



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A contenção mecânica na pessoa idosa em contexto
hospitalar**

Raquel Sofia Oliveira Santos

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**A contenção mecânica na pessoa idosa em contexto
hospitalar**

Raquel Sofia Oliveira Santos

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“As a verb the word “nurse” conjures up the most tender of all living acts. It is the essence of love, of receiving by giving. It is the essence of life as two souls are nurtured... the purest of the arts.”

Jean Watson

AGRADECIMENTOS

À Professora Graça Melo pela orientação, por transmitir serenidade e palavras de incentivo nos momentos mais difíceis.

A todas as enfermeiras integrantes da equipa do Gabinete Segurança do Doente, com um particular e carinhoso agradecimento à Enfermeira Teresa Castro pela sensibilidade com que trata a vida e à Enfermeira Ana Marinho por toda a aprendizagem que me proporcionou através da sua orientação, presença e disponibilidade, pela confiança depositada e acima de tudo por instigar a procurar sempre por mais.

A todos os participantes do projeto: profissionais de saúde que aceitaram participar neste projeto e estiveram disponíveis para partilhar as suas experiências e vivências; às pessoas idosas a quem tive o privilégio de cuidar e aprender a ser melhor enfermeira, e aos familiares destes, elementos fundamentais no cuidar.

À Rita e à Helena, sem elas nada teria começado nem terminado.

Aos meus pais e ao Luis Pedro, incondicionalmente presentes e que me incentivaram a não desistir.

A todos vós, o meu mais sincero e profundo agradecimento,
Muito Obrigada!

ABREVIATURAS

APA - American Psychological Association

DGS – Direção-Geral da Saúde

GSD – Gabinete Segurança do Doente

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MAQ – Maastricht Attitude Questionnaire

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario

SNG – Sonda Nasogástrica

WHO – World Health Organization

SIGLAS

p. – Página

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

RESUMO

A contenção mecânica pode ser definida como qualquer ação ou procedimento que impede os movimentos do corpo de uma pessoa através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente. É uma medida que tem como objetivo otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, contudo a sua utilização é por vezes indevida, causando complicações físicas e psicológicas e comprometendo a dignidade, liberdade e autonomia das pessoas a ela submetidas. Alguns fatores de risco associados a uma maior predisposição para a colocação de medidas de contenção mecânica incluem a idade avançada, alterações cognitivas, incontinência e dependência nas atividades de vida diárias, tornando a população idosa particularmente vulnerável a ser submetida a estas medidas. Estes aspetos complexificam a tomada de decisão que no caso particular dos enfermeiros, é tida como um processo de deliberação ética que envolve a manutenção da integridade física, psicológica e moral da pessoa idosa.

Deste modo, definiu-se como finalidade para este projeto contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a contenção mecânica em contexto hospitalar. De forma a atingir esta finalidade e os objetivos propostos foram planeadas três atividades: a prestação de cuidados de enfermagem direta a pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica; a participação na elaboração e implementação do estudo de investigação com o objetivo estruturar um plano de melhoria que promova a segurança da pessoa idosa em risco de contenção mecânica em contexto hospitalar e a capacitação dos profissionais de saúde para a tomada de decisão em relação à utilização de medidas de contenção mecânica na pessoa idosa.

Este relatório visa demonstrar o percurso realizado ao longo do estágio, que consistiu num processo de aprendizagem para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, no que respeita às competências de enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras-chave: contenção mecânica, cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado, hospital, idoso, restrição física

ABSTRACT

Physical restraint can be defined as any action or procedure that impedes the movement of a person's body through any method that is adjacent or attached to it, and that the person cannot easily control or remove. It is a measure that aims to optimize patient's safety and those around him, however its use is at times inappropriate, causing physical and psychological complications and compromising the dignity, freedom and autonomy of the people subjected to it. Some risk factors associated with a greater predisposition to the placement of physical restraint measures include advanced age, cognitive alterations, incontinence and dependence in daily activities, making the elderly population particularly vulnerable to being subjected to these measures. These aspects complicate decision-making which, in the particular case of nurses, is seen as a process of ethical deliberation that involves maintaining the physical, psychological and moral integrity of the elderly patient.

Thus, the purpose of this project was defined as contributing to the improvement of nursing care for the elderly subject to physical restraint in hospital context. In order to achieve this purpose and the proposed objectives, three activities were planned: the provision of direct nursing care to elderly people with risk factors for physical restraint; participation in the preparation and implementation of the research study with the goal of structuring an improvement plan that promotes the safety of the elderly at risk of physical restraint in the hospital context and training of health professionals to make decisions regarding the use of measures of physical restraint in the elderly.

This report aims to demonstrate the path taken during the internship, which consisted of a learning process for the acquisition and development of specialized skills, with regard to the skills of master nurse and specialist in medical-surgical nursing.

Keywords: aged; aged, 80 and over; hospital; nursing care; restraint, physical

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Considerações gerais da contenção mecânica na pessoa idosa.....	13
1.1.1. A tomada de decisão de enfermagem em relação à aplicação de medidas de contenção mecânica.....	15
1.1.2. Princípios na utilização de medidas de contenção mecânica.....	18
1.1.3. A percepção dos profissionais, das pessoas idosas e dos familiares em relação à aplicação de medidas de contenção mecânica.....	21
1.2. Filosofia do cuidar: Teoria do cuidado humano de Jean Watson.....	22
2. CONTEXTO DA EXECUÇÃO DO PROJETO	27
2.1. Justificação e pertinência do projeto	27
2.2. Finalidade, objetivos e atividades planeadas.....	31
3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	34
3.1. Prestação direta de cuidados de enfermagem às pessoas idosas submetidas a medidas de contenção mecânica.....	34
3.2. Estudo de Investigação: Relato de Experiência.....	41
3.3. Formação aos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre o tema da contenção mecânica na pessoa idosa	48
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO PERCURSO ACADÉMICO	52
5. AVALIAÇÃO DO PERCURSO REALIZADO	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I - Certificado de participação no Webinar “Formação, Investigação e Exercício Clínico”

Anexo II - Certificado de participação como preletora na ação de formação “Queda no doente internado – Partilha de experiências”

Anexo III - Certificado de participação como preletora na ação de formação “Contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar”

Anexo IV - Certificados de participação nas ações de formação dinamizadas pelo GSD

Anexo V - Certificado de participação no Curso de Formação Profissional “Gestão de Risco em Saúde”

APÊNDICES

Apêndice I - *Newsletters* elaboradas no âmbito do tema da contenção mecânica na pessoa idosas

Apêndice II - Apresentação referente à ação de formação “Queda no doente internado - Partilha de experiências”

Apêndice III - Apresentação referente à ação de formação “Contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar”

Apêndice IV - Participação no projeto referente à elaboração de um protocolo de atuação em situação de queda no doente anticoagulado

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e tem como objetivo descrever a consecução do projeto de estágio através de uma abordagem crítica e reflexiva, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de competências definidas para a função de enfermeiro mestre e especialista.

O tema escolhido foi a contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar, em que o conceito de contenção mecânica pode ser definido como qualquer ação ou procedimento que impede os movimentos do corpo de uma pessoa para uma posição à sua escolha e/ou o acesso ao seu próprio corpo através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente (Bleijlevens et al., 2016). A contenção mecânica é um tipo de contenção terapêutica à semelhança da contenção ambiental, física ou química/farmacológica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). Segundo a orientação clínica 021/2011 emitida pela Direção-Geral da Saúde sobre a prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, a contenção terapêutica é uma medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa, visando melhorar a sua condição de saúde e prevenir complicações, tendo como objetivo otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo o seu conforto e dignidade (DGS, 2011). A pertinência desta orientação incide no facto de existir evidência que o recurso a medidas de contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional nos doentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. De facto, a prevalência da contenção mecânica a nível internacional em ambiente hospitalar varia entre os 3% e os 23% (Kalula & Petros, 2016; Kruger et al., 2013; Ragan et al., 2015; Thomann et al., 2020). O único estudo português realizado neste âmbito revela uma prevalência de 19,9% (Faria et al., 2012).

Alguns fatores de risco associados a uma maior predisposição para a colocação de medidas de contenção mecânica incluem a idade avançada, as alterações cognitivas, a incontinência fecal/urinária e a dependência nas atividades

de vida diárias (Hofmann & Hahn, 2014; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2012). Deste modo, percebe-se então a população idosa como particularmente vulnerável a ser submetida a estas medidas, cuja utilização deve ser ponderada e alvo de reflexão uma vez que da sua utilização podem decorrer complicações físicas, psicológicas e sociais bem como perda de dignidade, liberdade e autonomia (Gunawardena & Smithard, 2019; Hamers & Huizing, 2005; Spinzy et al., 2018; Wong et al., 2020). Surge então, uma das maiores dificuldades sentidas no que diz respeito a este tema: a tomada de decisão em aplicar, ou não, medidas de contenção mecânica. No caso dos enfermeiros, a tomada de decisão é tida como um processo de deliberação ética que envolve a manutenção da integridade física, psicológica e moral da pessoa idosa (Gastmans et al., 2013). Devido a esta complexidade, não só é fundamental que os profissionais tenham conhecimentos e competências para tomar decisões informadas e consequentemente prestar cuidados que salvaguardem a dignidade das pessoas idosas; como também é necessário a intervenção das organizações internas hospitalares para regulamentarem a utilização de medidas de contenção nas unidades de saúde.

Após a identificação do tema de estudo e revisão da literatura, definiu-se, então, como finalidade para este projeto contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em risco de contenção mecânica em contexto hospitalar; tendo sido estipulados como objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa – através da aquisição e desenvolvimento de competências de perícia clínica de enfermeira mestre e especialista;
- Participar no estudo de investigação desenvolvido no âmbito do Gabinete Segurança do Doente (GSD), de um centro hospitalar de Lisboa – desenvolvido com o objetivo de estruturar um plano de melhoria que promova a segurança da pessoa idosa em risco de contenção mecânica em contexto hospitalar;
- Capacitar os profissionais de saúde para a tomada de decisão no que diz respeito à utilização de medidas de contenção mecânica na pessoa idosa.

A metodologia de trabalho utilizada foi a metodologia de projeto que tem como principal objetivo a resolução de problemas, cujo suporte é a aplicação de

conhecimento teórico na prática e através dela, adquirir e desenvolver capacidades e competências (Ruivo et al., 2010). Neste sentido, o estágio decorreu num período de 18 semanas desde 11 outubro 2021 a 28 fevereiro 2022, correspondendo a uma carga horária de 500h de contacto. O estágio decorreu no Gabinete Segurança do Doente e concomitantemente algumas semanas numa unidade de internamento médico para prestação de cuidados diretos à pessoa idosa, aplicação do estudo de investigação e formação aos profissionais de saúde daquela unidade.

Este relatório espelha as aprendizagens e o percurso realizado ao longo do estágio, em que proponho como objetivos específicos:

- Descrever o percurso realizado durante o estágio;
- Analisar os resultados obtidos nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Refletir acerca do contributo do projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa;
- Refletir acerca das competências desenvolvidas e adquiridas para enfermeiro mestre e especialista de acordo com o regulamento em vigor.

Estruturalmente, encontra-se dividido em cinco capítulos: o enquadramento teórico do tema em estudo através da revisão da literatura realizada; o contexto de execução do projeto; a descrição e discussão das atividades realizadas ao longo do estágio; as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do percurso académico e por último, a reflexão sobre a avaliação do percurso realizado. Na sua elaboração foram utilizadas as orientações conforme descrito no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL e segue a norma de referências bibliográficas e citações da *American Psychological Association* 7ª edição (APA, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Considerações gerais da contenção mecânica na pessoa idosa

A contenção mecânica é um tipo de contenção terapêutica à semelhança da contenção ambiental, física ou química/farmacológica (DGS, 2011). Segundo a orientação clínica 021/2011 emitida pela Direção-Geral da Saúde (2011) sobre a prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, a contenção terapêutica é definida como uma “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” (p.3) e tem como objetivo otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente o seu conforto e dignidade. Especificamente no que diz respeito ao conceito de contenção mecânica, este pode ser definido como qualquer ação ou procedimento que impede os movimentos do corpo de uma pessoa para uma posição à sua escolha e/ou o acesso ao seu próprio corpo através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente (Bleijlevens et al., 2016). Os dispositivos ou equipamentos utilizados na contenção mecânica incluem as grades da cama, faixa abdominal, imobilizadores de membros, colete de imobilização, mesas colocadas à frente dos doentes ou o lençol preso na cama (Faria, et al., 2012; Gunawardena & Smithard, 2019).

A prevalência da utilização das medidas de contenção mecânica a nível internacional em ambiente hospitalar varia entre os 3% e os 23% (Kalula & Petros, 2016; Kruger et al., 2013; Raguan et al., 2015; Thomann et al., 2020). Em Portugal, o único estudo realizado neste âmbito, em unidades de cuidados agudos médicos e cirúrgicos, revelou uma prevalência de 19.9% (Faria et al., 2012).

Existe uma combinação de fatores que influenciam a utilização de medidas de contenção mecânica, nomeadamente as alterações cognitivas, a idade avançada, a diminuição da mobilidade, maior dependência nas atividades de vida diária, incontinência urinária/fecal, alterações sensoriais e as alterações da comunicação verbal (Hofmann & Hahn, 2014; Registered Nurses’ Association of Ontario, 2012). A orientação da DGS evidencia como indicações para a aplicação destas medidas

quando os doentes manifestam comportamentos que coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos ou quando recusam tratamento compulsivo ou recusa de tratamento vital, urgente (DGS, 2011). Porém, estudos realizados à perceção e opinião dos profissionais de saúde, os motivos pelos quais procedem à contenção mecânica de pessoas idosas incluem a agitação psicomotora do doente, medida de prevenção de queda, auto e hetero agressividade por parte do doente, medida para evitar a remoção de dispositivos médicos e como medida para controlar comportamentos suicidas (Bredthauer et al., 2005; Hamers & Huizing, 2005).

A utilização de medidas de contenção mecânica não está isenta de complicações para as pessoas a elas submetidas, estando identificadas complicações físicas, sociais, psicológicas e emocionais, de entre as quais se destacam: alterações cardiovasculares (alteração da tensão arterial), desidratação e desnutrição, maior suscetibilidade a infeções nosocomiais resultantes da imobilidade, alterações musculoesqueléticas (diminuição da massa muscular, atrofia muscular), alterações do padrão de eliminação (obstipação, incontinência urinária/fecal), alterações tegumentares (úlceras por pressão, lesões na pele causadas pelos dispositivos de contenção), diminuição da capacidade funcional, dor e morte causada por asfixia, aspiração ou estrangulamento (Gunawardena & Smithard, 2019; Hamers & Huizing, 2005; RNAO, 2012; Scheepmans et al., 2020). Ocorrem, ainda alterações relativamente à perceção do *self*, da autoimagem, surgem emoções e sentimentos de culpa, raiva, ansiedade, medo, vergonha, para além do aumento dos quadros clínicos de agitação e confusão, alterações do ciclo sono-vigília, stresse emocional e declínio cognitivo (Gunawardena & Smithard, 2019; RNAO, 2012; Scheepmans et al., 2020). Estes riscos não são diretamente atribuídos à utilização de dispositivos ou equipamentos de contenção mecânica propriamente ditos; estão relacionados com a condição física e mental da pessoa idosa. As pessoas idosas com comprometimento da capacidade física e/ou mental ficam mais suscetíveis a experienciar os efeitos negativos resultantes da utilização destas medidas (Gastmans & Milisen, 2006).

Para além das complicações descritas, as pessoas idosas também referem como consequência da utilização de medidas de contenção mecânica a perda de liberdade, identidade, autonomia e dignidade (Gallinagh, Nevin, Campbell & McAleese, 2001; Spinzy, et al., 2018; Wong et al., 2020).

1.1.1. A tomada de decisão de enfermagem em relação à aplicação de medidas de contenção mecânica

Posto isto, torna-se mais perceptível que a maior dificuldade relativamente a este tema relaciona-se com a tomada de decisão dos profissionais de saúde acerca da aplicação de medidas de contenção mecânica. No caso dos enfermeiros, a tomada de decisão é um processo de deliberação ética, uma vez que a ideia central é “fazer o bem” às pessoas de quem cuidam, significando isto, proteger a sua segurança ou procurar pela melhor solução (Gastmans et al., 2013). Uma vez que “fazer o bem” é um conceito subjetivo e de difícil definição, também não é possível estabelecer um consenso para a tomada de decisão nestas situações; importa identificar os diferentes valores éticos inerentes e equilibrá-los de acordo com cada situação (Billay et al., 2007; Gastmans et al., 2013). Para os enfermeiros, os aspetos relacionados com a tomada da decisão centram-se em primeiro lugar manter a integridade física, seguida pela integridade psicológica e em terceiro lugar pela integridade moral (Gastmans et al., 2013). Especificando, o valor da integridade física inclui:

- Proteger a segurança física do doente - utilizado como fundamento o facto de os profissionais referirem utilizar medidas de contenção mecânica para garantir a segurança do doente, seja na prevenção de quedas ou para evitar a remoção de dispositivos médicos (Gastmans et al., 2013);
- Proteger a segurança física dos outros doentes – evitando o contacto físico entre doentes (Gastmans et al., 2013);
- Proteger a liberdade de movimentos do doente – através do princípio de, na necessidade de aplicar medidas de contenção mecânica, começar por aquelas menos restritivas, de forma a minimizar a restrição de movimentos (Gastmans et al., 2013);
- Evitar efeitos adversos físicos da utilização destas medidas – o conhecimento por parte dos enfermeiros dos riscos associados à utilização de medidas de contenção mecânica leva a que a tomada de decisão seja mais ponderada, (Gastmans et al., 2013);
- Balancear a segurança física e a liberdade de movimentos – são valores com bastante peso na tomada de decisão, mas que entram facilmente em conflito um com o outro. Os enfermeiros avaliam as vantagens e desvantagens de

diferentes alternativas até chegarem à opção que apresenta o maior benefício para o doente (Gastmans et al., 2013). Esta decisão é tida como árdua de tomar porque a escolha de um valor inevitavelmente põe o outro em risco e os profissionais pretendem garantir que os riscos envolvidos e o potencial de danos resultante da aplicação das medidas de contenção seja proporcional à gravidade da situação clínica do doente (Gastmans et al., 2013).

Relativamente à proteção do valor da integridade psicológica, este inclui:

- Garantir a integridade psicológica do doente – através de os profissionais privilegiarem a utilização de estratégias alternativas à contenção mecânica (Gastmans et al., 2013);
- Garantir a integridade psicológica dos outros doentes – é importante ter em consideração, não só a integridade psicológica da pessoa idosa, como a de todos os outros com quem ela partilha o espaço na unidade de cuidados (Gastmans et al., 2013);
- Evitar efeitos adversos psicológica decorrentes da utilização de medidas de contenção mecânica – tal como nos danos físicos, é importante que os enfermeiros tenham conhecimento dos danos psicológicos e da forma como estes afetam a pessoa submetida a estas medidas para que possa ser um fator preponderante no processo de tomada de decisão (Gastmans et al., 2013).

Para além dos valores da integridade física e psicológica, destacam-se ainda como pertinentes para a tomada de decisão o valor da dignidade, liberdade e o respeito pela autonomia (Gastmans et al., 2013).

Estes valores constam na Declaração Universal dos Direitos Humanos, especificamente nos artigos 1º e 3º em que: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”, respetivamente, e está fundamentada no fato de que cada pessoa é um indivíduo único que se torna cada vez mais humano pelo contacto com os outros, participando assim da sociedade como um todo não podendo ser abandonada, nem mesmo por doença, deficiência ou morte iminente (Gastmans & Milisen, 2006). A dignidade é um conceito multidimensional e socialmente construído, influenciado pelo ambiente sociocultural e pela história pessoal, compreendendo uma dimensão interna – valorização de si – e a dimensão externa – a valorização por parte

dos outros (Simões & Sapeta, 2019). Portanto, precisar o seu significado é um desafio, uma vez que, embora estudado por muitos, trata-se de um termo abstrato e subjetivo, difícil de ser mensurado. No contexto deste trabalho, a dignidade é característica inerente do ser humano, que pode ser sentida como atributo do *self*, e que se manifesta através de comportamentos que demonstram respeito por si próprio e pelos outros (Jacelon et al., 2004).

