

IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1ªTURMA DO 1ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

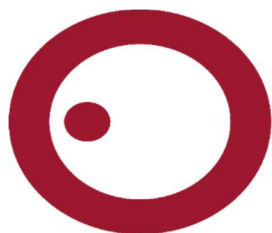
Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

Mestrando: Rui Pedro Filipe da Silva

Orientador: Professora Doutora Joana Sousa

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março de 2024



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1ªTURMA DO 1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL DE ENSINO CLÍNICO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Nome Completo e Número de Mestrando: Rui Pedro Filipe da Silva, n.º 5220173

Orientador: Professora Doutora Joana Sousa

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março de 2024

Dedico-**Te**.

Por todas as vezes que não Te agradeci.

Por todas as palavras que não Te disse.

“AMO-TE MÃE”

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Joana Sousa, pelo acompanhamento e disponibilidade demonstrada nas correções e sugestões de melhoria em todas as fases que permitiram atingir o presente trabalho final. Obrigado.

Aos meus enfermeiros, os meus colegas, pela colaboração no preenchimento dos questionários de colheita de dados e por terem depositado confiança na prossecução do trabalho de investigação. Farei com que valha a pena. Obrigado.

Ao meu Enfermeiro Gestor, Júlio Branco, pela colaboração na divulgação pela equipa do trabalho de investigação inserido no projeto de melhora continuo e, mais importante, pelo apoio e incentivo à realização deste percurso académico. Obrigado.

Ao Corpo de Bombeiros Voluntários da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de São Martinho do Porto, pelo reconhecimento da integridade das minhas competências e pela sempre amizade e união. “*Vamos todos, vimos todos*”. Obrigado, “*Vida Por Vida*”.

À Marta Caçoila, como sempre, uma âncora na minha vida. Obrigado.

A todos aqueles que fizeram parte deste percurso e colaboraram, direta ou indiretamente, para sua concretização e edificação da minha identidade como futuro Enfermeiro Especialista, um bem-haja a TODOS. A todos o meu sincero OBRIGADO.

RESUMO

O relatório final surge no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este tem como objetivos descrever e refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica. Além do mais, pretende, ainda, descrever o desenvolvimento de um trabalho de investigação, em formato de artigo, em processo de submissão.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A parte I aborda, através do método descritivo e reflexivo, as atividades e estratégias adotadas no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nos três ensinamentos clínicos que decorreram em contexto de serviço de urgência, de serviço de medicina intensiva e de contexto de emergência extra-hospitalar, como escolha opcional.

A parte II descreve um trabalho de investigação, de metodologia quantitativa, exploratória e correlacional, desenvolvido no local laboral, denominado de “O Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Aplicação de Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência”. O desenvolvimento do trabalho de investigação realizado é divulgado em formato de artigo.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Cuidados Críticos, Perfil de Competências de Enfermeiros, Estágio Clínico, Contenção Mecânica, Serviço de Urgência.

ABSTRACT

The final report emerges from the First Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in Specialization in Critical Care Nursing of the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria. This report aims to describe and reflect on the development of specialist nurse-common skills and specialist nurse-specific skills in surgical nursing in the specialization of nursing for people in critical situations area. Furthermore, this report intends to develop a research study, published on an article format.

This work is divided into two parts. The first one is through the descriptive and reflective methods, the strategies and activities adopted in developing specialist nurse skills, in the three clinical trials that took place in the context of an emergency unit, an intensive unit and an extra-hospitalar emergency, as an optional choice.

The second part describes an exploratory and correlational study developed in workplace, called " The Knowledge of Nurses Regarding the Application of Mechanical Restraint for Patients in Emergency Department". The study is presented in article format.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Critical Care Nursing, Nurse's Role, Clinical Clerkship, Mechanical Restraint, Emergency Department.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - *Bispectral Index System*

BPS - *Behavioural Pain Scale*

CEMI - Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CM - Contenção Mecânica/ *Contención Mecánica*

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC - Cateter Venoso Central

DAV - Decisão Antecipada de Vontade

DGS - Direção-Geral da Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

EC - Ensino Clínico

ECG - Eletrocardiograma

EEH - Emergência Extra-Hospitalar

EEMCPSC - Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

iTEAMS® - *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*

JCI - *Joint Commission International*

LA - Linha Arterial

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MR - *Mechanical Restraint*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

WHO - *World Health Organization*

PAAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PEEC - Plano de Emergência Externo de Catástrofe

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RNU - Registo Nacional de Utentes

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SIESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPIKES - *Setting up the interview; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and summary*

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviços de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TILIDAS - tipo de dor, intensidade, localização, início, duração, fatores de alívio ou agravamento, sintomas associados

TISS 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System 28*

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não-Invasiva

VV - Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	16
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	17
1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	17
1.2. ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	19
1.3. ENSINO CLÍNICO III - OPÇÃO - UNIDADES DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR.....	21
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	24
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	29
2.1.3. Domínio da gestão de cuidados	33
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	38
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	38
2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe.....	45
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	49
PARTE II - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	52
O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A APLICAÇÃO DE CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA	53
RESUMO	53
INTRODUÇÃO	56
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	56

2. MÉTODOS	59
2.1 AMOSTRA	60
2.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	60
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	61
2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	61
2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	61
3. RESULTADOS	62
4. DISCUSSÃO	65
5. CONCLUSÕES	67
6. REFERÊNCIAS	67
CONCLUSÃO	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	
ANEXO I	
Declaração de participação nas ações de formação em serviço do INEM “Situações de Multivítimas”, “Situações de Risco em Pediatria” e “Desafios no Controlo de Infecção Extra-Hospitalar: o olhar dos profissionais”	
ANEXO II	
Declaração de participação como palestrante no “2º Seminário Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar”	
ANEXO III	
Apreciação da Comissão de Ética	
APÊNDICES	
APÊNDICE I	
E-poster e resumo intitulado “Contenção Mecânica no Utente no Serviço de Medicina Intensiva”	
APÊNDICE II	
Apresentação da temática “Tríade Letal do Trauma”	

APÊNDICE III

Instrumento de recolha de dados - Questionário no formato de *Google Forms*®

APÊNDICE IV

Instrução de Trabalho e Fluxograma protótipos para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente no SU

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra (n=45) segundo os dados sociodemográficos, profissionais e académicos.....	62
Tabela 2. Distribuição da amostra acerca da leitura e análise da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011).....	63
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo o que pretende minimizar com a aplicação de CM no utente	63
Tabela 4. Teste de Normalidade para <i>score</i> do conhecimento dos enfermeiros do SUMC sobre CM de utentes	64
Tabela 5. Índice de conhecimento dos enfermeiros antes e depois da divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos: Teste de <i>T de Student</i> para amostras emparelhadas	64
Tabela 6. Teste de correlação de <i>Pearson</i> entre o tempo de exercício profissional e o conhecimento em M1 e M2.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição do Av_Score por resposta nos momentos M1 e M2.....65

INTRODUÇÃO

No âmbito da 1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi solicitado a elaboração de um relatório final que patenteasse uma reflexão crítica das competências adquiridas no decorrer dos contextos de Ensino Clínico (EC) desenvolvidos no presente curso, nomeadamente em Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Emergência Extra-Hospitalar (EEH). O primeiro decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), o segundo num Serviço de Medicina Intensiva (SMI), e o terceiro, no contexto extra-hospitalar, numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), todos da região centro do país.

Os EC permitem aliar o conhecimento teórico com a prática clínica, com reflexão sobre a ação, informada pela evidência. Permite, portanto, uma aprendizagem profissional com o desenvolvimento de enfermeiros de forma autónoma e pensamento crítico, tendo em vista a adoção de atitudes reflexivas em todo o processo de ação (N. M. Peixoto & T. A. Peixoto, 2016).

Os locais de EC foram escolhidos considerando a proximidade geográfica, de maneira a uma melhor gestão entre a prática clínica, o contexto laboral, e instituições com unidades onde fosse possível desenvolver as competências de enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC).

Pela sua componente essencialmente prática, os EC permitiram desenvolver aprendizagens, construção de conhecimentos, habilidades, tomada de decisão e desenvolvimento pessoal e profissional através da prática reflexiva.

O presente documento teve como objetivos: descrever e analisar as atividades realizadas de forma crítica, de forma objetiva e contextualizada, com a fundamentação dos respetivos elementos e singularidades; refletir sobre o papel do enfermeiro especialista EEMCPSC e o impacto da sua tomada de decisão nos cuidados à pessoa em situação crítica; apresentar o desenvolvimento de um estudo de investigação integrado num projeto de melhoria contínua da qualidade, para ser implementado em contexto laboral (num SUMC).

Este relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte faz-se uma caracterização dos contextos de ensino clínico, seguindo-se da análise crítica sobre as competências do enfermeiro especialista neles desenvolvidas, através de uma metodologia

reflexiva, sustentado na reflexão-na-ação, e análise crítica de situações experienciadas no decorrer dos EC.

A segunda parte expõe o trabalho de investigação realizado, apresentado em formato de artigo, de acordo com as regras para submissão de artigos de uma revista científica. O trabalho desenvolvido é de cariz quantitativo, tendo como base na questão de investigação: **“Qual o conhecimento dos enfermeiros de um serviço de urgência Médico-Cirúrgico, na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de contenção mecânica no utente?”**. Este problema enquadra-se nos enunciados descritivos *“A prevenção de complicações”* e *“Segurança nos cuidados especializados”* como padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como aprovado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017). O desenvolvimento deste estudo teve como objetivo planear e realizar um trabalho de investigação, no sentido de desenvolver uma análise crítica sustentada pela evidência da prática diária (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento deste estudo tem como objetivo planear e executar um trabalho de investigação, no sentido de desenvolver habilidades como dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, na análise crítica sustentada pela evidência da prática diária (Regulamento n.º 140/2019, 2019), através do processo de investigação.

O presente trabalho encontra-se redigido de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei do IPL (ESSLei, 2018) e Normas de Referenciação *American Physiological Association*, sétima edição (Politécnico de Leiria, 2023).

PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Este capítulo apresenta uma caracterização dos contextos da prática especializada, onde foram realizados os EC de urgência, de cuidados intensivos polivalente e da área opcional. Importa apontar que a Lei n.º 31/2021 da Assembleia da República (2021) classifica o EC como a vertente de formação em Enfermagem no qual o estudante de Enfermagem, numa equipa qualificada, presta cuidados de Enfermagem à pessoa a vivenciar um processo de doença aguda, com base em conhecimentos, adquirindo aptidões e competências.

1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço, onde se desenvolveu o EC I, integrava-se num SU de tipologia SUMC, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Esta tipologia é considerada de segundo nível para acolhimento de situações de urgência. Presta apoio diferenciado à rede de serviço de urgência básico associado e referencia para o serviço de urgência polivalente, em situações em que seja necessário cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades que não existam neste SUMC, previamente definidas nas redes de referência (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SUMC integrava uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais, entre outros profissionais para o adequado atendimento e gestão da segurança para a prática de cuidados. Também era composto pelas valências médicas medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Relativamente ao espaço físico este SUMC era composto por: dois gabinetes de triagem; cinco áreas dispostas em “*open-space*” denominadas por área laranja, área amarela (onde estava inserido o gabinete de psiquiatria), área verde/azul, área vermelha (Sala de Emergência [SE]) e área de Ortotrauma (com as especialidades de cirurgia e ortopedia); um gabinete de informações e área denominada de “verdes 2” para os utentes com suspeita de infeção por SARS-COV-2. Na ótica de Coimbra (2021) são setores e aspetos essenciais na organização e de gestão: admissão de utentes, triagem de prioridades, circuitos de encaminhamento, áreas funcionais (área médica, área cirúrgica, área ortopédica, entre outros), área de decisão clínica, área de emergência, área intermédia, recursos humanos, informatização e certificação, satisfação do utente, relações com o exterior (a montante e a jusante do SU) e situações de exceção (qualquer SU deve estar preparado).

Constituída por uma equipa de Enfermagem de cento e vinte e seis enfermeiros, cuja distribuição, por turno, era realizada por postos de trabalho, num total de vinte e um no turno da manhã, vinte no turno da tarde e dezoito no turno da noite. Ainda, os enfermeiros encontravam-se distribuídos, não só por todos os setores supramencionados, mas também pela função de Coordenador, Gestor de Camas e Informações, num total de onze áreas de trabalho. Na data do EC I existiam vinte enfermeiros especialistas, dos quais onze eram enfermeiros a exercer funções de coordenação do serviço, mas, no entanto, apenas nove eram enfermeiros EEMCPSC (de um total de dezassete). Portanto, o posto de coordenação do serviço nem sempre era assegurado por enfermeiro EEMCPSC conforme proposto no Regulamento n.º 743/2019 (2019, p. 144) que refere que “os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”.

Em SE o método de trabalho utilizado era o individual. Neste, o enfermeiro centrava os cuidados nas necessidades comprometidas do utente, numa vertente mais biomédica (Silva, 2017). No entanto, nas outras áreas era utilizado o método funcional ou de tarefa, pois baseava-se na distribuição de tarefas pelos enfermeiros (Ventura-Silva et al., 2021), método justificado pela frequente sobrelotação do serviço.

O circuito do utente iniciava-se com a sua inscrição no serviço administrativo, seguido da triagem e posterior encaminhamento para a especialidade conforme o protocolo de encaminhamento interno.

A triagem em vigor regia-se pelo protocolo de triagem de *Manchester*®, através do sistema informático SClínico®. Este modelo de triagem tem como principais objetivos definir o nível de prioridade e identificar focos/critérios de gravidade de forma rápida, objetiva e sistematizada, de forma que o utente seja avaliado em tempo útil, com base na sua situação clínica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018). Não obstante, estava ainda preconizado que, quando e sempre que o utente aguardasse observação médica e que o limite de tempo de espera previsto na Triagem de Manchester excedesse um período de “tempo alvo + 50% desse tempo alvo”, fosse realizada a retriagem nos turnos da manhã e da tarde, conforme previsto na Norma n.º 002/2018 (DGS, 2018), no pressuposto de nunca baixar a prioridade de atendimento. No Regulamento n.º 743/2019 (2019) está explanado que o posto de triagem deve ser assegurado, obrigatoriamente, por um enfermeiro com o curso de triagem, mas adicionalmente é aconselhável ser por um enfermeiro EEMCPSC, assim como em SE e a

coordenação do turno, tal como descrito anteriormente. Também se verificou que este pressuposto nem sempre era cumprido, pelo número reduzido de enfermeiros EEMCPSC.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O contexto de prática especializada em UCIP foi realizado num SMI. A medicina intensiva baseia-se nos pilares da prevenção, do diagnóstico e tratamento de situações de falência orgânica que sejam potencialmente reversíveis, com a finalidade de sustentar e restaurar funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente, de forma a gerar qualidade de vida na saúde do utente em situação crítica (Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva [CEMI], 2018). Atendendo a isto, o Serviço de Medicina Intensiva é considerado como um sistema organizado que presta assistência ao utente em situação crítica, de forma a garantir cuidados multiprofissionais intensivos e especializados, detendo monitorização avançada e diversas medidas de suporte fisiológico multiorgânico com o objetivo de manter a vida num evento de disfunção orgânica aguda (CEMI, 2018).

No EC II o SMI era considerado uma unidade de nível III, constituído por uma equipa multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos, durante vinte e quatro horas, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para a prestação de cuidados à PSC com falência multiorgânica (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O SMI era composto por dez unidades dispostas em “U” numa área em *open space*, com espaços individualizados, separadas por cortinas para garantir a privacidade, sendo que quatro destas unidades eram de isolamento em vidro para observação/monitorização. Destas últimas, três encontravam-se prontas para a realização de pressão atmosférica positiva e/ou negativa. A nível central existia um balcão com material informático ao dispor da equipa médica e de Enfermagem, bem como local para preparação de medicação. O serviço cumpria assim as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (2013).

Todas as unidades mencionadas estavam equipadas de igual forma, ou seja: cama articulada com colchão de pressão alternada, seringas e bombas infusoras, rampas de oxigénio e de ar, um ventilador mecânico invasivo, aspirador de secreções, bomba para infusão de alimentação entérica contínua, insuflador manual e monitor para monitorização de parâmetros vitais. Ainda estavam equipadas com um armário amovível composto por diversos materiais de apoio para a prestação de cuidados (tesoura, compressas esterilizadas e não esterilizadas, seringas, glicómetro, adesivos, lençóis, entre outros).

A equipa de Enfermagem era composta por um total de trinta e três enfermeiros, dois eram enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, catorze eram enfermeiros EEMCPSC, nove dos quais exerciam funções de coordenação. Verificou-se que cerca de 42% da equipa era constituída por enfermeiros EEMCPSC e que, também, estariam escalados na maioria dos turnos. Assim, constatou-se que neste SMI era cumprido o recomendado no Regulamento n.º 743/2019 (2019) onde se menciona que, na equipa de Enfermagem em SMI, “50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (p. 145).

O regulamento acima aludido refere ainda que a dotação adequada de enfermeiros não depende apenas do número dos mesmos, mas também do nível de qualificação e das competências que cada um deles possui, por forma a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Neste SMI o rácio enfermeiro/utente era de 1:2, podendo alterar em circunstâncias específicas, como acontecia no caso de doentes mais complexos com necessidade de técnica dialítica contínua. De certo modo, esta medida corrobora com o Parecer n.º 02/2020 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica ([MCEEMC], 2020) que defende que “os doentes de maior complexidade, com necessidade de suporte extracorporeal respiratório e/ou cardíaco por falência das medidas de suporte convencionais, necessitam de maior vigilância e cuidados de enfermagem, estando estes casos preconizados rácios de enfermeiro/doente de 1:1” (p.2).

O método de trabalho utilizado era o método individual, o que promovia cuidados de Enfermagem personalizados e individualizados contribuindo para uma melhoria da qualidade (Ventura-Silva et al., 2021), nunca descurando o trabalho de equipa. Cada enfermeiro responsabiliza-se por todos os cuidados prestados aos utentes que lhe eram distribuídos (Ventura-Silva et al., 2021), tornando os planos de cuidados mais específicos, de acordo com os dados obtidos ao longo do turno (Barros & Ellery, 2016). Neste local os cuidados prestados centravam-se no Modelo de Défice de Autocuidado (totalmente compensatório ou parcialmente compensatório) de Orem e no Modelo de Transições de Meleis (Tomey & Alligood, 2004).

Os registos de Enfermagem e processos dos utentes eram informatizados na plataforma informática *B-Simple*®, sendo todo o processo de Enfermagem em linguagem classificada (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® [CIPE®]). Esta plataforma

informática de registo não apenas facilitava a rápida perceção da evolução do utente com o seu auxílio na monitorização, como também organizava e simplificava dados quantitativos que permitiam dar visibilidade científica ao trabalho de Enfermagem e a uma tomada de decisão adequada para cada doente.

1.3. ENSINO CLÍNICO III - OPÇÃO - UNIDADES DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

O EC da área opcional, em contexto extra-hospitalar, realizou-se em unidades de EEH do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente em ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV) e em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), conforme definido no Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde (2014).

Quanto à ambulância SIV, esta é “concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida” (Despacho n.º 5561/2014, 2014, p.11124). Este meio dispõe de vários fármacos e um monitor-desfibrilhador. As ambulâncias SIV são tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) (INEM, 2017a).

O EC III realizou-se numa SIV integrada em Serviço de Urgência Básica (SUB), da Região Centro. A equipa era constituída por quatro enfermeiros com funções exclusivas no INEM, uma enfermeira externa que acumulava funções no SUB que integrava a ambulância SIV e quatro TEPH. Este meio do INEM assegurava a prestação de cuidados extra-hospitalares não só naquela região, como também em qualquer ponto do País, se necessário. As instalações da base localizavam-se nesse SUB e, uma vez que a mesma se encontrava integrada neste, o material utilizado era dali proveniente, sendo a gestão e reposição realizada pelo enfermeiro Gestor desse SUB em estreita articulação com o enfermeiro do meio. A ambulância SIV estava equipada com monitor/desfibrilhador LIFEPACK 15, aspirador de fluidos, ventilador, mochila de abordagem (inclui um ampolário com medicação), entre outros.

Relativamente à VMER é um veículo de prestação de cuidados emergentes no pré-hospitalar que se destina ao transporte rápido da equipa médica ao local da ocorrência (INEM, 2023b), permitindo a estabilização da pessoa com doença súbita ou acidente e seu acompanhamento durante o transporte. Dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) e é tripulada por um enfermeiro e um médico (INEM, 2017a). O EC III decorreu, também, numa VMER integrada em Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, da Região Centro. A equipa era constituída por dezassete enfermeiros, todos a exercer funções no Centro Hospitalar que integrava o meio, e por uma equipa de médicos, maioritariamente prestadores de serviço,

embora grande parte do mesmo Centro Hospitalar. À semelhança da ambulância SIV supramencionada, também esta VMER podia assegurar a prestação de cuidados extra-hospitalares não só naquela região, mas também em qualquer ponto do País se necessário. As instalações da base eram também adjacentes ao hospital, mas em edifício próprio. A reposição e gestão de material clínico era assegurada pelo enfermeiro coordenador, função esta que lhe era delegada pelo enfermeiro Gestor do SUMC, bem como a gestão dos fármacos em estreita articulação com os serviços farmacêuticos do Centro Hospitalar que procediam à reposição no pequeno armazém.

No âmbito operacional, na ambulância SIV o enfermeiro tinha autonomia para atuar de acordo com os protocolos médicos de atuação das ambulâncias SIV (Protocolos SIV), existindo uma passagem de dados entre o mesmo e o médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Realça-se que estes protocolos estavam sob alçada de um Grupo de Trabalho que tinha como missão a sua análise e atualização com base na evidência científica entretanto produzida (Despacho n.º 4163/2019, 2019). Já na VMER a implementação de terapêutica era realizada pelo médico da VMER e não em articulação com o médico regulador do CODU, pese embora as atuações medicamentosas se encontrarem “balizadas” em protocolos bem definidos de atuação. De salientar que o enfermeiro era quem mais prestava os cuidados e administrava a medicação à PSC.

Tanto na ambulância SIV como na VMER as ativações para as ocorrências eram efetuadas por três vias de comunicação concomitantemente pelo CODU: 1) através do alerta sonoro e luminoso no computador portátil onde se encontrava instalada a plataforma INEM *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®), um *software* de gestão de ocorrências e ferramenta de registo clínico que permite reportar informaticamente, e de imediato, o estado da vítima e a localização exata da ocorrência através de georreferenciação, assim como ter informação imediata do tipo de evento, meios ativados, dados da vítima, entre outros dados pertinentes; 2) através do envio de uma mensagem de texto para o telemóvel do meio com o tipo de emergência (obstrução via aérea; paragem cardiorrespiratória (PCR); dor torácica; entre outras) e o local. Possibilitava também o contacto direto com o CODU estabelecendo chamada de voz (no caso da ambulância SIV era o meio de comunicação privilegiado para validação de intervenções interdependentes, pedido de apoio do meio SAV e/ou o encaminhamento dos doentes pelo médico regulador do CODU, por exemplo); e 3) através do rádio do Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal (SIRESP) que permitia não só a comunicação com o CODU e entre os meios do INEM, como também era exigido neste “dar *status*” do estado em que o meio (ambulância de SIV ou VMER) se encontrava.

Tanto este equipamento como o computador portátil eram dotados de uma capacidade de resistência maior que os equipamentos convencionais, tendo em conta a imprevisibilidade das situações de emergência que possam surgir.

Os registos eram realizados o iTEAMS®, programa transversal aos vários meios de emergência médica e ao CODU, que permite a otimização de uma comunicação mais adequada entre o CODU e os operacionais, aproximando o operacional ao médico regulador (INEM, 2024). Estava disponível num computador portátil que permitia a realização de registos durante o transporte e, também, através de comunicação *Bluetooth* com o monitor/desfibrilhador, permitindo o envio de dados do exame eletrocardiográfico e a identificação rápida dos diagnósticos de Enfermagem e procedimentos realizados ao CODU. Porém, tinha como problema a ausência de linguagem classificada. Compreende-se pelo facto de ser uma ferramenta utilizada por diversos grupos profissionais no âmbito dos cuidados extra-hospitalares.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo descreve e analisa criticamente as atividades realizadas em EC como parte integrante do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMCPSC, recorrendo à reflexão sustentada no modelo reflexivo de Donald Schon da reflexão-na-ação. Neste modelo a reflexão é um método específico de trabalho em que se produz crescimento intrínseco e uma solução prática, numa interação constante entre a teoria e a prática (Netto et al., 2018). Já o conceito de competências pode ser descrito como um saber agir responsável, eficiente e reconhecido de um indivíduo perante uma situação, ao abrigo de um demarcado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação (Amaral & Figueiredo, 2021).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista tem que desenvolver um conjunto de competências comuns tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019, p. 4745) que refere que competências comuns são

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

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Código Deontológico da OE (2005, p.63) a ligação entre o utente e o enfermeiro “pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções”. Deste modo, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional, ética e legal, os princípios éticos e a deontologia profissional, de forma a garantir cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O cumprimento das orientações, normas, princípios e deontologia ao longo dos EC foi desafiante, pois surgiram situações em que os mesmos foram colocados em causa.

A sobrelotação dos SU é uma realidade, onde a sobrecarga de cuidados de Enfermagem atinge níveis elevados. Os SU têm tido uma tendência de maior afluência, com uma requisição em crescendo e com sobrecarga de cuidados que são necessários (Souza et al., 2017). No

contexto do EC em SUMC o desafio foi, efetivamente, a sobrelotação do serviço. Apesar do SUMC estar preparado com vários espaços individualizados com cortinas e placas de acrílico, era, por vezes, difícil manter a privacidade do utente. Para isso, adotaram-se estratégias para tentar manter este direito do utente como, por exemplo, levar a maca para outra área para posicionar ou assistir no autocuidado ir ao sanitário. Também, na comunicação com os utentes, foram adotadas estratégias comunicacionais, de maneira a garantir a confidencialidade na partilha de informação entre enfermeiro-utente, como por exemplo o ajuste do timbre de voz.

Também no SMI a privacidade do doente era frequentemente violada pelo facto de se encontrar despido, muitas vezes sedado e a unidade ser em *open space*. Para assegurar a sua privacidade, expunha-se o mínimo possível o corpo da pessoa, assim como utilizaram-se as cortinas que circundam a unidade da mesma e biombos, à semelhança do SUMC. Era prática comum, pelos profissionais, o interesse/sensibilização desta temática e dos direitos do utente, pois são constantes os atentados à privacidade individual, em situações já descritas como promotoras da despersonalização completada do utente e da sua família (Silveira et al., 2018).

A privacidade da PSC em contexto de prestação de cuidados extra-hospitalares era frequentemente violada pelo facto de se encontrar exposto ao ambiente que o rodeava e carecer de cuidados urgentes e emergentes, muitas vezes *in loco*. Para garantir a privacidade da pessoa expunha-se o mínimo possível o seu corpo, quer transferindo a vítima o mais rápido quanto possível para a ambulância (ou outro espaço no contexto extra-hospitalar) com vista à sua privacidade, quer com o envolvimento dos outros intervenientes do SIEM (bombeiros, autoridade, entre outros) com o uso de lençóis, posicionamento de meios de socorro ou até mesmo sugerir o corte provisório de vias de circulação de trânsito (mesmo que já tivessem sido certificadas as condições de segurança) e, ainda, o encerramento provisório de espaços públicos enquanto se prestavam cuidados extra-hospitalares urgentes (como por exemplo, o encerramento provisório do posto dos correios para abordagem a uma PSC por queixas de dor torácica).

Ao longo dos EC procurou-se que os cuidados prestados fossem individualizados, com inclusão do utente como decisor nos seus cuidados. Em cada intervenção era explicado no que é que esta consistia e a sua intenção terapêutica, respeitando a decisão do utente em a consentir ou não.

Quanto ao reconhecimento da família e/ou pessoa significativa como elemento integrante da dimensão e da relação com o utente, embora não fosse possível garantir o direito do

acompanhamento de todos os utentes, como explanado na Lei n.º 15/2014 (2014), atendendo à constante sobrelotação, no SUMC existiu a preocupação de salvaguardar esse direito. Para isso foi adotada a estratégia de curtas visitas, através do acompanhamento dos familiares por parte do enfermeiro alocado ao gabinete de informações. Ainda, e como experiência neste gabinete, que funcionava apenas em horário diurno, foi possível observar e participar na gestão de informação profissional de saúde/família ou representante legal de forma presencial e por via telefónica. Desta forma foi assegurada a informação pertinente e atempada acerca do utente, sendo garantido o direito do acompanhante à informação, de acordo com a Lei n.º 15/2014 (2014). Embora não tivessem acesso a informações durante o turno noturno, outra forma de tranquilizar os acompanhantes foi o contacto telefónico realizado pelo enfermeiro coordenador de turno ou pelo médico responsável, caso existisse alguma alteração clínica ou outra.

No SMI também foi privilegiada a presença e participação da família na alimentação ou levante para cadeirão do utente orientado e sob medidas de ventilação não invasiva, aquando horário de visita estipulado na Unidade, ou videochamadas pela aplicação de comunicação WhatsApp através do dispositivo “tablet” da Unidade, também nos utentes orientados e muito distantes da sua área de residência, após autorização prévia do utente e respetivo familiar.

Já no contexto extra-hospitalar era privilegiada a presença de um ou mais familiares junto da PSC dentro da célula sanitária da ambulância antes de ser iniciado o transporte para a unidade hospitalar, dando um breve ponto de situação favorável/desfavorável das intervenções implementadas e dando resposta a questões impostas, sempre dentro da área de intervenção do enfermeiro EEMCPSC.

Apesar da sobrelotação no SMI não ser um problema, foi possível refletir sobre temas no cuidado à PSC, particularmente nas questões éticas, legais e barreiras à comunicação. