos, de empatia, face às implicações psicológicas que a gestão de um comportamento potencialmente danoso pode ter. Neste estudo parece ficar demonstrada a complexidade da intervenção do enfermeiro aquando da decisão de contenção de um doente, onde desresponsabilização ou *a opção menos trabalhosa*, não são argumentos concebíveis.

Apesar de sustentada na gestão da segurança do doente, a decisão de proceder à contenção de um doente não é vivida pelos enfermeiros de modo simplista, tendo sido referidas variadas respostas emocionais, como sendo a tristeza, a culpa, o conflito, a retribuição, a ausência de sentimentos, segurança ou pena do doente (Chuang e Huang, 2007). No estudo de Chuang e Huang (2007), coincidente com os achados de Park e Tang (2007), na tomada de decisão para a contenção, a maioria das enfermeiras referiu sentimentos negativos, debatendo-se no **dilema entre a autonomia do paciente e a prática dos cuidados**. Lane e Harrington (2011) referem que os enfermeiros precisam de encontrar o ponto de equilíbrio entre o dever de prover segurança e o dever moral para com o doente, sendo que a prática de uma enfermagem centrada na pessoa poderá ser um aspeto essencial na tomada de decisão perante o dilema ético. Também a existência de **protocolos de atuação baseados na evidência**, e específicos para cada contexto de cuidados, é referida como facilitadora da tomada de decisão, por orientar a prática e limitar o uso da contenção, impedindo o seu uso abusivo e promovendo ambientes de cuidado livres de contenção (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Lane e Harrington, 2011). Em última instância, perante a ambivalência do dever de cuidar de um e de muitos, importa clarificar se a decisão de contenção é no melhor interesse do doente ou do enfermeiro (Lane e Harrington, 2011).

Minimizar o recurso, o nível e o tempo de contenção, fazendo um uso o mais seguro e digno possível, são os grandes objetivos para esta fase de transição de paradigma (Park e Tang, 2007). Intervenções como a **reavaliação da necessidade de contenção e do estado do**

doente, a **monitorização do doente** e a **satisfação das suas necessidades de conforto**, são apontadas como fundamentais para a consecução desses objetivos (Park e Tang, 2007; Ludwick, O'Toole e Meehan, 2012). Também a correta capacitação dos enfermeiros para cuidar de pessoas idosas confusas, parece ser um fator para um menor recurso à contenção e para cuidar com mais qualidade o doente a quem foram implementadas medidas de contenção. Apesar de nos estudos de Heinze, Dassen e Grittner (2011) e de Boltz et al (2013) não se ter encontrado relação significativa entre a qualificação dos enfermeiros e o uso da contenção, não pode ser feita uma interpretação linear destes dados uma vez que, também um grau de dependência de cuidados mais baixo está relacionado com menor uso da contenção (Heinze, Dassen e Grittner, 2011), assim como Serviços com políticas de boas práticas já implementadas (Boltz et al, 2013), sendo essas variáveis presentes nos estudos referidos. Sugere-se, então, que a existência de **enfermeiros especialistas** pode ser uma influência positiva nos resultados ao nível da segurança das pessoas idosas hospitalizadas, apesar de estudos mais alargados serem necessários na validação de uma relação com o uso da contenção (Boltz et al, 2013). Por outro lado, a **formação** e o treino de enfermeiros é também apontada como importante para melhorar os cuidados prestados, por conduzirem a um cuidar centrado na pessoa, que tem em conta as suas necessidades individuais e a sua dignidade humana (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011). Esta sugestão para a formação é transversal à RSL efetuada. Por último, há a referir o contexto de atuação. A existência de um ambiente que suporte as boas práticas parece transmitir maior confiança aos enfermeiros, e proporciona melhores condições para que soluções alternativas à contenção sejam implementadas (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Lane e Harrington, 2011). O impacto que o **ambiente de cuidados** tem no doente idoso confuso poderá ser determinante para o tipo de comportamento que ele manifesta, pelo que a sua importância não poderá ser descurada (Chuang e Huang, 2007; Moyle et al, 2010; Lane e Harrington, 2011). A família/pessoa significativa também constitui elemento do ambiente de cuidados e, apesar de muitas vezes disponível, é recurso pouco utilizado, sendo raramente incorporada nos cuidados (Moyle et al, 2010; Ludwick, O'Toole e Meehan, 2012; Faria, Paiva e Marques, 2012). A causa de se descurar este aliado no cuidar da pessoa idosa confusa hospitalizada não foi apurada nesta RSL; contudo, os constrangimentos ambientais (relacionados com a organização dos espaços e a impossibilidade de garantir a privacidade dos doentes que partilham um mesmo quarto) ou funcionais (relacionados com as implicações para a prática ao nível das rotinas dos enfermeiros), poderão ser respostas plausíveis, face ao encontrado.

Não obstante, dada a natureza complexa da enfermagem e a crescente sobrecarga de trabalho e responsabilidades dos enfermeiros, constata-se que sem o incentivo estrutural das Instituições e Serviços – no que se refere à sua organização, qualificação e correta dotação de recursos humanos, condições ambientais, filosofia de cuidados, interdisciplinaridade e adoção de protocolos de atuação em conformidade com a evidência – e das **políticas de saúde**, a mudança de paradigma para uma cultura de cuidados livre de contenção será dificultada (Chuang e Huang, 2007; Park e Tang, 2007; Ludwick, O’Toole e Meehan, 2012; Lane e Harrington, 2011).

APÊNDICE VII
Esquematização do Projeto de Intervenção

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Otimização da intervenção do Enfermeiro no cuidado à Pessoa Idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, na Urgência Geral.

Objectivos:

- 1) Melhorar o registo de enfermagem relativo à contenção de doentes.
- 2) Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, ao recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última.
- 3) Dar visibilidade, nos registos de enfermagem, aos cuidados de enfermagem prestados, implícitos à situação de contenção.

Período de implementação:

Início a 6 de Setembro e término a 5 de Novembro de 2012

Recursos e elementos prévios:

População Alvo	Enfermeiros da Equipa D da Urgência Geral (UG) do CHLC, EPE (16 elementos)
Supervisão da operacionalização do Projecto	Enfermeira-Chefe da UG
Agendamento das Reuniões de Trabalho/Sessões de Formação	Enfermeira responsável pela Formação em Serviço
Monitorização do procedimento e levantamento do nº de casos	Enfermeiro chefe de equipa e elementos de referência (3 enfermeiros) da Equipa D
Realização das Reuniões de Trabalho/Sessões de Formação	Turnos da Manhã/Noite, com duração aproximada de 30 minutos

Plano de Intervenção:

Nota: Todas as intervenções e seus resultados serão reportados à Enfermeira-Chefe. Todas as etapas do projecto serão negociadas com a Equipa, seguindo-se o percurso que a Equipa determinar como mais adequado.

1) Reunião de Aferição do Planeamento I

(com Enfermeira de referência no Serviço)

Data: 20 de Setembro

- Assuntos:
 - ✓ Apresentação do Projeto de Intervenção;
 - ✓ Calendarização e estratégias para a operacionalização da primeira reunião de trabalho:
 - Análise do plano de sessão;
 - Análise da apresentação em PowerPoint.

2) Reunião de Trabalho I

Data: 11 e 14 de Outubro

- Apresentação do diagnóstico de situação;
- Apuramento da necessidade da mudança das práticas;
- Identificação das áreas de mudança;
- Apresentação da proposta de intervenção:
 - ✓ Metas e tempos de concretização;
 - ✓ Actividades concretas a realizar;
 - ✓ Procedimentos de monitorização.
- Negociação dos indicadores de avaliação:
 - ✓ Diminuição do recurso à contenção mecânica;
 - ✓ Utilização correcta dos dispositivos de contenção;
 - ✓ Registo formal dos procedimentos referentes ao uso da contenção mecânica.
- Identificação de necessidades formativas.

3) Reunião de Trabalho II

- Divulgação e discussão dos resultados referentes aos registos de enfermagem:
 - ✓ Causa de contenção e medidas prévias adoptadas;
 - ✓ Ocorrência de complicações;
 - ✓ Dificuldades sentidas.
- Identificação e aferição dos aspetos a melhorar nos registos;
- Validação/reformulação da estratégia de actuação:

<p><u>Data:</u> 26 e 31 de Outubro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exemplo de registo. • Proposta de elaboração de Poster para divulgação dos resultados do Projeto.
<p>4) Reunião de Aferição do Planeamento II</p> <p><u>Data:</u> 26 de Outubro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assuntos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estratégias a adotar para a realização das sessões de trabalho com os enfermeiros; ✓ Formação sobre os aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projecto de Intervenção.
<p>5) Reunião de Aferição do Planeamento III</p> <p><u>Data:</u> 31 de Outubro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assuntos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização da formação acerca dos aspetos decorrentes da contenção (preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção); ✓ Proposta de elaboração de Procedimento Multisectorial
<p>5) Reunião de Trabalho III</p> <p><u>Data:</u> 10 de Novembro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação e discussão dos resultados referentes aos registos de enfermagem; • Identificação e aferição dos aspetos a melhorar nos registos; • Avaliação dos resultados intercalares e validação da estratégia de actuação; • Constituição do grupo de trabalho do Poster científico.
<p>7) Reunião de Aferição do Planeamento IV</p> <p><u>Data:</u> 20 de Novembro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assuntos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposta de aditamento à folha de registo de Enfermagem <i>Notas de Evolução</i>; ✓ Elaboração do Poster sobre o Projeto de Intervenção; ✓ Agendamento da formação no âmbito da contenção; ✓ Identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por equipa.

<p>8) Reunião de trabalho IV (fase final)</p> <p><u>Data:</u> 25 de Novembro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação e discussão dos resultados referentes aos registos de enfermagem; • Balanço do trabalho desenvolvido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados em função dos indicadores de avaliação; ✓ Aspetos a melhorar; ✓ Contributos do Projeto identificados pelos enfermeiros; ✓ Contributos das ferramentas de trabalho disponibilizadas. • Parecer dos enfermeiros sobre o aditamento à folha de registo <i>Notas de Evolução</i>, no âmbito do procedimento de contenção de doentes; • Perspectivas de continuidade e alargamento do Projecto.
<p>9) Reunião de Aferição do Planeamento V</p> <p><u>Data:</u> 25 de Novembro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assuntos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações à proposta de aditamento à folha de registo <i>Notas de Evolução</i>; ✓ Certificados de formação/participação no Projeto de Intervenção; ✓ Agendamento da formação no âmbito da contenção; ✓ Identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por equipa; ✓ Auditoria interna no âmbito do doente vulnerável.
<p>10) Sessão de Formação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em horário próprio, a realizar no Centro de Formação. - Em parceria com Enf^{as} especializadas em Saúde Mental e em Reabilitação. - Destinada a todos os enfermeiros da UG. <p><u>Data:</u> a agendar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem de aspectos decorrentes da contenção: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas preventivas da contenção; ✓ Técnicas de contenção; ✓ Aplicação correcta dos dispositivos de contenção; ✓ Cuidados específicos ao doente com necessidade de contenção.

Avaliação do Projecto:

1) Avaliação do processo de mudança da prática de cuidados:

- Realização de actas das reuniões;
- Aferição da aplicação das medidas definidas pelo grupo:
 - ✓ Consulta dos registos de enfermagem;
 - ✓ Observação directa;
 - ✓ Realização de notas de campo;
 - ✓ Comparação com registos de enfermagem das restantes equipas (como forma de identificar diferenças resultantes da implementação do projecto).

2) Promoção da continuidade do projecto na UG, após o término do estágio:

- Permanência da responsável pela implementação do Projecto no Serviço;
- Propor alargamento do Projecto às restantes equipas da UG;
- Articular com os Enfermeiros Chefe de Equipa e elementos de referência dentro de cada equipa (enfermeiros especialistas ou outros) que poderão actuar como dinamizadores do Projecto dentro da própria equipa;
- Reiniciar o Projecto em cada equipa, programando as sessões/reuniões com os elementos de referência (com base nas estratégias já desenvolvidas e testadas);
- Valorizar o desenvolvimento profissional, incentivando os enfermeiros da Equipa D a desempenhar um papel de dinamização/supervisão do projecto entre pares;
- Incentivar a competitividade saudável entre equipas.

Divulgação dos resultados:

- 1) Elaboração de Poster científico acerca do projecto desenvolvido e resultados alcançados, a expor na ESEL, no âmbito das comemorações do seu 5º aniversário, subordinado ao tema do Envelhecimento Ativo.
- 2) Contribuir para a elaboração de procedimento multisectorial de definição do padrão de actuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção à pessoa idosa (enquadrada na Orientação N° 021/2011 de 06/06/2011 da Direcção Geral da Saúde, ponto 9).
- 3) Reunião de auditoria no âmbito do doente vulnerável.
- 4) Elaboração e defesa do Relatório de Estágio.

APÊNDICE VIII
Lista de Itens de Registro

Contenção de doentes: que registos?

Lista de itens:

Na UO

- Motivo de contenção / de se iniciarem medidas preventivas.

- Medidas preventivas e seu impacto (exemplos):
 - ✓ Presença do enfermeiro e recurso à palavra;
 - ✓ Contenção verbal;
 - ✓ Modificação do contexto;
 - ✓ Presença de pessoa significativa;
 - ✓ Mudança do foco de atenção;
 - ✓ Tratamento farmacológico.

- Efectivação da contenção e identificação dos pontos de contenção.

- Avaliações subsequentes (exemplos):
 - ✓ Vigilância de lesões decorrentes dos Dispositivos de Contenção;
 - ✓ Estado de consciência e de agitação;
 - ✓ Necessidade de contenção.

- Cuidados acrescidos (exemplos):
 - ✓ Posicionamentos;
 - ✓ Ajuda na alimentação e eliminação.

Nos Balcões

- Efectivação da contenção.
- Motivo de contenção.

Nota: Lista aprovada na Reunião de Trabalho de 11/Outubro. Sujeita a alteração.

APÊNDICE IX
Componentes da Grelha de Registo Inicial

Grelha de Registo Inicial

Descrição e justificação de componentes

Sexo: Permite conhecer qual o género mais visado com o procedimento de contenção.

Idade: Permite identificar os elementos da amostra a incluir no estudo (com idade igual ou superior a 65 anos) e a prevalência do procedimento no idoso ou grande idoso.

Referência à contenção: Através da hora de registo, permite identificar o turno em que foi efetuada a contenção e, conseqüentemente, apurar o turno de maior risco de ocorrência.

Avaliação neurológica: Permite apurar a competência do doente para compreender e cumprir ordens no momento, constituindo um dos elementos a contemplar na decisão de contenção, bem como avaliar a evolução do seu estado de consciência, possibilitando uma atuação adequada em caso de agravamento. Neste Projeto, este item será avaliado com recurso a ambos ou a um dos parâmetros que se seguem:

- Glasgow: corresponde à Escala de Coma de Glasgow, comumente usada para avaliar o nível de alteração do estado mental. Apesar de, originalmente, ter sido construída para quantificar o grau de depressão do estado de consciência no doente com trauma de crânio, demonstrou aplicabilidade noutras situações de doença. Nesta escala, o score máximo é de 15 e o mínimo de 3, sendo que quanto mais baixo for o score mais baixo é o nível de consciência¹.
- Estado de consciência: é um parâmetro de preenchimento rápido, presente na folha de registo informatizada, onde são disponibilizadas 6 opções – consciente e orientado, confuso, sonolento, estuporoso, comatoso, sedado.

Risco de quedas: É determinado através da Escala de Avaliação de Risco de Queda de Morse, sendo também elemento de ponderação na decisão de contenção. É composta por seis variáveis – história de quedas nos últimos três meses, diagnóstico secundário, ajuda na mobilização, terapia endovenosa, marcha e estado mental. O score final pode variar entre os 0 e os 125 pontos, sendo atribuído um nível de risco consoante a pontuação obtida: 0-24 baixo risco, 25-50 médio risco, 51 ou mais alto risco².

¹ STARKMAN, S.; WRIGHT, S. (2003) – Altered Mental Status. In HAMILTON, G.C. et al (Coord.). **Emergency Medicine: an approach to clinical problem-solving**. 2nd Edicion. Philadelphia: W.B. Saunders Company. p 517-534. ISBN: 07216-9278-8.

² CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE (2009) – **Procedimento Multissetorial: “Prevenção e Monitorização das Quedas de doentes em ambiente hospitalar”** – SDO.104, de 22 de Outubro de 2009.

Escala de Braden: A escala de Braden avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (UP). É constituída por seis dimensões que, reconhecidamente, contribuem para o desenvolvimento de UP – percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Cada dimensão é sujeita a uma ponderação que, no seu conjunto, resulta numa pontuação final variável entre os 6 e os 23 pontos. O risco de desenvolvimento de UP é inversamente proporcional à pontuação obtida sendo que, uma pontuação igual ou inferior a 16 corresponde a alto risco de desenvolvimento de UP e, uma pontuação de 17 ou superior, a baixo risco³.

A sua avaliação constitui elemento identificativo de boas práticas, permitindo orientar o enfermeiro na elaboração do plano de cuidados do doente idoso com mobilidade e mobilização condicionadas pelo uso de dispositivos de contenção mecânica, de modo a prevenir o desenvolvimento de UP.

Medidas de prevenção: A prevenção refere-se ao “acto ou efeito de prevenir”, entendendo-se prevenir como “evitar” ou “impedir que se efectue ou que aconteça”⁴.

Neste Projeto, estas medidas referem-se às intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros no sentido de prevenir ou evitar o recurso à contenção mecânica, das quais são exemplo as que constam na Orientação 021/2011 da Direção Geral da Saúde (DGS)⁵ e as encontradas na revisão sistemática da literatura (RSL). Pretende-se que com o seu registo se evidencie o uso de dispositivos de contenção como recurso último, bem como se conheçam as medidas mais utilizadas e seu impacto.

Pontos de contenção: A localização anatómica da contenção tem um importante significado, uma vez que interfere na aptidão que o indivíduo tem para efetuar movimentos com o corpo, incluindo a capacidade de regular os mecanismos de controlo sobre si próprio. Tronco, cintura pélvica ou membros (punho e tornozelo), são zonas passíveis de aplicação de dispositivos de contenção⁶.

³ FERREIRA, P. L. et al (2007) – **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden**. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930370.

⁴ MORAIS SILVA, A. (Coord.) (1987) – **Novo Dicionário Compacto Da Língua Portuguesa**, 3ª edição, Volumes III. Cacém: Editorial Confluência. p.368.

⁵ ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direcção-Geral da Saúde (2011).

Vide Anexo I deste Relatório – Critérios, alínea i), todos os subpontos.

⁶ FARIA, H.; PAIVA, A; MARQUES, P. (2012) – A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. **Revista de Enfermagem Referência**. Nº 6, III Série (Março, 2012) p. 7-16. Coimbra. ISSN: 0874-0283.

O registo dos pontos de contenção permite uma identificação imediata da zona do corpo ou função que merecerão uma vigilância mais atenta, dada a existência de risco associado ao uso de dispositivos de contenção mecânica, nomeadamente ao nível do órgão ou função. Permitirá, também, conhecer o perfil de atuação dos enfermeiros no que concerne ao uso de medidas mais ou menos restritivas.

Causa: Refere-se à situação que motivou a contenção. De acordo com as orientações da DGS⁷, o recurso a medidas de contenção somente é justificável enquanto medida de *prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. De acordo com a evidência encontrada na RSL, estabeleceram-se as seguintes categorias: Risco de Queda (por tentativas de levantar sem supervisão); Risco de compromisso terapêutico (por tentativas ou exteriorização/remoção de dispositivos médicos necessários ao seu tratamento ou imprescindíveis para manter funções vitais); Risco de agressão (auto/heteroagressão).

⁷ ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direcção-Geral da Saúde (2011).

APÊNDICE X
Componentes da Grelha de Registo de Vigilâncias/Cuidados

Grelha de Registo de Vigilâncias/Cuidados

Descrição e justificação de componentes

Avaliação neurológica: Permite apurar a competência do doente para compreender e cumprir ordens no momento, constituindo um dos elementos a contemplar na decisão de contenção, bem como avaliar a evolução do seu estado de consciência, possibilitando uma atuação adequada em caso de agravamento. Neste Projeto, este item será avaliado com recurso a ambos ou a um dos parâmetros que se seguem:

- Glasgow: corresponde à Escala de Coma de Glasgow, comumente usada para avaliar o nível de alteração do estado mental. Apesar de, originalmente, ter sido construída para quantificar o grau de depressão do estado de consciência no doente com trauma de crânio, demonstrou aplicabilidade noutras situações de doença. Nesta escala, o score máximo é de 15 e o mínimo de 3, sendo que quanto mais baixo for o score mais baixo é o nível de consciência¹.
- Estado de consciência: é um parâmetro de preenchimento rápido, presente na folha de registo informatizada, onde são disponibilizadas 6 opções – consciente e orientado, confuso, sonolento, estuporoso, comatoso, sedado.