Especificamente no que diz respeito aos idosos, estudos demonstram que, numa fase inicial do internamento hospitalar, receber tratamento para poder voltar para casa era mais importante do que manter a dignidade. Contudo, foi percebido que quanto maior o tempo de hospitalização, mais as pessoas idosas davam importância ao respeito pela dignidade pois sentiam-se negativamente afetadas pelos procedimentos a que eram submetidas, pela falta de privacidade e pelo modo como eram tratadas pelos profissionais (Jacelon, 2003). As pessoas idosas percebem a dignidade como identidade, direito humano e autonomia, sendo que cada dimensão pode ser mantida ou comprometida pelo comportamento do idoso ou da equipa e pelo contexto em que estão inseridos (Woolhead et al., 2004).

A dignidade é garantida pelos enfermeiros informando a pessoa e pedindo o seu consentimento, falando de forma assertiva, explicando o procedimento a ser realizado; reavaliando periodicamente a necessidade de manter as medidas de contenção e tratar o doente à semelhança dos outros, sem discriminação (Gastmans et al., 2013). Para os enfermeiros, garantir o respeito pela dignidade passa pela forma como comunicam com os doentes confusos, na forma como aplicam as medidas de contenção mecânica e o respeito pela sua autonomia (Gastmans et al., 2013). O respeito pela autonomia inclui explicar o procedimento ao doente e solicitar o seu consentimento, tendo em conta que é sempre dada a devida importância devido às limitações cognitivas que impedem a pessoa de fornecer uma autorização livre e esclarecida; sendo neste caso fundamental envolver a família na tomada de decisão (Gastmans et al., 2013; Ye et al., 2018).

A máxima na tomada de decisão passa por balancear a beneficência e a não-maleficência tendo em consideração todos os aspetos anteriormente referidos, evitando situações de abuso por parte dos profissionais. Torna-se, então, pertinente que as instituições de cuidados de saúde tenham regulamentado os procedimentos a

seguir perante uma situação em que se identifica a necessidade de aplicar medidas de contenção mecânica e que as equipas de cuidados de saúde estejam capacitadas para prestar cuidados de acordo com as melhores práticas com visto a proteger todos os aspetos da integridade das pessoas de quem cuidam (Ye et al., 2018).

Percebe-se então que a tomada de decisão relacionada com a utilização de medidas de contenção mecânica é um processo complexo influenciado por vários fatores, que incluem fatores relacionados com as características da pessoa, mas também com as atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde (Scheepmans, et al., 2014).

1.1.2. Princípios na utilização de medidas de contenção mecânica

Considerando esta complexidade, é pertinente que os profissionais de saúde aumentem a sua consciencialização e conhecimento acerca deste tema de modo a ficarem capacitados para tomadas de decisão que vão de encontro às necessidades das pessoas idosas de quem cuidam. Esta lacuna no conhecimento e de competências causa não só problemas para os doentes como também causa desafios legais e éticos para os prestadores de cuidados. Por este motivo, é necessário a elaboração *guidelines* e normas de orientação que promovam a qualidade dos cuidados prestados, reduzindo a utilização de medidas de contenção mecânica e consequentemente as complicações associadas (Sharif et al., 2021).

Assim, consideram-se como princípios a seguir na utilização de medidas de contenção mecânica nas pessoas idosas em ambiente hospitalar: formação acerca da utilização de contenção mecânica; a tomada de decisão, a implementação de procedimentos, a monitorização dos idosos submetidos a contenção mecânica, os registos e a gestão da contenção mecânica (Sharifi et al., 2021).

A formação dos profissionais de saúde nesta área é fundamental para capacitar na tomada de decisão correta e na prestação de cuidados de qualidade e inclui:

- 1) Definição, prevalência, motivos e indicações para a contenção e necessidades educacionais;
- 2) Complicações da contenção mecânica, direitos das pessoas e desenvolvimento de ferramentas de apoio à tomada de decisão;

- 3) Plano de cuidados individualizado, guias práticos de atuação em caso de contenção mecânica e privilegiar a utilização de estratégias alternativas;
- 4) Prevenção e intervenções direcionadas para o tema das quedas;
- 5) Plano de cuidados individualizado no controlo de comportamentos em idosos com demência/ alterações cognitivas ou da linguagem;
- 6) Pessoas idosas e a contenção mecânica e temas de carácter legislativo (Abraham et al., 2020; Kong et al., 2017; Sharifi et al., 2021).

Alguns exemplos de estratégias alternativas à contenção mecânica incluem:

- Abordagem entre a equipa multidisciplinar e a pessoa idosa, família/ pessoa de referência, sendo que esta parceria nos cuidados deve ser continuamente monitorizada e reavaliada baseada na observação e nas preocupações dos idosos/família;
- Maximizar a vigilância dos doentes;
- Aumento das interações sociais e ambientes familiares;
- Redução de ruídos e luzes principalmente durante a noite;
- Criação de rotinas;
- Medidas de distração e entretenimento, por exemplo fornecer material de escrita e leitura, álbuns de fotografias, música ou televisão;
- Perguntar regularmente se tem fome, necessidade de ida à casa-de-banho, frio/calor, dores;
- Camuflagem de dispositivos médicos com redes tubulares/ pijama de mangas compridas;
- Explicações verbais frequentes acerca de necessidade de restrição da mobilidade quando sozinhos e a importância de tocar à campainha sempre que necessitem (RNAO, 2012).

O princípio da tomada de decisão remete para a tomada de decisão reflexiva e de forma consciente tendo em conta os valores éticos e morais que regem a profissão de enfermagem. A redução do uso de contenção mecânica requer uma abordagem crítica e ponderação de valores, normas e razões, centrada na pessoa cuidada, sendo importante seguir quatro valores: respeito pela dignidade da pessoa idosa, autonomia, autoconfiança e bem-estar geral (Scheepmans et al., 2020)

A contenção mecânica deve ser considerada como último recurso para garantir a segurança dos doentes e nunca ser utilizada como uma opção para reduzir a carga de trabalho em caso de redução de rácios ou como forma de disciplinar/ punir os doentes (Sharifi et al., 2021). A tomada de decisão deve ser realizada em equipa multidisciplinar, ou seja, a responsabilidade pelo seu uso deve ser partilhada (Sharifi et al., 2021). Verifica-se, contudo, que em algumas situações a utilização de medidas de contenção mecânica é feita de forma independente pelos enfermeiros. Estes fatores devem ser tidos em conta aquando da criação de diretrizes e protocolos de atuação, que devem incluir itens sobre o consentimento do doente e a partilha de responsabilidade na equipa prestadora dos cuidados de saúde (Sharifi et al., 2021).

Quanto ao princípio para a implementação de procedimentos de contenção mecânica, os dispositivos mais comumente utilizados incluem as grades da cama, faixa abdominal, imobilizador membros, lençóis e mesas de apoio (Faria et al., 2012; Gunawardena & Smithard, 2019). Na necessidade de recorrer à contenção mecânica, os equipamentos devem ser *standard*, confortáveis, seguros e do tamanho apropriado ao doente, feitos com material suave e flexível; preferencialmente com abertura fácil ou nós que sejam facilmente removíveis (Sharifi et al., 2021).

A monitorização de pessoas idosas submetidas a contenção mecânica deve ser realizada através de um plano de cuidados individualizado, em que a condição física e mental deve ser vigiada a cada 15 - 30 minutos, de forma contínua e assegurando a satisfação das necessidades básicas como a alimentação, hidratação, higiene e eliminação (Hollins, 2017; Sharifi et al., 2021). A contenção mecânica deve ser utilizada por curtos períodos de tempo e descontinuada assim que o motivo que levou à sua aplicação seja eliminado ou caso surja alguma complicação; não deve ser utilizada mais de 4h e a cada 2h deve ser removido durante 10 - 15 minutos (Hollins, 2017; Sharifi et al., 2021).

Quanto ao princípio dos registos clarificar que os registos dos profissionais de saúde funcionam como salvaguarda para a pessoa idosa e para o próprio profissional e devem incluir: alternativas à contenção mecânica realizadas e a sua ineficácia; razões para a utilização das medidas de contenção mecânica; as horas a que a contenção foi aplicada e removida; o tipo de contenção utilizada; o consentimento do doente, família/cuidador; condição física e mental da pessoa idosa antes, durante e

após as medidas de contenção; a prescrição médica e a presença de complicações decorridas da utilização de contenção mecânica até 24h após a sua remoção (Sharifi et al., 2021).

Relativamente ao princípio na gestão de contenção mecânica, a gestão de sistemas hospitalares deve desenvolver estratégias para eliminar a utilização de contenção mecânica, através da criação de políticas e normas de orientação, que devem estar disponíveis a todos os profissionais sob a forma escrita (Sharifi et al., 2021).

1.1.3. A percepção dos profissionais, das pessoas idosas e dos familiares em relação à aplicação de medidas de contenção mecânica

A complexidade associada a este tema está também relacionada com a forma como é experienciada e vivenciada, onde são identificadas interpretações distintas dependendo da perspetiva de cada elemento incluído neste processo: a tríade enfermeiro (profissional de saúde), pessoa idosa (internada em ambiente hospitalar) e família. Assim, da revisão da literatura realizada, foi possível identificar que os enfermeiros mencionam a prevenção de quedas, segurança do doente, alteração do estado cognitivo e a remoção de dispositivos médicos como motivo para a aplicação de medidas de contenção mecânica (Arai & Leibowitz, 2014). Referem ainda como principais emoções e sentimentos associados à aplicação destas medidas a tristeza, culpa, angústia, conflito e até a ausência de sentimentos por considerarem que é uma medida que faz parte da rotina, revelando inclusivamente, em alguns casos atitudes positivas (Ferrão et al., 2021; Rodrigues et al., 2020). Utilizam como estratégias de *coping* para lidar com estes sentimentos e emoções falar com os doentes, partilhar com os colegas, racionalizar a situação e utilizar estratégias alternativas à contenção mecânica como a supervisão, contenção química e mudança no ambiente (Strumpf & Evans, 1988). Como efeitos adversos da contenção referem principalmente os comportamentais por perceber que os idosos ficam mais agitados e agressivos com a sua colocação (Strumpf & Evans, 1988).

Da perspetiva das pessoas idosas internadas, a maior parte refere não saber identificar o motivo que justifique a necessidade de terem sido contidos e nesses momentos percecionaram como uma experiência memorável envolvendo conflito, sentimentos de vergonha, raiva, medo e humilhação; perda de autonomia e da liberdade de movimentos, falta de segurança, referindo ainda não se sentirem ouvidos

nem incluídos na tomada de decisão (Amatriaina et al., 2012; Wong et al., 2020;). Para lidar com isto utilizam como estratégias: não fazer nada ou desistir, pensar, rezar, tentar esquecer e tentar remover a contenção (Wong et al., 2020). Quando questionados acerca de alternativas os idosos referem pertinente existir mais avaliação por parte da equipa de enfermagem; mais explicações; acesso mais fácil à casa-de-banho; mais atividades de distração; alta hospitalar precoce; retirar grades da cama ou que estas sejam controladas pela própria pessoa e aumentar a analgesia/sedação (Spinzy et al., 2018).

Quanto aos familiares das pessoas submetidas a medidas de contenção mecânica, estes têm dificuldade em definir o conceito embora saibam identificar alguns dispositivos e justificar a sua utilização; referem também não ter sido pedido consentimento (Hardin et al., 1993). Se por um lado aceitam a sua utilização como uma medida de segurança, por outro quando ocorre rejeição esta está relacionada com experiências pessoais negativas, a observação de situações de outras pessoas contidas e com a perceção de que pode haver lesões mais graves (Amatriaina, et al., 2012). Por este motivo, os sentimentos e emoções referidos são de ambivalência: preferiam que o familiar não estivesse contido, mas sentem que é necessário. Quando questionados acerca de alternativas, os familiares não apresentam sugestões ou as que apresentam têm a ver com outros métodos de contenção (Amatriaina et al., 2012).

1.2. Filosofia do cuidar: Teoria do cuidado humano de Jean Watson

Subsequente ao descrito, é perceptível a complexidade do tema da contenção mecânica e da ténue linha entre o cuidado à pessoa idosa com segurança e dignidade e o abuso de poder por parte dos profissionais de saúde. Neste sentido, é pertinente mencionar a filosofia de cuidados que suporta este trabalho. Trata-se da Teoria do Cuidado Humano, desenvolvida por Jean Watson, que coloca a preservação da dignidade humana como parte integrante do cuidado, propondo como núcleo da ciência da enfermagem as relações transpessoais (Watson, 2007).

Os focos desta teoria são a enfermagem, caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal; as pessoas tomadas com todo o seu potencial – mente, emoções e corpo; a saúde, visando a experiência subjetiva de

harmonia entre a mente, corpo e espírito e o meio ambiente, onde as atitudes do cuidar podem ser transmitidas (Watson, 2008).

A Teoria do Cuidado Humano defende o cuidado como uma ciência humana desenvolvida a partir de fundamentos filosóficos e valores humanistas, baseada numa abordagem holística, em que o ser humano assenta como ponto de convergência de todas as intervenções de enfermagem e é visto com sensibilidade, delicadeza e atenção cuidadosa (Watson, 2007). A interação entre enfermeiro-doente desenvolve as relações interpessoais, nas quais cada interveniente desempenha funções específicas. Trata-se de uma teoria que funciona como um complemento da ciência convencional e da prática de enfermagem moderna e que propõe uma intervenção consciente nos cuidados, potencializando a cura e a integridade e descreve a consciencialização voltada ao levantamento de questões sobre o que significa cuidar e ser cuidado e sobre estar doente (Watson, 2008). Prioriza a preservação da saúde e procura meios para melhorar, proteger e preservar a dignidade, humanidade e integridade da pessoa (Watson, 2007).

Por forma a facilitar a compreensão e aplicação desta abordagem, Jean Watson desenvolveu 10 princípios – fatores caritativos – que são a fundamentação teórico-filosófica para a disciplina de profissão da enfermagem, e incluem (Watson, 2007):

1. Sistema altruísta de valores: Os valores humanistas constituem o primeiro e mais básico fator para a ciência e ética do cuidar humano e incluem a bondade, empatia, preocupação e amor pelo próprio e pelos outros e trazem valor à vida de uma pessoa através dos relacionamentos (Watson, 2007).
2. Permitir e manter a fé e a esperança: As crenças dos doentes são encorajadas, honradas e respeitadas uma vez que são tidas como influências importantes na promoção e manutenção da saúde (Watson, 2007). No caso da contenção mecânica é importante falar com a pessoa, explicar quais as opções disponíveis, permitir que expresse a sua opinião e valorizá-la, adequando-a ao plano de cuidados.
3. Sensibilidade em relação a si próprio e aos outros: A forma de desenvolver esta sensibilidade é reconhecendo como é que o outro se sente. As emoções e sentimentos fazem parte do cerne do ser humano e quem os reprime tende a não permitir que os outros expressem os seus; por esse motivo é tão

importante desenvolver a auto sensibilidade, que vai levar à autoaceitação e crescimento emocional e conseqüentemente à aceitação dos outros (Watson, 2007). Quando esta capacidade é desenvolvida, os enfermeiros tendem a ser capazes de perceber mais facilmente o ponto de vista dos outros e subsequentemente aumentar a preocupação pelo conforto, recuperação e bem-estar do outro (Watson, 2007). Particularmente importante nos casos dos idosos submetidos a contenção mecânica, no sentido de reconhecer quais os sentimentos e emoções sentidos por eles, comumente centram-se em aspectos negativos.

4. Desenvolver uma relação de ajuda e confiança: o estabelecimento desta relação é transpessoal, o que significa que ocorre um desvio no foco do cuidar de forma tecnicista, focando-se numa forma mais social e espiritual (Watson, 2007). O enfermeiro consegue entrar na experiência da pessoa de quem cuida e vice-versa; ou seja, uma relação em que ambos são envolvidos e em que esta conexão maximiza a preocupação pela dignidade humana e preservação da humanidade (Watson, 2007).
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos e emoções positivos e negativos: Os sentimentos e emoções devem ser tão valorizados como os pensamentos e comportamentos uma vez que não é possível dissociar uns dos outros (Watson, 2007). Quando reproduzimos os pensamentos estes são premeditados sendo que os sentimentos e emoções revelam muito mais sobre aquilo que a pessoa realmente está a sentir. Por isso é fundamental incentivar a sua expressão para melhor compreender as pessoas porque só desta maneira é que a relação de ajuda/confiança consegue evoluir (Watson, 2007). O mesmo se aplica no caso das pessoas idosas submetidas a medidas de contenção mecânica; embora as pessoas digam que compreendem o motivo pelo qual foram submetidas, quando é solicitado que refiram as suas emoções e sentimentos, estas têm habitualmente conotações negativas. A percepção sobre isto permite o estabelecimento de uma relação terapêutica com significado.
6. Envolver-se em soluções criativas, individualizadas e de resolução de problemas no processo de cuidar: O processo de tomada de decisão na resolução de problemas não é linear; pelo que uma abordagem criativa reconhece que os enfermeiros usaram todas as ferramentas que têm

disponíveis no cuidado e que incluem: conhecimento técnico, intuição/instintos, tecnologia, competência, ética, experiências pessoais, bem como conhecimento pessoal e espiritual (Watson, 2007). A utilização de uma abordagem holística e multifatorial vai permitir que os cuidados prestados sejam individualizados e adequados a cada situação.

7. Promover o ensino-aprendizagem transpessoal: Este fator reforça o papel educacional do enfermeiro, com a ressalva de que é mais do que transmitir de informação num único sentido (Watson, 2007). É um processo dinâmico, de troca de informação mútua dentro da relação terapêutica uma vez que é fundamental adaptar os ensinamentos à realidade de cada pessoa (Watson, 2007).
8. Provisionar um ambiente de cura a todos os níveis: mental, físico, sociocultural e espiritual que seja sustentador, protetor e/ou corretivo: O propósito de providenciar este tipo de ambiente é garantir a qualidade dos cuidados e a integridade, recorrendo a fatores como o conforto, a privacidade e a estética do ambiente, integrando também o enfermeiro como parte desse ambiente uma vez que a sua consciência do cuidado vai ter influência na prestação de cuidados (Watson, 2007). Um ambiente desconhecido, em o doente tem os seus movimentos restringidos, sem a empatia dos profissionais e onde não se pode mexer livremente vai contra este fator, impossibilitando a cura a todos os níveis.
9. Assistir na satisfação das necessidades básicas humanas: Assistir a outra pessoa nas suas necessidades básicas dá ao enfermeiro acesso ao corpo físico do outro de uma forma muito íntima (Watson, 2007). Segundo este modelo, o enfermeiro não toca apenas o corpo; incorpora o espírito, o que reforça o pensamento de que todas as necessidades são igualmente importantes e devem ser valorizadas e atendidas no processo de cuidado (Watson, 2007).
10. Aceitar a existência de forças existenciais e fenomenológicas, que vão potenciar o cuidado transpessoal: Este fator reforça os fenómenos do desconhecido, que não são cientificamente explicados nem vão de acordo com o pensamento racional e que incluem aspetos metafísicos e filosóficos das experiências humanas como crenças culturais, mitos e metáforas de vida dos enfermeiros, doentes e famílias, permitindo tratamentos e curas milagrosos (Watson, 2008).

Os idosos pertencem a uma população vulnerável, estando esta condição agravada quando se encontram num ambiente diferente do habitual como é o caso dos internamentos em meio hospitalar. A filosofia de cuidados desenvolvida por Jean Watson e proposta como fundamento para este projeto instiga a que os cuidados de enfermagem sejam prestados de forma empática e carinhosa, de modo a visar a pessoa idosa como um todo, envolvendo todas as suas dimensões e dando ênfase à sua individualidade.

O facto de se incentivar o enfermeiro a pensar acerca de si enquanto cuidador e no outro enquanto alvo de cuidados vai permitir que reflita acerca da sua prática profissional e daquela que presencia no quotidiano. Isto, aliado a um aumento do conhecimento técnico-científico acerca do tema da contenção, vai aumentar a sua sensibilidade para este tema. Adicionando o cuidado transpessoal vai facilitar a criação de estratégias de cuidados, baseadas no respeito pelos direitos da pessoa idosa bem como indo de encontro à suas necessidades, desejos e expectativas, minimizando a despersonalização que muitas vezes ocorrem em ambiente de internamento hospitalar. Isto aplica-se ao tema da contenção mecânica no sentido em que embora existam indicações específicas para a sua utilização, cada situação deve ser avaliada e ponderada, de acordo com a sua especificidade. Sob esta linha de pensamento, o enfermeiro é dotado de capacidade de se colocar no lugar do outro, de compreender os riscos associados à sua utilização e de ser empático e procurar estratégias alternativas à utilização de medidas de contenção mecânica que não coloquem em risco os direitos das pessoas de quem cuida. O enfermeiro tem como papel colocar-se no lugar do outro, protegendo-o nos seus momentos de maior vulnerabilidade – que acontece muitas vezes em situação em que é colocada a hipótese de contenção mecânica – seja por alterações do estado de consciência que comprometem o conhecimento das suas próprias limitações e a tomada de decisão livre e esclarecida. Tendo em conta os riscos e complicações associados à contenção mecânica já mencionados, é pertinente que a decisão na sua utilização tenha responsabilidade partilhada dentro da equipa de cuidados de saúde. Por este motivo, é pertinente ter todos os profissionais de saúde dotados de conhecimento técnico-científico: sobre o tema, sobre as estratégias alternativas e sobre as boas práticas na necessidade de utilização.

2. CONTEXTO DA EXECUÇÃO DO PROJETO

2.1. Justificação e pertinência do projeto

Segundo o exercício de Projeções de População Residente 2018 – 2080 realizado pelo Instituto Nacional de Estatística, é estimado que a população idosa (> 65 anos) passará de 2,2milhões para 3,0milhões (Instituto Nacional de Estatística, 2020). Embora visto como uma conquista consequente dos progressos económicos, sociais e biomédicos, o envelhecimento da população significa também estar mais exposto a riscos: vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social e solidão, dependência, estigmatização e abusos por discriminação ou negligência (DGS, 2017). Concomitantemente, o número de pessoas com doenças crónicas não transmissíveis tem aumentado, sendo estas responsáveis por elevados números de morbilidade e mortalidade, estando inclusivamente descrito que, atualmente, sete das principais dez causas de morte mundialmente inserem-se nesta categoria (World Health Organization [WHO], 2020). Assim, são expectáveis os dados que revelam que as doenças crónicas aumentam o risco de internamento com consequente aumento de complicações e do declínio funcional (Dantas et al., 2016).

No que diz respeito em particular à população idosa, esta mostra-se vulnerável uma vez que experimentam uma combinação de fatores que precipitam doenças ou lesões (Mudge et al., 2019). A hospitalização das pessoas idosas pode levar a complicações que não estão diretamente relacionadas com o motivo de internamento, como é o caso do *delirium*, do declínio funcional, da incontinência adquirida em ambiente hospitalar, das quedas e das úlceras por pressão com consequente aumento do tempo de internamento, diminuição da funcionalidade e aumento da mortalidade (Mudge et al., 2019). Estes fatores, associados ao próprio processo de envelhecimento, contribuem para que as pessoas idosas tenham um risco acrescido de experienciar um incidente relacionado com a segurança do doente no internamento hospitalar (Wald et al., 2019).

A fragilidade desta população, causada pelos fatores supramencionados, tornam as pessoas idosas mais suscetíveis de serem submetidas a medidas de contenção. Foram encontradas referências a este tema desde os anos 80 do século passado, ainda assim é um tema pouco consensual e que continua a não ser

suficientemente falado ou estudado uma vez que existem dados internacionais que revelam uma prevalência de 3 – 23% na utilização de medidas de contenção mecânica em ambiente hospitalar (Kalula & Petros, 2016; Kruger et al., 2013; Ragan, et al., 2015; Thomann et al., 2020). A nível nacional existe apenas um estudo que tenta compreender quais os motivos e as circunstâncias da utilização de medidas de contenção mecânica; o estudo realizado pelos autores Faria, Paiva & Marques (2012), que revelou 19,9% na utilização de medidas de contenção mecânica da população estudada. Como se pode verificar é um tema com pouca expressão em Portugal, sendo os principais trabalhos encontrados produzidos em âmbito académico.

Os enfermeiros têm o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, exercendo a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adotando para isso medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste caso, o problema surge na banalização da utilização das medidas de contenção mecânica, com fraca reflexão no processo de tomada de decisão. A decisão de aplicar estas medidas deve estar bem regulamentada e não se deve recorrer a elas em situações para as quais não estão indicadas tais como a pedido de familiares, rácios desadequados entre profissional de saúde – doente, comportamentos de rotina dos profissionais, atitude paternalista em relação aos idosos, desconhecimento das complicações ou da existência de medidas alternativas, ausência de competências/ capacidade limitada da parte dos profissionais para lidar com alterações comportamentais e cognitivas das pessoas de quem cuidam (Gastmans & Milisen, 2006). Como tal, é então compreensível que a aplicação de medidas de contenção mecânica cause conflitos nos princípios éticos e valores, pelo que é fundamental, o conhecimento aprofundado dos princípios éticos e teorias que apoiam os enfermeiros na tomada de decisões complexas (Hughes & Lane, 2016).

A escolha deste tema aconteceu aquando da alteração da dinâmica hospitalar causada pela pandemia por Covid-19 no local onde exerço funções (unidade de internamento médico), em que me apercebi, de modo informal, do aumento no número de pessoas, em particular as idosas, submetidas a medidas de contenção mecânica, resultado da tomada de decisão sem critérios definidos por parte dos

profissionais de saúde. Não tendo os conhecimentos aprofundados na área, mas não concordando com estes procedimentos, surgiu a oportunidade de o trabalhar a nível académico, em que o meu objetivo inicial passava por estudar o tema para o compreender melhor, saber quais as melhores práticas por forma a melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes idosos na unidade e diminuir assim o impacto negativo inerente ao internamento hospitalar decorrente da utilização de dispositivos de contenção mecânica.

Assim, o presente projeto tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas em risco de contenção mecânica em contexto hospitalar. Para tal, a metodologia utilizada foi a metodologia de projeto que tem como principal objetivo a resolução de problemas, cujo suporte é o conhecimento teórico ser aplicado na prática e através dela, adquirir capacidades e competências, neste caso as de enfermeiro mestre e especialista (Ruivo et al., 2010).

O local de estágio onde decorreu o projeto foi o Gabinete Segurança do Doente de um centro hospitalar de Lisboa. O Gabinete Segurança do Doente foi criado em agosto de 2016, em substituição do extinto Gabinete Gestão do Risco e é uma estrutura de apoio do Conselho de Administração, integrando o Sistema da Qualidade e Segurança do centro hospitalar e participando na Comissão da Qualidade e Segurança (Ministério da Saúde, 2021). O GSD tem como finalidade garantir cuidados de saúde seguros, eficientes e centrados nas necessidades do doente e família, através de intervenções coordenadas e sistemáticas e seguindo os valores da transparência, confidencialidade, ética da saúde, deontologia e respeito (Ministério da Saúde, 2021). Integra uma equipa multiprofissional com uma estrutura com quatro núcleos operacionais: gestão da avaliação do risco; gestão de incidentes e indicadores; apoio a projetos de segurança do doente e formação e investigação em segurança do doente (Ministério da Saúde, 2021). Para além disso, o GSD já tem trabalho desenvolvido no tema da abordagem ao doente confuso e medidas de contenção desde 2017, no contexto de formação aos profissionais de saúde da instituição. Ainda assim, era do interesse desta unidade desenvolver um projeto de investigação para recolha e análise de dados da própria instituição.

Surgiu então a oportunidade de desenvolver as 18 semanas de estágio neste local. O GSD contacta diretamente com todas as outras áreas de prestação de

cuidados do centro hospitalar, pelo que numa fase inicial o estágio consistiu na realização de pesquisa bibliográfica relacionada com o tema da contenção mecânica de modo a recolher a evidência existente para a adquirir conhecimentos teóricos sobre a temática e formular o problema em estudo.

Portanto, estabeleceu-se para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista três atividades: 1) observação e prestação de cuidados diretos à pessoa idosa em unidades de internamento hospitalar; 2) estudo de investigação desenvolvido em colaboração com o GSD; e 3) formação dos profissionais de saúde no âmbito do tema do projeto.

Uma vez que este projeto engloba a aquisição e desenvolvimento de competências não só de enfermeiro mestre, mas também de enfermeiro especialista – com desenvolvimento de perícia clínica – foi considerado pertinente a prestação de cuidados diretos às pessoas idosas em risco de serem submetidas a medidas de contenção mecânica. Por isso, concomitantemente ao trabalho desenvolvido no GSD, durante seis semanas (entre dezembro 2021 e janeiro 2022), estive em prestação direta de cuidados numa unidade de internamento médico.

Relativamente ao estudo de investigação desenvolvido em colaboração com o GSD, trata-se de um estudo que visa estruturar um plano de melhoria que promova a segurança da pessoa idosa em risco de ser submetida a contenção mecânica em contexto hospitalar, recorrendo à utilização de estratégias alternativas à mesma. Foi estabelecido que o estudo seria feito através da identificação das práticas dos profissionais de saúde e da análise das atitudes e opiniões dos mesmos em relação ao tema, bem como de familiares de pessoas idosas internadas que tivessem sido submetidas a medidas de contenção mecânica. Para tal, foi escolhida uma unidade de internamento médico como local de implementação do estudo uma vez que se verifica que nestes serviços encontram-se internadas pessoas com os fatores de risco já mencionados que potenciam a utilização de medidas de contenção mecânica.

A formação aos profissionais de saúde decorreu no âmbito do estágio em vários momentos e sob vários formatos, como se encontra descrito no capítulo seguinte.

2.2. Finalidade, objetivos e atividades planejadas

A unidade curricular Estágio com Relatório teve como finalidade desenvolver competências comuns e específicas de enfermeira mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de cuidados à pessoa idosa. Para tal, foi elaborado, planejado e executado este projeto cuja finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica.

É pertinente clarificar que se adota como finalidade as pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica ao invés de pessoas idosas submetidas a contenção mecânica porque mais do que cuidar de pessoas submetidas a medidas de contenção mecânica, pretende-se evitar a sua utilização. E para evitar é necessário atuar mais precocemente, nomeadamente nas pessoas com fatores de risco. Profissionais bem formados conseguem ter uma visão melhor do que é recorrer a estratégias alternativas e procederem a uma tomada de decisão que evite a utilização de medidas de contenção como primeira linha de intervenção.

De forma a atingir esta finalidade, foram delineados os seguintes objetivos com as respetivas atividades:

OBJETIVO GERAL 1: Analisar a prática de cuidados de enfermagem a pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica em contexto hospitalar.

Objetivo específico 1.1: Prestar cuidados de enfermagem diretos a pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica.

Atividades planejadas:

- Aquisição de perícia clínica e desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa com fatores de risco para a contenção mecânica e que se encontram com estas medidas aplicadas, através da prestação de cuidados de enfermagem em contexto de estágio;
- Elaboração de planos de cuidados personalizados para os idosos em risco e submetidos a medidas de contenção mecânica;
- Promoção do cuidado à pessoa idosa de forma digna e segura, incentivando à utilização de medidas alternativas à contenção mecânica;

OBJETIVO GERAL 2: Desenvolver o estudo de investigação na área da segurança do doente, por forma a estruturar um plano de melhoria que promova a segurança da pessoa idosa em risco de ser submetida a medidas de contenção mecânica em contexto hospitalar.

Objetivo específico 2.1: Identificar os aspetos funcionais e organizacionais dos serviços onde o estudo de investigação será aplicado.

Atividades planeadas:

- Elaboração de uma grelha de observação sobre as práticas dos profissionais em contexto de prestação de cuidados;
- Observação das práticas dos profissionais de saúde em contexto de estágio, recorrendo à grelha de observação;
- Análise descritiva e reflexiva dos dados obtidos, segundo a evidência científica.

Objetivo específico 2.2: Analisar as perceções e opiniões dos profissionais de saúde e familiares de pessoas idosas internadas em contexto hospitalar, acerca das medidas de contenção mecânica.

Atividades planeadas:

- Elaboração do questionário acerca das práticas relativas à contenção mecânica a ser aplicado aos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) da unidade de internamento médico;
- Aplicação do questionário *online* aos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e AO) da unidade de medicina onde o estudo foi aplicado;
- Elaboração de guião de apoio à entrevista a realizar aos familiares de pessoas idosas submetidas a contenção mecânica no serviço selecionado, com base na revisão da literatura realizada acerca das opiniões/perceções dos familiares;
- Realização de entrevista a pelo menos dois familiares/ cuidadores informais de pessoas idosas, submetidas a contenção mecânica internadas na unidade de medicina onde o estudo foi aplicado.
- Análise descritiva e reflexiva dos dados obtidos, segundo a evidência científica.

OBJETIVO GERAL 3: Contribuir para a capacitação dos enfermeiros na tomada de decisão e prestação de cuidados que visem a segurança e a manutenção da dignidade das pessoas idosas com risco de contenção de mecânica.

Atividades planeadas:

- Formação *on job* no serviço onde o estudo de investigação foi implementado acerca do tema da contenção mecânica, nomeadamente: definição, fatores de risco, motivos, complicações, princípios na utilização de contenção mecânica, processo de tomada de decisão e estratégias alternativas à contenção mecânica;
- Formação no hospital para todos os profissionais com interesse no tema da contenção mecânica;
- Elaboração e publicação de materiais informativos: boletins informativos, *newsletter*, posters ou cartazes no âmbito do tema;
- Divulgação dos dados obtidos e a sua análise através de partilha com as equipas participantes no estudo e a outros interessados pertencentes à instituição;
- Elaboração de artigo científico com os resultados obtidos no estudo de investigação e divulgação dos resultados na instituição;
- Promove a reflexão acerca dos cuidados prestados à pessoa idosa e acerca das medidas de contenção mecânica.

3. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

3.1. Prestação direta de cuidados de enfermagem às pessoas idosas submetidas a medidas de contenção mecânica

Em primeiro lugar, referir que a segurança do doente representa uma área de trabalho em que existe contacto direto com o doente e é feita através dos elos de ligação das diferentes unidades que dão resposta aos elementos integrantes do Gabinete Segurança do Doente, onde o contacto com os doentes é menos direto. Por esse motivo e por forma a ter um percurso mais completo, que abrangesse uma componente prática e desenvolvimento de perícia clínica, foi pertinente a prestação direta de cuidados de enfermagem à pessoa idosa na unidade de internamento médico, sob a orientação de um enfermeiro especialista.

A unidade selecionada foi o internamento médico porque, ponderando em conjunto com a enfermeira orientadora, foi aquela cujas características iam de encontro àquilo que eu pretendia desenvolver com o meu projeto e àquilo que foi o estudo desenvolvido. Em primeiro lugar, nas unidades de medicina muitas das pessoas internadas pertencem à população-alvo do estudo: pessoas idosas e com fatores de risco para a contenção mecânica. Não sendo este o único fator, uma vez que outras unidades apresentam características semelhantes, o ambiente não é tão controlado e o rácio profissional de saúde-doente é menor; ao contrário do que acontece nas unidades de cuidados intensivos, por exemplo. Quanto ao tempo em contexto de prestação de cuidados, ponderou-se acerca da realização de seis semanas da totalidade das dezoito semanas de estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área em estudo. Ao longo dessas seis semanas, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas que em algum momento do seu internamento hospitalar foram submetidas a medidas de contenção mecânica. Nesse sentido, penso que seria produtivo exemplificar de forma sucinta algumas situações que me permitiram refletir acerca do tema da contenção mecânica em contexto hospitalar.

A primeira situação decorreu na prestação de cuidados à Sra. Maria (nome fictício), que apresentava contenção dos membros superiores com os imobilizadores de membros. À observação, a doente encontrava-se calma, sonolenta apesar de

reativa a estímulos verbais. Na abordagem verbal, compreendi que apresentava desorientação espaço/temporal e questioneei-a porque é que estava com os braços contidos. A senhora não conseguiu explicar o motivo, por não conseguir prestar atenção devido ao seu estado de sonolência. Esta senhora tinha uma sonda nasogástrica (SNG) que estava clampada e seria este o motivo para a utilização de medidas de contenção mecânica: evitar a remoção de dispositivos médicos. Após esta avaliação não me pareceu pertinente manter os imobilizadores durante mais tempo, principalmente pelo estado cognitivo da doente. Quando abordada esta questão com o enfermeiro responsável pela doente e ao refletir sobre a situação, percebemos que era importante perceber o motivo pelo qual a doente tinha o dispositivo médico e se este ainda era necessário. A doente tinha sido entubada para hidratação por via oral por apresentar um quadro de hipernatremia. Posto isto, surgiu uma outra questão: será que a hipernatremia estaria resolvida? Porque em caso afirmativo, o motivo pelo qual a Sra. Maria tinha sido contida estava eliminado e poder-se-ia remover os imobilizadores. Assim, foi abordada a equipa médica acerca desta questão, no sentido de se perceber em equipa qual a melhor abordagem. A médica responsável mostrou-se bastante surpreendida com a questão colocada porque antes de se ausentar na semana anterior, tinha deixado a indicação para a reavaliação da necessidade de manter a sonda nasogástrica após o estabelecimento dos valores de sódio no sangue; algo que tinha acontecido nos três dias anteriores a esta conversa.

Esta situação foi bastante marcante porque se tivesse existido uma reavaliação eficiente da necessidade de utilizar dispositivos de contenção mecânica, perceber-se-ia que já não seria necessário manter a sonda nasogástrica e consequentemente, esta senhora poderia estar liberta há três dias. Existem situações em que a utilização de equipamentos de contenção mecânica é necessário, contudo é imprescindível fazer uma correta reavaliação da sua necessidade, por forma a que os doentes não sejam de forma alguma prejudicados. Esta foi uma situação clara da importância da monitorização dos doentes submetidos a medidas de contenção mecânica, especificamente o facto de que deve ser removida quando o motivo que potenciou a sua utilização é eliminado (Sharifi et al., 2021; Hollins, 2017).

Outra situação que também foi marcante foi a do Sr. João (nome fictício). Um doente idoso em fim de vida em que mantinham a imobilização dos membros

superiores porque exteriorizava o cateter venoso periférico e a máscara de oxigênio. Naquele dia, à observação o Senhor João encontrava-se prostrado, não verbalizava, apresentando-se pouco reativo a estímulo externos, o que impedia a sua colaboração nos cuidados. Durante os cuidados de higiene foram removidos os imobilizadores de membros e durante todo o procedimento o doente manteve-se calmo e prostrado. Foi discutida esta questão com o enfermeiro orientador e com o enfermeiro responsável pelos cuidados a esta pessoa sobre qual seria a melhor abordagem relativamente à aplicação ou não de medidas de contenção mecânica. Ao falar com o enfermeiro responsável pelos cuidados a esta pessoa (que tinha cerca de dois anos de experiência profissional), ele referiu que por vezes tinha dificuldade na tomada de decisão porque na sua perceção o remover as medidas de contenção mecânica significava que o doente iria se prejudicar de alguma forma (remover o cateter e ser sujeito a nova punção venosa periférica, auto/heteroagressividade, probabilidade de cair ...) e que por esse motivo, acabava por manter a decisão da equipa que vinha de turnos anteriores sem refletir sobre as implicações dessa decisão para o doente. Neste momento, eu tentei desmistificar dizendo que nós temos de estar confiantes no nosso trabalho e para tal temos de ter conhecimento sobre os temas e neste caso, que alternativas teríamos à contenção mecânica e que à semelhança de outras situações, a decisão de manter os dispositivos de contenção mecânica também requer vigilância e monitorização dos doentes; por exemplo tal como quando temos um doente com febre e reavaliamos a temperatura horas mais tarde, o mesmo deve acontecer com os dispositivos de contenção mecânica – o estado dos doentes flutua ao longo do dia, assim como a necessidade de manter ou não estes dispositivos. O enfermeiro concordou com esta afirmação e referiu ainda que se torna mais complicada a decisão de remover os dispositivos de contenção mecânica porque em algumas das suas experiências passadas, o “dar o benefício da dúvida” (como ele próprio referiu) fez com que o doente saísse prejudicado. Referiu ainda, “mas o doente está prostrado; provavelmente nem se apercebe de que está com a contenção”. Nesta situação referi que sim, era verdade, provavelmente o senhor nem se apercebia, mas se fosse essa a linha de pensamento de todos, então o doente estaria 24 sobre 24 horas contido mecanicamente sem se compreender se efetivamente havia necessidade para a sua utilização. Perguntei-lhe diretamente “mesmo que não te apercebesses, se fosses tu, gostarias de estar nessas condições?”, ao que o enfermeiro respondeu “pois... visto desse modo... acho que

não.” Posteriormente a isso, falámos sobre que alternativas tínhamos e surgiu primeiro que tudo, tentar compreender o porquê de o senhor ter os imobilizadores colocados e de perceber qual a pertinência de mantê-los tendo em conta a situação clínica de fim de vida. Por fim, chegámos à conclusão de que removeríamos os dispositivos de contenção mecânica e que vigiaríamos o doente para perceber se havia necessidade de os voltar a colocar. O senhor esteve calmo durante o resto desse turno e faleceu ainda nesse dia.

Esta situação foi particularmente importante e fiquei a pensar sobre ela por várias questões: inicialmente fiquei impressionada quando o enfermeiro mencionou que o Senhor João nem se apercebia de que estava contido então não haveria problema de manter os imobilizadores, porque num primeiro olhar para a situação considerei quase como um insulto pela falta de sensibilidade e empatia por parte do enfermeiro. Quando tentei compreender os motivos pelos quais ele justifica a contenção mecânica desta forma, compreendi que isto pode ser um mecanismo de defesa dele, para conseguir lidar com esta situação (Rodrigues et al., 2020). Este colega tinha apenas dois anos de experiência, não tendo formação específica nesta área, pelo que a sua tomada de decisão não é aprofundada; passa por aquilo que aprende com os enfermeiros mais velhos e experientes encontrando-se numa etapa de desenvolvimento de competências que ainda se rege pelas regras e pelo que foi aprendido, existindo dificuldade em compreender a situação real do doente numa perspetiva mais alargada (Benner, 2001). Contudo, para além do desenvolvimento de competências profissionais também é importante o desenvolvimento pessoal, especificamente no que diz respeito à sensibilidade e respeito em relação a si próprio e aos outros (Watson, 2007). Isto vai permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica mais empática e com compaixão pelo outro, ajudando no processo de tomada de decisão (Watson, 2007).

Durante a discussão da situação não chegámos ao ponto de pensar mais alargadamente como “Tem os óculos nasais e cateter venoso periférico porquê? Estes dispositivos médicos ainda são necessários?”, uma vez que tendo em conta a situação de fim de vida do Sr. João a remoção destes dispositivos, ainda que accidental e pelo próprio, poderia não justificar novas punções, entrando aqui no tema da futilidade terapêutica em pessoas em fim de vida; no sentido em que há alternativas

à ministração de terapêutica endovenosa nestas situações e que são menos dolorosas para os doentes, como por exemplo a utilização da via subcutânea. Não sendo este o foco do trabalho, importa destacar que esta é uma abordagem que deve de ser coerente dentro da equipa, de modo a evitar incongruências nos cuidados, com consequentes danos para os doentes.

Uma terceira situação aconteceu com a Sra. Ana (nome fictício), uma senhora com quadro confusional, que se encontrava com imobilização de ambos os membros superiores para evitar a remoção da sonda nasogástrica. Mesmo estando mecanicamente contida, no turno da noite a senhora conseguiu remover o dispositivo médico. Posteriormente, foi realizada tentativa de entubação sem sucesso, pelo que foi protelada para o turno da manhã. No momento da observação verificou-se que a doente ainda se encontrava com imobilizadores de membros colocados, mantendo a mobilidade quase total dos membros. Nesta situação já não foi possível falar com a enfermeira que esteve responsável pelos cuidados durante o turno da noite, para tentar compreender qual o motivo pelo qual foram mantidos os imobilizadores mesmo após ter sido removido a SNG. Por outro lado, se já estavam largos o suficiente para a doente ter mobilidade dos membros superiores, surgiu a questão do porquê de não terem sido totalmente removidos? Noutras situações semelhantes que aconteceram os enfermeiros e os assistentes operacionais referiam que era para “ser mais rápido colocar se fosse novamente preciso”, ao que eu questionava se demoraria assim tanto tempo voltar a conter um doente, caso fosse necessário. E que tipo de impacto é que teria para a pessoa e para a família verem os dispositivos colocados mesmo que não estivessem totalmente presos. A maioria dos profissionais referiram que não tinha pensado dessa perspetiva e que efetivamente não lhes parecia lógico manterem os dispositivos.

Todas estas questões iam sendo debatidas com o enfermeiro orientador por forma a encontrar alternativas que fosse viáveis na unidade, adequadas para os doentes e que incentivassem à reflexão sobre o tema e à tomada de decisão em equipa. Destas situações que fui presenciando e participando ao longo do estágio, compreendi que a reflexão não se limita ao “porque é que o doente está contido?”; alguns dos fatores nem sequer estão relacionados com o doente, mas que podem ter impacto no aumento da utilização de medidas de contenção mecânica, tais como:

- Equipa de saúde bastante jovem e nova na unidade: muitos eram enfermeiros e assistentes operacionais recém-formados ainda sem competências que lhes permitisse já ter uma abordagem mais ampla em relação ao todo da situação, muito relacionado com os níveis de competência e a maturidade profissional e emocional dos próprios profissionais;
- A estrutura física da unidade: constituída por três enfermarias em que nenhuma tem acesso direto à sala de enfermagem onde é feita a preparação da terapêutica e os registos informáticos – que também ocupam um tempo considerável das tarefas do turno – sendo que os rácios não permitem que estejam enfermeiros em todos os turnos em todas as enfermarias em simultâneo. Embora este não seja motivo válido para aplicar medidas de contenção mecânica, pode ser entendido como um constrangimento a uma vigilância adequada.
- Rácios de enfermeiros e assistentes operacionais não estão adequados às necessidades da unidade – incluindo aqui a questão de que este estágio aconteceu numa época de que os casos diários de infeções por SARS-CoV-2 estavam muito elevados e quase diariamente existiam baixas por este motivo, sendo difícil assegurar as dotações seguras em todos os turnos.

Importa referir que abordagem às pessoas submetidas a medidas de contenção mecânica é multifatorial e deve ser considerada de um ponto de vista individual; para tal é necessário o desenvolvimento de competências nesta área, começando pela formação por forma a despertar os profissionais para este tema.

A acrescentar a este estágio, tive a oportunidade de falar com a enfermeira chefe de uma outra unidade de internamento médico que na sua vida profissional já tinha estudado as questões do doente confuso e das medidas de contenção sendo alguém que me poderia auxiliar a identificar qual a melhor abordagem destas situações em contexto real. Não foi possível estagiar nem fazer período de observação nesta unidade uma vez que foi convertida numa unidade de doentes infetados por SARS-CoV-2 pelo que a equipa estava em reajuste das dinâmicas. Ainda assim, da conversa que a Enfermeira se disponibilizou a ter, referiu que na sua perceção a aceitação em relação ao tema das estratégias alternativas à contenção mecânica está relacionada com a experiência dos profissionais, sendo que nos

recém-licenciados apesar destes não terem formação específica nem estarem sensibilizados nesta área, têm a vantagem de não virem com o hábito de as aplicar, sendo mais fácil incutir as boas práticas se estas já estiverem implementadas nas unidades. Quando questionada acerca dos motivos mais frequentes para a contenção mecânica na unidade, esta Enfermeira referiu as situações de agressividade e alguns casos para evitar a remoção de dispositivos médicos, nomeadamente a sonda nasogástrica. Nestes casos, os enfermeiros também estão sensibilizados para o facto de em primeiro lugar compreenderem a necessidade dos dispositivos médico e se haverá outra alternativa, optando por ela se houver; não partindo do princípio que um doente com sonda nasogástrica é imediatamente contido mecanicamente. Em primeira instância é avaliada a situação e só após esgotadas as alternativas e se o doente continuar a remover o dispositivo é que optam por esta medida, sendo uma decisão que é sempre que possível discutida em equipa multidisciplinar. Nos casos de agitação psicomotora, a Enfermeira refere que o que incentiva a equipa a fazer é em primeiro lugar perceber o motivo da agitação: dor, alguma necessidade fisiológica não satisfeita como a alimentação, sede ou a eliminação e neste último é importante também ter em conta a gestão da terapêutica prescrita no internamento. Durante o período noturno em que os episódios de confusão aguda se intensificam, fará sentido ter prescrito alguns tipos laxantes e/ou diuréticos que vão aumentar a probabilidade desta necessidade sofrer alterações? Se for terapêutica prescrita durante o dia, ou o mais cedo possível durante a noite, os doentes também conseguirão ter noites mais descansadas com sonos mais reparadores, minimizando situações de inversão dos ciclos do sono. Estes aspetos foram particularmente importantes porque me fizeram pensar que efetivamente minimizar a utilização de medidas de contenção mecânica é muito mais do que tirar os dispositivos e recorrer a estratégias alternativas. Todos os fatores do internamento podem ter influência na situação clínica da pessoa que pode culminar em última instância na aplicação de medidas de contenção mecânica.

Quanto à sensibilização das diferentes categorias profissionais a Enfermeira referiu que no seu contexto profissional os enfermeiros são os mais despertos para as questões relacionadas com a contenção dos doentes e são eles quem normalmente alertam os médicos para alguma situação precipitante que possa originar a necessidade de aplicar medidas de contenção. Em relação aos assistentes operacionais, referiu que ainda há um longo a caminho a percorrer uma vez que estes

por não terem tantos conhecimentos da parte clínica, é mais facilitador utilizar a abordagem de imobilizar, sendo os próprios a sugerir essa medida. Ainda assim, a Enfermeira reconhece uma melhoria na abordagem por parte dos assistentes operacionais, uma vez que antigamente eles aplicavam medidas de contenção mecânica autonomamente e atualmente antes de o fazerem falam e discutem a situação com o enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente, uma vez que reconhecem que a avaliação é feita pelo enfermeiro.

A Enfermeira refere que estruturalmente aquela unidade é facilitadora de uma maior vigilância dos doentes porque as enfermarias estão todas visíveis pois são separadas por vidros; referindo ainda que na sua opinião o ideal seria que estes doentes com quadros de confusão e agitação psicomotora tivessem acompanhamento permanente, o que não é possível por não existir recursos humanos que o permitam.

A nulidade na utilização de medidas de contenção mecânica ainda é uma utopia, contudo é perceptível que ao existir uma equipa de saúde sensibilizada e com competências para uma abordagem eficaz destas situações contribui para minimizar a utilização destas medidas.

3.2. Estudo de Investigação: Relato de Experiência

Este projeto também contou com uma componente de investigação que corresponde ao estudo desenvolvido em conjunto com a equipa do Gabinete Segurança do Doente. As iniciativas em investigação no âmbito da segurança do doente incluem a identificação de fatores de risco e perigos que causam ou potenciam a ocorrência de eventos adversos; o desenho, implementação e avaliação de práticas e soluções inovadores que contribuem para a melhoria da segurança do doente; monitorização e vigilância de forma a assegurar a manutenção de um ambiente de confiança e de uma cultura de segurança do doente (Ramos et al., 2021). Tendo em conta estes pressupostos é compreensível como o tema da contenção mecânica e uma abordagem adequada pode contribuir para a segurança das pessoas idosas.

O tema da contenção mecânica já tinha sido por mim trabalhado na unidade curricular de Envelhecimento Ativo lecionada no primeiro semestre do primeiro ano do curso, em que se cada estudante teria de desenvolver um projeto sobre um

determinante de envelhecimento que necessitasse de ser alvo de intervenção no nosso local de trabalho, no meu caso uma unidade de internamento médico de um hospital privado. Foi nesta altura que surgiu pela primeira vez o tema da contenção mecânica, porque em tempo de pandemia a minha perceção foi o aumento na utilização destas medidas como forma de conter os doentes para evitar episódios de queda resultante da diminuição da vigilância dos doentes internados em quartos individuais e sem a autorização de visitas ou acompanhantes. Nessa altura foi realizada pesquisa bibliográfica mais genérica que revelou que a utilização que medidas de contenção mecânica não estão diretamente relacionadas com a diminuição de episódios de quedas, revelando, portanto, uma má prática nos cuidados de enfermagem quando aplicadas por este motivo. Nesse sentido pareceu-me então pertinente investigar mais acerca deste tema e do seu impacto nas pessoas idosas e que estratégias alternativas podemos recorrer para evitar a contenção mecânica.

Posteriormente, a unidade curricular Opção II, lecionada no segundo semestre do segundo ano, teve como finalidade elaborar um projeto assente em trabalho de campo que permitisse desenvolver competências no cuidar das pessoas idosas e sua família na área de enfermagem médico-cirúrgica. Neste projeto, que viria a servir de pré-desenho para a unidade curricular Estágio com Relatório, foi feito o diagnóstico da situação a três níveis: das competências clínicas a partir dos conhecimentos, experiência e habilidades tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa; daquilo que a investigação revela sobre o tema selecionado e no contexto clínico, acerca das práticas de cuidados relacionadas com o tema no local onde o estágio decorreu. Nesta fase surgiu o primeiro impasse uma vez que a escolha do tema nesta altura teria influência para todo o percurso subsequente; seria o tema que seria trabalhado e alvo de investigação. Portanto fez-me sentido abordar um tema que eu gostasse e tivesse interesse dentro da área do cuidado à pessoa idosa; por esse motivo mantive a minha escolha sobre o tema da contenção mecânica porque tê-lo trabalhado anteriormente, ainda que de forma superficial, despertou o gosto e o interesse em aprofundá-lo.

A primeira dificuldade que surgiu foi sobre como concretizar uma vez que o tema da contenção mecânica ainda é pouco estudado em Portugal e a minha perceção era de que seria difícil encontrar um local de estágio relevante e que me permitisse desenvolver as competências exigidas. Para tal a orientação da equipa de docentes da ESEL foi fundamental pois após a partilha da decisão no tema selecionado fui informada de que havia uma unidade que tinha interesse em trabalhar este projeto: o Gabinete Segurança do Doente, onde o facto de integrar os aspetos relacionados com a Segurança do Doente, inclui a utilização de medidas de contenção e do seu impacto nos doentes internados. Este tema tinha sido trabalhado de forma mais superficial em projetos anteriores aquando da investigação da abordagem ao doente confuso, despertando o interesse para esta área no sentido de identificar qual a realidade do centro hospitalar, para posteriormente desenvolver ações de intervenção.

Posto isto, ainda na unidade curricular de Opção II, foi realizada pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema da contenção mecânica com o intuito de identificar o problema principal e realizar o diagnóstico de situação definindo-se assim o estudo de investigação com o objetivo de estruturar um plano de melhoria que promovesse a segurança da pessoa idosa em risco de contenção mecânica em contexto hospitalar. Foi então constituída a equipa de investigadores do estudo do qual para além de mim, integraram a professora orientadora da ESEL e a equipa do GSD bem como os responsáveis da unidade que integrou o estudo.

Neste sentido a minha participação enquanto estudante da ESEL permitiu ser “o catalisador” para o desenvolvimento de um estudo de investigação no GSD sobre este tema de interesse comum. Subsequentemente, também desempenhei o papel de elaborar o protocolo do estudo de investigação. Este protocolo, concluído na unidade curricular Estágio com Relatório, foi submetido para aprovação da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração do centro hospitalar e foi construído integrando os seguintes aspetos:

Introdução – onde foram apresentados o contexto e a pertinência do estudo;

Objetivos gerais e específicos – este estudo teve como objetivo geral estruturar um plano de melhoria que promova a segurança da pessoa idosa em risco de ser submetida a medidas de contenção mecânica em contexto hospitalar. Os objetivos específicos que permitem atingir a finalidade proposta foram: 1)

identificar práticas de contenção mecânica utilizadas pelos profissionais de saúde; 2) analisar os motivos que levam à contenção mecânica de pessoas idosas em contexto hospitalar; 3) analisar as atitudes e opiniões dos profissionais de saúde acerca das medidas de contenção mecânica; 4) analisar as percepções e opiniões dos familiares de pessoas idosas internadas em contexto hospitalar acerca das medidas de contenção mecânica; 5) identificar estratégias alternativas à contenção mecânica.

Aspetos éticos – Que inclui o respeito pelo anonimato de todos os participantes, a participação voluntária no estudo, sendo obtido consentimento livre e esclarecido para a mesma; confidencialidade dos dados recolhidos e a ausência de custos para a instituição onde o estudo foi aplicado. Para tal, foram elaborados dois modelos de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido: um para aplicação aos profissionais de saúde e outro para aplicação aos familiares.

Procedimentos – Este ponto inclui o tipo de estudo e a sua elaboração assente em três etapas: 1) observação das práticas dos profissionais de saúde em relação à contenção mecânica na prestação de cuidados à pessoa idosa; 2) Aplicação de um questionário *online*, aos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) em funções numa unidade de internamento médico relativamente ao nível de concordância em questões relacionadas com a contenção mecânica; 3) realização de entrevista estruturada a familiares/ cuidadores informais de pessoas idosas internadas submetidas a medidas de contenção mecânica internadas no serviço que integra o estudo.

Relativamente aos instrumentos de colheita de dados e para cada etapa respetivamente: 1) produção de uma grelha semiestruturada elaborada para o efeito, que inclui três aspetos de observação: a observação das práticas, a transmissão de informação em passagem de turno de enfermagem em relação à contenção mecânica e os registos em processo clínico da pessoa idosa submetida a medidas de contenção mecânica; 2) a aplicação de um questionário *online*, o Questionário de Atitudes de Maastricht, versão portuguesa do Maastricht Attitude Questionnaire (MAQ) dos autores Michel Bleijlevens e Jan Hammers (2012). Foi solicitada a autorização aos autores originais e aos autores responsáveis pela adaptação para a cultura portuguesa,

com parecer positivo em ambas as situações para a utilização deste instrumento na realização do estudo; 3) uma vez que não foi encontrado nenhum instrumento na literatura que estivesse validado para a cultura portuguesa com as questões de interesse para o estudo, foi elaborado um guião de entrevista com questões a partir da revisão da literatura acerca do tema, de acordo com os estudos dos seguintes autores: Amatriaina et al., 2012; Gallinagh, Nevin, Campbell, Mitchell et al., 2001; Hardin et al., 1993; Oduwole, 2009.

Para além disto, ficou também explícito o método de análise dos dados.

Formas previstas para a divulgação – Realizada através de publicação de artigos, ações de formação, reuniões científicas, como por exemplo webinar e outros materiais informativos, como sejam boletins informativos, newsletter ou outros.

Cronograma – Com as diferentes etapas do projeto;

Anexos e apêndices – Onde constam todos os documentos relevantes e que dão suporte ao protocolo realizado.

Os aspetos supracitados são exigidos pela instituição no momento de submissão dos protocolos de estudo para além de outros documentos de interesse, nomeadamente:

- Parecer hierárquico dos responsáveis das unidades funcionais envolvidas;
- Formulário de notificação dos dados pessoais;
- Declaração de compromisso de honra acerca da divulgação do Projeto de Investigação em reuniões científicas ou publicações;
- Declaração de compromisso de honra na eliminação dos dados pessoais para Projeto de Investigação, após o término do prazo de conservação;
- Carta à Presidente do Conselho de Administração do centro hospitalar;
- Declaração de Sigilo profissional e autorização para o tratamento de dados pessoais.

Após a aprovação do protocolo de investigação fui responsável pela colheita dos dados, nomeadamente através da observação das práticas dos profissionais de saúde, da aplicação e divulgação do questionário MAQ aos profissionais de saúde da unidade de internamento médico e ao realizar as entrevistas aos familiares de

peças idosas submetidas a medidas de contenção mecânica. Colaborei ainda na análise dos dados obtidos e atualmente está a ser preparada uma publicação para a divulgação dos mesmos. Dado que no protocolo não foi previsto a divulgação dos dados no âmbito académico, estes não foram incluídos no presente relatório.

Esta componente de investigação foi fundamental no desenvolvimento de competências de investigação a vários níveis: por um lado através da pesquisa bibliográfica realizada e, por outro, através da elaboração e implementação do estudo de investigação. A pesquisa bibliográfica permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Investigação em Enfermagem no que diz respeito à identificação, análise e sintetização da evidência científica e foi possível apresentar “o estado da arte” em relação ao tema da contenção mecânica e fundamentar o problema formulado. Neste caso, identificou-se como relevante conhecer a realidade das unidades do centro hospitalar quanto às práticas de contenção mecânica. A elaboração do protocolo e submissão à Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração permitiu perceber quais as etapas que devem ser executadas para que um estudo tenha a aprovação pretendida, tendo sempre em forte consideração e proteção dos participantes do estudo. A pertinência deste aspeto tem a ver com o facto de que fazer investigação em enfermagem implica, muitas vezes, estudar uma população constituída por pessoas fragilizadas física e/ou psicologicamente, pelo que devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Nunes, 2020). Decorrente da possibilidade de haver dificuldade em fazer uma escolha livre e esclarecida, é necessário que os investigadores garantam uma atitude de beneficência e assegurem o respeito pelos grupos vulneráveis; neste caso dando particular importância à forma como os consentimentos livres e esclarecidos são elaborados e apresentados aos participantes.

Aliado a isto, a participação no Webinar “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, dinamizado pelo Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Adulto e Idoso da ESEL também veio fomentar a importância da investigação no âmbito académico para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Anexo I).

A investigação é o pilar das disciplinas do conhecimento científico e tem particular destaque na profissão de enfermagem na medida em que é necessária a

melhor evidência científica para apoiar a tomada de decisão nos diversos domínios de atuação (Sequeira & Néné, 2022). Através da investigação é possível estimular a reflexão sobre as práticas; dar consistência ao conhecimento em enfermagem; avaliar a qualidade das práticas de enfermagem; contribuir para melhorar a prática clínica, sustentada na evidência; ajudar no desenvolvimento da disciplina de enfermagem; ajudar as pessoas a viver e a ter melhor qualidade de vida e bem-estar através da satisfação das necessidades humanas, prevenção e minimização de repercussões da doença e em processo de transição satisfatórios (Sequeira & Néné, 2022).

A Enfermagem é uma profissão autorregulada que tem definidos os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação. Os artigos 5.º e 6.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro evidenciam este aspeto sendo que, respetivamente, “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” e “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (p.4). Também o código deontológico do Enfermeiro salvaguarda a excelência do exercício, no artigo 109.º através da atualização contínua dos conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias e mantendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Para além disto, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista também evidencia o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo um critério o enfermeiro basear a sua praxis clínica em evidência científica e atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados; identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação; investigar e colaborar em estudos de investigação; interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem e contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º140/2019).

Embora este estudo não seja representativo da realidade de toda a instituição por ter sido aplicado a uma pequena amostra, foi possível fazer a caracterização

daquela unidade relativamente às práticas de contenção mecânica. Isto permitiu estabelecer posteriormente um plano de intervenção mais adaptado às necessidades formativas dos profissionais sobre este tema. Este é um estudo de fácil aplicabilidade que tem potencial para ser aplicado a outras unidades de internamento de pessoas idosas.

Para além disso, a publicação que se encontra em desenvolvimento com os resultados obtidos deste contribui também de forma pertinente para a produção de conhecimento em Enfermagem, principalmente a nível nacional, sendo que este é um tema ainda com pouca expressão no nosso país.

Com tudo o que foi referido, este estudo permitiu incluir todos os aspetos necessários metodologicamente e procedimentos necessários para a construção de investigação. A concretização das etapas do processo de investigação permitiu adquirir conhecimentos e competências a nível de investigação e produção de conhecimento em Enfermagem, previstas no regulamento de competências para enfermeiro mestre e especialista e teve um papel importante no desenvolvimento de uma prática de cuidados baseada na evidência inovadora, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas idosas submetidas a medidas de contenção mecânica em contexto hospitalar.

3.3. Formação aos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre o tema da contenção mecânica na pessoa idosa

Neste âmbito considerou-se pertinente abordar o tema da contenção mecânica numa perspetiva que vise a segurança e a dignidade das pessoas idosas com risco de contenção de mecânica.

A capacitação dos profissionais de saúde é um aspeto de extrema importância pois só assim é que é possível melhorar a qualidade dos cuidados. O desconhecimento não é justificação válida para não aplicar as práticas baseadas na evidência e o estudo realizado permitiu identificar necessidades de formação da equipa. Os momentos de formação aos profissionais de saúde decorreram em vários momentos ao longo do estágio: durante as passagens de turno e ao longo dos turnos na prestação direta de cuidados no serviço de medicina, através da divulgação de *newsletter* eletrónicas e através de sessões formais. Também se considerou

pertinente que estes momentos envolvessem mais do que as equipas de enfermagem, uma vez que o tema da contenção mecânica deve ser tratado de forma multidisciplinar, não sendo responsabilidade de apenas de uma classe profissional.

Assim, as atividades realizadas para o cumprimento desta atividade incluíram:

1. O centro hospitalar publica semanalmente uma revista eletrónica disponível na *intranet* para todos os profissionais, onde o GSD tem uma rubrica. Neste sentido, foram elaboradas e publicadas duas *newsletters* com os temas: “Estratégias alternativas à contenção mecânica na pessoa idosa” e “Medidas de contenção”; esta segunda mais direcionada para as boas práticas na necessidade de aplicar dispositivos de contenção mecânica e os códigos dos equipamentos disponíveis na instituição (Apêndice I).
2. Tive a oportunidade de participar como preletora numa formação organizada pelo GSD com o tema “Queda no doente internado – partilha de experiências”, direcionada a todos os profissionais do centro hospitalar. A minha apresentação teve como foco a exposição do tema da contenção mecânica de acordo com a revisão da literatura realizada e foi analisada e discutida com a Enfermeira gestora da unidade de internamento médico que trabalha este tema na sua unidade. Se por um lado a parte teórica da minha apresentação permitiu introduzir o tema aos participantes, a transposição disto para a prática dito por alguém da mesma instituição permitiu que os participantes se familiarizassem mais com as situações discutidas. Esta formação contou com a presença de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes operacionais (Anexo II). Na apresentação, abordei a definição de contenção e os diferentes tipos, com particular destaque para a contenção mecânica, os dispositivos e equipamentos, a prevalência, fatores de risco, motivos, complicações, a complexidade na tomada de decisão, as perceções e opiniões dos enfermeiros, doentes e família face ao tema da contenção mecânica e alguns exemplos de estratégias alternativas disponíveis. Posteriormente, foi apresentado um exemplo prático sobre uma situação hipotética para análise pelos formandos. Na última parte da apresentação, foi incentivada a partilha e reflexão de situações vivenciadas pelos formandos relacionadas com este tema (Apêndice II).

3. Os momentos de formação também incluíram aqueles ministrados em passagem de turno ou a formação *on job* durante a prestação direta de cuidados, onde o tema da contenção mecânica era debatido. Isto incluía os momentos de reflexão após as passagens de turno - onde eram partilhados os conhecimentos e as diversas experiências da equipa - e ao longo dos turnos com o objetivo de discutir situações diárias que surgiam na prestação de cuidados. Houve situações em que os enfermeiros e os próprios assistentes operacionais tomavam a iniciativa de vir questionar e pedir para encontrarmos alternativas consoantes as situações que surgiam e para saber qual a correta colocação dos dispositivos/ equipamentos de contenção mecânica ou sobre estratégias alternativas que poderíamos recorrer para evitar a contenção mecânica dos doentes. Isto funcionou como momentos de aprendizagem não só para os profissionais da unidade como para mim própria pois instigava à pesquisa sobre qual a melhor medida a tomar perante determinada situação. Sempre que era transmitido que um doente estava contido mecanicamente era realizada reflexão sobre a necessidade de manter ou não essa medida e que alternativas seriam adequadas para determinado doente. Neste sentido, os enfermeiros e assistentes operacionais foram bastante participativos e mostraram bastante interesse na temática, destacando várias vezes a necessidade de terem formação mais específica nesta área. O facto de a equipa ter sido bastante recetiva à minha presença e ao meu trabalho facilitou o estabelecimento desta relação de co-aprendizagem e a implementação do projeto no serviço.
4. Foi ainda realizada formação à equipa do serviço de internamento médico onde fiz estágio e que participou no estudo. A formação em serviço permitiu o confronto entre aquilo que é a teoria e a prática dos cuidados, instigando à reflexão sobre a prática individual e coletiva e posterior identificação de situações que necessitassem de mudança. Esta sessão teve duração de 1h30, decorreu no serviço de medicina em fevereiro 2022, apresentada em suporte digital e foram convidados todos os profissionais da unidade, tendo contado com a presença de enfermeiros e assistentes operacionais (Anexo III). De acordo com as observações feitas e com as dúvidas que foram surgindo na equipa ao longo do estágio, elaborei uma formação adaptada a esta equipa com o apoio dos enfermeiros orientadores de ambos os locais de estágio. Esta

formação, para além das informações teóricas à semelhança da formação anteriormente ministrada, também apresentei os resultados obtidos nas observações realizadas bem como quais as melhores práticas na necessidade de utilizar medidas de contenção mecânica (Apêndice III). O facto de partilhar os dados resultantes das observações permitiu a reflexão em grupo das práticas realizadas e de qual o caminho a percorrer para melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes. A formação contínua do enfermeiro ao longo do percurso profissional é de extrema importância, pois a atualização dos conhecimentos e a reflexão sobre eles permite a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de competências.

O feedback da equipa foi fenomenal, referiram que a formação para além dos conhecimentos adquiridos, a apresentação das boas práticas e a discussão dos casos foi importante para os ajudar a refletir sobre um tema que está tão presente no dia-a-dia. Mais do que mudar práticas e comportamentos é importante que as pessoas vejam o tema da contenção mecânica com a seriedade que lhe é exigida e como é importante refletir antes de aplicar as medidas, recorrendo primeiramente às estratégias alternativas.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO PERCURSO ACADÊMICO

Aquando do término da licenciatura, os enfermeiros de cuidados gerais estão dotados de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril). Nesta fase, os enfermeiros encontram-se no nível principiante, onde agem de acordo com as regras e à medida que vão ganhando experiência vão sendo capazes de reconhecer situações e começar a formular princípios para guiar a sua ação, evoluindo para o nível seguinte: o principiante avançado (Benner, 2001). Ao passar para o nível competente, o enfermeiro adquire a capacidade de basear as suas ações em pensamento abstrato e analítico, representando grande eficiência na organização, determinando que aspetos do cuidar são importantes e quais podem ser ignorados. Nestes três níveis de competência existe a imagem de um enfermeiro de referência que é alguém com mais experiência que ajuda na integração socioprofissional (Nunes, 2010).

Quando entramos nos níveis seguintes de proficiente e perito, existe um afastamento desta pessoa de referência e o enfermeiro assume um processo de autoformação. O enfermeiro num nível proficiente toma decisões com base numa compreensão holística e aprende com a experiência o que esperar de certas situações e como mudar o seu plano de ação, existindo maior envolvimento com o doente e a família (Benner, 2001). Este nível corresponde a uma transição para a perícia. No nível de perito, o enfermeiro presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação e suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, culminando na mudança que se verifica desde os níveis anteriores:

- Os princípios e regras abstratos são substituídos por experiências anteriores concretas como forma de guiar a ação;
- A compreensão de partes da situação passa a uma perceção global e holística;
- De uma posição de observador, o enfermeiro passa a estar ativamente envolvido na situação (Benner, 2001; Nunes, 2010).

A transição nestes níveis faz-se através da experiência clínica e para que tome sentido e seja cada vez mais intuitiva, tem de ser ampliado o conhecimento, que é adquirido através da especialidade, dos mestrados e doutoramentos.

Como tal, e partindo daquilo que são as competências gerais do enfermeiro especialista - responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais – seguem-se algumas considerações da sua aquisição e desenvolvimento ao longo do estágio.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências incluem que o enfermeiro especialista demonstre uma prática que respeite os direitos humanos, com base no conhecimento do domínio ético-deontológico e na avaliação sistemáticas das melhores práticas e nas preferências das pessoas cuidadas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Os enfermeiros têm o dever de agir de modo competente na prevenção de riscos e assumem o compromisso de cuidar das pessoas, no respeito pelos seus valores e crenças, em relação com a proteção dos direitos humanos e a excelência dos cuidados (Nunes, 2021). O cuidado profissional tem como limites aqueles decorrentes dos princípios éticos, normas legais e deontológicas e assenta nos dados das evidências e suporte científico (Nunes, 2021). Desde o início que este trabalho foi sempre voltado para a proteção dos interesses e direitos das pessoas idosas. Já foi descrito ao longo deste relatório como é que a aplicação de medidas de contenção mecânica sem seguir as normas de boas práticas colocam em causa a dignidade, liberdade e autonomia das pessoas a elas submetidas. Isto é particularmente sensível no caso das pessoas idosas que se encontram internadas em ambiente hospitalar e que se vêm numa posição mais fragilizada. Os enfermeiros têm o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa e o não cumprimento não pode ser justificado por não concordarem ou por não terem conhecimento. Acima de tudo, este projeto permitiu compreender profundamente o que implica tomar a decisão de conter mecanicamente uma pessoa e como essa decisão não pode ser despreocupada ou imprudente e tomada tendencialmente a favor dos profissionais de saúde. A pessoa idosa é o centro do cuidado e é sobre ela que recaem as consequências da nossa tomada de decisão enquanto enfermeiros. Não podemos aplicar uma medida contra

a vontade do outro, sem obter o seu consentimento ou da sua família. Em situações de incapacidade para a tomada de decisão pelo próprio, as pessoas estão ainda mais vulneráveis pelo que existe uma responsabilidade acrescida de tomar as decisões que melhor vão de encontro àquilo que são as suas necessidades. Isto foi um aspeto que me pareceu pertinente transmitir ao longo das conversas com os enfermeiros e assistentes operacionais durante o estágio na unidade de medicina e durante as formações que ministrei. O facto de numa sala cheia de pessoas conseguir pôr alguém a refletir sobre este tema, fará a diferença na unidade onde essa pessoa trabalha e terá impacto na forma como os cuidados são prestados.

A tomada de decisão tem de ser feita em consciência e com conhecimento e apesar de guiarmos as nossas práticas por regras – *guidelines* ou normas de orientação – não podem substituir a tomada de decisão em situação, face a uma pessoa concreta num certo contexto, ou seja, tendo sempre presente a individualidade de cada pessoa (Nunes, 2021).

No domínio das competências da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes e atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste estágio tive a oportunidade de poder integrar noutras atividades que não estando relacionadas diretamente com o tema de contenção mecânica, permitiram que adquirisse e desenvolvesse competências noutras áreas. A título de exemplo, a participação em ações de formação desenvolvidas pelas enfermeiras integrantes do GSD, que permitiram compreender dois pontos de vista: o de dinamizador das formações e o de formanda. Por um lado, o facto de colaborar na organização e divulgação das formações permitiu-me sentir mais confiante na preparação das minhas ações de formação enquanto preletora e compreender profundamente a dinâmica envolvente na organização destas atividades. Por outro lado, enquanto formanda, tive a oportunidade de participar em ações de formação com vários temas

alusivos à segurança do doente como: 1) Segurança na utilização de medicamentos – Prevenção de flebites químicas; 2) Prescrição de medicamentos: uma arte esquecida?; 3) Gestão da segurança no doente com confusão; 4) Utilização segura dos medicamentos nos carros de anestesia – um projecto de melhoria; 5) Conversar sobre quem cuida... Sobre violência em contexto de trabalho; 6) VI Encontro – História da Segurança do Doente; 7) Sessão de Interlocutores para a Segurança do Doente. e a utilização segura dos mesmos, violência em contexto de trabalho e a gestão na segurança do doente com confusão (Anexo IV). Surgiu também a oportunidade de participar no Curso de Formação Profissional “Gestão de Risco em Saúde” com uma duração de 14 horas, que foi fundamental para que integrasse as bases da gestão de risco e daquilo que é a segurança do doente pelos referenciais normativos, a identificação, avaliação e análise de riscos e as ferramentas de gestão do risco (Anexo V). Esta oportunidade deixou-me bastante satisfeita uma vez que profissionalmente também integro a equipa da Gestão do Risco no hospital onde trabalho e é uma área da qual tenho bastante apreço, mas ainda não tivera a oportunidade de ter formação. Conseguir aliar estes aspetos permitiu-me ganhar competência e segurança para colaborar na conceção e operacionalização dos desafios que foram surgindo.

Para além disto, também tive oportunidade de participar no tratamento de pesquisa feita num projeto em desenvolvimento no Gabinete Segurança do Doente sobre a criação e posterior implementação de um protocolo de atuação em caso de queda no doente anticoagulado. Particpei na tradução de alguns documentos que foram particularmente importantes para a elaboração do protocolo a ser posteriormente instituído na instituição (Apêndice IV). Este projeto foi bastante interessante porque mais uma vez pude perceber como áreas distintas se interligam para um fim comum e como cada interveniente tem o seu papel; esta equipa de trabalho integra enfermeiros da área da medicina e dos serviços de hemato-oncologia (onde a percentagem deste tipo de incidentes é elevada), médicos de medicina interna, oncologia e ortopedistas, farmacêuticos e as enfermeiras do Gabinete Segurança do Doente, onde o tema das quedas está afeto.

Tudo o que foi supramencionado para além do descrito ao longo do relatório acerca do tema da contenção mecânica na pessoa idosa permitiu adquirir e desenvolver competências neste segundo âmbito.

No domínio da gestão dos cuidados incluem-se duas principais competências: a realização da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e o ajuste dos recursos às necessidades de cuidado, identificando o estilo de liderança mais adequado (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

O desenvolvimento de um projeto desta dimensão envolveu mais intervenientes do que somente os integrantes do GSD e os intervenientes de âmbito académico. Foi necessário falar com os responsáveis da unidade de internamento médico por forma a conseguir o seu apoio e autorização na implementação do projeto; convidar médicos e farmacêuticos a participarem no estudo por forma a darem o seu parecer acerca dos temas a eles afetos e com toda a equipa da unidade de medicina que integrou o estudo enquanto participante. Para isso foi necessário fazer a divisão do trabalho pelas diferentes áreas, para que culminasse na obtenção de resultados deste estudo. Em contextos académicos anteriores, nunca tinha estado numa posição em que era exigido um papel mais interventivo, de liderança e organização e nesse sentido a orientação e ajuda da enfermeira orientadores do GSD foi excepcional. Inicialmente sentia-me bastante “perdida” e com o sentido de estar a ultrapassar algum limite do meu papel enquanto estudante, mas o incentivo, apoio e a abertura que a enfermeira orientadora me deu para delinear o meu caminho tendo-a sempre do meu lado levou a que à medida que as semanas avançavam me sentisse mais confortável e segura.

Durante a prestação direta dos cuidados de enfermagem, também foi possível desenvolver estas competências no sentido em que senti que apesar de estar num papel de desenvolvimento de perícia clínica, o facto de ter trazido conhecimento científico prévio acerca do tema da contenção mecânica, fez com que os enfermeiros e assistentes operacionais se sentissem mais confiantes e me interpelassem para fazer questões sobre este tema. Penso que o facto de a maioria deles serem mais novos e terem menos tempo de experiência profissional do que eu, apesar de eu ser um elemento externo à equipa, permitiu que eles me vissem como alguém que lhes

traria conhecimentos novos. Isto também facilitou o meu papel na unidade ao sentir-me integrada e perceber o interesse e genuinidade da parte deles e embora me apoiasse na pesquisa bibliográfica que tinha feito e nos documentos legais em termos de orientação clínica como justificação das boas práticas, ajudávamo-nos mutuamente a encontrar soluções e alternativas à contenção mecânica que efetivamente funcionassem para a realidade profissional deles.

Nas competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente e demonstra a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêutica e multiprofissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Na minha opinião esta foi uma das competências mais desafiante, porque para além daquilo que transmitimos e do cuidado ao outro, reside uma importante parte de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Isto encontra-se envolto em três aspetos interligados entre si: autoconhecimento singular, profissional e organizacional. Eu sabia que tinha bastantes limitações não só a nível de conhecimento como também na gestão e organização de um trabalho desta dimensão e que esta seria uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento. Não estava desperta para o quanto precisava de evoluir a nível não só académico como pessoal para conseguir ter sucesso. Senti e percebi a primeira barreira – imposta por mim própria – quando ainda no planeamento do projeto a enfermeira orientadora referiu várias vezes a importância do meu papel dinamizador entre os diferentes intervenientes do projeto: integrantes de enfermagem, equipa médica e de assistentes operacionais e todos os outros que desempenharam um papel neste percurso. Como uma pessoa mais introvertida e a não assumir um papel de liderança no contexto académico (ao contrário do profissional onde exerço algumas destas funções) – sempre vi que o papel o estudante como de submissão e unilateral: em que os mais velhos e as figuras de referência tinham o papel de ensinar e orientar e eu o de aprender. O que percebi foi que nesta etapa o papel de estudante é multidirecional, onde os meus conhecimentos e experiências permitem partilhar e ser detentora de conhecimento válido para outros que, mesmo mais velhos/ com mais experiência, não

têm o mesmo que eu. Aquilo que compreendi mais profundamente é a importância da colaboração: em que cada interveniente tem as suas funções. Quando refleti e cheguei a esta conclusão houve espaço para que as interações decorressem mais naturalmente e sabia que tendo a orientação da enfermeira orientadora, ela me apoiaria, permitindo que eu tomasse as decisões quando assim era exigido. Este foi um dos papéis que eu senti uma melhoria incalculável. Até mesmo a fluidez com que fiz a apresentação final para a equipa de enfermagem e assistentes operacionais foi surpreendente para mim própria. Senti-me com o “dever cumprido”, o que foi muito importante para que eu atualmente sinta mais segurança e confiança nas decisões que tomo.

Mesmo tendo esta autonomia – que fui obtendo através da confiança que ganhei junto da enfermeira orientadora ao longo das semanas de desenvolvimento do projeto – senti que ainda assim soube manter o meu lugar enquanto estudante, reconhecendo quais os meus limites pessoais e profissionais; atendendo a outro aspeto importante: o de pedir ajuda. O pedir ajuda fomenta a confiança entre as pessoas e o trabalho em equipa e foi particularmente importante quando sentia que estava a “abrandar o ritmo”, por exemplo em relação à participação da equipa médica no estudo. Apesar das minhas tentativas para os integrar, foi fundamental ter pedido ajuda à enfermeira orientadora e aos outros integrantes do GSD para juntas encontrarmos estratégias para os envolver.

Tive autonomia e iniciativa para sugerir os tópicos prioritários a apresentar na formação daquela equipa em específico tendo em conta os conhecimentos que fui adquirindo ao longo do estágio e as necessidades identificadas; que foi sugerido ao enfermeiro chefe a unidade e à enfermeira orientadora do estágio que demonstraram sempre consideração nas minhas sugestões. Considero que ao longo das semanas de estágio tive a oportunidade de trabalhar na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, que permitiu delinear o meu caminho para um dia chegar ao nível de enfermeira perita. A realização deste projeto permitiu-me desenvolver uma prática fundamentada e conseqüentemente diferenciada no cuidado centrado à pessoa idosa.

5. AVALIAÇÃO DO PERCURSO REALIZADO

A realização deste projeto contou com algumas limitações e constrangimentos na sua realização. Em primeiro lugar, referir a demora na aceitação do projeto por parte da Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração do centro hospitalar. Esta situação implicou algum atraso na implementação do projeto na unidade de internamento médico, uma vez que até à sua aceitação não poderíamos avançar com o estudo. Assim, foi necessário encontrar estratégias para contornar este obstáculo: foi realizado o trabalho de pesquisa bibliográfica e a preparação dos materiais para a recolha de dados bem como antecipadas as formações a realizar, para quando chegasse o momento de os aplicar poder dedicar mais aprofundadamente a esta parte. É natural que as pessoas com quem dinamizamos os projetos tenham ritmos de trabalho diferentes e foi desafiante ter de ajustar este ritmo e gerir expectativas dos vários intervenientes uma vez que este foi um projeto que desde o início tinha uma data de término definida.

Outro fator que considero limitador tem a ver com a equipa da unidade de internamento médico onde estive inserida. Não obstante do facto de me ter sentido sempre bem-recebida e integrada, senti que entrei numa fase de maior complexidade dentro da dinâmica da equipa. A rotatividade frequente dos profissionais, as baixas quase diárias (ainda em tempo de pandemia), com turnos extra, decorrentes de uma situação de se arrastava há meses, fez com que percecionasse a equipa exausta e desmoralizada, o que pode ter impacto na forma como cuidam dos doentes e nos resultados deste trabalho; porque a disponibilidade e a tolerância de cada um diminui, podendo afetar a forma como o doente é cuidado. Devido a isto, senti que por vezes era mais fácil seguir o “caminho mais fácil”, o de conter mecanicamente, do que refletir sobre a tomada de decisão. Embora acredite que a minha intervenção foi importante durante o período em que lá estive, a verdade é que foi uma curta passagem e sem ninguém para dar continuidade é um tema que facilmente cai no esquecimento. Outra limitação relacionada com o estudo foi, apesar da insistência e divulgação, a fraca adesão da equipa médica. Este é um tema que exige uma abordagem multidisciplinar, que a todos os membros da equipa de saúde diz respeito e penso que teria sido uma mais valia para o projeto a participação deles.

O facto de existirem poucos estudos em Portugal na minha perspetiva mostra-se como uma limitação a este trabalho uma vez que, apesar de existir muita bibliografia internacional, demonstra que em Portugal esta é uma área pouco trabalhada e que não é tida como prioritária, incluindo a existência uma orientação clínica com mais de uma década ainda sem ter sido revista.

Como aspetos fortes considero o facto de o projeto ter sido desenvolvido todo no mesmo local (GSD) e ter conseguido conciliar com o desenvolvimento de perícia clínica na unidade de internamento médico. Isto permitiu aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo das pesquisas bibliográfica quase simultaneamente à prestação de cuidados, estabelecendo uma continuidade do trabalho e a produção de um projeto desta dimensão. A receptividade e disponibilidade com que fui recebida pela instituição para investir tempo e recursos num projeto com este tema, mostrou que é uma área de interesse comum e que reconhecem a pertinência do projeto. O facto de eu trabalhar na área de medicina e ter algumas competências desenvolvidas no que diz respeito aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e o tema da contenção mecânica não ser uma novidade, foi um aspeto facilitador na aquisição de novas competências e aprofundamento aquelas que já possuía. Acima de tudo, considero que o trabalho desenvolvido constituiu um bom ponto de partida para o desenvolvimento a nível institucional: permitiu fazer algumas reflexões acerca daquilo que é a contenção mecânica e qual o impacto nas pessoas que a ela são submetidas, em particular na população idosa e que tipo de estratégias alternativas podem ser utilizadas.

Este é um projeto dinâmico e flexível que poder ser adaptado a todos os contextos em que existe internamento de pessoas com fatores de risco para serem submetidas a contenção mecânica ficando a sugestão de aprimorar e alargar o estudo a outras unidades do centro hospitalar e por forma a fazer uma caracterização da instituição mais aproximada possível da realidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa sociedade cada vez mais envelhecida e tendencialmente vulnerável, é imperativo que os cuidados às pessoas idosas sejam valorizados e tidos como pertinentes. A vulnerabilidade desta população decorre de uma combinação de fatores que precipitam doenças ou lesões e que, associados ao próprio processo de envelhecimento, contribuem para que as pessoas idosas tenham um risco acrescido de experienciar um incidente relacionado com a segurança do doente no internamento hospitalar.

A contenção mecânica integra um aspeto importante na segurança do doente porque visa otimizar a sua segurança e de quem o rodeia. Porém, encontram-se associadas à sua utilização complicações físicas e psicológicas, integrando ainda questões morais e éticas como a perda da liberdade, autonomia e dignidade das pessoas a ela submetida, complexificando assim a tomada de decisão.

O estudo da contenção mecânica, fora do âmbito académico, ainda tem pouca expressão em Portugal emergindo a necessidade de o investigar. Nesse sentido, este projeto, ainda que de âmbito académico, permitiu integrar várias abordagens que numa visão alargada podem contribuir para o desenvolvimento desta área de estudo.

A prestação de cuidados direta a pessoas idosas com fatores de risco para a contenção mecânica foi fundamental não só para obter perícia clínica, mas principalmente por ter sido possível fazer o confronto entre aquilo que se aprendeu através da pesquisa bibliográfica e aquilo que é a realidade em contexto prático; mostrando o quão desafiante é aplicar práticas seguras num contexto de cuidados garantindo simultaneamente a integridade da pessoa idosa.

O estudo de investigação realizado em conjunto com o Gabinete Segurança do Doente permitiu fazer um diagnóstico da situação da unidade de internamento médico onde foi aplicado. As etapas seguidas no processo de investigação possibilitaram a compreensão da complexidade no desenvolvimento de um projeto desta dimensão e as competências que são necessárias mobilizar para a sua concretização, com vista a produzir conhecimento em Enfermagem recorrendo a uma prática baseada na evidência.

Para que os direitos das pessoas idosas sejam respeitados mesmo na necessidade de aplicação de medidas de contenção mecânica é necessário que a equipa de cuidados de saúde esteja desperta para os riscos inerentes e das boas práticas. Para que esta consciencialização ocorra é necessária aquisição de conhecimento e posterior desenvolvimento de competências; daí que seja pertinente que tema seja abordado precocemente no seio das equipas. As formações ministradas ao longo do estágio – mais do que transmitir ou relembrar factos – foram fundamentais para fomentar a reflexão sobre o tema da contenção mecânica nos profissionais de saúde. A linha entre o cuidado à pessoa idosa com segurança e dignidade e o abuso de poder por parte dos profissionais de saúde é ténue e a sua quebra não pode ser justificada com ausência de conhecimento.

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio aliadas a uma filosofia de cuidados que visa a prestação de cuidados de enfermagem prestados de forma empática e carinhosa, que visa a pessoa idosa como um todo, envolvendo todas as suas dimensões e dando ênfase à sua individualidade, levam a que este projeto tenha um contributo significativo para a melhoria dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro é dotado de capacidade de se colocar no lugar do outro, de compreender os riscos associados à utilização de medidas de contenção mecânica, de ser empático e procurar estratégias alternativas à sua utilização por forma a que não se coloque em risco a integridade da pessoa.

Analisei o meu percurso ao longo do estágio, refletindo sobre os resultados pedagógicos e a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira mestre e especialista em médico-cirúrgica, com o intuito de desenvolver a competência de perito. A partir do trabalho desenvolvido advém o sentido de responsabilidade de lhe dar continuidade e procurar sempre mais desenvolver estas competências.

Por estes motivos penso que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, como fim último a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com fatores de risco ou submetida a medidas de contenção mecânica em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F. & Mohler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17 – 18), 3183 – 3200. <https://doi.org/10.1111/jocn.15381>
- American Nurses Association (2010). *ANA's Principles for Nursing Documentation*. The Publishing Program of ANA. <http://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>
- Amatriaina, A., Olmedoa, A., Viguria, R., Martínez, E., Coscojuela, M. & Erro, M. (2012). Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 77 – 86. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.004>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Arai, F. & Leibowitz, Y. (2014). Nurses' Perceptions of Restraint. *Journal of the Japan Society of Nursing Research*, 24(5), 39 – 46. <http://doi.org/10.15065/jjsnr.20011201003>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Quarteto Editora.
- Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F. & Yonge, O. (2007). A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Forum*, 42(3), 147–155. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00079.x>
- Bleijlevens, M., Wagner & L., Capezuti, E. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of American Geriatrics Society*, 64(11), 2307 – 2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P. & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for

elder abuse. *Z Gerontol Geriat*, 38(1), 10–18. <http://doi.org/10.1007/s00391-005-0285-y>

Caldas, L. & Gomes, L. (2021). Comunicação Eficaz nas Transições de Cuidados. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1ª edição, pp. 79 – 88). Lidel – Edições Técnicas.

Dantas, I., Santana, R., Sarmento, J. & Aguiar, P. (2016). The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*, 16(348), 1 – 8. <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1584-2>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos clientes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Orientação 021/2011 de 06/06/2011. DGS: Lisboa.

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, III série* (6), 7-16. <http://doi.org/10.12707/RIII1192>

Ferrão, S., Beijlevens, M., Nogueira, P. & Henriques, M. (2021). A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. *Nursing Open*, 8(4), 1571 – 1577. <http://doi.org/10.1002/nop2.769>

Gallinagh, R., Nevin, R., Campbell L., Mitchell, F. & Ludwick, R., (2001). Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *British Journal of Nursing*, 10(6), 391 – 399. <https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.6.5349>

Gallinagh, R., Nevin, R., Campbell L. & McAleese L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852 – 859. <http://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.13.852>

Gastmans, C., Goethals, S. & Dierckx de Casterle, B. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study.

Med Health Care and Philos, 16(4), 983 – 991. <http://doi.org/10.1007/s11019-012-9455-z>

Gastmans, C. & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics*, 32(3), 148 – 152. <http://doi.org/10.1136/jme.2005.012708>

Gunawardena, R. & Smithard, D. (2019). The Attitudes Towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention Amongst Healthcare Staff on Acute Medical and Frailty Wards — A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4(50). <http://doi.org/10.3390/geriatrics4030050>

Hamers J. & Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr*, 38(1), 19–25. <http://doi.org/10.1007/s00391-005-0286-x>

Hardin, S., Magee, R., Vinson, M., Owen, M., Hyatt, E. & Stratmann, D. (1993). Patient and Family Perceptions of Restraints. *Journal of Holistic Nursing*, 11(4), 383 - 397. <http://doi.org/10.1177/089801019301100407>

Hofmann, H. & Han, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs.*, 23(21-22), 3012-3024. <http://doi.org/10.1111/jocn.12384>

Hollins, L. (2017). The NICE 10 minute physical restraint rule: A discussion of the relative risks. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(9 – 10), 719 – 726. <http://doi.org/10.1111/jpm.12414>

Hughes, L. & Lane, P. (2016). Use of physical restraint: ethical, legal and political issues. *Art & Science*, 19(4), 23 – 27. <http://doi.org/10.7748/ldp.19.4.23.s21>

Instituto Nacional Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.

Jacelon, C. (2003). The dignity of elders in an acute care hospital. *Qualitative Health Research*, 13(4), 535 – 556. <http://doi.org/10.1177/1049732302250762>

Jacelon, C., Connelly, T., Brown, R., Proulx, K. & Vou, T. (2004). A concept analysis of dignity for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 76-83. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03170.x>

- Kalula, S. & Petros, S. (2016). Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*: 39(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1605>
- Kong, E., Song, E. & Evans, L. (2017). Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 325–335. <http://doi.org/10.1111/jnu.12296>
- Kruger, C., Mayer, H., Haastert, B. & Meyer, G. (2013). Use of physical restraint in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1599 – 1606. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia de República. (2015). Diário da República: II série, n.º 181. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2021). Gabinete de Segurança do Doente. Acedido em <http://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-seguranca-do-doente/gabinete-de-seguranca-do-doente/>
- Ministério da Saúde. (2021). Instituição. Acedido em <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>
- Mudge, A., McRae, P., Hubbard, R., Peel, N., Lim, W., Barnett, A. & Inouye, S. (2019). Hospital-associated complications of older people: a proposed multi-component outcome for acute care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 352–356. <http://doi.org/10.1111/jgs.15662>
- Nunes, L. (2021). Segurança do Doente e Responsabilidade Profissional. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1ª edição, pp. 107 – 121). Lidel – Edições Técnicas.
- Nunes, L. (2020). Aspectos Éticos na Investigação em Enfermagem. (1ª Edição). IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>

- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Percursos*, (1), 3 – 9. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf
- Oduwole, G. (2009). *Relatives' perception on the use of physical restraints in the care of the elderly*. [Thesis, Cherry Orchard Hospital]. LenuS: The Irish Health Repository. <http://hdl.handle.net/10147/136360>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN:978 – 989 – 8444 – 30 – 1.
- Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 021/2011 (2011). Prevenção de comportamentos dos clientes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direção-Geral da Saúde. *Orientação n.º 021/2011 de 06.06 - DGS*, (N.º 021/2011 de 06-06-2011).
- Raguan, B., Wolfowitz, E. & Gil, E. (2015). Use of Physical Restraints in a General Hospital: A Cross-Sectional Observational Study. *Israel Medical Association Journal*, 10, 633 – 638.
- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021). Segurança do doente: Princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1ª edição, pp. 3 – 10). Lidel – Edições Técnicas.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. [Clinical Best Practice Guidelines]. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Regulamento n.º 140/2019 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, II série, n.º 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, II série, n.º 79. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Ribeiro, M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Sinais Vitais*, (129), 30 – 41.

- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânicas: percepção dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 31 – 41. <http://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritivas de etapas. *Percursos*, 15, 1 – 38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S. & Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1 – 10. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-14-17>
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. (1ª edição). Lidel.
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M. & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(129), 1 – 10. <http://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>
- Simões, A. & Sapeta, P., (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*. 27(2), 244 – 252. <http://doi.org/10.1590/1983-80422019272306>
- Spinzy, Y., Maree, S., Segev, A. & Cohen-Rappaport, G. (2018). Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint. *Psychiatric Quarterly*, 89(3), 691 – 696. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9565-8>
- Strumpf, N. & Evans, L. (1988). Physical Restraint of the Hospitalized Elderly: Perceptions of Patients and Nurses. *Nursing Research*, 37(3), 132 – 137. <http://doi.org/10.1097/00006199-198805000-00002>
- Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Baue, S. & Hahn, S. (2020). Restraint use in the acute-care hospital setting: a cross-sectional multi-centre study.

International Journal of Nursing Studies, 114, 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103807>

Wald, H., Hall, K. & Fitall, E. (2019). *Patient Safety in Frail Older Patients*. PS NET: Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/patient-safety-frail-older-patients>

Watson, J. (2007). Watson's theory of Human Caring and subjective living experiences: Carative factors/Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *University of Colorado Denver and Health Sciences Center*, 16(1), 129-35. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. (Revised edition). University Press of Colorado.

Wong, A., Ray, J., Rosenberg, A., Crispino, L., Parker, J., McVaney C., D. Iennaco, J., Bernstein, S. & Pavol, A. (2020). Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Network Open*, 3(1), 1 – 12. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19381>

Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P. & Tadd, W. (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age and Ageing*, 33(2), 165 – 170. <http://doi.org/10.1093/ageing/afh045>

World Health Organization (2020, dezembro 9) - *The top 10 causes of death*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Wei, H., Wang, C. & Luo, T. (2018). Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 68 – 71. <http://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.001>

ANEXOS

Anexo I

Certificado de participação no Webinar “Formação, Investigação e
Exercício Clínico”

Certificado

Certifica-se que Raquel Sofia Oliveira Santos participou no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso " *Farmacologia, Investigação e Exercício Clínico*", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GAFDP
Carla Nascimento
Professora Doutora Carla Nascimento



Anexo II

Certificado de participação como preletora na ação de formação “Queda no doente internado – Partilha de experiências”



CERTIFICADO

Certifica-se que **RAQUEL SANTOS** colaborou como Prelector(a) na **Ação de Formação "Queda do Doente Internado: Partilha de experiências"** realizada no dia **29 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 02 de Dezembro de 2021

A Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior



CERTIFICADO

Certifica-se que **RAQUEL SANTOS** colaborou como Formador(a) na **Ação de Formação "Boas práticas para cuidados seguros"** realizada no dia **30 de Novembro de 2021**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 09 de Dezembro de 2021

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior

Certificado N.º 1017/2021/MC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

Anexo III

Certificado de participação como preletora na ação de formação
“Contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar”

CERTIFICADO

Certifica-se que **RAQUEL SOFIA SANTOS** colaborou como Formador(a) na **Ação de Formação "Contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar"**, realizada no dia **10 de Fevereiro de 2022**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 02 de Março de 2022

Área de Gestão da Formação



Catarina Soeiro

Técnica Superior

Certificado N.º176/2022/LL

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

Anexo IV

Certificados de participação nas ações de formação dinamizadas pelo
GSD



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SANTOS** participou na **Videoconferência "Segurança na Utilização de Medicamentos - Prevenção de Flebites Químicas"** realizada no dia **08 de Julho de 2021**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 13 de Julho de 2021

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 7088/2021/CF
GABINETE DE SEGURANÇA DOENTE/HCC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SANTOS** participou na **Videoconferência "Prescrição de Medicamentos: uma arte esquecida?"** realizada no dia **14 de Julho de 2021**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 21 de Julho de 2021

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º 7491/2021/MC
GABINETE DE SEGURANÇA DOENTE/HCC*

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 090/09-04-2001 - ACS5)



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SOFIA OLIVEIRA SANTOS** frequentou a **Ação de Formação "Gestão da Segurança no Doente com Confusão"** realizada no dia **27 de Outubro de 2021**, com a duração total de **3 horas**.

Lisboa, 28 de Outubro de 2021

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 9417/2021/CF

GABINETE SEGURANÇA DOENTE/HCC


Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SOFIA SANTOS** frequentou a **Acção de Formação "Utilização segura dos medicamentos nos carros de anestesia - um projecto de melhoria"** realizada **no dia 05 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 09 de Dezembro de 2021.

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 10927/2021/MC


GABINETE SEGURANÇA DOENTE/HCC



DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SOFIA OLIVEIRA SANTOS** frequentou a **Videoconferência** "**Conversar com quem cuida...sobre violência em contexto de trabalho**" realizada no **dia 17 de Novembro de 2021**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 23 de Novembro de 2021

7
Área de Gestão da Formação

Catarina Sobrinho
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 10328/2021/MC
GABINETE DE SEGURANÇA DOENTE/HCC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)



Certifica-se que

RAQUEL SOFIA OLIVEIRA SANTOS

participou na sessão

“VI Encontro - Histórias da Segurança do Doente”

Realizada no dia 16 de Dezembro de 2021, on-line, com a duração total de 3 horas e 30 minutos.

Susana Ramos
Gabinete de Segurança do Doente - CHULC

Catarina Soeiro
Área de Gestão da Formação - CHULC





DECLARAÇÃO

Declara-se que **RAQUEL SOFIA OLIVEIRA SANTOS** frequentou a **Videoconferência "Sessão de Interlocutores para a Segurança do Doente"**, realizada no dia **10 de Fevereiro de 2022**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 21 de Fevereiro de 2022

Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 1545/2022/MC

GABINETE SEGURANÇA DOENTE/HCC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

Anexo V

Certificado de participação no Curso de Formação Profissional “Gestão
de Risco em Saúde”

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Raquel Santos** frequentou o **Curso de Formação Profissional “Gestão de Risco em Saúde”** que decorreu nos dias 3, 4, 10 e 11 de Novembro de 2021, com a duração de 14 horas, com os seguintes conteúdos programáticos:

- Conceitos e princípios
- Segurança do Doente, Gestão do Risco e Gestão da Qualidade em serviços de saúde
- Referenciais normativos
- Identificação, avaliação e análise de riscos
- Ferramentas de gestão do risco
- Construção de instrumentos adaptados aos serviços

Lisboa, 15 de Novembro de 2021

CARLA FELIPA
RAMALHO
GONCALVES
PEREIRA

Assinado eletronicamente
por CARLA
FELIPA RAMALHO
GONCALVES PEREIRA
em 15/11/2021
11:49:12

(Responsável pela entidade formadora)

Refº DFO/0021/21



Rua da Estrela, 21. 1200-668 Lisboa – Telef. 213 970 970 – geral@sinase.pt – www.sinase.pt

Cont. Nº 502 851 781 – C.R.C. Lisboa-08 742 – Capital Social Euros 20.750,50



APÊNDICES

Apêndice I

Newsletters elaboradas no âmbito do tema da contenção mecânica na
pessoa idosas

Estratégias alternativas à contenção mecânica na pessoa idosa

Importa repensar a contenção mecânica (restrição de movimentos do doente) de modo a que seja utilizada apenas como estratégia de último recurso.

A população portuguesa está a envelhecer, estimando-se um aumento na faixa etária acima dos 65 anos de 2,2 milhões para 3,0 milhões em 2080¹.

O envelhecimento é um processo natural, individual e gradativo que envolve modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo, com perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo². É uma conquista para os indivíduos e para as sociedades que resulta dos progressos económicos, sociais e biomédicos², mas que significa maior exposição a riscos, como: vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social e solidão, dependência, estigmatização e abusos por discriminação ou negligência². A população idosa é também o segmento mais exposto a doenças crónicas. A necessidade de apoio na realização das atividades de vida diárias é maior, decorrente da natural perda de capacidades funcionais, alterações da perceção (ex.: diminuição da acuidade visual e auditiva), bem como das alterações físicas/psíquicas próprias do envelhecimento.

Em contexto de internamento, todos estes fatores associados à elevada carga de trabalho, exigência física e a necessidade de conhecimento específico por parte dos profissionais, conduzem à ocasional utilização de métodos de contenção da pessoa idosa. A contenção mecânica é definida pela DGS como a “*utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente*”⁴, apresentando uma prevalência entre 33% e 68% em ambiente hospitalar^{5, 6}.

Esta opção é entendida pelos profissionais de saúde como uma estratégia de segurança nos cuidados à pessoa idosa com o intuito de controlar a sua agitação, impedir a remoção de sondas, drenos e cateteres, assim como prevenir quedas³.

No entanto, as medidas de contenção podem ter repercussões negativas, nomeadamente complicações físicas, elevado impacto psicológico para os doentes e levantam ainda questões éticas, legais e morais, uma vez que a sua utilização contribui para a perda de autonomia, liberdade e dignidade destes doentes⁷.

Importa repensar a utilização da contenção mecânica de modo a que seja utilizada como estratégia de último recurso. Para tal é importante a implementação de planos de cuidados individualizados, que vão ao encontro das necessidades da pessoa idosa, minimizando os riscos e as consequências, esgotando primeiramente todas as outras alternativas. Algumas destas estratégias alternativas são^{4, 8, 9}:

- Prevenir, tratar e/ou controlar fatores de risco e/ou doenças precipitantes de quadros de confusão;
- Promover medidas de controlo da dor e de regularização do padrão de sono-vigília (ex.: redução de ruídos no período noturno e promoção da iluminação natural durante o dia);
- Minimizar défices sensoriais (ortótese auricular, óculos);
- Facilitar o acesso a objetos familiares;
- Reorientar para a realidade (estimulação cognitiva e de memória e promover a perceção sobre a sua identidade pessoal, temporal e ambiental);
- Promover maior envolvimento da família;

- Implementar atividades lúdicas (ex.: fornecer ferramentas de escrita/leitura/desenho).



Fotografia 1 - Estimulação cognitiva



Fotografia 2 - Terapia de orientação para a realidade

A contenção mecânica é um ato clínico regulamentado que exige mobilização de conhecimentos científicos⁴. Apenas deve ser utilizada em casos específicos, quando esgotadas todas as alternativas, independentemente da idade do doente.

É importante ouvir os doentes e os seus familiares. Conhecer as suas experiências é uma excelente oportunidade de aprendizagem e de identificação de eventuais falhas do sistema.

Autora: Enf^a Raquel Santos, estudante no Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área de

Autora: Enf^a Raquel Santos, estudante no Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção em enfermagem à pessoa idosa – ESEL - em estágio no Gabinete de Segurança do Doente

Revisão [REDACTED], em funções de chefia e Interlocutora para a Segurança do Doente [REDACTED]

Referências bibliográficas:

- 1 - Instituto Nacional Estatística (2020). Projeções de População Residente 2018-2080.
- 2 - Direção-Geral da Saúde (2017). ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.
- 3 - Backes, C.; et al (2019) A prática da contenção em idosos: revisão integrativa. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900080>
- 4 - Direção-Geral da Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação 021/2011 de 06/06/2011. DGS: Lisboa.
- 5 - Hamers J., Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 38, 19–25.
- 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*, III série (6), 7 – 16.
- 7 - Gunawardena, R., Smithard D. (2019). The Attitudes towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention amongst Healthcare Staff on Acute Medical and FrailtyWards – A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4 (50). Doi:10.3390/geriatrics4030050
- 8 - CHULC, Procedimento Multissetorial. SDO.122 - Utente com necessidade de medidas de contenção (ed. B).
- 9 - Registered Nurses' Association of Ontario (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. RNAO: Toronto.

A contenção e a segurança do doente

A contenção de doentes é uma estratégia utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde¹.

As medidas de contenção englobam a contenção química, ambiental, física e mecânica¹.

Contenção ambiental: pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

Contenção física: quando uma ou mais pessoas da equipa seguram um doente, o deslocam ou bloqueiam o seu movimento.

Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial¹.

Como tal podem ter repercussões negativas, nomeadamente complicações físicas, elevado impacto psicológico para os doentes e levantam questões éticas, legais e morais, uma vez que a sua utilização contribui para a perda de autonomia, liberdade e dignidade dos doentes². Assim, estas estratégias só devem ser aplicadas em situações específicas, tornando os doentes elegíveis quando:

- Manifestam comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos;
- Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais;
- Recusem tratamento vital, urgente¹.

Na inevitabilidade da utilização de contenção mecânica por ineficácia de estratégias alternativas, esta deve sempre garantir a dignidade e a segurança do doente. Devem para isso ser cumpridas as recomendações expressas no cartaz em anexo.

MEDIDAS DE CONTENÇÃO

1 CONTENÇÃO MECÂNICA

É definida como a utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.



2 DISPOSITIVOS DE CONTENÇÃO MECÂNICA DISPONÍVEIS NO CHULC

Artigos existentes em stock no armazém:
Imobilizador abdominal - código: 292190231
Imobilizador de membros - código: 292190200

Artigos de compra direta:
Luva para imobilização de dedos (Adulto) - código: 292190100
Imobilizador de tronco - código: 292190230
Imobilizador pélvico - código: 292190312
Imobilizador para cadeira de rodas - código: 292190327

4 TÉCNICAS DE CONTENÇÃO MECÂNICA

Importa repensar a utilização da contenção mecânica de modo a que seja utilizada como estratégia de último recurso quando esgotadas todas as alternativas. Porém, quando necessária a sua utilização, existem técnicas para a colocação adequada dos respetivos dispositivos. Veja como nos documentos:

1. Considerações gerais na aplicação de dispositivos
2. Contenção com imobilizadores de punhos
3. Contenção com faixa abdominal
4. Como fazer um nó de fácil remoção



3 TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão deve ser discutida em equipa multidisciplinar, que deve ter formação acerca de:

- Técnicas preventivas à contenção
- Técnicas de contenção
- Aplicação correta dos dispositivos
- Cuidados ao doente que necessita de contenção.



5 CUIDADOS AO DOENTE COM MEDIDAS DE CONTENÇÃO MECÂNICA

Observar o doente a cada 15 – 30 minutos, nomeadamente:

- Verificar as condições físicas e psicológicas e a necessidade de manter as medidas de contenção
- Garantir a correta colocação dos dispositivos de contenção
- Verificar a correta colocação dos dispositivos médicos (ex. sonda nasogástrica, cateter venoso periférico, algália)
- Vigiar a integridade da pele e/ou a presença de outras lesões;
- Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório;
- Vigiar alterações no padrão respiratório.

Remover as medidas de contenção mecânica durante 15 minutos a cada 2 horas;

Retirar logo que não sejam necessárias;

Questionar regularmente a necessidade de satisfação de necessidades básicas (fome, sede, eliminação...);

Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível.



Revisão: Gabinete de Segurança do Doente

Autoria: Raquel Santos, enfermeira, estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à pessoa idosa- ESEL- em estágio no Gabinete de Segurança do Doente

Bibliografia referente ao texto e cartaz:

- 1 Direção-Geral da Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação 021/2011 de 06/06/2011. DGS: Lisboa
- 2 Gunawardena, R., Smithard D. (2019). The Attitudes towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention amongst Healthcare Staff on Acute Medical and FrailtyWards – A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4 (50). Doi:10.3390/geriatrics4030050
- 3 Hollins, L. (2017). Practice guideline: The NICE 10 minute physical restraint rule: A discussion of the relative risks. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24,719–726. DOI: 10.1111/jpm.12414
- 4 Mennella, H., Pilgrim, J., Pravlikoff, D. (2017). Restraints, Physical: Applying in Adults. *NURSING PRACTICE & SKILL: CimaH Information Systems*. Acessível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T706120&site=nup-live&scope=site>

Apêndice II

Apresentação referente à ação de formação “Queda no doente internado - Partilha de experiências”

A contenção mecânica

Raquel Santos



29 novembro 2021



O que vai ser abordado?

Quedas, contenção mecânica e segurança do doente

Contenção mecânica

- Definição
- Dispositivos
- Fatores de risco
- Motivos
- Complicações
- Perceções

Medidas alternativas à contenção mecânica



2



3

O QUE É A CONTENÇÃO ?

4

Contenção Mecânica

"Utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente."
(DGS, 2011, p.3)

Qualquer ação ou procedimento que impede os movimentos do corpo de uma pessoa para uma posição à sua escolha e/ou o acesso ao seu próprio corpo através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente.

(Bleijevens, Wagner, Capezuti et al., 2016)



Contenção física



Contenção química



Contenção ambiental

(DGS, 2011, p.3)

5

Dispositivos de contenção mecânica



(Gunawardena & Smithard, 2019)

6

33 – 68%

Prevalência de contenção mecânica a nível internacional em ambiente hospitalar

(Hamers & Huizing, 2005; Gallinegh et al., 2002)

19,9%

Prevalência de contenção mecânica a nível nacional em ambiente hospitalar

(Honório, Paiva & Marques, 2012)

Fatores de Risco

QUEDAS

Idade avançada
Alterações cognitivas
(In)continência
Compromisso cognitivo

Utilização de medidas de contenção

Alterações sensoriais
Dependência nas AVD
Terapêutica instituída

CONTENÇÃO MECÂNICA

Idade avançada
Alterações cognitivas
Alterações da comunicação verbal
Incontinência fecal/urinária
Alterações psiquiátricas
Historial de quedas
Dependência nas atividades de vida diária
Alterações sensoriais

(RNAO, 2017)

(Hamers & Huizing, 2005; Faria, Paiva & Marques, 2012; RNAO, 2012)

Motivos para a contenção mecânica

Descritos pelos profissionais de saúde:

Agitação (82,7%),

Medida prevenção de queda (72,4%)

Agressividade (24%),

Evitar remoção de dispositivos

médicos (13,8%)

Comportamento suicidas (6,9%)

(Bredthauer et al., 2005)



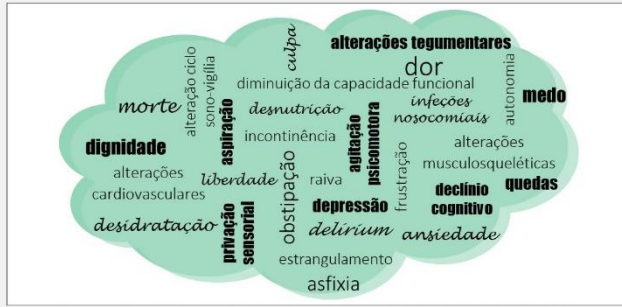
ORIENTAÇÃO

Doentes elegíveis, quando:

- ✓ Manifestam comportamentos que coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos;
- ✓ Recusam tratamento compulsivo, nos termos legais;
- ✓ Recusam tratamento vital, urgente.

(DGS, 2011)

Complicações



(Scheepmans, Paquay, Milsen et al., 2020; Gunawardana & Smithard, 2019; RNAO, 2012; Folmar & Wilson, 1989)

10

Tomada de decisão

- ✓ Último recurso quando esgotadas medidas alternativas
- ✓ Informar e solicitar o consentimento
- ✓ Tomada de decisão em equipa multidisciplinar
- ✓ Correta utilização dos dispositivos de contenção
- ✓ Vigilância dos doentes contidos
- ✓ Reavaliar a necessidade de contenção e substituir sempre que possível por uma menos restritiva/limitativa
- ✓ Remover a contenção assim que possível
- ✓ Registos adequados

Pronto, pense-me que agora está um pouco mais seguro!

(DGS, 2011)

11

Perceções e opiniões em relação à contenção mecânica

	Profissionais de saúde	Idosos internados	Família
Motivo	Prevenção de quedas, segurança do doente, evitar remoção de dispositivos médicos	-	Prevenção de quedas e segurança do doente
Emoções e sentimentos	Conflito, culpa e ausência de emoções e sentimentos	Humilhação, raiva, medo, perda de controlo e da liberdade	Sentimentos ambivalentes
Alternativas	Supervisão dos doentes, contenção química, mudança do ambiente	Informação, aumento da analgesia e sedação, acesso mais fácil ao wc, mais atividades	Poucas sugestões ou outros dispositivos de contenção
Estratégias de coping	Falar com os doentes, partilha de experiências com os colegas, racionalização, utilizar medidas alternativas	Desistir, rezar, tentar esquecer, tentar remover o dispositivo de contenção	-

(Wong et al., 2020; Rodrigues et al., 2020; Spinzin et al., 2018; Arai & Leibowitz, 2014; Amatriaina et al., 2012; Gallinagh et al., 2001)

12

Noites loucas na enfermaria

Na semana anterior ao internamento do Sr. Antônio, outra doente internada na unidade, com 50 anos orientada e previamente autônoma nas AVD, desencadeou um quadro psicótico, tendo sido sedada e contida à cama, morrendo posteriormente na sequência de uma pneumonia de aspiração.

Two hands e três mãos por Norman Mante. E um dos seus filhos mece.

Adaptado de (Capezuti, et al., 2020)

13

Medidas alternativas à contenção mecânica



- Reorientação para a realidade
- Prevenir, tratar e/ou controlar fatores de risco e/ou doenças precipitantes de quadros de confusão
- Revisão terapêutica
- Aumentar as interações sociais
- Incentivar a presença e um maior envolvimento da família
- Promover medidas de controle da dor e de regularização do padrão de sono-vigília
- Facilitar o acesso a objetos familiares
- Minimizar défices sensoriais
- Questionar regularmente acerca da satisfação de necessidades básicas
- Medidas de distração e entretenimento
- Colocar a campainha de chamada ao alcance do doente e instruí-lo para a sua utilização

(RFAO, 2012)

14



Um plano de prevenção de quedas eficaz enfatiza a mobilização segura em vez de restrição da mobilidade.

15

Referências Bibliográficas

- Amadriana, A., Olmedoa A., Vigaría R., Martínez, E., Coscojuela, M., Erro, M. (2012). Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva* 23 (2), 77–86. Doi: 10.1016/j.enfi.2011.12.004
- Arai, F., Leibowitz, Y. (2014). Nurses' Perceptions of Restraint. *Journal of the Japan Society of Nursing Research* 24 (5), 39–46. Doi: <http://doi.org/10.15065/jnsr.20011201003>
- Bielejews, M., Wagner, L., Capezuti, E. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of American Geriatrics Society* 64, 2307–2310
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr* 38 (1), 10–18. Doi: 10.1007/s00391-005-0285-y
- Capezuti, E., Kagan, S., Happ, M., Mon, L. (2020). Tying down patients: Our past, present and future. *Geriatric Nursing*, 41, 500–504. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.007>
- Direção Geral da Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação 021/2011 de 06/06/2011. DGS, Lisboa
- 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*, III série n.º, 7–16
- Folmar, S., Wilson, H. (1989). Social Behavior and Physical Restraints. *The Gerontological Society of America*, 29 (5), 650–653.
- Gallinagh, R., Nevin, R., Campbell, L., Mitchell, F., Ludwick, R. (2001). Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *British Journal of Nursing* 10 (6), 391–399. Doi: 10.12968/bjon.2001.10.6.5349
- Gallinagh, R., Nevin, R., Mc Ilroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., McKenna, H. (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of the older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (2), 147–156. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00020-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00020-7)
- Gunawardena, R., Smithard D. (2019). The Attitudes Towards the Use of Restraint and Restrictive Intervention Amongst Healthcare Staff on Acute Medical and FrailtyWards—A Brief Literature Review. *Geriatrics*, 4 (50). Doi:10.3390/geriatrics4030050

16

Referências Bibliográficas

- Hamers J., Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 38, 19–25
- Registered Nurses' Association of Ontario (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. RNAO: Toronto.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls - Fourth Edition: Best practice guidelines*. RNAO: Toronto
- Rodrigues, A., Gonzaléz, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde* 3 (1), 31–41. Doi: <http://doi.org/10.37914/nis.v3i1.70>
- Scheepmans, K., Casterlé, B., Pasquay, L., Gansbeke, K., Milisen, K. (2020). Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based 26 guideline. *BMC Geriatrics*, 20 (1189), 1–14. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1499-y>
- Spitz, Y., Maree, S., Seggev, A., Cohen-Raspaport, G. (2018). Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint. *Psychiatric Quarterly* 89, 691–696. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11268-018-9565-8>
- Wong, A., Ray, J., Rosenberg, A., Crispino, L., Parker, J., McVane, C., D. Iennaco, J., Bernstein, S., Pavol, A. (2020). Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Network Open* 3(1), 1–12. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.19381

Referências das imagens:

- Slide 1: https://www.istockphoto.com/pt/vetoria/hospital-patient-shaded-gm1034428346-27694987?rgw=1&af=1&utm_medium=affiliate&utm_source=freevector.com&clickid=SV%3ASzYwEhMyTvlH1QhQVjLkLkG2VYQhLz2k3E0&utm_term=freevector.com&utm_campaign=SRP&utm_content=1141997&ipad=09402 Slide 2: <http://iStockphoto.com/pt/vetoria/public-bed-patio-istockphoto.html> Slide 4: https://www.123rf.com/photo_6596804_mental-hospital-padded-room-seen-from-above-with-a-single-bed.html Slide 5: <https://www.istockphoto.com/pt/vetoria/psychiatric-hospital-concept-elderly-character-leading-mentally-unstable-gm121666222-25046537> Slide 6: <https://www.amazon.com/Restraints-Arri-Fall-Adjustable-Hospital-Restraint/dp/B08BZD4NKJ> Slide 7: <https://www.sdfli.com/universal-side-rails-standard-universal-side-rails-41> Slide 8: <https://www.amazon.com/Restraints-Arri-Fall-Adjustable-Hospital-Restraint/dp/B08BZD4NKJ> Slide 9: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html> Slide 10: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html> Slide 11: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html> Slide 12: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html> Slide 13: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html> Slide 14: <https://www.delinuncarenetwork.com/comics.html>

17

QUEDA DO DOENTE INTERNADO: PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS

A contenção mecânica

Raquel Santos

OBRIGADA!



29 novembro 2021

ESEL

Apêndice III

Apresentação referente à ação de formação “Contenção mecânica na
pessoa idosa em contexto hospitalar”

A contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar

Raquel Santos

Fevereiro 2022



ESEL

O que vai ser abordado?

A contenção mecânica na pessoa idosa em contexto hospitalar

Contenção mecânica

- Definição
- Dispositivos
- Fatores de risco
- Motivos
- Complicações
- Percepções

Estratégias alternativas à contenção mecânica

Casos clínicos

Exemplos para discussão



2

O QUE É A CONTENÇÃO ?

3

Contenção Mecânica

"Utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente."

(DGS, 2011, p.3)

Qualquer ação ou procedimento que impede os movimentos do corpo de uma pessoa para uma posição à sua escolha e/ou o acesso ao seu próprio corpo através de qualquer método que lhe esteja adjacente ou anexado e que ela não consiga controlar ou remover facilmente.

(Bleijevens, Wagnerm, Capezuti et al., 2016)



Contenção física



Contenção química



Contenção ambiental

(DGS, 2011, p.3)

4

Dispositivos de contenção mecânica



(Gunawardena & Smithard, 2019)

5

33 – 68%

Prevalência de contenção mecânica a nível internacional em ambiente hospitalar

(Hamers & Huizing, 2005; Gallinagh et al., 2002)

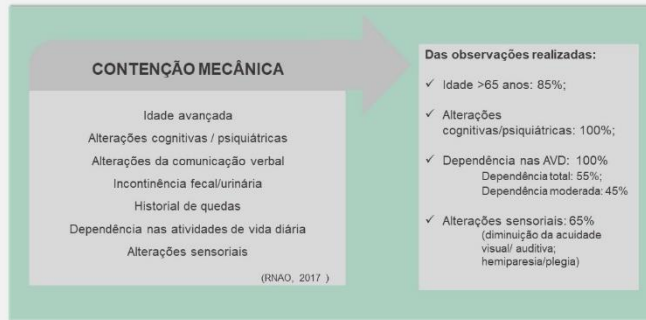
19,9%

Prevalência de contenção mecânica a nível nacional em ambiente hospitalar

(Honório, Paiva & Marques, 2012)

6

Fatores de Risco



7

Motivos para a contenção mecânica

Descritos pelos profissionais de saúde:

- Agitação (82,7%)
- Medida prevenção de queda (72,4%)
- Agressividade (24%)
- Evitar remoção de dispositivos médicos (13,8%)
- Comportamento suicidas (6,9%)

(Bredthauer et al., 2005)



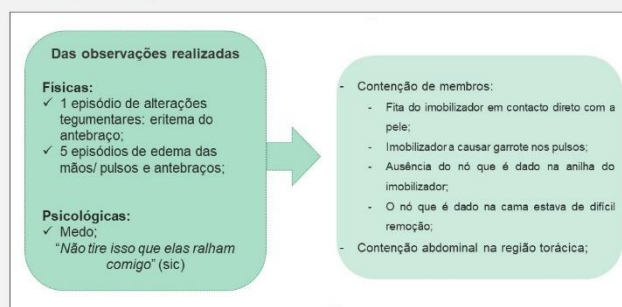
Doentes elegíveis, quando:

- ✓ Manifestam comportamentos que coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos;
- ✓ Recusam tratamento compulsivo, nos termos legais;
- ✓ Recusam tratamento vital, urgente.

(DGS, 2011)

8

Complicações



(Scheepmans, Paquay, Milisen et al., 2020; Gunawardana & Smithard, 2019; RNAO, 2012; Folmar & Wilson, 1989)

9

Contenção Mecânica (I)



(CINAHL Nursing Guide, 2015)

10

Contenção Mecânica (II)



(CINAHL Nursing Guide, 2015)

11

Contenção Mecânica (III)



(CINAHL Nursing Guide, 2015)

12

Monitorização do doente submetido a contenção mecânica

- Observar o doente a cada 15 – 30 minutos, que inclui:
 - Verificação das condições físicas e psicológicas dos doentes e a necessidade de manter as medidas de contenção;
 - Correta colocação das medidas de contenção mecânica;
 - Vigilância da integridade da pele/ presença de outras lesões;
 - Vigilância de sinais de compromisso neurocirculatório;
 - Verificação da correta colocação dos dispositivos médicos;
 - Alterações no padrão respiratório.
- Remover as medidas de contenção mecânica durante 15 minutos a cada 2 horas e sempre que estas não forem necessárias;
- Questionar regularmente a necessidade de satisfação de necessidades básicas (fome, sede, eliminação...).

(NICE, 2017; Woten, Pilgrim & Pravkoff, 2017)

Tomada de decisão

- ✓ Último recurso quando esgotadas medidas alternativas
- ✓ Informar e solicitar o consentimento
- ✓ Tomada de decisão em equipa multidisciplinar
- ✓ Correta utilização dos dispositivos de contenção
- ✓ Vigilância dos doentes contidos
- ✓ Reavaliar a necessidade de contenção e substituir sempre que possível por uma menos restritiva/limitativa
- ✓ Remover a contenção assim que possível
- ✓ Registos adequados

Plano, pense-me que agora está um pouco mais seguro

(DGS, 2011)

14

Perceções e opiniões em relação à contenção mecânica

	Profissionais de saúde	Idosos internados	Família
Motivo	Prevenção de quedas, segurança do doente, evitar remoção de dispositivos médicos	-	Prevenção de quedas e segurança do doente
Emoções e sentimentos	Conflito, culpa e ausência de emoções e sentimentos	Humilhação, raiva, medo, perda de controlo e da liberdade	Sentimentos ambivalentes
Alternativas	Supervisão dos doentes, contenção química, mudança do ambiente	Informação, aumento da analgesia e sedação, acesso mais fácil ao wc, mais atividades	Poucas sugestões ou outros dispositivos de contenção
Estratégias de coping	Falar com os doentes, partilha de experiências com os colegas, racionalização, utilizar medidas alternativas	Desistir, roçar, tentar esquecer, tentar remover o dispositivo de contenção	-

(Wong et al., 2020; Rodrigues et al., 2020; Spinzy et al., 2018; Arai & Leibowitz, 2014; Amatriaina et al., 2012; Gallinagh et al., 2001)

15

Apêndice IV

Participação no projeto referente à elaboração de um protocolo de atuação em situação de queda no doente anticoagulado

Protocolo de atuação em caso de queda no doente internado

Identificado episódio de queda no doente internado

Avaliar o risco do doente para lesões graves decorrentes de quedas:

- Abordagem A B C D E, se comprometida, fazer chamada de número de emergência interno (?);
- Exame físico musculoesquelético completo, incluindo a observação e palpação da cabeça aos pés;
- Na presença de alertas, utilizar as técnicas mobilização e manuseio adequadas, pedir observação médica urgente.
- Indicadores de alerta:
 - Deformidade óssea óbvia ou protrusão;
 - Dor ao toque na coluna cervical / dor nova na coluna vertebral – NÃO MEXER O DOENTE até à chegada da equipa, apoio e equipamentos adequados
 - Rotação externa (?) do membro (por ex. fratura da anca);
 - Edema rápido
 - Integridade da pele comprometida
 - Lesão na cabeça (**head injury with stepping**) / hematoma extenso ou flutuante
 - Considerar chamar a equipa de trauma

Após a abordagem inicial, seguir o caminho clínico específico de acordo com a suspeita de lesão com necessidade de observação médica urgente

Sem lesão ou lesão menor (ver abaixo)

Protocolo: lesão significativa da cabeça/traumatismo craniano grave

Protocolo: lesão major nos membros ou região pélvica

Protocolo: suspeita de lesão vertebromedular

- Todos os episódios de queda devem ser reportados ao médico assistente/ urgência ou enfermeiro chefe de equipa (?) para avaliação;
- NEWS observations to be taken and documented (**protocolo ?? Investigar**)
- Todas as quedas devem ser registadas no processo clínico do doente;
- **DATIX (plataforma de reporte)** → fazer a notificação na plataforma HER+
- Informar a pessoa de referência (com o consentimento do próprio)
- Reavaliar o risco de queda e tomar as medidas apropriadas
- Fall stickers to be completed and inserted into medical notes (**algo específico?? Investigar**)
- Reunião/ discussão em equipa multidisciplinar com o objetivo de identificar as causas da queda e as medidas a tomar
- Implementar "**Duty of Candour**" → COM. 109 – Comunicação de eventos adversos a doentes e familiares/ acompanhantes
- Reasses ****manual handling and bed rails guidance (remeter para outros procedimentos – quedas por ex)**

Queda sem lesão ou lesão menor: Avaliação médica de rotina.

ATENÇÃO:

- Em doentes idosos, particularmente naqueles com *delirium* ou demência, se o doente estiver agitado ou mostrar sinais de dor ou sofrimento, reavaliar possível fratura de membros ou anca.
- Para aqueles com **lesões cranianas/cabeça** minor, é necessário observação do estado neurológico no mínimo até 4 horas após a queda.
- Em doentes com terapêutica anticoagulante instituída ou > 65 anos, qualquer deterioração na avaliação da escala de coma Glasgow ou episódio amnésico num período de 8h após a queda deve justificar o pedido de TAC urgente e nova reavaliação médica até 4h.

**Protocolo de atuação em caso de suspeita de lesão grave da cabeça/ traumatismo craniano
- Protocolo pós queda**

Suspeita de lesão major da cabeça/ traumatismo craniano major após queda

- Alto risco** (potencial lesão cerebral ou lesão da coluna cervical):
- GCS < 15/15 (exceto se previamente conhecido como GCS 14/15, ex. demência)
 - Qualquer perda de consciência resultante do traumatismo
 - Suspeita de fratura aberta ou fratura com depressão*
 - Qualquer déficit neurológico focal
 - Suspeita de fratura do crânio
 - Amnésia pós-queda
 - Convulsões**
 - Edema ou hematoma significativos
 - Tratamento com varfarina (anticoagulantes?)
 - Considerar chamar equipa de trauma (?)

- TAC CE urgente até 8h pós queda;
- Se também houver suspeita de lesão coluna cervical/**lesão vertebromedular**, imobilizar o doente e seguir o protocolo "Protocolo: suspeita de lesão vertebromedular"

Lesão não identificada

Lesão identificada

Contactar a equipa de cirurgia adequada (**neurocirurgia?**) para estudo mais aprofundado

- Todos os episódios de queda devem ser reportados ao médico assistente/ urgência **ou nurse practitioner (chefe de equipa?)** para avaliação;
- NEWS observations to be taken and documented (**protocolo ?? Investigar**)
- Todas as quedas devem ser registadas no processo clínico do doente;
- **DATIX (plataforma de reporte)** -> fazer a notificação na plataforma HER+
- Informar a pessoa de referência (com o consentimento do próprio)
- Reavaliar o risco de queda e tomar as medidas apropriadas
- Fall stickers to be completed and inserted into medical notes (**algo específico?? Investigar**)
- Reunião/ discussão em equipa multidisciplinar com o objetivo de identificar as causas da queda e as medidas a tomar
- Implementar "**Duty of Candour**" -> COM. 109 – Comunicação de eventos adversos a doentes e familiares/ acompanhantes
- Reasses ****manual handling and bed rails guidance (remeter para outros procedimentos – quedas por ex)**

Baixo Risco

- Observação neurológica completa, através da avaliação da Escala de Coma de Glasgow:
- De meia em meia hora durante as primeiras 2 horas;
 - 1/1h nas 4 horas seguintes;
 - Depois, de 2/2h (**não diz quanto tempo**)

- Avaliação médica urgente e considerar TAC CE se:
- Diminuição no valor do score GCS
 - Qualquer deficit neurológico focal
 - Vômitos
 - Convulsões
 - Amnésia
 - Cefaleia persistente, que não reverte com medicação/terapêutica/analgesia
 - Otorreia*** ou rinorreia/ perda de líquido por via nasal/ canal auditivo
 - Equimose/hematoma infra orbital ou atrás das orelhas**

**Protocolo de atuação em caso de suspeita de lesão major dos membros/ região pélvica
- Protocolo pós queda**

Suspeita de lesão major dos membros ou região pélvica após queda

Lesão major dos membros:

- Deformidade óbvia do membro
- Edema ou hematoma
- Dor coluna cervical
- Dor ao toque no membro
- Compromisso neurovascular
- Integridade da pele comprometida
- Considerar chamar a equipa de trauma (?)

Observação médica imediata

- Devem ser solicitados exames complementares de diagnóstico urgentes para estudo da lesão.
- Se também houver suspeita de lesão coluna cervical/**lesão vertebromedular**, imobilizar o doente e seguir o protocolo "Protocolo: suspeita de lesão vertebromedular".

Exames complementares de diagnóstico revelam lesão?

Não

Seguir o protocolo de ocorrência de queda

Sim

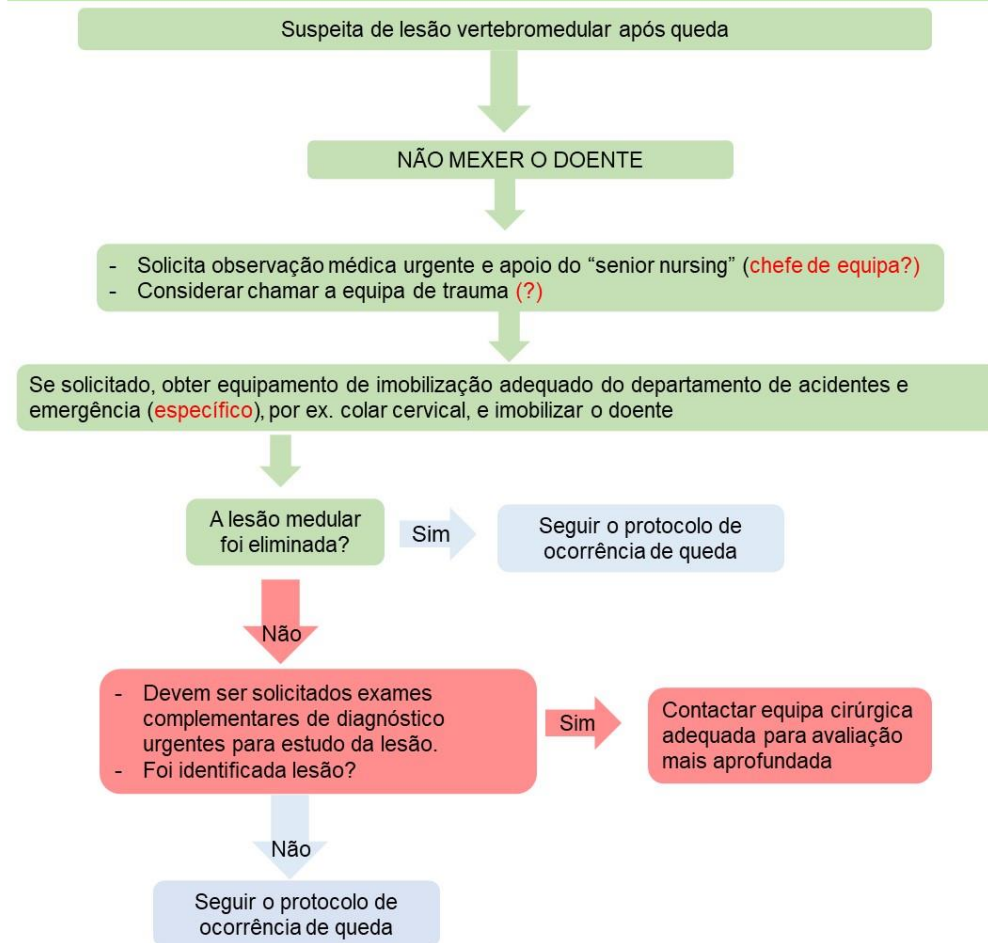
Entrar em contacto com a equipa de cirurgia para avaliação mais aprofundada

ATENÇÃO:

- Em doentes idosos, particularmente naqueles com *delirium* ou demência, se o doente estiver agitado ou mostrar sinais de dor ou sofrimento, reavaliar possível fratura de membros ou anca.

- Todos os episódios de queda devem ser reportados ao médico assistente/ urgência ou **nurse practitioner (chefe de equipa?)** para avaliação;
- NEWS observations to be taken and documented (**protocolo ?? Investigar**)
- Todas as quedas devem ser registadas no processo clínico do doente;
- **DATIX (plataforma de reporte)** -> fazer a notificação na plataforma HER+
- Informar a pessoa de referência (com o consentimento do próprio)
- Reavaliar o risco de queda e tomar as medidas apropriadas
- Fall stickers to be completed and inserted into medical notes (**algo específico?? Investigar**)
- Reunião/ discussão em equipa multidisciplinar com o objetivo de identificar as causas da queda e as medidas a tomar
- Implementar "**Duty of Candour**" -> COM. 109 – Comunicação de eventos adversos a doentes e familiares/ acompanhantes
- Reasses ****manual handling and bed rails guidance (remeter para outros procedimentos – quedas por ex)**

Protocolo de atuação em caso de suspeita de lesão vertebromedular - Protocolo pós queda



- Todos os episódios de queda devem ser reportados ao médico assistente/ urgência ou nurse practitioner (chefe de equipa?) para avaliação;
- NEWS observations to be taken and documented (protocolo ?? Investigar)
- Todas as quedas devem ser registadas no processo clínico do doente;
- DATIX (plataforma de reporte) -> fazer a notificação na plataforma HER+
- Informar a pessoa de referência (com o consentimento do próprio)
- Reavaliar o risco de queda e tomar as medidas apropriadas
- Fall stickers to be completed and inserted into medical notes (algo específico?? Investigar)
- Reunião/ discussão em equipa multidisciplinar com o objetivo de identificar as causas da queda e as medidas a tomar
- Implementar "Duty of Candour" -> COM. 109 – Comunicação de eventos adversos a doentes e familiares/ acompanhantes
- Reasses **manual handling and bed rails guidance (remeter para outros procedimentos – quedas por ex)