Alimentação e Eliminação: Garantir a satisfação de necessidades básicas ao doente que não se basta a si mesmo é um imperativo da enfermagem. Com estes registos pretende-se demonstrar que os enfermeiros asseguram que o doente sob medidas de contenção se alimenta e satisfaz as suas necessidades de eliminação, fazendo simultaneamente o despiste e evitando que alguma alteração nestas necessidades seja causa de desconforto e maior agitação para o doente, tal como alertado na revisão sistemática da literatura realizada.

Mobilidade/Posicionamento: A capacidade do doente idoso se mobilizar e posicionar no leito é influenciada pela sua situação base, e é condicionada aquando do uso de dispositivos de contenção mecânica. Assim sendo, cabe ao enfermeiro assegurar a alternância de decúbitos e o adequado posicionamento do doente, de modo a não precipitar o seu declínio funcional, a prevenir o desenvolvimento de UP e a proporcionar o maior conforto possível. Este registo, partindo da caracterização da capacidade de mobilização do doente idoso no leito, permite demonstrar o cuidado particular de que ele é alvo quando lhe são aplicadas medidas de contenção, no qual se inscrevem a massagem de conforto e os posicionamentos.

¹ STARKMAN, S.; WRIGHT, S. (2003) – Altered Mental Status. In HAMILTON, G.C. et al (Coord.). **Emergency Medicine: an approach to clinical problem-solving**. 2nd Edicion. Philadelphia: W.B. Saunders Company. p 517-534. ISBN: 07216-9278-8.

Lesões: A lesão é definida como “dano” ou “prejuízo” que se relaciona com uma “alteração ou perturbação nas funções ou textura dos órgãos de um indivíduo”², entendendo-se neste Projeto como resultante do uso de dispositivos de contenção mecânica.

O uso de dispositivos de contenção mecânica não é inócuo, comportando riscos que, contudo, poderão ser evitados ou minimizados se o enfermeiro adotar uma atenção preventiva. Com este registo pretende-se evidenciar os cuidados de vigilância levados a cabo pelo enfermeiro de modo a evitar o surgimento de complicações associadas ao uso de dispositivos de contenção mecânica, nomeadamente, a lesão cutânea e o compromisso neurocirculatório.

Necessidade de contenção: Este item refere-se às reavaliações efetuadas pelo enfermeiro com o intuito de apurar acerca da necessidade de manter as medidas de contenção aplicadas e da possibilidade de as retirar ou substituir por outras menos limitativas, tal como indicado na Orientação 021/2011 da Direção Geral da Saúde³ e preconizado na revisão sistemática da literatura. Pretende-se com este registo evidenciar a intenção do enfermeiro em retirar com a maior segurança e precocidade possível os dispositivos de contenção.

Outros⁴: Com este item pretende-se, principalmente, a identificação das situações de contenção cujas medidas foram iniciadas no turno precedente ao da equipa piloto (EP) mas cujo procedimento não foi registado. Considerou-se pertinente a identificação das situações de não registo para o estabelecimento de um grupo de controlo, e de modo a salvaguardar o enfermeiro da EP responsável pela continuidade dos cuidados do doente em questão de quaisquer responsabilidades perante incidentes ocorridos sob os cuidados do enfermeiro que iniciou as medidas de contenção.

² MORAIS SILVA, A. (Coord.) (1987) – **Novo Dicionário Compacto Da Língua Portuguesa**, 3ª edição, Volumes III. Cacém: Editorial Confluência. p.345.

³ ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direção-Geral da Saúde (2011).

NOTA: Encontra-se como Anexo I do presente Relatório.

⁴ Este item foi acrescentado aquando da apresentação dos dados da Fase Intermédia.

APÊNDICE XI
Reuniões de Aferição do Planeamento

Reunião de Aferição do Planeamento

20 de Setembro de 2012

Intervenientes: Enf^a [REDACTED] e Enf^a Carina Vieira

Assunto:

1. Apresentação do Projeto de Intervenção.
2. Estratégias para a operacionalização da primeira reunião de trabalho.
3. Agendamento da primeira Reunião de Trabalho com a Equipa Piloto.

Desenvolvimento:

1. A Enf^a Carina Vieira apresentou à Enf^a [REDACTED], de modo sumário, o Projeto de Intervenção elaborado. Foram destacados:
 - ✓ a pertinência da área de trabalho;
 - ✓ os objetivos pretendidos;
 - ✓ os procedimentos de operacionalização.

Foi salientada a importância da colaboração da Enf^a [REDACTED] para a agilização dos preceitos inerentes à implementação do Projeto.

2. Foi reforçada a importância da primeira reunião de trabalho com os enfermeiros da equipa piloto para a aceitação do Projeto.
De modo a otimizar a intervenção, as Enfermeiras desenvolveram um trabalho de análise e melhoramento do plano de sessão e do documento em PowerPoint a ser apresentado.
 3. Após consulta de agenda, calendarizou-se a primeira Reunião de Trabalho com a Equipa Piloto para dia 11 de Outubro.
-

Reunião de Aferição do Planeamento

26 de Outubro de 2012

Intervenientes: Enf^a [REDACTED] e Enf^a Carina Vieira

Assunto:

1. Estratégias a adotar para a realização das sessões de trabalho com os enfermeiros.
2. Formação sobre os aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção.

Desenvolvimento:

1. Foi novamente discutida a dificuldade na realização das sessões com a Equipa no turno da Manhã, considerando-se esta uma situação incontornável, dada a imprevisibilidade do Serviço de Urgência e todos os seus constrangimentos atuais. Manteve-se a estratégia alternativa de se realizar a sessão para os restantes enfermeiros da Equipa no turno da Noite imediato.

Para os enfermeiros ausentes em ambas as sessões, manteve-se a opção de se realizarem sessões individuais.

Foi ainda contemplada uma outra estratégia, visando a divulgação da informação com a maior brevidade possível a todos os enfermeiros da equipa piloto, a qual consiste na atualização dos colegas via correio electrónico.

2. Foi discutido o assunto da formação acerca dos aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção, e da viabilidade da sua realização para todos os enfermeiros do SU e em horário e local próprios. Ponderou-se o agendamento da formação para os dias em que as Equipas trabalhem no turno da Tarde, antecipando-se a vinda dos enfermeiros para o Hospital de modo a que possam estar presentes na formação sem que tenham de vir obrigatoriamente para a mesma; o local seria o Centro de Formação do Hospital [REDACTED].

A Enfermeira [REDACTED] comprometeu-se em expor a situação à Enfermeira Chefe [REDACTED] na segunda-feira próxima (29 de Outubro).

Reunião de Aferição do Planeamento

31 de Outubro de 2012

Intervenientes: Enf^a [REDACTED] e Enf^a Carina Vieira

Assunto:

1. Realização da formação acerca dos aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção.
2. Proposta de elaboração de Procedimento Multissectorial.

Desenvolvimento:

1. A Enf^a C [REDACTED], após validação com a Enf^a Chefe [REDACTED], confirmou a possibilidade de realização da formação referida, a qual decorrerá nos seguintes moldes:
 - ✓ A formação contemplará todas as equipas do SU.
 - ✓ Será integrada no horário dos enfermeiros como formação obrigatória.
 - ✓ A formação decorrerá nos dias em que as equipas trabalhem no turno da tarde e iniciar-se-á cerca de 2 horas antes da entrada ao serviço dos enfermeiros.
 - ✓ O agendamento será efectuado para o próximo horário das equipas, o qual entrará em vigor no próximo dia 12 de Novembro.
 - ✓ O local da formação será o Centro de Formação do Hospital [REDACTED].
 2. A Enf^a Chefe [REDACTED] avançou com uma proposta de elaboração de um Procedimento transversal à Área da Urgência e Cuidados Intensivos no âmbito da contenção de doentes, em virtude do Procedimento existente ser de acordo com a Circular Normativa nº 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 da DGS (entretanto revogada pela Orientação 021/2011).
 - ✓ A Enf^a Chefe [REDACTED] reuniu no passado dia 29 de Outubro com as Enfermeiras Chefe das três UCI do Hospital [REDACTED] (Neurocirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Urgência Médica), tendo-lhes apresentado esta proposta a par do alargamento do Projeto de Intervenção às UCI, a qual foi aceite com interesse e receptividade.
 - ✓ Será agendada uma reunião com as Enfermeiras Chefe das três UCI para a apresentação do Projeto, na qual também estará presente a Enfermeira [REDACTED]. Nessa reunião será solicitada a identificação de um enfermeiro de cada UCI que possa funcionar como elo de ligação no Projeto.
 - ✓ A formação das equipas de enfermagem das UCI será visada posteriormente.
-

Reunião de Aferição do Planeamento

20 de Novembro de 2012

Intervenientes: Enf^a [REDACTED] e Enf^a Carina Vieira

Assunto:

1. Proposta de aditamento à folha de registo de Enfermagem *Notas de Evolução*, no âmbito do procedimento de contenção de doentes.
2. Elaboração de Poster sobre o Projeto de Intervenção a apresentar no dia da ESEL.
3. Agendamento da formação acerca dos aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção.
4. Identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por Equipa.

Desenvolvimento:

1. A Enf^a Carina Vieira apresentou à Enf^a [REDACTED] a proposta de aditamento à folha de registo de Enfermagem *Notas de Evolução*, que aprovou a mesma.
 - ✓ A proposta foi apresentada a mais duas enfermeiras (uma delas não pertencente à Equipa D), que após a analisarem deram a sua opinião favorável em relação à mesma, afirmando tratar-se de uma proposta com conteúdo perceptível e de simples preenchimento.
 - ✓ A proposta será encaminhada aos enfermeiros da Equipa D por correio electrónico, de modo a que tomem conhecimento da mesma e analisem a sua inteligibilidade e aplicabilidade, de modo a que possa ser debatida na próxima reunião de trabalho com a Equipa, a realizar no dia 25 de Novembro.
 - ✓ Após submetida à apreciação da Equipa, a proposta final será apresentada à Enfermeira-Chefe [REDACTED] e à Enfermeira-Chefe [REDACTED] e, depois de aprovada por estas, será enviada ao Director do Gabinete de Informática Eng^o [REDACTED].
 2. A Enf^a Carina Vieira informou a Enf^a [REDACTED] acerca da elaboração do Poster, o qual apresentará o Projeto de Intervenção levado a cabo no Serviço e seus resultados.
 - ✓ Por proposta da Equipa, será dada preferência na participação da elaboração do Poster aos enfermeiros que, por motivos concursais, necessitem de enriquecer o seu currículo.
 - ✓ Para além da Enf^a Carina Vieira e da Enf^a [REDACTED], serão autores as Enfermeiras [REDACTED]; [REDACTED]; [REDACTED]; [REDACTED]; [REDACTED]; [REDACTED]; [REDACTED].
-

-
3. Foram retomadas as negociações referentes ao agendamento da formação a ser ministrada a todas as Equipas da Urgência Geral.
- ✓ A Enfª [REDACTED] referiu serem necessários cinco dias de formação de modo a que se possa garantir a cobertura das cinco Equipas de Enfermagem.
 - ✓ Foi averiguada a disponibilidade de horário da Enfª [REDACTED] que, para além de ser co-dinamizadora do Projeto de Intervenção, é a enfermeira responsável pela formação em Serviço.
 - ✓ Foram averiguadas as disponibilidades de horário da Enfª [REDACTED] (especializada em Reabilitação) e da Enfª [REDACTED] (especializada em Saúde Mental) que, a par da Enfª Carina Vieira, serão co-formadoras.
 - ✓ Do confronto entre as disponibilidades destas quatro enfermeiras, encontrou-se como data possível para a realização da formação os dias 6, 7, 11, 12, 13 e 14 de Dezembro.
 - ✓ A Enfª [REDACTED] irá efectuar o contacto com o Centro de Formação do Hospital [REDACTED] de modo a apurar acerca da possibilidade do uso das instalações nos dias disponibilizados.
 - ✓ De referir que a Enfª [REDACTED] se disponibilizou para a realização da formação apesar de se encontrar de férias nos dias supra-mencionados.
4. Foi retomado o processo de identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por Equipa. Da análise levada a cabo com a Enfª [REDACTED]:
- ✓ Determinou-se que a Enfª [REDACTED] será a enfermeira responsável e dinamizadora na Equipa fixa.
 - ✓ Identificaram-se os possíveis elementos dinamizadores nas Equipas A e B.
 - ✓ Ficaram por seleccionar os possíveis elementos dinamizadores nas Equipas C, D e E.
 - ✓ A selecção dos enfermeiros dinamizadores fica sujeita a confirmação por parte dos respectivos Enfermeiros Chefe de Equipa e da Enfermeira-Chefe do Serviço.
-

Reunião de Aferição do Planeamento

25 de Novembro de 2012

Intervenientes: Enf^a [REDACTED] e Enf^a Carina Vieira

Assunto:

1. Alterações à proposta de aditamento à folha de registo de Enfermagem *Notas de Evolução*.
2. Certificados de formação/participação no Projeto de Intervenção.
3. Agendamento da formação acerca dos aspectos decorrentes da contenção, preconizada na Orientação 021/2011 da DGS e contemplada no Projeto de Intervenção.
4. Identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por Equipa.
5. Auditoria interna no âmbito do doente vulnerável.

Desenvolvimento:

1. Foram discutidas e aceites as alterações sugeridas pelos enfermeiros da Equipa D à proposta de aditamento à folha de registo de Enfermagem *Notas de Evolução*, as quais foram entendidas como mais-valias para facilitar a efectivação dos registos.

Foi referida a lacuna que fica por resolver ao nível dos registos efectuados em ambulatório, nomeadamente em Balcão, uma vez que a folha de *Notas de Evolução* apenas é preenchida na Unidade de Observação, quando o doente se encontra internado.

A Enf^a [REDACTED] sugeriu a inclusão de um separador com todos os registos definidos no âmbito do procedimento da contenção (em apêndice) no campo *Nova Anotação*, onde ao seleccionar-se o *Tipo de Anotação* surgiria a opção *Contenção Terapêutica*.

Ambas as enfermeiras concordaram que esta seria uma boa estratégia para a operacionalização dos registos.

2. Ficou decidido que os certificados de formação e participação no Projeto de Intervenção seriam entregues aos enfermeiros da Equipa posteriormente, em momento oportuno.
3. A Enf^a [REDACTED] contactou via correio electrónico com a Dra [REDACTED] (responsável pela Área de Gestão da Formação), questionando acerca da possibilidade do uso das instalações do Centro de Formação do Hospital [REDACTED], nos dias previamente apurados. Aguarda-se resposta.
4. Foi retomado o processo de identificação dos enfermeiros dinamizadores do Projeto por Equipa. Da análise levada a cabo com a Enf^a [REDACTED] (que ficará como enfermeira responsável) e já validada com a Enf^a Chefe [REDACTED], seleccionaram-se os seguintes enfermeiros:

✓ Equipa A – Enf^a [REDACTED];

-
- ✓ Equipa B – Enf^a [REDACTED];
 - ✓ Equipa C – Enf^a [REDACTED];
 - ✓ Equipa D – Enf^a [REDACTED];
 - ✓ Equipa E – Enf^o [REDACTED].

Aguarda-se confirmação da Enf^a Chefe [REDACTED].

5. A Enf^a [REDACTED] informou a Enf^a Carina Vieira da realização de uma auditoria interna na área da Qualidade, no âmbito do doente vulnerável, no próximo dia 26 de Novembro, e do interesse manifestado pela Enf^a Chefe [REDACTED] na sua presença na mesma.

A pertinência da presença da Enf^a Carina Vieira foi justificada pelo facto de um dos procedimentos visados na operacionalização da *Política de identificação e protecção do doente vulnerável* ser referente à atuação perante o *Doente com necessidade de Medicação de Emergência, isolamento e restrição de movimentos*, que se baseia na Circular Normativa da DGS entretanto revogada.

Tendo em conta este item de avaliação, e considerando o Projeto desenvolvido no Serviço (tendo por base a orientação mais recente da DGS) e os resultados já obtidos ao nível da sensibilização dos enfermeiros para a temática da contenção e da melhoria da qualidade dos registos efectuados, considerou-se que a presença da Enf^a [REDACTED] seria uma mais-valia para a clarificação do trabalho já realizado neste âmbito, dada a sua familiaridade com a temática.

A Enf^a Carina Vieira disponibilizou-se para estar presente na referida auditoria.

Apêndice:

PROPOSTA DE ADITAMENTO DA OPÇÃO
CONTENÇÃO TERAPÊUTICA
 AO CAMPO DE REGISTO NOVA ANOTAÇÃO,
 NO ÂMBITO DO PROCEDIMENTO DE CONTENÇÃO DE DOENTES

Tipo de Anotação: Contenção Terapêutica	
Medidas preventivas da contenção <input type="checkbox"/> →	Presença do enfermeiro e recurso à palavra <input type="checkbox"/> Contenção verbal <input type="checkbox"/> Presença de pessoa significativa <input type="checkbox"/> Tratamento farmacológico <input type="checkbox"/> Outra: _____
Contenção Terapêutica: Não Sim →	_____ Escala de Braden <input type="checkbox"/> Escala de Glasgow <input type="checkbox"/> Causa: Risco de queda <input type="checkbox"/> → Risco de compromisso terapêutico <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/> Escala de Morse <input type="checkbox"/> Lesão por uso de dispositivo de contenção: Não Sim →
	Lesão cutânea <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/>

Ao seleccionar-se as **Medidas preventivas de contenção**, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo. A avaliação do sucesso das medidas preventivas pode ser feita no campo de texto livre.

Ao seleccionar-se, na **Contenção Terapêutica**, a opção “Sim”, confirma-se a necessidade de iniciar ou manter essa mesma contenção, e abre:

- Caixa para texto livre, onde se pode especificar os pontos de contenção e se a contenção permite alguma amplitude no movimento;
- Ligação para preenchimento da escala de Braden e da escala de Glasgow;
- Lista de opções para a causa da contenção, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo. Ao ser seleccionada a opção “Risco de queda” é feita ligação para preenchimento da escala de Morse;
- Item de vigilância de lesões onde, ao selecciona-se a opção “Sim”, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo.

APÊNDICE XII
Reuniões de Orientação

Ata da 1ª Reunião de Estágio

Aos treze dias do mês de Setembro de dois mil e doze, pelas treze horas e quarenta minutos, reuniram, no Pólo Calouste Gulbenkian da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a Professora Pereira Lopes e a aluna Carina Vieira, com a seguinte ordem de trabalhos:-----

1. Fazer o ponto de situação do estágio iniciado a seis de Setembro.-----
2. Analisar os registos de enfermagem efectuados ao nível de especialista.-----
3. Aferir estratégias de atuação para o arranque do projeto de intervenção no Serviço de Urgência.-----

No que respeita ao primeiro ponto da ordem de trabalhos, a aluna Carina Vieira confirmou o início do estágio na Urgência Geral a seis de Setembro, na sua vertente de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em contexto hospitalar. Referiu a necessidade de alteração do cronograma das atividades previstas relativamente à vertente do estágio referente à implementação do projeto de intervenção, dada a situação de descoordenação de horários de trabalho entre a aluna e a Enfermeira Orientadora e responsável pela Formação em Serviço, por motivo de gozo de férias. A aluna referiu ter enviado à Enfermeira, por correio electrónico, o projeto de intervenção, aguardando a sua opinião relativamente ao mesmo, perspectivando o arranque do projeto para dia dezanove de Setembro, data em que a Enfermeira Orientadora regressa ao serviço. A Professora Pereira Lopes referiu não ver prejuízo neste atraso, acrescentando que a aluna deveria proceder à esquematização do projeto, por tópicos, de modo a resumir e facilitar a sua leitura, e disponibilizar também essa versão à Enfermeira Orientadora.-----

Dando cumprimento ao segundo ponto da ordem de trabalhos, ao analisar os registos de enfermagem apresentados pela aluna, a Professora Pereira Lopes referiu a importância de estruturar de forma mais objectiva os mesmos, de modo a que fique bem definido, e com leitura facilitada, os componentes da triagem, da avaliação inicial e do exame secundário. Referiu também ser preferível fazer o treino dos registos usando os próprios documentos do Serviço, seguindo o algoritmo ABCDE, e que, apesar do carácter académico deste exercício, este deveria ser perspectivado para a prática real e como tal, deveria fazer uso do discurso próprio do Serviço aquando da realização dos registos.-----

A Professora Pereira Lopes salientou a importância de uma avaliação especializada do doente ao ser realizada a sua triagem, não devendo a aluna cingir-se às avaliações exigidas pelos diferentes fluxogramas de triagem. A aluna deverá reflectir acerca das situações com que se depara e identificar quais as que requerem uma avaliação mais alargada, justificando essa decisão e validando-a com os seus pares.-----

A Professora assinalou a importância de identificar o cliente pelo seu nome próprio, dada a informação adicional que o mesmo poderia fornecer a quem não está em contacto directo com o cliente.

Reorientou também o foco do discurso aquando do registo da informação transmitida à pessoa de referência do cliente, uma vez que mais importante que dizer que o enfermeiro informou, é aferir que essa informação foi compreendida e interiorizada pelo destinatário. Por último, referiu a importância de objectivar todas as avaliações efectuadas ao cliente através do uso de escalas, destacando este aspecto em conjunto com uma melhor organização dos registos, como as principais alterações a serem efectuadas pela aluna.-----

No terceiro e último ponto da ordem de trabalhos, a Professora Pereira Lopes questionou acerca da forma como iria ser anunciada a primeira reunião referente ao projeto de intervenção. A aluna disse ter planeado usar a pasta da equipa, onde constam as folhas de ponto e a distribuição dos elementos, por roulement, por postos de trabalho, como veículo de informação, inserindo nessa pasta uma folha dando conhecimento da reunião; a aluna considerou ser esta uma boa forma de garantir que todos os enfermeiros da equipa tomam conhecimento da reunião, dado a pasta da equipa ser consultada diariamente pelos enfermeiros.-----

A Professora falou acerca da importância preponderante da primeira reunião de trabalho a ser realizada, sendo que a abordagem escolhida para a sua concretização irá definir a resposta e a adesão dos enfermeiros da equipa. Neste sentido, a Professora sugeriu um planeamento detalhado da primeira reunião e o treino da mesma junto de um elemento da equipa, agindo esse enfermeiro como avaliador de aspectos que poderão ser corrigidos antes da reunião com a equipa; paralelamente, esse enfermeiro poderá também ser convidado a atuar como elemento dinamizador da reunião.-----

A Professora Pereira Lopes reforçou o facto de os enfermeiros serem pessoas de acção, pelo que seria importante que já na primeira reunião lhes fosse atribuída alguma incumbência. A aluna sugeriu a distribuição de exemplares da Orientação N° 021/2011 de 06/06/2011 da Direcção Geral da Saúde aos enfermeiros da equipa para uma análise conjunta da mesma e para a identificação dos aspectos referidos na Orientação passíveis de serem trabalhados pela equipa, de modo a ser possível obter uma identificação e um compromisso prévio por parte dos enfermeiros para com o projeto.-----

A aluna explicou os moldes de funcionamento do Serviço relativamente à realização de sessões de formação, as quais se realizam no turno da manhã, dividindo-se a equipa em dois grupos, o que implica sempre a realização de duas sessões para um mesmo tema. Dada esta situação, a Professora alertou para a exigência na clareza do discurso e da informação transmitida, de modo a evitar constrangimentos, sendo que os compromissos assumidos na primeira sessão deverão ter sempre a salvaguarda de que poderão ser sujeitos a alterações aquando da sessão com o segundo grupo de enfermeiros; do mesmo modo, na segunda sessão deverão ser sempre comunicadas as decisões tomadas na primeira sessão, para que o segundo grupo possa trabalhar com base nessa referência. A Professora Pereira Lopes referiu ainda a importância da aluna realizar atas relativas a essas reuniões, que deverão ficar na pasta da equipa de modo a que possa estar sempre acessível a todos.-----

A Professora lembrou que, apesar desta primeira fase do projeto se destinar apenas a uma das equipas do Serviço, os Enfermeiros chefes de equipa deveriam se informados acerca do mesmo, reforçando a ideia de que se trata de um projeto do serviço, que será testado com a Equipa D por questões meramente logísticas, mas que se espera poder alargar a todas as equipas. Como tal, a aluna deverá mostrar abertura para o esclarecimento de questões que possam ser colocadas e para disponibilizar os documentos referentes ao projeto que os Enfermeiros chefes de equipa lhe possam solicitar.-----

Por último, a Professora Pereira Lopes reforçou a importância da realização de um diário de aprendizagem, do qual deverão constar as reflexões e as pesquisas que levam ao desenvolvimento de um pensamento de enfermagem ao nível de especialista.-----

E, nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a reunião da qual se lavrou a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada pelos intervenientes na reunião.-----

Reunião de Orientação

25 de Setembro de 2012

Intervenientes: Professora Pereira Lopes, Enf^a Carina Vieira e Enf^a XXXXXXXXXX

Assunto:

1. Análise dos registos realizados com recurso ao documento em uso na Urgência e suas limitações (Triagem, Avaliação inicial, Exame secundário, Notas de evolução, Escala de Glasgow, Escala de Braden, Escala de Morse, Índice de Katz).
2. Dinâmicas de trabalho (grupo de mestrado; enfermeiros do Serviço de Urgência)

Aprendizagens:

- ✓ Objectivação dos procedimentos realizados. Uso de abreviaturas.
 - ✓ Realização de fichas de leitura de artigos.
 - ✓ Partilha e análise do trabalho desenvolvido entre colegas mestrado (desenvolvimento capacidade crítica e reflexiva).
 - ✓ Valorizar os contributos dos colegas na construção do projeto.
 - ✓ Estratégias de motivação dos colegas para o projeto (currículo).
 - ✓ Validar objectivos a curto prazo com a equipa.
 - ✓ Formação deve ser solicitada pelos colegas (esperar que sintam essa necessidade).
-

Reunião de Orientação

22 de Outubro de 2012

Intervenientes: Professora Pereira Lopes, Enf^a Carina Vieira, Enf^a [REDACTED], Enf^a [REDACTED] e Enf^a [REDACTED].

Assunto:

1. Análise de situações de cuidado de enfermagem especializado em contexto comunitário.
2. Partilha de estratégias referidas pela Professora Pereira Lopes que se revelaram úteis na implementação do Projeto.
3. Apresentação sistematizada do percurso feito no âmbito da implementação do Projeto de Intervenção.

Aprendizagens:

1. Análise de situações de cuidado de enfermagem especializado em contexto comunitário.
 - Na comunidade, a leitura dos contextos é fundamental para a definição da estratégia de cuidados a adotar.
 - A dinâmica familiar nem sempre é proporcionada para dar maior qualidade de vida ao idoso dependente, cabendo ao enfermeiro identificar essa situação e atuar, auscultando a capacidade e receptividade da família e, em coerência, preparando-a para essa tarefa.
 - O enfermeiro especialista não pode cuidar num registo de “dominação” da pessoa idosa, devendo haver sempre lugar para a negociação.
 2. Partilha de estratégias referidas pela Professora Pereira Lopes que se revelaram úteis na implementação do Projeto.
 - Há que seguir as possibilidades do grupo.
 - Não questionar as necessidades formativas – surgirão quando o grupo sentir necessidade.
 - Temos de tornar o Projeto apelativo, de modo a que o outro sinta que pode beneficiar com o mesmo (currículo).
 - O Projeto não deve ser perspectivado como meu, mas sim como um projeto da Equipa.
 - Nas reuniões de trabalho:
 - ✓ Antecipar possíveis cenários e treinar a intervenção;
 - ✓ Encontrar colega que funcione como elemento dinamizador;
 - ✓ Trabalhar a partir do que é construído pelo grupo;
 - ✓ Ser objectiva e sucinta nas intervenções (para não maçar o grupo).
-

-
- O trabalho de sensibilização e motivação dos colegas para o Projeto é essencial.
 - Elaboração de diário de aprendizagem:
 - ✓ Permite registo das aprendizagens e sua análise;
 - ✓ O percurso feito fica mais objectivado.
 - Os erros também nos permitem aprender.

3. Apresentação sistematizada do percurso feito no âmbito da implementação do Projeto de Intervenção.

- ***Não se conseguem reunir as condições ideais todas ao mesmo tempo!***
 - Estar aberta ao imprevisto/elasticidade/flexibilidade.
 - Telefone desligado desde o início da reunião (reencaminhar chamadas para administrativo).
 - Rever possibilidades que garantam permanência dos enfermeiros nas sessões.
 - Centrar-me apenas na sessão (notas retiradas por outro colega).
 - As necessidades de formação não existem antes de serem sentidas!
 - Necessidade de agendar nova sessão para outro dia (com a maior brevidade, para não atrasar integração dos restantes colegas no projeto).
 - Sessão realizada no turno da Noite (proximidade do dia, restantes elementos da equipa presentes, turno mais calmo) – “seguir as possibilidades do grupo”.
 - Necessidade de trabalhar capacidade de síntese.
 - Elaboração de ata simplificada, de leitura fácil.
 - A atenção individualizada tem um impacto mais profícuo (maior cumplicidade).
 - O imprevisto é uma constante.
-

Reunião de Orientação

30 de Outubro de 2012

Intervenientes: Professora Pereira Lopes, Enf^a Carina Vieira, Enf^a [REDACTED], Enf^a [REDACTED] e Enf^a [REDACTED].

Assunto:

1. Partilha e análise do trabalho em curso.
2. Análise de jornal de aprendizagem com base no ciclo de Gibbs.

Aprendizagens:

1. Partilha e análise do trabalho em curso.
 - Implementar um processo de mudança só faz sentido quando há interferência ao nível da qualidade dos cuidados.
 - Ao comunicar com o outro (cliente) tenho de ir já munida com os dados/informação que permitirão uma interacção mais personalizada e centrada na pessoa.
 - A tríade sexo, idade e doença, determina o modo como tenho de olhar a pessoa (Collière).
 - Na acção do enfermeiro especialista existe sempre uma intenção – nada é feito ao acaso.
 - Na avaliação do doente, devo ser seletiva na mobilização dos instrumentos.
 - O enfermeiro também colhe dados por observação!
 - A apresentação e discussão de assuntos formais ocorre, muitas vezes, em ambiente informal – o enfermeiro especialista deve saber fazer uso disso.
 - Os mentores da mudança são os enfermeiros peritos, mais velhos: os “pilares do Serviço”.
 - Treino de assertividade e interajuda: ter um olhar crítico sobre o trabalho do outro, sabendo intervir sem agredir.
 2. Análise de jornal de aprendizagem com base no ciclo de Gibbs.
 - O que já sabia, o que aprendi, o que farei de diferente no futuro.
 - Reflicto profundamente acerca do meu desempenho para melhorar desempenhos futuros.
 - Vou atrás da palavra daqueles que tenho a obrigação de conduzir (Collière): é preciso aprender a guiar o doente sem o dominar.
 - Ao cuidar o doente integrado na sua família, o enfermeiro pode identificar um familiar também com necessidade de cuidados, que poderá passar a ser o foco de intervenção prioritária.
-

Reunião de Orientação

15 de Novembro de 2012

Intervenientes: Professora Pereira Lopes, Enf^a Carina Vieira, Enf^a [REDACTED], Enf^a [REDACTED] e Enf^a [REDACTED].

Assunto:

1. Análise de estudo de caso em contexto comunitário.
2. Análise de colheitas de dados.

Aprendizagens:

1. Análise de estudo de caso em contexto comunitário.
 - A complexidade de cuidar a família doente:
 - ✓ Identificação do problema prioritário;
 - ✓ Identificação dos recursos a mobilizar;
 - ✓ Compreender a génese do problema (transições negativas – Meleis), de modo a poder atuar no presente e planear intervenções a médio prazo (prognóstico).
 - O enfermeiro especialista como elo de dinamização e de articulação dos recursos disponíveis na comunidade (a importância do enfermeiro conhecer a comunidade) – para casos de exceção são necessárias intervenções de exceção.
 - Debate em equipa: Quais as possibilidades de intervenção? Propostas de solução? (o enfermeiro deve ter humildade na exposição das situações e no assumir dos seus limites).
 - A visita domiciliária como estratégia de ajuda (com intencionalidade e não por rotina).
 - As intervenções de enfermagem (relação de ajuda construtiva, ensinamentos baseados em diálogos sérios e validados).
 - Ser enfermeira de referência: ter um nome, ir ao encontro do outro na sua circunstância (maior despreendimento do ambiente institucional de trabalho).
 2. Análise de colheitas de dados.
 - Colher a informação que necessito para prestar cuidados.
 - Que perguntas abertas faço para que as pessoas respondam aquilo que eu quero saber? (na resposta, triar a informação que me é útil).
 - Quais os instrumentos que devo utilizar? (faço uso das escalas consoante a necessidade).
 - Exercício de role-play:
 - ✓ Preparação prévia: criar condições para que a pessoa fale (O que perguntar? Vou falar com quem? Faço uma pergunta de cada vez?);
-

-
- ✓ Saber ouvir a pessoa (dá-nos pistas que devemos valorizar para a condução do diálogo);
 - ✓ Não ser punitiva à priori (pode encerrar o diálogo ou levar a que a verdade não seja dita);
 - ✓ Transmitir orientações específicas (explicações ao nível da compreensão do doente);
 - ✓ Dar sentido às coisas, para que a pessoa compreenda e possa aderir ao que lhe é pedido (mobilizar o que sei do doente para explicar a situação – não ser prescritivo).
-

Reunião de Orientação

29 de Novembro de 2012

Intervenientes: Professora Pereira Lopes, Enf^a Carina Vieira, Enf^a [REDACTED], Enf^a [REDACTED] e Enf^a [REDACTED].

Assunto:

1. Partilha e análise do trabalho em curso

Aprendizagens:

- Na colheita de dados à pessoa idosa sem alteração cognitiva, deve ser feito uso preferencial de questões abertas (uma única questão permite obter muita informação).
 - Na colheita de dados à pessoa idosa com alteração cognitiva, deve ser feito uso preferencial de questões fechadas.
 - O uso de instrumentos de avaliação geriátrica exige sensibilidade na colocação das questões, especialmente no caso das escalas de avaliação da depressão. Também a escala de Katz requer bom senso, por as suas questões poderem vir a ser causa de constrangimento. Uma boa relação entre enfermeiro e idoso é elemento facilitador.
-

APÊNDICE XIII
Plano de Sessão da 1ª Reunião de Trabalho

1ª Reunião de Trabalho: Plano de Sessão

Competências/ Objectivos Específicos	Conceitos	Atividades/Estratégias	Recursos/ Materiais	Avaliação	Observações
<p>Atualizar conhecimentos em relação às orientações para as boas práticas no âmbito do recurso a medidas de contenção de doentes.</p> <p>Sensibilizar os enfermeiros para as suas práticas ao nível da contenção de doentes.</p> <p>Identificar necessidades de melhoria das práticas.</p> <p>Identificar necessidades de formação.</p> <p>Sensibilizar para a responsabilidade da equipa no projeto.</p> <p>Apresentar a proposta de intervenção.</p>	<p>Contenção de doentes.</p> <p>Boas práticas em Enfermagem.</p> <p>Contenção mecânica.</p> <p>Registos de Enfermagem.</p>	<p>Apresentação do diagnóstico de situação.</p> <p>Discussão dos dados apresentados e apuramento das necessidades de mudança das práticas.</p> <p>Análise da Orientação nº 021/2011 (pontos 6 e 10).</p> <p>Identificação da informação a registar pelo enfermeiro no processo do doente.</p> <p>Negociação dos indicadores de avaliação.</p> <p>Identificação das necessidades formativas.</p>	<p>Gabinete de enfermagem.</p> <p>Computador.</p> <p>Cabo DVI-VGA.</p> <p>Televisão.</p> <p>Papel e material de escrita.</p> <p>Cópias da Orientação nº 021/2011 (16).</p>	<p>Elaboração da lista das atividades/registos a realizar (1).</p>	<p>(1) A ser construída com o 1º grupo, estando sujeita a apreciação e a alteração pelo 2º grupo.</p> <p>O documento final ficará disponível na pasta da equipa e deverá ser assinado pelos enfermeiros.</p>

APÊNDICE XIV
Ata da 1ª Reunião de Trabalho (Sessão I)

Ata da 1ª Reunião de Trabalho com os enfermeiros da Equipa D (Sessão I) -----

Aos onze dias do mês de Outubro de dois mil e doze, pelas dez horas e quarenta minutos, reuniram, na sala de pausa de enfermagem da Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, a Enfermeira Carina Vieira e os Enfermeiros [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED], com a seguinte ordem de trabalhos:----

1. Apresentação do diagnóstico de situação e discussão dos dados apresentados.-----
2. Apresentação do projeto de intervenção.-----
3. Identificação da informação a registar pelo enfermeiro no processo do doente.-----
4. Apresentação dos aspectos inerentes à operacionalização do projeto e negociação dos indicadores de avaliação.-----
5. Identificação das necessidades formativas.-----
6. Outros assuntos.-----

Dando resposta ao **primeiro ponto** da ordem de trabalhos, a Enfermeira Carina Vieira procedeu à apresentação do diagnóstico de situação sendo que, perante a disparidade da informação referente ao registo do procedimento de contenção, os restantes enfermeiros não se demonstraram surpreendidos com a incongruência de resultados derivantes de diferentes fontes (questionário vs consulta directa de registos), avançando como justificação o facto de, em questionário, acabarem por responder aquilo que sabem que é o correcto e que têm intenção de fazer, sendo que na prática acabam por não concretizar os registos. Da discussão destacam-se as seguintes considerações:-----

- Os registos são importantes, e os enfermeiros têm consciência dessa importância inserida num contexto ético-legal e associada às boas práticas, ao nível da segurança do doente e dos padrões de qualidade.-----
- A inexistência de prescrição ("faz-se mas não se escreve que se faz, passando-se depois a informação oralmente") é uma justificação para a não realização dos registos. Os enfermeiros fundamentaram esta prática tendo por base a anterior norma da DGS¹, segundo a qual o enfermeiro apenas poderia proceder à contenção de doentes mediante prescrição médica.-----

¹ Circular Normativa nº 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 da DGS, sobre *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*.

-
- A sobrecarga de trabalho é um motivo para a não realização dos registos.-----
 - Mais do que a sobrecarga de trabalho, foi apontada a “falta de hábito” para a não realização dos registos. Os enfermeiros referiram tratar-se de uma prática que não está interiorizada, o que resulta na situação de, mesmo quando há disponibilidade para efectuar os registos estes não serem efectivados. E acrescentaram que estão treinados para pensar e agir, pelo que, mentalmente, a atuação do enfermeiro está delineada e justificada, o que resulta numa secundarização dos registos.-----
 - Houve uma queda do registo com a passagem para os registos informatizados. Os enfermeiros referiram que no modelo tradicional dos registos de enfermagem, em suporte de papel, concretizavam um discurso mais descritivo e corrido, visualizando-se mentalmente as práticas e registando-as de modo integrado nesse discurso. Com a passagem para os registos em suporte informático, onde existe uma folha de notas de evolução de enfermagem pré-definida com vista a uma maior agilização do processo de registo, os enfermeiros referiram que – dadas as condicionantes de tempo e de trabalho – acabam por preencher apenas os campos de resposta rápida, não acrescentando informação para além daquela que é requerida no documento. Neste documento não existe nenhum campo específico dedicado ao registo dos procedimentos inerentes à contenção de doentes; contudo, existem campos para escrita livre, nos quais o enfermeiro pode registar outras intervenções realizadas e que não venham mencionadas no documento.-----
 - Os Balcões (dadas as suas características ambientais e contextuais de maior agressividade – ruído, luminosidade, mobilização de macas, realização de procedimentos e exames independentemente do horário, rácio enfermeiro-doente e sobrecarga de trabalho) são os sectores onde é necessário recorrer com maior frequência à contenção de doentes. Contudo, por essas mesmas características, são os sectores onde se torna mais difícil a efectivação dos registos, dada a situação de serem “poucos enfermeiros para cuidar de muitos doentes” e de serem muitas as responsabilidades e as solicitações que recaem sobre os enfermeiros; por estes motivos, perante o dilema de prestar cuidados o mais atempadamente possível e ao maior número de doentes possível ou tardar nesse cuidado para proceder ao seu registo, os enfermeiros optam por negligenciar os registos.-----
 - Em UO, os enfermeiros referiram não haver justificação para a não efectivação dos registos, explicando-se essa ocorrência por motivo de “esquecimento”.-----
-

Relativamente ao **segundo ponto** da ordem de trabalhos, a Enfermeira Carina Vieira apresentou o projeto e explicou qual o desempenho esperado dos enfermeiros da Equipa ■, tendo havido aceitação imediata por parte dos colegas em participar no mesmo. Os enfermeiros presentes aceitaram o desafio de ser a equipa piloto e avançaram espontaneamente com uma possibilidade de atuação mais interventiva, mostrando vontade e disponibilidade para irem “passando a palavra aos colegas das outras equipas, numa atitude de sensibilização, de modo a que, juntando a palavra à acção, possa haver uma disseminação das boas práticas, por ‘osmose’”.-----

Dando cumprimento ao **terceiro ponto** da ordem de trabalhos, foi feita, pelo grupo, a análise dos pontos seis e dez da Orientação nº 021/2011, tendo-se constatado o cumprimento da maioria dos sub-pontos por parte dos enfermeiros, à excepção da efectivação dos registos. De seguida, a Enfermeira Carina Vieira questionou o grupo relativamente ao que deveria ser registado aquando dos procedimentos inerentes à contenção, e apresentou uma lista de itens (construída a partir dos pontos seis e dez da Orientação nº 021/2011 e das respostas dadas pelos enfermeiros em questionário) que serviu de base à discussão. Os enfermeiros consideraram que a lista apresentada reunia os aspectos mais pertinentes e mais adequados ao contexto da Urgência, não retirando nenhum dos itens por reconhecerem importância a todos e por não considerarem a lista extensa. Assim, ficou definido que, aquando da contenção de doentes, deverá ser registado:-----

- Motivo de contenção / de se iniciarem medidas preventivas.-----
- Medidas preventivas e seu impacto (exemplos):-----
 - ✓ Presença do enfermeiro e recurso à palavra;-----
 - ✓ Contenção verbal;-----
 - ✓ Modificação do contexto;-----
 - ✓ Presença de pessoa significativa;-----
 - ✓ Mudança do foco de atenção;-----
 - ✓ Tratamento farmacológico.-----
- Efectivação da contenção e identificação dos pontos de contenção.-----
- Avaliações subsequentes (exemplos):-----
 - ✓ Vigilância de lesões decorrentes dos Dispositivos de Contenção;
 - ✓ Estado de consciência e de agitação;-----
 - ✓ Necessidade de contenção.-----

-
- Cuidados acrescidos (exemplos):-----
 - ✓ Posicionamentos;-----
 - ✓ Ajuda na alimentação e eliminação.-----

Considerando o contexto de trabalho, os enfermeiros decidiram, ainda, que o UO será a área do Serviço de Urgência que permitirá (numa primeira fase) uma melhor implementação do projeto, dado ser uma área que permite um ambiente mais controlado e uma melhor organização dos cuidados. Assim, ficou acordado que os registos referentes à contenção de doentes em UO respeitariam a lista de itens aprovada, por ser este o sector da Urgência onde é possível uma sistematização mais coerente e completa dos registos. Os enfermeiros assumiram também o compromisso de, nos Balcões, efectuarem o registo de que se procedeu à contenção do doente e referirem a causa da contenção.-----

No que respeita ao **quarto ponto** da ordem de trabalhos, a Enfermeira Carina Vieira explicou os aspectos referentes à operacionalização do projeto, com os quais os enfermeiros concordaram, demonstrando-se interessados relativamente ao modo como o mesmo iria ser avaliado e concordando com os indicadores de avaliação apresentados, nomeadamente:-----

- O registo dos procedimentos referentes à contenção (medidas preventivas, efectivação, vigilâncias e cuidados acrescidos);-----
- A constatação de uma correcta utilização dos dispositivos de contenção (minimização das intercorrências decorrentes do uso dos dispositivos de contenção);-----
- Diminuição do recurso à contenção (optimização das medidas preventivas).-----

No que concerne ao **quinto ponto** da ordem de trabalhos, quando questionados pela Enfermeira Carina Vieira acerca da necessidade ou do interesse em receber formação acerca da problemática do *delirium* ou acerca das medidas de prevenção da contenção, os enfermeiros responderam negativamente, afirmando não sentirem essa necessidade.-----

No **sexto e último ponto** da ordem de trabalhos é de referir que:-----

- ✓ Os enfermeiros manifestaram-se de forma positiva perante o papel a desempenhar no projeto (equipa piloto) e o reconhecimento da sua intervenção no mesmo (certificado de participação como colaborador do projeto), bem como perante a informação de que os dados e resultados obtidos no projeto poderiam ser utilizados por todos os elementos da equipa.-----
-

-
- ✓ Foi comunicado, pela Enfermeira Carina Vieira, que ficaria na pasta da Equipa a lista dos itens a incluir no registo dos doentes submetidos a contenção, e feita a ressalva de que a mesma poderia ainda ser alvo de alteração após reunião com os restantes elementos da Equipa e no decorrer do projeto.-----
 - ✓ Foi feita a sugestão de adaptação da lista para um formato de bolso e sua distribuição aos enfermeiros da equipa, de modo a facilitar o processo de consulta dos itens, sugestão essa com impacto positivo no grupo por permitir perspectivar um registo mais facilitado.-----
 - ✓ Foram preenchidas as fichas de avaliação da formação.-----

E, nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a reunião da qual se lavrou a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada pelos intervenientes na reunião.-----

APÊNDICE XV
Ata final da 1ª Reunião de Trabalho

Registo da 1ª Reunião de trabalho com os Enfermeiros da Equipa D (1ª e 2ª Sessões)

Dias: 11 e 16 de Outubro de 2012

Presentes: Carina Vieira, [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED].

Aspectos relevantes:

1. Justificações apuradas para a não efectivação dos registos inerentes ao procedimento de contenção:
 - Actuação ainda guiada pela Circular Normativa nº 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 da DGS, em que o enfermeiro adopta um comportamento defensivo, não registando o procedimento em caso de inexistência de prescrição médica.
 - Queda do registo com a passagem para os registos informatizados e a criação de uma folha de notas de evolução de enfermagem pré-definida, de preenchimento rápido e que não contempla de forma óbvia este tipo de registo.
 - Nos Balcões, foram referidas a sobrecarga de trabalho e o tipo de trabalho efectuado, que leva a que o enfermeiro se centre na tarefa e não no doente.
 - Na UO, os enfermeiros referiram não haver justificação para a não efectivação dos registos, explicando essa ocorrência por motivo de “esquecimento” ou “falta de hábito” – prática não interiorizada.
2. Decisões assumidas face ao projecto de intervenção:
 - Os enfermeiros aceitaram ser a equipa piloto do projecto e actuar na sensibilização dos colegas de outras equipas.
 - Os enfermeiros concordaram em registar no processo do doente os procedimentos referentes à contenção como preconizado na Orientação nº 021/2011 da DGS e de acordo com a lista de itens de registo aprovada (em apêndice).
 - A implementação do projecto iniciar-se-á na UO. Nos Balcões o registo será facultativo e referir-se-á apenas a causa da contenção.
 - Serão indicadores de avaliação: o registo dos procedimentos referentes à contenção (medidas preventivas, efectivação, vigilâncias e cuidados acrescidos), a utilização correcta dos dispositivos de contenção (minimização das intercorrências) e a diminuição do recurso à contenção (optimização das medidas preventivas).
 - A meta a alcançar será a melhoria da actuação do enfermeiro no âmbito dos procedimentos inerentes à contenção de doentes, de acordo com os indicadores de avaliação definidos.

Próxima reunião: 26 de Outubro (apresentação de resultados).

Apêndice:

Contenção de doentes

Lista de itens de registo:

Na UO

- Motivo de contenção / de se iniciarem medidas preventivas.

- Medidas preventivas e seu impacto (exemplos):
 - ✓ Presença do enfermeiro e recurso à palavra;
 - ✓ Contenção verbal;
 - ✓ Modificação do contexto;
 - ✓ Presença de pessoa significativa;
 - ✓ Mudança do foco de atenção;
 - ✓ Tratamento farmacológico.

- Efectivação da contenção e identificação dos pontos de contenção.

- Avaliações subsequentes (exemplos):
 - ✓ Vigilância de lesões decorrentes dos dispositivos de contenção;
 - ✓ Estado de consciência e de agitação;
 - ✓ Necessidade de contenção.

- Cuidados acrescidos (exemplos):
 - ✓ Posicionamentos;
 - ✓ Ajuda na alimentação e eliminação.

Nos Balcões

- Efectivação da contenção.
 - Motivo de contenção.
-

APÊNDICE XVI
Relatório de Ocorrências da 1ª Reunião de Trabalho

Relatório de ocorrências da 1ª Reunião de Trabalho com a Equipa D (1ª e 2ª Sessões)

(1ª Sessão)

No início da reunião foi feita a explicação do Projeto, referindo-se a sua génese no âmbito do Mestrado sob a orientação da Professora Pereira Lopes, e que, após ter sido apresentado e aceite pela Enfermeira-Chefe da Urgência Geral, passou a ser assumido como um Projeto do Serviço. A Enfermeira [REDACTED] foi apresentada como parceira na dinamização do Projeto e justificada a sua ausência.

Apesar de estarem preconizados dois momentos de reunião, apenas se concretizou um momento, dado o número de enfermeiros da equipa presentes naquele dia (os restantes haviam trocado o turno com colegas de outras equipas) ser reduzido, permitindo que nos reuníssemos num momento único. Contudo, dos 8 enfermeiros escalados, apenas 6 participaram na reunião, sendo que 1 deles teve que abandonar a reunião no seu início, devido a ser necessária a sua presença na Sala de Emergência; aos 2 enfermeiros restantes, devido ao elevado afluxo de doentes e carga de trabalho inerente, não lhes foi possível ausentarem-se do posto de trabalho e, pelo mesmo motivo, não foi possível ao Enf^o chefe de equipa mobilizar outros enfermeiros para os substituir.

A reunião não se iniciou à hora programada, apesar da “chamada” para a reunião ter sido feita atempadamente. Contudo, existem sempre atrasos, seja para se realizar um procedimento solicitado no momento, para administrar alguma terapêutica “que não pode mesmo ser adiada”, para terminar um registo, para orientar a transferência/alta de algum doente, seja por o colega que vai ficar responsável não estar ainda disponível para receber os doentes. Foi necessário voltar aos vários sectores e renegociar a vinda dos enfermeiros, “pressionando” a sua saída do posto de trabalho, porque “ há sempre trabalho para fazer” e não se quer estar a “ deixar tudo para o colega (que fica sozinho) fazer”.

No decorrer da reunião houve algumas interrupções, mas as mesmas eram já esperadas, não tendo constituído transtorno de maior. A reunião foi feita na Sala de Pausa de Enfermagem, que fica estrategicamente localizada na entrada da UO, em frente às Salas de Emergência, permitindo controlar todas as entradas/saídas de doentes. Com a chegada de doentes Emergentes, existe uma campanha que toca dentro da Sala de Pausa de Enfermagem, o que aconteceu durante a reunião. Também o telefone tocou, tendo sido atendido e transferida a chamada para outra extensão; depois desse telefonema, o telefone ficou desligado durante o resto da reunião. O Enf^o chefe de equipa também teve que se ausentar algumas vezes, para responder a solicitações que lhe foram feitas (contudo, esteve presente nos momentos de discussão e decisão).

Apesar de também eu ir tirando notas, solicitei a uma das colegas presentes (com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica) para colaborar na reunião como secretária, anotando as ideias chave resultantes dos momentos de discussão, garantindo assim que as ideias não se perdiam. Para além

deste propósito, esta colaboração foi estrategicamente pensada, no sentido de atribuir um papel com maior destaque a essa colega, conseguir o seu maior envolvimento e direccionar as suas capacidades a favor do Projeto.

Finda a reunião, foi contactada a Enfermeira [REDACTED] e comunicadas as ocorrências e os resultados da reunião. De modo a colmatar as ausências dos enfermeiros da Equipa [REDACTED] na reunião e na tentativa de contornar o momento de maior atividade no Serviço, foi avançada a hipótese de se realizar nova reunião de trabalho no próximo turno da Noite, dia 14 de Outubro, altura em que se verificou estarem escalados todos os enfermeiros da equipa que não estiveram presentes nesta 1ª reunião à excepção de 3 enfermeiros que se encontram de férias. O turno da Noite (apesar de não haver garantias), por norma, possibilita momentos de maior acalmia no Serviço, pelo que poderá proporcionar um ambiente mais adequado à realização da reunião e integrar com maior brevidade no Projeto os restantes enfermeiros da Equipa. A ideia foi bem recebida pela Enfermeira [REDACTED]. O chefe de equipa foi informado desta situação, tendo também concordado.

(2ª Sessão)

Dadas as condicionantes do Serviço, com afluxo elevado de doentes e sobrecarga de trabalho, foi necessário aguardar até às 02h40 para que se pudesse dar início à reunião. Ainda assim, não foi possível reunir todos os enfermeiros da equipa num mesmo momento, tendo sido necessários 2 momentos de reunião para abarcar todos os enfermeiros.

Da minha análise constato que dei liberdade para que os momentos de discussão se alongassem, o que levou a que o 1º momento de reunião fosse mais longo. Caso tivesse sido mais rigorosa com os tempos, poderia ter terminado a reunião antes da chegada do doente que determinou a saída antecipada das 2 colegas. Contudo, este alargamento do tempo de discussão foi feito em consciência, e justificado pelo facto de:

- Permitir uma maior sensibilização dos enfermeiros para a temática da contenção e para o Projeto;
- Constatar a construção de uma discussão progressivamente mais rica e participada;
- Permitir uma análise mais aprofundada e crítica das práticas dos enfermeiros no âmbito da contenção de doentes;
- Constituir um momento de reflexão, de partilha e de confronto no grupo.

Pelo acima descrito, considero ter tomado a opção correcta, pois proporcionei um momento para a auto-análise dos enfermeiros em relação às suas práticas e um momento para análise reflexiva, protagonizado pelo grupo, acerca dessas mesmas práticas (e estas são ocasiões que escasseiam!).

Seguindo as indicações da Professora Pereira Lopes, não questionei os colegas relativamente a eventuais necessidades formativas, apesar de ter expressado a minha disponibilidade para esclarecer dúvidas ou questões inerentes ao Projeto e à sua temática. Caso surja essa necessidade no decurso do Projeto, e a mesma seja manifestada pelos enfermeiros, atuarei em concordância. Penso que será no confronto com a prática que se identificarão as dificuldades, pelo que, questionar os enfermeiros, nesta fase, acerca das suas necessidades formativas é, de facto, prematuro.

Apesar de considerar que houve uma boa aceitação do Projeto por parte do grupo, identifiquei 2 colegas que me pareceram menos motivados. Apesar desta avaliação se basear apenas na minha percepção, procurarei acompanhar mais de perto estes colegas.

Penso que o turno da Noite se revelou uma boa opção para a realização desta reunião, permitindo integrar com maior brevidade no Projeto os restantes enfermeiros da Equipa e proporcionando um tempo mais tranquilo e menos condicionado para a sua concretização, apesar da imprevisibilidade do Serviço de Urgência ter de ser sempre tida em conta.



APÊNDICE XVII
Atualização dos Enfermeiros: fase inicial

ATUALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Análise dos registos referentes à contenção mecânica dos doentes:

Fase Inicial

ENQUADRAMENTO

- **Período de intervenção:** 11 a 24 de Outubro (13 dias)
- **Nº de casos identificados:** 5 casos
- **Local:** UO
- **Turno de registo:** Noite
- **Características da amostra:** - **Sexo:** 3F; 2M
 - **Idades:** 75 – 99 (média= 87 anos)
- **Início das medidas de Prevenção/Contenção:** - **Na equipa:** 3 casos
 - **Na equipa anterior:** 2 casos

ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados em 2 Tabelas:

- A 1ª Tabela refere-se ao **Registo Inicial**, e remete para os registos efetuados quando se identifica o problema e se iniciam medidas preventivas ou de contenção;
- A 2ª Tabela é referente ao **Registo de Vigilâncias/Cuidados**, correspondendo aos registos posteriores.

Para a interpretação dos dados há a considerar que:

- Nos 3 primeiros casos as medidas de intervenção foram iniciadas por enfermeiros da Equipa ■;
- Nos casos 4 e 5 as medidas de intervenção foram iniciadas no turno anterior ao da Equipa ■, razão pela qual não existem registos iniciais (os primeiros registos referentes à contenção foram já efetuados à posteriori, e por enfermeiros da Equipa ■. A presença dos registos do risco de Quedas e da escala de Braden explicam-se pela obrigatoriedade desta avaliação aquando do internamento do doente para UO);
- No caso 2, a ausência de registos de vigilâncias/cuidados justifica-se pelo facto de o doente, após iniciados os procedimentos, ter ficado ao cuidado de um enfermeiro de outra equipa que não a Equipa ■ (o registo de vigilância de lesões foi efetuado imediatamente a seguir à contenção do doente, ainda por enfermeiro da Equipa ■).

TABELA 1**CONTENÇÃO: REGISTO INICIAL**

	Sexo	Idade	Referência à Contenção	Avaliação Neurológica		Risco de Quedas	Escala de Braden	Novas Intervenções		
				Glasgow	Estado de Consciência			Medidas de Prevenção	Pontos de Contenção	Causa
1	M	84	2h15	-----	Confuso	Elevado	10	-----	MS	“para não retirar sonda”
2	F	75	23h57	13	Sonolento	Elevado	-----	Estímulo verbal	MS	“doente não colabora”
3	M	93	4h39	14	Confuso	Elevado	11	-----	MS	“diversas tentativas de levante”; “protecção”
4	F	99	23h57	-----	-----	Elevado	14	-----	-----	-----
5	F	84	6h39	-----	-----	-----	14	-----	-----	-----

TABELA 2**CONTENÇÃO: REGISTO DE VIGILÂNCIAS/CUIDADOS**

	Avaliação Neurológica		Alimentação	Eliminação	Mobilidade/Posicionamento	Novas intervenções	
	Glasgow	Estado de Consciência				Lesões	Necessidade de Contenção
1	14	-----	Dieta 0	Inc. Urinária S. Enteroclise	-----/-----	-----	4h24: “retirada sonda e Imobilização”
2	-----	-----	-----	-----	-----/-----	“sem alteração da profusão das extremidades imobilizadas”	-----
3	14	Confuso	Dieta 0	Globo Vesical: algaliada	Ajuda total/D. Dorsal	“sem CNC em ambos os MS”	5h16/5h:34: “agitado”; “terapêutica sedativa” 7h40: “mantém-se desorientado e agitado com necessidade de manter imobilização mecânica nos MS”
4	-----	Sonolento	Alimentada	Inc. Urinária Obstipação	-----/-----	-----	23h57: “mantém-se imobilizada no leito pelos MS”
5	14	-----	-----	Urinou na fralda	Ajuda total/-----	-----	6h39: “mantém imobilização dos MS por períodos de agitação psicomotora”

ASPETOS RELEVANTES APURADOS NA REUNIÃO:

1. Nos casos identificados, verificou-se um elevado índice de registo da:

- Avaliação neurológica;
- Avaliação dos riscos de queda;
- Avaliação do risco de úlceras de pressão;
- Identificação dos pontos de contenção;
- Identificação da causa de contenção;
- Reavaliação da necessidade de contenção.

2. Foram identificados como aspetos a melhorar a nível dos registos:

- A utilização do termo *contenção* em detrimento do termo *imobilização*.
- A reavaliação do risco de quedas aquando da alteração do estado clínico do doente.
- O registo efetivo e objectivo das medidas de prevenção.
- O registo objectivo e específico da causa de contenção.
- O registo efetivo dos posicionamentos efetuados.
- O registo efetivo da vigilância de lesões decorrentes do uso dos dispositivos de contenção.

3. Outras decisões:

- Os registos de vigilâncias e de cuidados acrescidos serão efetuados no início e no fim do turno e sempre que a situação o justifique.
- Não serão utilizadas as siglas CM e DC para designar, respectivamente, a contenção mecânica e os dispositivos de contenção, optando-se pela forma extensa de modo a permitir um correcto entendimento por parte da restante equipa de saúde.
- Na referência à contenção dos Membros Superiores está subentendido o local específico da contenção (punhos), pelo que se dispensa uma descrição mais pormenorizada.
- Será feita a adaptação para formato de bolso do exemplo de registo (em apêndice) e a sua distribuição aos enfermeiros da Equipa.

Apêndice:

Como registrar?

Registro Inicial:

- Causa:

- ✓ Risco de **queda** (por tentativas de levantar).
- ✓ Risco de **compromisso terapêutico** (por tentativas ou exteriorização/remoção de dispositivos médicos).
- ✓ Risco de **agressão** (auto/heteroagressão).

- Avaliar:

- ✓ Glasgow OU Estado de Consciência (Avaliação Neurológica).
- ✓ Risco de Quedas.
- ✓ Escala de Braden.

- Novas Intervenções (exemplo):

- ✓ *Doente com quadro de agitação psicomotora. Iniciadas medidas terapêuticas não restritivas (OU **especificar**) sem sucesso. Procede-se à contenção mecânica dos MS ao leito por risco de queda+compromisso terapêutico. Vigia-se.*

Registro de Vigilâncias/Cuidados:

(nas notas de início e fim de turno e sempre que se justifique)

- Glasgow/Estado de Consciência.

- Mobilidade + Posicionamento.

- Ajuda na alimentação/eliminação.

- Novas Intervenções (exemplo):

- ✓ *Sem lesões por uso de Dispositivos de Contenção. Mantem necessidade de contenção para sua própria segurança.*

APÊNDICE XVIII
Relatório de Ocorrências da 2ª Reunião de Trabalho

Relatório da 2ª Reunião de Trabalho com a Equipa D (1ª e 2ª Sessões)

Publicitação da Reunião

A reunião foi comunicada por email, experimentando-se a eficácia deste recurso enquanto modo de divulgação da mesma. Deste modo foi possível utilizar uma linguagem menos formal, subentendendo uma maior proximidade com os colegas. Foi também possível avançar um dos assuntos a tratar na reunião (convite para a realização de Poster), permitindo uma melhor rentabilização do tempo de reunião para a discussão. Dos colegas da Equipa presentes na reunião, todos receberam o email. Dado estarem poucos enfermeiros da Equipa D escalados (quatro enfermeiros), foi possível reuni-los num momento único, tendo sido realizada apenas uma sessão.

Presença de Enfermeiras de Referência

Esta reunião teve a mais-valia da presença da Enfermeira [REDACTED], o que permitiu conotar a mesma de maior seriedade e responsabilidade perante os colegas presentes. As suas intervenções atribuíram uma maior consistência aos argumentos e às sugestões por mim propostos, enriquecendo os momentos de discussão e contribuindo para a identificação de uma intervenção mais correcta. As intervenções da Enfermeira [REDACTED] permitiram clarificar que o que é pretendido com o Projeto não constitui uma prática extraordinária mas sim, um realinhar da intervenção do enfermeiro naquilo que é sua competência.

Também participou na reunião a Enfermeira [REDACTED], enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com funções de apoio à gestão do Serviço), que com o seu contributo reforçou a importância de se realizarem registos objectivos no âmbito da contenção, como parte indissociável de um cuidar de enfermagem de qualidade.

Discussão da Estratégia

À semelhança das sessões anteriores, houve espaço para a discussão crítica e para a reflexão acerca das práticas dos enfermeiros. Ao ser solicitado o parecer do grupo face ao tipo de registo a efetuar nos casos específicos da *avaliação do risco de queda* e dos *posicionamentos*, criaram-se duas facções, nomeadamente, entre os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional no SU e os enfermeiros mais novos. A discussão girou em torno da especificidade dos registos e a periodicidade dos mesmos, onde os enfermeiros mais novos levantaram algumas dificuldades à realização de registos mais frequentes e mais específicos no que se refere ao posicionamento do doente (especificação do decúbito) e à reavaliação do risco de queda aquando da decisão de contenção, alegando as condicionantes de tempo. Perante esta argumentação, as enfermeiras com mais experiência no SU (que já prestaram cuidados com condições de trabalho muito mais deficientes e difíceis que as atuais) e com maior responsabilidade e competência na profissão (enfermeiras especialistas), afirmaram a importância de tais registos serem efetuados, não por serem de excepção mas por serem de obrigação, como compete ao enfermeiro que cuida com qualidade.

Penso que a posição marcada por estas enfermeiras mais diferenciadas e a quem é reconhecido poder dentro do Serviço, permitiu reforçar a mudança de pensamento necessária à otimização dos registos e da intervenção dos enfermeiros, pelo impacto que teve no modo dos enfermeiros perspectivam os mesmos, levando-os a assumi-los com maior seriedade e responsabilidade.

Um outro fator que considerei como facilitador na adesão à mudança e à melhoria das práticas, remete para a fase de auditoria da qualidade a que o Serviço e a Instituição estão a ser submetidos, o que incorre numa maior atenção e sensibilização dos enfermeiros para a importância de um agir profissional mais correcto. Interpreto esta confluência de sinergias como facilitadoras de um ambiente de mudança.

No que se refere ao exemplo de registo apresentado, os enfermeiros reagiram de imediato solicitando a adaptação do mesmo para um formato de bolso, de modo a poder acompanhá-los, à semelhança da lista de itens de registo, facilitando assim a organização e sistematização do pensamento. Esta reacção veio confirmar esta estratégia como uma boa opção.

Análise do Desempenho

Considero que, nesta reunião, fiz progressos ao nível da gestão do tempo. Tal poderá ser atribuído a uma melhoria da capacidade de síntese ou ao facto de ter optado por uma abordagem mais prescritiva, de modo a aumentar as possibilidades de transmitir toda a informação necessária sem a ocorrência de interrupções. Esta situação resultou no facto de tornar o contributo do grupo mais pobre, dada a génese da ideia não acontecer a partir do grupo; contudo, foi a opção possível e mais viável, considerando os constrangimentos do turno da Manhã.

Constato que começo a ter um melhor domínio das exigências de um projeto, no que se refere ao planeamento, à operacionalização, à liderança e à avaliação. Com o avançar das experiências, e com a reflexão acerca das mesmas, vou integrando as aprendizagens que daí advêm (o que correu bem, o que funciona, o que não resultou), o que acaba por ir facilitando a etapa seguinte. Os contactos necessários, as preparações e diligências prévias, a forma como abordar as pessoas, a forma de me posicionar perante as pessoas, são alguns dos aspectos que têm vindo a ser desenvolvidos.

Adenda à 2ª Reunião de Trabalho com a Equipa D (1ª Sessão)

- ✓ A ausência de alguns enfermeiros em ambos os dias estipulados para a realização da reunião, implicou a necessidade de se recorrer a outras formas de comunicação dos resultados, nomeadamente, a sessões individuais.
 - ✓ Houve a possibilidade de acompanhar um colega na elaboração de registos, após este ter solicitado a minha ajuda. O colega inteirou-me da situação da doente e, em conjunto, analisámos e reflectimos acerca da melhor forma de atuação e de elaboração dos registos. Este exercício permitiu a construção de um raciocínio acompanhado e que se pretendeu crítico, onde penso ter ficado explícita a necessidade de individualização dos cuidados, dada a especificidade de cada doente na sua circunstância.
-

(2ª Sessão)

A reunião decorreu sem intercorrências e, tal como aconteceu na 2ª Sessão da 1ª Reunião, optei por não me deixar condicionar tanto pelo tempo e proporcionar a participação dos colegas, incentivando-os à partilha de experiências, à análise crítica dos resultados e à reflexão acerca das práticas. Os enfermeiros identificaram as limitações dos registos efetuados, aferiram acerca da importância de se fazerem registos objetivos e comentaram as implicações legais, e no âmbito da continuidade dos cuidados, da inexistência de registos. Tal como referi no Relatório da 1ª Sessão, considero que os enfermeiros estão motivados para o Projeto sendo que, para além da ação por mim desenvolvida nesse sentido, contribui para esse estado de interesse e maior sensibilização a recente situação de auditoria externa no âmbito da qualidade a que o Serviço e a Instituição foram submetidos.

Foram referidas algumas dúvidas relativamente ao local de registo da informação acerca da contenção, tendo em conta as possibilidades da folha de *Notas de Evolução*. Havia sido estipulado na 1ª Reunião que os registos em texto seriam feitos no campo das *Novas Intervenções/Outras*; contudo, alguns colegas referiram ter o hábito de registo noutros campos da folha. Considero que, nesta fase, mais do que a homogeneização do local de registo, é importante que esse registo seja feito; assim, referi aos colegas que o registo noutro local que não o estipulado não interferiria nos resultados, devendo, contudo, haver o esforço de preenchimento no local pré-determinado.

Houve, ainda, oportunidade para apresentar uma proposta de colaboração para a realização de formação a uma colega com a Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, formação essa inerente aos aspectos decorrentes da contenção, de acordo com o preconizado na Orientação 021/2011 da DGS. Considero que o investimento individual que é feito pelos enfermeiros na sua formação académica e profissional, deve ser valorizado e reconhecido. Dadas as circunstâncias políticas atuais, com a reestruturação da carreira de Enfermagem e os condicionamentos existentes ao nível da progressão, penso ser de extrema importância a existência desta valorização e deste reconhecimento pessoal e profissional entre pares, de modo a que os motivos político-económicos não sirvam de justificação para uma estagnação (ou até mesmo um retrocesso) na Enfermagem, e de modo a que se potenciem as competências adquiridas e não se negligenciem os saberes desenvolvidos.

APÊNDICE XIX
Atualização dos Enfermeiros: fase intercalar

ATUALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Análise dos registos referentes à contenção mecânica dos doentes:

Fase Intercalar

ENQUADRAMENTO

- **Período de intervenção:** 25 de Outubro a 8 de Novembro (15 dias)
- **Nº de casos identificados:** 9 casos
- **Local:** UO (8) e Balcão (1)
- **Turno de registo:** Noite (5); Tarde (2); Manhã (2)
- **Características da amostra:** - **Sexo:** 5F; 4M
- **Idades:** 70 – 93 (média= 84,6 anos)
- **Início das medidas de Prevenção/Contenção:** - **Na equipa:** 5 casos*
- **Na equipa anterior:** 5 casos*

*Um dos casos contempla ambas as situações

ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

- Mantem-se a organização dos dados em tabelas, de acordo com o *Registo Inicial* (Tabela 1) e o *Registo de Vigilâncias/Cuidados* (Tabelas 2 e 3).

Para a interpretação dos dados há a considerar que:

- Nos **casos 1, 2, 3, 4 e 6** (1^{os} registos) as medidas de intervenção foram iniciadas no turno anterior ao da Equipa ■, razão pela qual, à excepção do *caso 2*, não existem registos iniciais (os primeiros registos referentes à contenção foram já efectuados à posteriori, e por enfermeiros da Equipa ■. A presença dos registos do risco de Quedas e da escala de Braden no *caso 4* explicam-se pela obrigatoriedade desta avaliação aquando do internamento do doente para UO);
- Nos **casos 5, 6** (2^{os} registos), **7, 8 e 9**, as medidas foram iniciadas por enfermeiros da Equipa ■;
- O **caso 2**, na fase de Vigilância/Cuidados, remete para a situação de recurso exclusivo a medidas preventivas (medidas bem sucedidas que evitaram nova contenção);
- O **caso 5** contempla uma situação extraordinária de contenção, dado o facto de a doente estar orientada e colaborante a ordens simples (o score 11 de Glasgow é devido à presença de TOT), tendo sido, explicitamente, requerida pelo médico pelo risco potencial de uma exteriorização acidental do TOT;
- O **caso 6** refere-se a uma situação onde a necessidade de contenção é consecutivamente reavaliada e as medidas são efectuadas em função dessa avaliação (retirar-aplicar-retirar);
- O **caso 9** refere-se a registos efectuados em Balcão.

TABELA 1

CONTENÇÃO: REGISTO INICIAL

	Sexo	Idade	Referência à Contenção	Avaliação Neurológica		Risco de Quedas	Escala de Braden	Novas Intervenções		
				Glasgow	Estado de Consciência			Medidas de Prevenção	Pontos de Contenção	Causa
1	M	82	10h41	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2	F	84	21h29	-----	Confuso	Elevado	12	-----	MS ¹	“por agitação” ²
3	F	84	12h43	-----	-----	Elevado	6 (12h46)	-----	-----	-----
4	F	90	20h11	-----	-----	Elevado	12 (9h55)	-----	-----	-----
5	F	91	20h13	11 (19h38)	Consciente e orientado (19h34)	Elevado (22h40)	12 (22h40)	-----	Punhos	“dte com edema cervical acentuado, de difícil EOT” “de acordo com os médicos... opta-se por colocar contenção mecânica”
6	M	70	23h44	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
			00h35	14	Confuso			“após recurso à palavra não ter surtido efeito”	Pulsos	“agitado, tentando tirar SNG”
7	M	86	04h07	14	Confuso	Elevado	20	“após medidas preventivas de contenção sem sucesso”	MS	“tentativa de levante+exteriorização de cvp”
8	M	93	01h12	11	Confuso	Elevado	11	-----	MS	“tentativas de remoção de máscara de O2+acesso venoso”
9	F	81	01h31	14	-----	Elevado	14	“abordada diversas vezes acerca do risco de queda por tentativa de levante da maca, sem sucesso” “Contenção química...sem sucesso”	MS	“...tentativa de levante...” “...compromisso terapêutico por tentativa de exteriorização do acesso venoso”

LEGENDA:

Registos da equipa anterior

Registo de Balcão

¹ Registado na Mobilidade

² Registado na Mobilidade

TABELA 2

CONTENÇÃO: REGISTO DE VIGILÂNCIAS/CUIDADOS (casos 1 a 4)

	Avaliação Neurológica		Alimentação	Eliminação	Mobilidade/ Posicionamento	Novas intervenções		
	Glasgow	Estado de Consciência				Lesões	Necessidade de Contenção	Outras
1	-----	Sedado	Dieta 0	Algaliado	Ajuda total/DLE	“não se verificam lesões decorrentes da contenção”	10h41: “mantem-se contenção pelo risco de extubação... Episódios esporádicos de <i>desadaptação</i> à sedação”	“previamente contida nos MS” ³
2	-----	Confuso (23h33; 7h20)	Dieta 0	00h44: Globo vesical; esvaziamento. 7h20: Não urinou; sem globo.	23h33: Ajuda parcial/----- 7h20: Ajuda parcial/ posicionada	Não se aplica	00h44: “mantem-se muito agitada, referindo querer urinar mas não conseguindo... esvaziamento vesical. No momento calma”	1h50: “desde o início do turno que a dte já não se encontra imobilizada , visto ficar mais agitada quando está”
3	7 (11h42; 15h49)	Confuso (12h40; 15h57)	SNG	Urinou na fralda (12h40; 15h57)	12h40: Ajuda total/ Massajada+DD 15h57: Ajuda total/ Massajada+DLE	15h58: “o local onde teve a contenção encontra-se sem lesões cutâneas”	12h43: Retirada contenção no momento da higiene. 15h58: “manteve-se calma sem tentativas de retirar dispositivos médicos. Mantem-se sem necessidade de contenção mecânica”	12h43: “com contenção mecânica a nível do punho turno da noite, segundo a colega para não retirar soro”
4	14 (17h01)	Sonolento (20h05; 22h54)	Alimentada	Algaliada Evacuou	20h05: Ajuda total/----- 22h54: Ajuda total/ Massajada+DD	20h12/22h54: “a pele encontra-se íntegra e as extremidades sem sinais de compromisso neurocirculatório no locais da contenção mecânica”	20h11: “retirada a contenção e feito reforço oral para não retirar dispositivos médicos. Por incumprimento das indicações mantém contenção mecânica no punho dto” 22h54: “mesmo com contenção mecânica conseguiu retirar bionecteur do abbotat, sendo necessário retirar folga à contenção”	20h11: “encontra-se com contenção mecânica a nível do punho dto, do turno anterior”

³ Registado na Mobilidade

TABELA 3

CONTENÇÃO: REGISTO DE VIGILÂNCIAS/CUIDADOS (casos 5 a 9)

	Avaliação Neurológica		Alimentação	Eliminação	Mobilidade/ Posicionamento	Novas intervenções	
	Glasgow	Estado de Consciência				Lesões	Necessidade de Contenção
5	14	-----	Dieta 0	Algaliada Evacuou	19h34/22h38: Ajuda total/Massajada+DD	“extremidades ficam sem sinais de compromisso neurocirculatório”	-----
6		Consciente e orientado (23h36)	Dieta 0	Algaliado	23h36: Ajuda total/-----	-----	23h44: “dte colaborante pelo que foram retiradas as medidas de contenção dos MS”
	14 (7h27)	Confuso (7h05)			00h35: Ajuda total/Fowler 7h05: Ajuda total/DLD		7h05: “retirada a contenção dos pulsos... mais colaborante cedendo às chamadas de atenção”
7	-----	Consciente e orientado (7h18)	Alimentou- se	Urinou em grande quantidade	Ajuda parcial	“MS sem aparente compromisso neurocirculatório”	“mantem DC nos MS. Um pouco mais calmo”
8	-----	Confuso (6h42)	1h12/6h42: Tem recusa alimentar Glicemias controladas	Algaliado	1h12: Ajuda total/Massajado+alternância de decúbitos 6h42: Ajuda parcial/Massajado+posicionado	1h12/6h42: “sem compromisso neurocirculatório nos MS”	“mantem contenção por tentativa de auto- exteriorização do acesso venoso”
9	-----	-----	-----	-----	7h07: “realizada alternância de decúbitos no leito”	7h07: “não apresenta lesões por uso de dispositivos de contenção”	7h07: “mantem necessidade de contenção para sua própria segurança”

LEGENDA:

Registo de Balcão

ASPETOS RELEVANTES APURADOS NA REUNIÃO:
1. Nos casos identificados, verificou-se melhoria no registo de:
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do risco de quedas aquando da alteração do estado clínico do doente; • Medidas preventivas; • Causa da contenção; • Posicionamentos; • Vigilância das lesões; • Avaliação da necessidade de contenção; • Referência ao início de medidas no turno anterior quando não existe registo prévio; • Uso do termo <i>Contenção</i>.
2. Constatou-se o cumprimento das decisões referentes à:
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência do registo de Vigilâncias/Cuidados. • Referência à contenção mecânica e aos dispositivos de contenção por extenso.
3. Foram referidos como aspectos passíveis de ser melhorados:
<ul style="list-style-type: none"> • Contemplar, na vigilância de lesões, quer a lesão cutânea quer o compromisso neurocirculatório. • Registrar as medidas preventivas bem sucedidas e identificar esses casos. • Identificar os casos de contenção em Balcão. • Na situação concreta do caso 5: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar ao doente o que vai ser feito e porquê; ✓ Obter o consentimento do doente; ✓ Solicitar a prescrição médica por escrito (dado ter sido uma situação exclusivamente requerida pelo médico).
4. Na avaliação intercalar verifica-se:
<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria global na qualidade dos registos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registo efetivo; ✓ Registos mais completos; ✓ Objetividade no discurso; ✓ Frequência de registo. • Registos da Equipa ■ destacam-se face aos registos das restantes equipas (na generalidade). • Começa a haver valorização das medidas preventivas. • Identificação e registo da situação de contenção em Balcão.

APÊNDICE XX
Relatório de Ocorrências da 3ª Reunião de Trabalho

Relatório da 3ª Reunião de Trabalho com a Equipa D (Sessão única)

À semelhança do que havia sido feito para a 2ª Reunião de Trabalho, também esta reunião foi comunicada via correio electrónico, permitindo assim que todos os enfermeiros da Equipa ficassem a par da sua realização. Deste modo, também os enfermeiros que se encontram de férias são informados, contribuindo para que não se sintam alienados do Projeto e para que se mantenham envolvidos, facilitando a reintegração aquando do seu regresso ao trabalho.

Nesta reunião, foi-me dada liberdade para assumir as diligências referentes à disponibilização da folha de registo de presença e das fichas de avaliação da formação. Interpreto esta atitude como um reconhecimento do meu profissionalismo, que me permite assumir os momentos de formação do Projeto com maior autonomia.

A reunião decorreu sem intercorrências. Havia um ambiente de trabalho calmo no Serviço (apesar de não ser norma, existe maior probabilidade de haver menor afluxo de doentes nas manhãs de fim-de-semana) e, enquanto decorreu a reunião, não houve entrada de doentes para as salas de emergência. Estas circunstâncias, a par do facto de estarem presentes 11 enfermeiros da Equipa (escalado em sectores que facilitaram o assegurar dos cuidados pelos restantes colegas) permitiram a realização da reunião num ambiente mais descontraído e com *maior sentido de grupo* – os enfermeiros viram-se uns aos outros, muitos e reunidos por uma causa comum; partilharam os resultados das suas intervenções e a sua análise, constatando o envolvimento mútuo no Projeto e o interesse dos colegas, manifestado através de dúvidas colocadas (“*Viste os meus registos? Achas que estavam bem feitos?*”), de evocações de reconhecimento das situações (“*esta era aquela senhora que...*”; “*este caso é o do doente que tu tiveste na noite...*”) e de expressões de orgulho (“*estes foram os nossos registos*”; “*destacamo-nos dos outros...*”).

Apresentação e Interpretação dos Dados

Optei por manter a mesma tipologia de apresentação e a mesma estrutura de organização dos dados utilizada na última reunião, por não ter suscitado dúvidas e de modo a transmitir a ideia de continuidade.

Resultados

Mantem-se o baixo número de casos de contenção identificados na Equipa D (9 casos em 15 dias), reforçando mais uma vez a perceção de que os enfermeiros do Serviço de Urgência (SU) não fazem da contenção uma prática corrente.

Verificou-se uma maior participação dos enfermeiros nos registos, identificando-se nesta Fase Intercalar a intervenção de 9 enfermeiros (3 dos casos identificados remetem para os registos da mesma enfermeira; os registos do caso de Balcão foram elaborados, em conjunto, por 3 enfermeiras).

Da análise feita aos registos efetuados em Balcão destaco o facto de terem, em muito, ultrapassado os mínimos estipulados pela Equipa (efetivação e causa), tendo-se registado: o score de Glasgow, o risco

de quedas, o risco de úlceras de pressão, as medidas de prevenção adoptadas e respetiva avaliação, os pontos de contenção, os cuidados de posicionamento, a vigilância de lesões decorrentes do uso dos dispositivos de contenção e a reavaliação da necessidade de contenção. Destaco também o modo como os registos foram concretizados: em conjunto e, tal como referido pelas colegas, assumido como *um exercício* de análise da atuação e de experimentação da ferramenta de apoio distribuída (lista de itens de registo e exemplo de registo). Interpreto este caso como mais um passo em frente no Projeto e na própria maturidade dos enfermeiros no Projeto e na Enfermagem. Estas colegas disponibilizaram o seu tempo e a sua crítica para analisar um caso concreto com que se depararam, e para concretizar a sua atuação de modo reflectido e discutido, enquanto equipa de trabalho. Não se limitaram a fazer o registo básico, superando-se e valorizando a sua atuação. Penso que este caso é também indicador da motivação destas enfermeiras.

Verificou-se uma melhoria global na qualidade dos registos que, na sua generalidade, se destacam face aos registos das restantes equipas.

Esta melhoria significativa da qualidade dos registos foi enfatizada junto dos colegas, que ficaram, notoriamente, satisfeitos. Não obstante, ainda foram identificados aspetos passíveis de ser melhorados, os quais foram discutidos com os enfermeiros presentes.

Análise do Desempenho

Considero que esta foi a reunião que mais fácil me foi de dinamizar. Para tal contribuiu toda uma conjuntura que resultou numa maior disponibilidade dos enfermeiros para a reunião: manhã de fim-de-semana com fraca afluência de doentes, sem entrada de doentes para as salas de emergência durante o tempo em que decorreu a reunião, com os enfermeiros da Equipa escalados em setores que facilitaram o assegurar dos cuidados pelos restantes colegas. Por outro lado, encontrei um grupo motivado, com interesse em conhecer os resultados desta fase de intervenção e, por último, os próprios resultados apresentados (reveladores de uma melhoria significativa no desempenho da Equipa) permitiram a criação de um ambiente de trabalho mais leve, empático e consonante.

APÊNDICE XXI
Atualização dos Enfermeiros: fase final

ATUALIZAÇÃO FACE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Análise dos registos referentes à contenção mecânica dos doentes:

Fase Final

ENQUADRAMENTO

- **Período de intervenção:** 9 a 23 de Novembro (15 dias)
- **Nº de casos identificados:** 3 casos
- **Local:** UO (3*) e Balcão (1)
*Um dos casos tem, também, registos feitos em Balcão
- **Turno de registo:** Noite (2); Tarde (1)
- **Características da amostra:** - **Sexo:** 1F; 2M
- **Idades:** 48 – 97 (média= 76,7 anos)
- **Início das medidas de Prevenção/Contenção:** - **Na equipa:** 1 caso
- **Na equipa anterior:** 1 caso
- **Não referido:** 1 caso

ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

- Mantem-se a organização dos dados em tabelas, de acordo com o *Registo Inicial* (Tabela 1) e o *Registo de Vigilâncias/Cuidados* (Tabelas 2 e 3).

Para a interpretação dos dados há a considerar que:

- No **caso 1**, as medidas de intervenção foram iniciadas por enfermeiro da Equipa ■;
- No **caso 2** não é dada informação acerca do início das medidas de intervenção, havendo apenas um registo referente à remoção das mesmas;
- No **caso 3** as medidas de intervenção foram iniciadas no turno anterior ao da Equipa ■, razão pela qual não existem registos iniciais (os primeiros registos referentes à contenção foram já efectuados à posteriori, e por enfermeiros da Equipa ■);
- O **caso 3** contempla registos efectuados em Balcão (1^{os} registos) e em UO (2^{os} registos).

TABELA 1

CONTENÇÃO: REGISTO INICIAL

	Sexo	Idade	Referência à Contenção	Avaliação Neurológica		Risco de Quedas	Escala de Braden	Novas Intervenções		
				Glasgow	Estado de Consciência			Medidas de Prevenção	Pontos de Contenção	Causa
1	F	97	02h15	14	Confuso	-----	-----	-----	MS dto	“diversas tentativas de retirar AVP e levante.”
2	M	85	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3	M	48	18h01	10	-----	-----	-----	-----	-----	-----
			18h26	-----	Confuso	Elevado	13	-----	-----	-----

LEGENDA:

Registo de Balcão

Medidas iniciadas no turno anterior

TABELA 2

CONTENÇÃO: REGISTO DE VIGILÂNCIAS/CUIDADOS

	Avaliação Neurológica		Alimentação	Eliminação	Mobilidade/ Posicionamento	Novas intervenções		
	Glasgow	Estado de Consciência				Lesões	Necessidade de Contenção	Outras
1	13 (7h28)	Confuso (4h36; 7h27)	Dieta 0	Algaliado Não evacuou	7h27: Autónomo	-----	4h39: “quadro de agitação psicomotora” “medidas preventivas de contenção sem sucesso” “feita c. mecânica dos m.sup por risco de compromisso terap.” 7h27: “Dte mantem períodos de agitação psicomotora”	-----
2	14 (5h; 6h27)	Confuso (3h13; 6h30)	6h30: Alimentou-se de iogurte à ceia	Urinou no urinol Não evacuou	3h13; 6h30: Ajuda total/ Massajado e Posicionado	-----	6h30: “mais calmo mas com períodos de agitação e confusão” “retiradas medidas de contenção”	-----
3	-----	-----	-----	Urinou	-----	-----	18h01: “para sua protecção, por se encontrar com agitação psicomotora”	18h01: “contido ao leito (4 membros) desde o turno anterior”
	13 (22h11)	Confuso (18h26; 21h30)	21h30: Dieta 0	Urinou em grande quantidade (fralda) Não evacuou	21h30: Ajuda total/-----	18h26; 22h09: “Sem lesões por uso de dispositivos de contenção”	18h26: “por risco de queda (tentativa de levante), risco compromisso terapêutico (tentativa de exteriorização de dispositivos médicos)” “mantem necessidade de contenção para sua própria segurança” 21h30: “mantem-se imobilizado para sua própria protecção” 22h09: “mantem desorientação e agitação psicomotora” “mantem necessidade de contenção para sua própria segurança”	18h26: “procedeu-se à contenção mecânica (turno anterior) membros superiores e inferiores ao leito”

LEGENDA:

Registo de Balcão

ASPETOS RELEVANTES APURADOS NA REUNIÃO:
1. Incidência no registo de:
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do estado neurológico;• Causa da contenção;• Identificação dos pontos de contenção;• Reavaliação da necessidade de contenção.
2. Mantem-se o cumprimento das decisões referentes à:
<ul style="list-style-type: none">• Frequência do registo de Vigilâncias/Cuidados.• Referência à contenção mecânica e aos dispositivos de contenção por extenso.• Uso do termo <i>Contenção</i>.
3. Continua a verificar-se margem para melhoria, nomeadamente no registo de:
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do risco de quedas;• Avaliação da escala de Braden;• Medidas de prevenção implementadas;• Vigilância de lesões;• Posicionamentos;• Referência ao início de medidas quando não existe registo prévio.
4. Na avaliação da fase final verifica-se:
<ul style="list-style-type: none">• Amostra muito reduzida para permitir uma generalização dos resultados.• Continua a haver destaque dos registos da Equipa ■ face aos registos das restantes equipas (na generalidade), onde existe ainda muita omissão no registo do procedimento de contenção.• Identificação e registo da uma situação de contenção em Balcão, de acordo com os itens estipulados.

APÊNDICE XXII

Atualização dos Enfermeiros: avaliação final do Projeto de Intervenção

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Avaliação Final

ENQUADRAMENTO

- **Período de intervenção:** 11 de Outubro a 23 de Novembro (42 dias)
- **Nº de casos identificados:** 17 casos
- **Local:** UO (16*) e Balcão (2)

*Um dos casos tem, também, registos feitos em Balcão

- **Turno de registo:** Noite (12); Tarde (3); Manhã (2)
- **Características da amostra:** - **Sexo:** 9F; 8M
- **Idades:** 48 – 99 (média= 83,9 anos)
- **Início das medidas de Prevenção/Contenção:** - **Na equipa:** 9 casos*

- **Na equipa anterior:** 8 casos*

- **Não referido:** 1 caso

*Um dos casos contempla ambas as situações

ASPETOS RELEVANTES:

1. Verificou-se:

- Adesão da Equipa.
- Representatividade da Equipa nos registos analisados (15 enfermeiros de um total de 18).
- Contenção não é procedimento frequente (17 casos identificados na Equipa em 6 semanas).

2. Indicadores de avaliação:

- Melhoria global na qualidade dos registos efectuados pelos enfermeiros da Equipa.
- Não foram registadas intercorrências pelo uso de dispositivos de contenção.
- O recurso a medidas preventivas da contenção permitiu evitar o uso da contenção mecânica em 1 caso; A reavaliação da necessidade de contenção permitiu a retirada dos dispositivos de contenção mecânica em 5 casos.

3. Aspectos a melhorar:

- Registo das medidas preventivas bem sucedidas.
- Identificação e registo dos casos de Balcão.

4. Contributos do Projeto identificados pelos enfermeiros:

- Ajudou a ter mais presente a importância dos registos.
- Alavancou o registo das intervenções de enfermagem referentes à contenção (valorização).
- Contribuiu para melhorar a qualidade dos registos efectuados.
- Possibilitou uma actualização face à nomenclatura preconizada pela DGS (contenção vs imobilização).
- Concorreu para que ficassem mais atentos à segurança do doente.
- Estimulou a que ficassem mais despertos para a vigilância do doente contido.
- Promoveu a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente contido.

5. Contributos da lista de itens e do exemplo de registo identificados pelos enfermeiros:

- Ferramenta de trabalho de grande utilidade na sistematização do pensamento e dos registos.
- Permite garantir o registo dos aspetos pré-considerados pela Equipa.
- Estimulou a curiosidade e interesse dos colegas das outras equipas para a temática.

6. Parecer dos enfermeiros em relação ao aditamento à folha de registo *Notas de Evolução*:

- Permite um registo facilitado das intervenções inerentes ao procedimento de contenção.
- Torna mais presente a importância do registo.
- Facilita a adesão das restantes equipas ao registo.
- Sistematiza o registo.

Nota: Anexa-se a 2ª versão da proposta de aditamento, com as modificações sugeridas pelos enfermeiros da Equipa ■.

Apêndice:

PROPOSTA DE ADITAMENTO À FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM
NOTAS DE EVOLUÇÃO,
NO ÂMBITO DO PROCEDIMENTO DE CONTENÇÃO DE DOENTES

5. Mobilidade	
Contenção Terapêutica: Não Sim →	
	Escala de Braden <input type="checkbox"/>
	Causa: Risco de queda <input type="checkbox"/> → Risco de compromisso terapêutico <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/>
	Lesão por uso de dispositivo de contenção: Não Sim →
	Escala de Morse <input type="checkbox"/> Lesão cutânea <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/>

Ao seleccionar-se, na **Contenção Terapêutica**, a opção “Sim”, confirma-se a necessidade de iniciar ou manter essa mesma contenção, e abre:

- Caixa para texto livre, onde se pode especificar os pontos de contenção e se a contenção permite alguma amplitude no movimento;
- Ligação para preenchimento da escala de Braden;
- Lista de opções para a causa da contenção, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo. Ao ser seleccionada a opção “Risco de queda” é feita ligação para preenchimento da escala de Morse;
- Item de vigilância de lesões onde, ao selecciona-se a opção “Sim”, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo.

8. Novas intervenções	
Medidas preventivas da contenção <input type="checkbox"/> →	Presença do enfermeiro e recurso à palavra <input type="checkbox"/> Contenção verbal <input type="checkbox"/> Presença de pessoa significativa <input type="checkbox"/> Tratamento farmacológico <input type="checkbox"/> Outra: _____

Ao seleccionar-se as **Medidas preventivas de contenção**, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo.

Obs.: A avaliação do sucesso das medidas preventivas é feita no campo das **Observações**.

APÊNDICE XXIII

Proposta de aditamento à Folha de Registo Informatizado de Ambulatório

PROPOSTA DE ADITAMENTO DA OPÇÃO
CONTENÇÃO TERAPÊUTICA
 AO CAMPO DE REGISTO NOVA ANOTAÇÃO,
 NO ÂMBITO DO PROCEDIMENTO DE CONTENÇÃO DE DOENTES

Tipo de Anotação: Contenção Terapêutica					
Medidas preventivas da contenção <input type="checkbox"/> →	Presença do enfermeiro e recurso à palavra <input type="checkbox"/> Contenção verbal <input type="checkbox"/> Presença de pessoa significativa <input type="checkbox"/> Tratamento farmacológico <input type="checkbox"/> Outra: _____				
Contenção Terapêutica: Não Sim →	_____ Escala de Braden <input type="checkbox"/> Escala de Glasgow <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> Causa: Risco de queda <input type="checkbox"/> → Risco de compromisso terapêutico <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> Escala de Morse <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> Lesão por uso de dispositivo de contenção: Não Sim → </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> Lesão cutânea <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Causa: Risco de queda <input type="checkbox"/> → Risco de compromisso terapêutico <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/>	Escala de Morse <input type="checkbox"/>	Lesão por uso de dispositivo de contenção: Não Sim →	Lesão cutânea <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/>
Causa: Risco de queda <input type="checkbox"/> → Risco de compromisso terapêutico <input type="checkbox"/> Risco de agressão <input type="checkbox"/>	Escala de Morse <input type="checkbox"/>				
Lesão por uso de dispositivo de contenção: Não Sim →	Lesão cutânea <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/>				

Ao seleccionar-se as **Medidas preventivas de contenção**, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo. A avaliação do sucesso das medidas preventivas pode ser feita no campo de texto livre.

Ao seleccionar-se, na **Contenção Terapêutica**, a opção “Sim”, confirma-se a necessidade de iniciar ou manter essa mesma contenção, e abre:

- Caixa para texto livre, onde se pode especificar os pontos de contenção e se a contenção permite alguma amplitude no movimento;
- Ligação para preenchimento da escala de Braden e da escala de Glasgow;
- Lista de opções para a causa da contenção, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo. Ao ser seleccionada a opção “Risco de queda” é feita ligação para preenchimento da escala de Morse;
- Item de vigilância de lesões onde, ao selecciona-se a opção “Sim”, abre lista de opções, permitindo a selecção de mais de uma opção em simultâneo.

APÊNDICE XXIV
Poster Científico

Otimização da intervenção do enfermeiro no âmbito da contenção, no cuidado à pessoa idosa, num Serviço de Urgência

VIEIRA¹, Carina;

Âmbito: 3º CMEEMC, Pessoa Idosa (ESEL). Projecto de Estágio – 3º Semestre

Instituição: CHLC, EPE – HSJ, Urgência Geral

¹ Aluna do 3º CMEEMC - Pessoa Idosa

² Enfermeira Especialista EMC

^{1,2,3} Enfermeiras na Urgência Geral do CHLC, EPE

Introdução

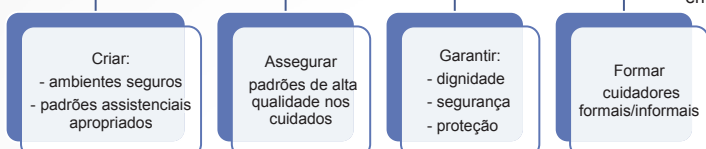
Objetivos

Envelhecimento Ativo

No Serviço de Urgência (SU) de um hospital central, verifica-se uma quase inexistência de registos de enfermagem referentes à aplicação de mecanismos de contenção e respetiva monitorização, desconhecendo-se a relevância deste fenómeno e as intervenções de enfermagem mobilizadas.

Dar visibilidade, nos registos de enfermagem:

- » Ao recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última.
- » Aos cuidados de enfermagem prestados, implícitos à situação de contenção.



Enquadramento Teórico

O enfermeiro pretende que os seus cuidados sejam portadores de vida, de modo a que quem cuida e quem é cuidado se possa recriar, ou seja, continue a viver com dignidade.

Todavia, o SU condiciona a atuação do enfermeiro perante o cliente idoso com alterações cognitivas.

Apesar de não ser prática desejável, a contenção é uma prática frequente face ao comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam, devendo só ter lugar após uma avaliação do risco clínico.

É na busca de equilíbrio entre a segurança do doente e a sobrecarga de trabalho, que o enfermeiro sustenta a sua decisão de recurso à contenção da pessoa idosa.

Metodologia

Metodologia Trabalho Projeto

Diagnóstico de Situação

- » Observação directa da prática clínica
- » Questionário misto
- » Consulta de processos clínicos

Planeamento e Execução (Fase I)

- » Equipa piloto com 18 elementos
- » 6 semanas de intervenção (11 Outubro a 25 Novembro / 2012)

Actividades Estratégicas:

- » Reuniões de trabalho quinzenais.
- » Reuniões, actas e relatórios sumários.
- » Formação em ambiente informal.
- » Lista de itens e exemplo de registo em formato de bolso, para cada enfermeiro.
- » Realização de Poster científico.
- » Proposta de aditamento à folha de registo informatizado *Notas de Evolução* (Contenção Terapêutica).
- » Formação no âmbito da contenção terapêutica, alargada a toda a equipa de Enfermagem do SU.

Negociação e Decisões tomadas em grupo:

- » Operacionalização do Projecto.
- » Indicadores de Avaliação.
- » Itens a registar.
- » Compromisso de melhoria na qualidade dos registos.
- » Participantes na elaboração do Poster.
- » Proposta final de aditamento à folha de registo.
- » Compromisso de dinamização do Projecto junto das restantes Equipas.

Indicadores de avaliação:

- » Registo dos procedimentos referentes à contenção.
- » Utilização correcta dos DC.
- » Diminuição do recurso à contenção.

Resultados

1) Melhoria global na qualidade dos registos:

REGISTO EFECTIVO	Casos	
	n	%
Medidas de contenção iniciadas no turno anterior ao da Equipa Piloto	7	100
Referência ao procedimento de contenção nos registos da equipa precedente	1	14,3%
1º Referência ao procedimento de contenção apenas feita nos registos da Equipa Piloto	6	85,7%

REGISTOS MAIS OBJECTIVOS		Avaliação Inicial	Avaliação Final
Causa da contenção	Não colabora/ Agitação psicomotora	50%	0%
	Risco de Queda/ Compromisso Terapêutico	50%	100%
	Posicionamentos	25%	100%
Cuidados de conforto	Massagem de conforto	0%	62,5%

MEDIDAS PREVENTIVAS VALORIZADAS	6 casos
Cuidados de conforto	16,6%
Recurso à palavra	66,7

REGISTOS MAIS FREQUENTES		Avaliação Inicial	Avaliação Final
	Nº Registos/Turno		
Glasgow/ Estado de Consciência	1 Registo	100%	40%
	2 Registos	0%	60%
Cuidados de conforto	Sem Registo	50%	0%
	1 Registo	50%	30%
Vigilância de Lesões	2-3 Registos	0%	70%
	Sem Registo	60%	33,3%
Reavaliação da necessidade de contenção	1 Registo	40%	44,4%
	2-3 Registos	0%	22,2%
Reavaliação da necessidade de contenção	1 Registo	75%	55,6%
	2 Registos	25%	44,4%

REGISTOS MAIS COMPLETOS	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Avaliação do risco de quedas aquando da alteração do estado clínico do doente	0%	50%
Medidas preventivas	33,3%	71,4%
Causa da contenção	80%	100%
Cuidados de conforto	50%	100%
Vigilância de lesões	40%	66,7%
Reavaliação da necessidade de contenção	100%	100%

2) Não foram registadas intercorrências pelo uso de dispositivos de contenção.

3.1) O recurso a medidas preventivas da contenção permitiu evitar o uso da contenção mecânica em 1 caso.

3.2) A reavaliação da necessidade de contenção permitiu a retirada dos dispositivos de contenção mecânica em 5 casos.

Conclusão

« Ao pensarem-se e efectuarem-se os registos, pensam-se também as práticas.

Assim, para além de se verificarem já melhorias na qualidade dos registos, também se constata benefícios na construção de um ambiente terapêutico e seguro, onde é possível manter a dignidade da pessoa idosa e do enfermeiro.

Sugestões

- » Identificar e alargar as opções de actuação na prevenção da contenção.
- » Melhorar a identificação efectiva dos casos em que as medidas preventivas foram bem sucedidas.
- » Incluir, na folha de registo de enfermagem, os itens referentes ao procedimento de contenção.
- » Alargamento do projeto às restantes equipas.

Referências Bibliográficas: (1) CHUANG, Y.-H.; HUANG, H.-T.(2007) – "Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients." *Journal of Clinical Nursing* Vol.16, nº3 (March, 2007) p. 486-494. ISSN: 1365-2702. Acesso em: 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?seq=933251372&afR=true&pdq=1928886657&cd=34&oa=11&view=1&hid=122>. (2) COLLIERE, Marie-Françoise (2003) – *Quider... A primeira arte da vida*. 2ª ed. Livres: Lusocência. ISBN: 972-8393-63-3. (3) DECRETO-LEI nº 161/98 (de 04 de Setembro). D.R. nº 205. Série I-A. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1998). (4) DECRETO-LEI nº 412/98 (de 21 de Abril). D.R. nº 83. Série I-A. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1998). (5) LANE, C.; HARRINGTON, A. (2011) – "The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review." *International Journal of Nursing Practice* Vol.17, nº2 (April, 2011) p. 195-204. ISSN: 1440-172X. Acesso em: 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?seq=089&afR=true&pdq=1115&view=1&hid=122>. (6) MINNICK, A.F. et al (2007) – "Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US." *Journal of Nursing Scholarship* Vol.39, nº1 (March, 2007) p. 30-37. ISSN: 1547-5099. Acesso em: 23/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?seq=44411&afR=true&pdq=1115&view=1&hid=122>. (7) ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho) Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direcção-Geral da Saúde (2011). (8) RUIVO, M.A.; FERRITO, C.; NUNES, L. (Eds.) – *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas*. *Revista Percursos*, N.º15 (Janeiro-Março, 2010). ISSN: 1646-5067. (9) WHO (2005) – *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde*. [em linha] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Acesso em: 15/01/2012. Disponível em: http://www.faf.br/biblioteca/data/envelhecimento_ativo.pdf.

APÊNDICE XXV
Hand note do Poster Científico

Otimização da intervenção do enfermeiro no âmbito da contenção, no cuidado à pessoa idosa, num Serviço de Urgência

Carina Vieira¹: carnavieira@campus.esel.pt

¹ Aluna do 3º CMEEMC-Pessoa Idosa
² Enfermeira Especialista EMC
^{1,2,3} Enfermeiras na Urgência Geral do CHLC, EPE

Garantir o respeito pela pessoa no SU é uma preocupação ético-legal ligada à deontologia profissional e às boas práticas, na qual se inscreve o uso de medidas de contenção somente quando estritamente necessárias.

É na busca de equilíbrio entre a segurança do doente e a sobrecarga de trabalho, que o enfermeiro sustenta a sua decisão de recurso à contenção da pessoa idosa.
Esta medida é justificada na prevenção de quedas e da interrupção do tratamento pelo próprio doente.

OBJETIVOS:

- Dar visibilidade, nos registos de enfermagem:
 - » ao recurso a medidas de contenção mecânica no cliente idoso como intervenção última;
 - » aos cuidados de enfermagem prestados, implícitos à situação de contenção.

Metodologia Trabalho Projeto

Diagnóstico de Situação

- » **Observação** directa da prática clínica.
 - » Confronto com as orientações para as boas práticas.

» Questionário misto:

- 6 questões;
- Escalas nominais;
- Pré-teste.
- » Amostra:
 - Enfermeiros do SU da prestação directa de cuidados (118 enfermeiros);
 - 104 elementos (88,1% da amostra total).
- » Estatística descritiva.

» Consulta de processos clínicos:

- Análise dos registos de enfermagem no âmbito da contenção.
- » Amostra:
 - Doentes com contenção mecânica (9 casos);
 - Em dias aleatórios;
 - Com equipas de enfermagem distintas.
- » Grelha de análise:
 - Referência ao quadro clínico/contenção;
 - Idade e sexo;
 - Glasgow coma score;
 - Diagnóstico.

Planeamento e Execução (Fase I)

- » Equipa piloto com 18 elementos
- » 6 semanas de intervenção (11 Outubro a 25 Novembro)

Actividades Estratégicas

- » Reuniões de trabalho quinzenais com Equipa Piloto (4): análise, discussão, negociação, motivação;
- » Reuniões, actas e relatórios sumários como medidas de sintonia de toda a equipa nas decisões;
- » Formação em ambiente informal;
- » Lista de itens e exemplo de registo em formato de bolso, para cada enfermeiro;
- » Realização de Poster científico;
- » Proposta de aditamento à folha de registo informatizado *Notas de Evolução* (Contenção Terapêutica);
- » Planeamento da formação no âmbito da contenção terapêutica, alargada a toda a equipa de Enfermagem do SU (articulação com Enfermeiras com Especialidade em Reabilitação e Saúde Mental).

Negociação e Decisões tomadas em grupo:

- » Operacionalização do Projecto.
- » Indicadores de Avaliação.
- » Itens a registar.
- » Compromisso de melhoria na qualidade dos registos.
- » Participantes na elaboração do Poster.
- » Proposta final de aditamento à folha de registo.
- » Compromisso de dinamização do Projecto junto das restantes Equipas.

Indicadores de avaliação:

- » Registo dos procedimentos referentes à contenção.
- » Utilização correcta dos DC.
- » Diminuição do recurso à contenção.

Lista de itens de registo

- » Motivo de contenção / de se iniciarem medidas preventivas.
- » Medidas preventivas e seu impacto (exemplos):
 - Presença do enfermeiro e recurso à palavra;
 - Contenção verbal;
 - Modificação do contexto;
 - Presença de pessoa significativa;
 - Mudança do foco de atenção;
 - Tratamento farmacológico.
- » Efectivação da contenção e identificação dos pontos de contenção.
- » Avaliações subsequentes (exemplos):
 - Vigilância de lesões decorrentes dos DC;
 - Estado de consciência e de agitação;
 - Necessidade de contenção.
 - Cuidados acrescidos (exemplos):
 - Posicionamentos;
 - Ajuda na alimentação e eliminação.

ANÁLISE EFETUADA:

- » Consulta dos processos dos casos identificados (17).
- » Análise dos registos:
 - 2 grelhas de análise: registo inicial; registo de vigilâncias/cuidados;
 - Registo dos itens definidos pela Equipa (frequência e objectividade);
 - Identificação das áreas de melhoria.
- » Apresentação e discussão dos resultados a cada 2 semanas (3 sessões).

RESULTADOS:

- » Melhoria global na qualidade dos registos:
 - Registos da equipa piloto melhores comparativamente aos das restantes equipas;
 - Registo efectivo;
 - Registos mais completos;
 - Objectividade no discurso;
 - Frequência de registo;
 - Maior valorização das medidas preventivas da contenção e das vigilâncias.
- » Não foram registadas intercorrências pelo uso de dispositivos de contenção.
- » O recurso a medidas preventivas da contenção permitiu evitar o uso da contenção mecânica em 1 caso.
- » A reavaliação da necessidade de contenção, feita por enfermeiros da equipa piloto, permitiu a retirada dos dispositivos de contenção mecânica em 5 casos.

Referências Bibliográficas: (1)CHUANG, Y.-H.; HUANG, H.-T.(2007) – Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*,Vol.16, nº3 (March, 2007) p. 486-494. ISSN: 1365-2702. Acedido a 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9093c521-b729-47dc-9e62-1928866587c%40sessionmgr11&vid=18&hid=9>. (2)COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-53-3. (3)DECRETO-LEI nº 161/96 (de 04 de Setembro). D.R. nº 205, Série I-A: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1996). (4)DECRETO-LEI nº 412/98 (de 21 de Abril). D.R. nº 93, Série I-A: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ministério da Saúde (1998). (5)LANE, C.; HARRINGTON, A. (2011) – The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *International Journal of Nursing Practice*,Vol.17, nº2 (April, 2011) p. 195-204. ISSN: 1440-172X. Acedido a 18/06/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=08aa12aa-d247-44f9-88f5-f7135cac3d4a%40sessionmgr115&vid=1&hid=122>. (6)MINNICK, A.F. et al (2007) – Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*,Vol.39, nº1 (March, 2007) p. 30-37. ISSN: 1547-5069. Acedido 23/04/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=644f146e-bb7d-481f-8798-f1dde384b506%40sessionmgr111&vid=1&hid=126>. (7)ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho).*Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Direcção-Geral da Saúde (2011). (8)RUIVO, M.A.; FERRITO, C.; NUNES, L. (Eds.) – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Nº15 (Janeiro-Março, 2010). ISSN: 1646-5067. (9)WHO (2005) – *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde*. [em linha]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Acedido em 15/01/2012. Disponível em: http://www.fef.br/biblioteca/data/envelhecimento_ativ_o.pdf.

APÊNDICE XXVI

Nota de Campo: *Reunião de auditoria no âmbito do Doente Vulnerável*

Projecto de Intervenção

NOTAS DE CAMPO	
Data: 26 de Novembro de 2012 (Turno da Manhã) Local: Urgência Geral do CHLC, EPE	
Descrição da Situação/Atividades Desenvolvidas	Comentários
1. Participação na reunião de auditoria no âmbito do Doente Vulnerável	
<p>Correspondendo à solicitação da Enfª Chefe [REDACTED], estive presente na reunião de auditoria interna na área da Qualidade, no âmbito do doente vulnerável, dado o reconhecimento do Projeto de Intervenção desenvolvido no Serviço como um importante contributo para a operacionalização da <i>Política de identificação e protecção do doente vulnerável</i>.</p> <p>Ao ser abordada a situação de intervenção perante o doente com necessidade de contenção, foi-me dada a palavra e pedido que explicasse o que estava a ser desenvolvido nessa área. Referi a génese e os contornos do Projeto, e a fase de implementação em que nos encontrávamos (final da Fase I), assim como o seu impacto na sensibilização dos enfermeiros para a temática da contenção e os resultados constatados ao nível da melhoria dos registos efetuados. Foi mencionada a estratégia utilizada de modo a facilitar a interiorização dos aspectos a valorizar nos registos e a sistematização do pensamento para a concretização dos mesmos, apresentando-se a lista de itens de registos elaborada com base na Orientação 021/2011 da DGS e distribuída a todos os enfermeiros da Equipa Piloto (em formato de bolso).</p> <p>Referi as atividades em curso de modo a dar continuidade ao Projeto, visando a melhoria dos cuidados prestados ao doente vulnerável, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• A realização de formação no âmbito da contenção, como preconizado na orientação da DGS;	Competências Enfº Especialista

Projecto de Intervenção

- O alargamento do Projeto a todas as equipas do SU, identificando-se elementos de ligação do Projeto em cada equipa de modo a possibilitar uma monitorização da acção de maior proximidade;
- A partilha e implementação do Projeto, enquanto experiência positiva, na Área da Urgência e Cuidados Intensivos;
- A revisão do Procedimento *Doente com necessidade de Medicação de Emergência, isolamento e restrição de movimentos* (que se baseia na Circular Normativa da DGS), com consequente elaboração de um Procedimento Sectorial para a Área da Urgência e Cuidados Intensivos de acordo com as orientações mais recentes da DGS (Orientação 021/2011, que revoga a Circular Normativa anterior).

A auditora elogiou o trabalho desenvolvido, declarando estar satisfeita com o apresentado. Referiu desconhecer a Orientação da DGS referida e solicitou uma cópia da mesma. Mostrou-se também bastante interessada na lista de itens de registo apresentada, tendo questionado se a mesma lhe poderia ser disponibilizada, a título pessoal. Afirmou que não utilizaria a lista de modo abusivo e sim de forma zelosa e a título consultivo. Referiu que o trabalho válido desenvolvido deveria ser rentabilizado, evitando assim que andassem várias pessoas a fazer a mesma coisa; nesse sentido, considerou o documento construído como uma mais-valia e, como tal, que se deveria aproveitar o trabalho já produzido. Perante este pedido a lista foi prontamente disponibilizada.

Sistematização dos registos

Disseminação das boas práticas

Rentabilização do “trabalho feito”

Por promover uma atuação guiada pelas orientações mais recentes da DGS

A reformulação de normas e orientações constitui dificuldade na atualização dos profissionais face às mesmas. Apenas havendo um foco de interesse bem definido é possível acompanhar as alterações que vão sendo emanadas. É importante a existência de elementos de referência para cada área, de modo a facilitar o acompanhamento dessas atualizações e a promover uma atuação de acordo com as orientações mais recentes (e que, como tal, se entendem como mais correctas).

APÊNDICE XXVII

Diário de Aprendizagem: *Desenvolvimento de competências para atuar como agente de melhoria das práticas entre pares*

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Nota: Reflexão com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs

<p style="text-align: center;">Desenvolvimento de competências para atuar como agente de melhoria das práticas entre pares</p>

<p>Descrição: O que aconteceu?</p>

No turno da Noite do dia 3 de Novembro de 2012, estando a Equipa ■ de serviço, dirigi-me à Urgência Geral (UG) com o intuito principal de integrar no Projeto de Intervenção duas colegas que haviam estado ausentes por motivo de férias. Após concretizado esse desígnio, passei pelas várias Unidades de Observação (UO) de modo a fazer-me presente perante os colegas e a disponibilizar essa presença para o esclarecimento de eventuais dúvidas ou dificuldades que pudessem ter tido ou sentido.

Na UO 1 estava a Enf^a C. que, ao ver-me entrar na sala, imediatamente manifesta o seu agrado pela minha comparência: “Queria mesmo falar contigo! Tive algumas dúvidas, em dois casos de doentes a quem tive de conter, que gostaria de discutir contigo”.

“Vamos a isso!”, disse, sentando-me a seu lado, ao computador. Enquanto a Enf^a C. iniciava a pesquisa dos processos informáticos das doentes, começou a descrever a primeira situação: tratava-se de uma senhora idosa, confusa, a quem teve de aplicar medidas de contenção mecânica por tentativas recorrentes de exteriorização de um cateter venoso periférico que tinha no dorso da mão. Perante a avaliação que havia feito da situação, tinha optado por uma contenção não muito restritiva, possibilitando que a doente mantivesse uma amplitude de movimentos significativa a nível dos membros superiores (MS) sem que, contudo, conseguisse alcançar uma mão com a outra e exteriorizasse o cateter. Porém, esta medida não se mostrou eficaz pois, ao mobilizar-se no leito, a doente conseguiu aumentar o alcance das suas mãos com risco real de exteriorização do cateter. Reavaliando a situação, a Enf^a C. decidiu por uma contenção com maior restrição dos movimentos dos MS e, a questão que me colocou relacionou-se com o tipo de discurso a utilizar.

Em conjunto, analisámos o registo que havia efetuado, concluindo que a linguagem utilizada permitia compreender com clareza a situação ocorrida e a justificação da ação do enfermeiro. Ainda assim, de modo a alargar as possibilidades de registo, discutimos algumas alternativas ao nível da terminologia possível de ser utilizada.

Clarificada esta questão, e reiniciando nova pesquisa de processo informático, a Enf^a C. expôs a segunda situação, novamente com uma doente idosa mas com um contexto de intervenção diferente. Neste caso tratava-se de uma doente orientada, submetida a entubação orotraqueal para preservação da

via aérea. Tinha sido uma entubação difícil, conseguida após várias tentativas falhadas, exigindo que a técnica fosse executada por um Otorrinolaringologista, pelo que mais necessário se tornava garantir a não exteriorização do tubo endotraqueal, sob pena de colocar em risco a vida da doente. O uso de contenção em doentes entubados endotraquealmente constitui prática frequente em UCI's, sendo tema de investigação tal como encontrado na revisão sistemática da literatura (Tanios et al, 2010¹; Chang, Wang e Chao, 2008²), de modo a compreender a efectividade da medida na prevenção de uma extubação não planeada.

Apesar de se tratar de uma doente orientada, com capacidade para cumprir ordens simples a curto prazo, quer a Enf^a C. quer a médica responsável reconhecerem a existência de um risco potencial de exteriorização do tubo orotraqueal, devido a um incumprimento a médio prazo das recomendações dadas (por distração/esquecimento) ou durante o sono (por algum movimento involuntário). Perante a avaliação do risco-benefício efetuada, a Enf^a C. optou por proceder à contenção dos MS da doente ao leito, na justa medida que lhe permitisse manter alguma amplitude de movimentos sem que conseguisse alcançar o tubo endotraqueal.

Ao analisarmos os registos, constatámos que estes apenas referiam o procedimento de contenção e a causa. A Enf^a C. dizia achar que os registos não estavam bem – “falta-me qualquer coisa” – mas não conseguia identificar o quê. Esta era, claramente, uma situação diferente do típico, e esta diferença residia fundamentalmente no facto de se tratar de uma doente lúcida, com capacidade de autodeterminação. Questionei novamente a colega: “tratava-se de uma doente orientada, que constataste que compreendia o que lhe dizias”. A colega respondeu afirmativamente. Continuei: “e explicaste-lhe o que ias fazer e o porquê de o fazeres?”. A meio da frase a colega começa a sorrir e a acenar com a cabeça de modo afirmativo; depois diz: “pois é, é a velha história. Eu expliquei mas não escrevi que o fiz”. Perante a sua resposta demostrei compreensão e empatia. Depois acrescentei: “o que a Orientação da DGS³ também refere é que, sempre que possível, deve ser solicitada autorização ao doente”. Responde a colega: “é pá, pois é. Devia ter pedido autorização. É o problema de partirmos do princípio de que na Urgência podemos fazer tudo sem pedir, que é tudo presumido”. Mais uma vez,

¹ TANIOS, M.A. et al (2010) – Can we identify patients at high risk for unplanned extubation? **Respiratory care**. Vol.55, nº 5 (May, 2010) p. 561-568. ISSN: 0020-1324. Acedido a: 13/05/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=7aebf2c2-b7ca-4a86-9c74-5f6f9d8f94bc%40sessionmgr13&hid=121>

² CHANG, L.Y.; WANG, K.W.; CHAO, Y.F. (2008) – Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. *American Journal of Critical Care*. Vol.17, nº 5 (September, 2008) p. 408-416. ISSN: 1062-3264. Acedido a 13/05/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19631105&site=ehost-live>

³ ORIENTAÇÃO nº 021/2011 (de 06 de Junho). **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**. Direcção-Geral da Saúde (2011).

solidarizei-me com a colega dizendo-lhe que, de facto, pelo carácter de urgência da maioria das situações com que nos deparávamos, acabávamos por secundarizar esse requisito tão importante na nossa intervenção com o outro. Conclui reforçando os dois aspectos passíveis de serem melhorados identificados. A colega agradeceu e acrescentou preferir este tipo de abordagem individual para a colocação e o esclarecimento de dúvidas.

Sentimentos e Pensamentos: O que pensou e sentiu?

O que pensei e o modo como me senti no decurso desta situação, constituíram momentos de redescoberta da forma como os meus pares me vêem e consideram, e momentos de consciencialização face a essa representação que o outro faz de mim e da responsabilidade que tal acarreta.

Confesso que me senti em casa, bem recebida pelos colegas e, particularmente esperada pela Enfª C.. O modo como me acolheu na sua sala, manifestando expressamente interesse e envolvimento no Projeto, fez-me sentir útil e fez-me sentir que tinha conseguido cativar alguém para a pertinência da temática.

Simultaneamente, senti um certo receio de *não estar à altura* da situação: “e se ela me colocasse uma questão à qual eu não conseguisse responder? E se as minhas respostas não a satisfizessem? E se eu não conseguisse estar na situação de modo assertivo e formativo? E se susceptibilidades fossem feridas?”

Aceitando o seu convite para a análise e reflexão, sentei-me deliberadamente ao seu lado, procurando deste modo demonstrar a minha atenção e disponibilidade de tempo para ela e para as suas dúvidas (coerência entre a linguagem verbal e não verbal). Os registos foram analisados em conjunto, e procurei encaminhar a colega na construção das respostas às suas próprias perguntas. Uma das estratégias utilizadas foi o repetir, sob a forma de questão, uma mesma afirmação já por si confirmada (exemplo: “*tratava-se de uma doente orientada, que constataste que compreendia o que lhe dizias*”); deste modo, mais do que aferir a informação, procurei que esta lhe fizesse eco, resultando no apuramento lógico das respostas procuradas.

Quando a colega me referiu não ter registado as informações dadas à doente, demonstrei-lhe que compreendia que tal tivesse sucedido. Incluí-me no *grupo*, afirmando que na nossa constante luta entre tempo e carga de trabalho, pelo nosso defeito de formação de enfermeiros da Urgência onde o importante é que se faça, ainda negligenciávamos os registos e a sua importância (o registo é um hábito que tem de ser trabalhado, e esta situação concreta vivenciada pela colega apenas veio confirmar a pertinência do Projeto em curso). Não foquei o discurso no seu erro mas sim na sua inquietude face à situação, no exercício de análise e reflexão que estávamos a desenvolver e na

possibilidade de aprendizagem e melhoria que esse momento encerrava em si (ou seja valorizei o erro como fonte de aprendizagem em detrimento de uma abordagem acusatória).

Depois, ao acrescentar o pedido de autorização que deveria ter sido feito à doente evoquei a Orientação da DGS, de modo a aligeirar a correção que estava a fazer à intervenção da colega, retirando de mim esse papel e posicionando-o numa entidade externa e com poder reconhecido. Penso ter assim tornado a situação menos constrangedora para a colega e facilitado a aceitação da mensagem.

Constato que, pensar as práticas com base numa situação concreta permite objectivar o raciocínio e que, trabalhá-las de modo individualizado e em ambiente informal, permite uma maior proximidade com o colega, permite que ele fale abertamente acerca das suas dúvidas sem receio de ser julgado pelo grupo (“eu prefiro assim. Na última reunião fiz um comentário que foi mal interpretado. O X começou logo com coisas”) e permite uma reflexão mais aprofundada, menos condicionada pelo tempo e por uma atenção que, em contexto de grupo, tem de ser distribuída por vários.

Avaliação: O que foi bom ou mau na experiência?
--

Penso que a perspectiva do erro inserido numa cultura positiva (como preconizado nos pressupostos da Gestão do Risco Hospitalar), permitiu transformar uma situação delicada e que poderia ser constrangedora numa oportunidade de melhoria da atuação da colega. Do mesmo modo, deu a conhecer o modo como percepciono o erro (há que reconhecê-lo, pragmaticamente, para que se possa ter consciência do mesmo e trabalhá-lo, pois só assim poderá ser minimizado), permitindo fortalecer a relação de confiança necessária à abordagem de temas que nos são difíceis, pela exposição do nosso lado profissional menos competente e pelo assumir das nossas falhas.

A experiência de supervisão clínica, de sentir que a colega se sentia à vontade para falar comigo acerca das suas dificuldades e para expor o seu trabalho à minha apreciação, e de ser considerada perita nesta matéria pela colega, constituiu um motivo de grande satisfação pessoal e profissional, tornando-me mais consciente da minha responsabilidade para com os colegas, e numa medida que extrapola o âmbito do Projeto de Intervenção.

Também positivo foi constatar o envolvimento da colega no Projeto, atuando com autonomia e incluindo deliberadamente o Projeto nas suas intervenções do quotidiano, dedicando-lhe tempo, atenção e reflexão. E sendo crítica face ao seu próprio desempenho.

Análise: Que sentido pode dar à situação?

Considero que este episódio com a Enf^a C. constituiu um marco na forma como me auto-percepciono neste Projeto. Possibilitou-me uma interação individualizada com a colega e o treino da assertividade em contexto de formação entre pares. Do mesmo modo, permitiu por à prova os meus conhecimentos no âmbito da contenção e a minha capacidade para a transmissão de conteúdos em ambiente informal. Permitiu ainda perceber como uma colega aplicava na prática o decidido em reunião.

Neste sentido, foi possível conhecer as necessidades individuais da colega, as suas dúvidas e dificuldades, e contribuir para o seu maior esclarecimento e capacitação. Interpreto a sua procura de esclarecimento como uma vontade legítima de optimização do seu desempenho a nível dos cuidados e a nível dos registos e, simultaneamente, um modo de analisar as situações de antemão, em contexto privado e não submetido à crítica do grupo nem às condicionantes de tempo inerentes aos momentos oficiais de reunião.

Conclusão: O que mais poderia ter feito?

Apesar de ter sentido que não tinha defraudado as expectativas da colega, ao ver-me naquela situação concreta de “a pessoa que me vai esclarecer as dúvidas!”, pensei que deveria *saber mais*, que deveria aprofundar ainda mais os meus conhecimentos no âmbito da contenção de doentes, dado o facto de estar a ser perspectivada pelos meus pares como a perita nessa área no âmbito do Projeto. Provavelmente, daqui não resultaria uma intervenção diferente da minha parte (penso ter sido objectiva e segura no meu discurso, procurando não maçar a colega com informação em demasia e incentivando-a de modo a que fosse ela a dominar o tempo de discurso com as suas dúvidas, orientando-a nos seus raciocínios e nas suas conclusões); contudo faria com que me sentisse mais legitimada para essa intervenção.

Um outro aspecto que, eventualmente, poderia ter sido diferente, tem a ver com a estratégia utilizada e a sua adequação. Valorizei a tomada de consciência da existência do erro e a importância do seu reconhecimento pela colega, como ponto de partida a melhoria das práticas. Contudo, questiono-me: terá sido correcto adoptar, consecutivamente, a resposta diplomática, o politicamente correcto? Será que ao corroborar com justificações para o erro não terei acabado por o desvalorizar em demasia? Ou esta foi, de facto, a estratégia mais adequada?

Também o lugar onde decorreu este diálogo deveria ter sido outro. Poderia ter sugerido à colega que fôssemos para um outro local, sem doentes, onde pudéssemos falar mais à vontade. Deste modo teria zelado por um melhor descanso dos doentes presentes na UO, uma vez que o ruído que decorre de uma conversa a dois num turno da Noite acaba por perturbar esse descanso. Para além deste aspeto, há que ter em conta que estávamos a analisar as nossas práticas, a avaliarmo-nos no nosso desempenho profissional, a expor falhas e incorreções, as quais, possivelmente, foram ouvidas por alguns dos

doentes, o que não abona a favor da nossa credibilidade e competência profissional, podendo abalar a confiança que o doente deposita no enfermeiro. Por vezes, fruto de uma ação mecanizada e de uma arrogância profissional, acontece o não considerarmos o doente como pessoa capaz, uma pessoa com toda uma individualidade e uma vida que nada têm a ver com a sua situação atual de doença, e que continua a poder ouvir, discernir e opinar acerca do que se passa à sua volta. Perante a satisfação de ter sido interpelada por uma colega relativamente ao Projeto, na minha vontade de ser prestável e centrando a minha atenção nesse foco, descurei a atenção no doente, incorrendo em falha para com ele e para com a Enfermagem.

Plano de Ação: Se isso voltasse a acontecer o que faria?

Fazendo a análise do modo como decorreu a interação com a colega, posso afirmar estar satisfeita com o meu desempenho. Contudo, numa situação futura, procurarei que este diálogo formativo decorra noutra espaço que não a UO, de modo a não por em causa nem o descanso do doente nem a idoneidade profissional de quem o cuida.

APÊNDICE XXVIII
Notas de Campo sobre o Projeto de Intervenção

Projeto de Intervenção

NOTAS DE CAMPO	
Data: 3 de Novembro de 2012 (Turno da Noite) Local: Urgência Geral do CHLC, EPE	
Descrição da Situação/Atividades Desenvolvidas	Comentários
1. Integração no Projeto das duas colegas que se apresentaram de férias	
<p>Dirigi-me à sala onde cada uma das colegas estava escalada e cumprimentei-as, perguntando acerca da sua disponibilidade para a realização da reunião. Ambas sabiam há já algum tempo que o Projeto estava a decorrer e, no dia anterior, havia feito um contacto prévio, por telefone, comunicando-lhes a realização desta reunião extraordinária. Sabia que ambas estavam escaladas em Unidades de Observação (UO), o que iria facilitar a realização da sessão. A Enf^a F. estava disponível; a Enf^a H. estava a tratar do encaminhamento de um doente para o Bloco Operatório. Aguardei, enquanto preparava no computador os PowerPoint de apoio.</p> <p>O ambiente nas salas estava calmo, pelo que optei por ficar num posto de trabalho situado perto das UO das colegas, onde poderíamos estar sentadas em reunião e, simultaneamente, as colegas facilmente se aperceberiam de alguma situação que exigisse a sua presença na UO.</p> <p>A reunião decorreu sem intercorrências, tendo apresentado a pertinência do Projeto, seus objectivos, modo de operacionalização e compromisso assumido pelos colegas ao nível dos registos. De seguida apresentei os resultados da Fase Inicial e aspectos a melhorar. Entreguei-lhes a <i>pocket list</i> com o exemplo de registo anexado.</p> <p>Uma das colegas colocou uma questão relativamente aos registos. Disse ter por hábito referir o recurso às grades de protecção das camas como medida preventiva face ao risco de queda do doente, e se faria</p>	<p>Houve um cuidado prévio de otimização das condições para a realização da reunião</p> <p>Evitar condicionar os outros colegas devido à reunião.</p> <p>Apresentação mais resumida, adaptada ao conhecimento do Projeto já tido pelas colegas e à fase do Projeto.</p> <p>Na contenção mecânica existem diferentes tipos de dispositivos e equipamentos passíveis de serem usados</p>

Carina Teixeira Vieira

Projeto de Intervenção

<p>sentido continuar a fazer essa referência, uma vez que essa situação não tinha ainda sido referida por mim. Respondi-lhe que tal se devia ao facto de, sempre que deitamos um doente na Urgência (seja em maca seja em cama), as grades de protecção são imediatamente levantadas – trata-se de um padrão da nossa atuação no Serviço. Contudo, de facto, não existe uma norma escrita que oficialize essa atuação, pelo que faz sentido que tal seja registado enquanto medida preventiva de uma contenção mais restritiva.</p>	<p>em diferentes etapas do processo (prevenção/efetivação), consoante a necessidade de uma contenção mais ou menos restritiva e na ponderação da relação risco/benefício para o doente.</p> <p>Reflectir: justifica-se a colocação das grades de protecção a todos os doentes da Urgência?</p>
2. Dinamização do grupo de modo individualizado	
<p>Fui ao encontro dos vários colegas que estavam na UO, procurando-os nos sectores onde estavam a trabalhar e inquiri-os em relação ao Projeto: se tinham tido já alguma situação em que tivesse sido necessário iniciarem-se medidas preventivas ou de contenção, dificuldades ou dúvidas. Mostrei-me disponível para cada um.</p> <p>Uma colega referiu ter tido um doente com quem procedeu de modo preventivo, tendo sinalizado esse doente ao chefe de equipa. Os restantes colegas referiram não ter sinalizado este tipo de situação.</p>	<p>Atitude pro-ativa de ir ao encontro dos colegas, agindo de modo a que se sintam apoiados e acompanhados e não numa atitude controladora. Existência de momentos de atenção personalizada.</p> <p>A melhorar: reforçar a identificação dos casos a quem foram somente aplicadas medidas preventivas (identificação de práticas bem sucedidas).</p>
3. Discussão individualizada do Projeto	
<p>No encontro com a Enf^a C., foi-me solicitada ajuda face a duas situações com que a colega se havia deparado, e nas quais teve dúvidas relativamente ao tipo de registos a realizar. Analisei os registos com a colega e, reflectindo em conjunto, procurei encaminhar o seu raciocínio com vista a uma melhoria na intervenção (cuidados e registos).</p> <p>A colega referiu preferir explorar as suas dúvidas de modo individualizado, pela possibilidade de uma análise mais profunda e particularmente direccionada às suas dificuldades.</p> <p>Depois a análise extrapolou os casos que a colega me apresentou, tendo sido discutida a necessidade de</p>	<p>Enfermeira mestranda em Supervisão Clínica.</p> <p>Reflectir: como foi o meu desempenho enquanto agente de melhoria das práticas entre pares?</p> <p>Reuniões individuais e em ambiente informal tornam-se mais profícuas. O colega sente-se mais valorizado.</p>

Projeto de Intervenção

melhoria dos registos em geral, condicionada pelo processo informático disponível (documentos de registo limitados) e por uma filosofia obsoleta acerca da importância dos registos na Urgência ainda tida por alguns colegas (subvalorização em função da prática).

Discutiu-se a pertinência de se realizarem auditorias internas no âmbito dos registos, com estratégia para a identificação do problema e potenciar a sua resolução.

A Enfª C. referiu o Projeto como um importante contributo para a resolução de uma parte do problema, por levar os enfermeiros a pensar acerca dos seus registos e da importância de, efetivamente, os realizarem. Acrescentou que tinha gostado bastante da minha ideia (tema, abordagem e operacionalização) e, particularmente, do facto de eu ter começado o Projeto com um grupo piloto; referiu que isso lhe tinha dado uma ideia para a concretização de algo que ela também havia vindo a pensar, no âmbito da supervisão clínica, e que pretendia propor à Enfermeira Chefe. Incentivei essa ideia. A colega referiu achar que iria ter mais dificuldades em concretizar esse projeto, uma vez que, pelo seu modo de ser, as pessoas poderiam não aderir tão bem.

Pegando nesta afirmação, questionei-a relativamente à perceção que ela tinha da aceitação do Projeto por parte da Equipa. Respondeu-me que estava a ser muito bem aceite, que as pessoas estavam a colaborar e não se esqueciam de sinalizar as situações (“está aqui uma etiqueta para a Carina”). O Projeto era já parte do quotidiano da Equipa, e iam perguntando uns aos outros acerca das situações. Disse-lhe que receava que a Equipa não se sentisse devidamente acompanhada por mim, ao que me respondeu não ser essa a sua perceção, que a minha presença era recorrente e efetiva e que demonstrava à Equipa que estava a trabalhar com eles, tendo o cuidado de lhes mostrar esse trabalho amiúde.

Questionei-a em relação à ideia de distribuição da lista de itens de registo e do exemplo de registo. Referiu ter sido uma boa ideia, pelo auxílio na sistematização do pensamento.

Treino do pensamento crítico e da análise reflexiva em parceria.

Reflectir: a Enfermagem como profissão que se auto-regula, zelando pela manutenção da qualidade.

Feed-back positivo em relação ao Projeto

O Projeto está a mobilizar as pessoas, a funcionar como alavanca para novos projetos.

A melhorar: reforçar a ideia de que não é o meu Projeto, mas sim o Projeto do Serviço com a Equipa.

Balanco da motivação da equipa e do modo como a minha colaboração é vista.

Validação da estratégia utilizada. Presença permanente de uma referência concreta, material, que poderá ajudar o Enfermeiro a ter presente o Projeto e a lembrar o que deve fazer e registar.

Projeto de Intervenção

4. Alteração na constituição da Equipa ■	
<p>Ao analisar o horário da Equipa constatei que havia alterações, com a saída de uma colega para a Equipa ■ (Enfª S.) e a integração na Equipa de duas enfermeiras (uma proveniente da Equipa ■ e outra vinda do Serviço de ■).</p> <p>A Enfermeira vinda do S. ■ apresenta-se na próxima Manhã (dia 5). A permuta das outras duas colegas será feita no primeiro dia do próximo horário (dia 12).</p>	<p>Necessidade de readaptação do Projeto por mudança na Equipa Piloto.</p> <p>Integrar, individualmente, as duas colegas no Projeto.</p> <p>Garantir continuidade da Enfª S. no Projeto, apesar da mudança de equipa.</p>
5. Atualização da Equipa via email	
<p>Após ter constatado a existência de alterações na Equipa, e fazendo a análise das probabilidades de haver um turno em que a Equipa esteja completa, decidi enviar um email para todos os enfermeiros da Equipa com o ponto de situação do Projeto. Deste modo pretendo assegurar que todos fiquem a par da informação, de modo rápido e objectivo, para além de fornecer documentação que pode ser consultada pelos enfermeiros em qualquer altura, mesmo não estando no Serviço.</p>	<p>Email como garantia de que a informação chega a todos, permitindo consulta repetida e sempre que o enfermeiro queira.</p> <p>Disponibilização dos resultados confirmando a ideia de que os resultados são da Equipa (estratégia de motivação da Equipa).</p>

Projeto de Intervenção

NOTAS DE CAMPO	
Data: 10 de Novembro de 2012 (Turno da Manhã) Local: Urgência Geral do CHLC, EPE	
Descrição da Situação/Atividades Desenvolvidas	Comentários
1. Discussão do Projeto: possibilidade de aditamento na folha de enfermagem <i>Notas de Evolução</i>	
<p>Ao discutir o Projeto com a Enf^a C.L. (elo de ligação entre o Serviço e o Gabinete de Informática no âmbito do HCIS), esta avançou com a sugestão de registo das <i>Vigilâncias</i> no campo das vigilâncias que consta na folha de notas de evolução. Sugeriu que caso definisse vigilâncias tipo (exemplos: <i>sem sinais de compromisso neurocirculatório nas extremidades; sem sinais de lesão cutânea decorrente do uso dos dispositivos de contenção</i>), poderia ser feita a proposta ao Gabinete de Informática da sua inclusão nas notas de evolução, de modo a que surgissem como vigilâncias pré-definidas que bastariam ser seleccionadas para que ficassem registadas. Reforçou que, mediante aprovação da Enf^a Chefe e caso não houvessem custos acrescidos, poderia ser uma hipótese viável.</p> <p>À semelhança das restantes decisões que têm vindo a ser tomadas, apresentarei a sugestão à Equipa e submeter-lhe-ei a identificação e a selecção das vigilâncias a incluir nas notas de evolução.</p>	<p>Validar com Enf^a Orientadora e Enf^a Chefe [REDACTED].</p> <p>Mais uma forma de envolver a Equipa no Projeto e de valorizar a sua participação que, espero, atue também como elemento motivador.</p> <p>Poderá facilitar a adesão a este tipo de registo, por via de os enfermeiros reconhecerem o seu contributo no item em questão.</p>

ANEXOS

ANEXO I
Orientação N°021/2011 da DGS

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 021/2011

DATA: 06/06/2011

ASSUNTO:	Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente
PALAVRAS-CHAVE:	Contenção de Doentes
PARA:	Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.
CONTACTOS:	Departamento de Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a seguinte orientação:

1. O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico.
2. Os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:
 - 2.1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.
 - 2.2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.
 - 2.3. Recusem tratamento vital, urgente.
3. O profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunica a situação à equipa de saúde.
4. A equipa deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação.
5. Cada situação em que houve recurso a medidas de contenção deve ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde.
6. Cabe à chefia de enfermagem do serviço assegurar que no processo do doente são obrigatoriamente registadas os seguintes elementos:
 - 6.1. Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção.
 - 6.2. Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto.
 - 6.3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida.
 - 6.4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção.
 - 6.5. Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção.
 - 6.6. Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.
7. O doente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.
8. A família ou a pessoa significativa do doente deve ser informada da adoção das medidas de contenção.
9. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre a aplicação de medidas de contenção, enquadrado na presente Orientação, de acordo com as especificidades dos cuidados que presta.

10. Na aplicação de medidas de contenção, deve-se:
 - 10.1. Esgotar as medidas preventivas.
 - 10.2. Obter, sempre que possível, o consentimento do doente.
 - 10.3. Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente.
 - 10.4. Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê.
 - 10.5. Ajustar a medida de contenção à situação do doente.
 - 10.6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
 - 10.7. Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
 - 10.8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
 - 10.9. Retirar a medida de contenção assim que possível.
 - 10.11. Registrar os procedimentos no processo clínico.

CRITÉRIOS

- a) A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do doente.
- b) Considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas.
- c) Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível.
- d) A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível.
- e) As medidas de contenção devem, ainda, salvaguardar a especificidade de cuidados dos doentes em concreto (adultos, crianças, grávidas, idosos).
- f) Todos os profissionais devem receber formação sobre:
 - i. Técnicas preventivas à contenção;
 - ii. Técnicas de contenção;
 - iii. Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
 - iv. Como cuidar do doente que necessite de contenção.
- g) A formação é ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo cada três anos.
- h) Um ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção significa que foram esgotadas as medidas alternativas ao seu recurso.
- i) São exemplos de medidas alternativas ou de prevenção, não excluindo outras possíveis, as seguintes:
 - i. Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;

- ii. Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
 - iii. Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
 - iv. Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
 - v. Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;
 - vi. Tratamento farmacológico.
- j) As situações em que pode resultar dano para o doente, devido a falhas de aplicação de medidas de contenção mais descritas, são:
- i. Seleção do doente: Para alguns doentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação;
 - ii. Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do doente.
 - iii. Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do doente. A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adotado e do doente.
 - iv. Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o doente.
- k) Considera-se:
- i. Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar 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 do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
 - ii. Contenção ambiental: recurso a alterações 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.
 - iii. Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
 - iv. Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
 - v. Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

FUNDAMENTAÇÃO

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção. Paralelamente, estão documentados os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas.

APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Álvaro de Carvalho, António Nabais, Carlos Henriques, Júlio Bilhota Xavier, Olga Cordeiro, Pedro Monteiro, Ricardo Matos, Sérgio Gomes.

A presente Orientação revoga a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.

BIBLIOGRAFIA

- Canadian Agency for Drugs and Technology in Care, Chair Alarms in Residential Care and Acute Care: A Review of the Clinical Effectiveness and Safety, 2010.
- College of Nurses of Ontario, Clinical Practice Guidelines – Practice Standard, Restraints, 2005.
- Gerald A. Maccioli, Todd Dorman, Brent R. Brown, John E. Mazuski, Barbara A. McLean, Joanne M. Kuszaj, Stanley H. Rosenbaum, Lorry R. Frankel, John W. Devlin, Joseph A. Govert, Brian Smith, William T. Peruzzi, Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies, American College of Critical Care Medicine Task Force 2002.
- Gregory M. Smith, M.S.; Robert H. Davis, M.D.; Edward O. Bixler, Ph.D.; Hung-Mo Lin, Ph.D.; Aidan Altenor, Ph.D.; Roberta J. Altenor, M.S.N.; Bonnie D. Hardentstine, B.S.; George A. Kopchick, M.S. ; Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program.
- Hôpitaux Universitaires de Genève, Recensement de pratiques cliniques liées à contention physique et environnemental dans les unités de soins – Rapport de Synthèse.
- Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4.
- Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2.
- Nottingham University Hospitals, Restraint policy, 2009.
- Royal College of Nurses, Lets talk about restraint - Rights, risks and responsibilities, 2008.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 1, Volume 6, Issue 3, Page 1, 2002.
- The Joanna Briggs Institute, Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals – Physical Restraint – Part 2, Volume 6, Issue 4, Page 1, 2002.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

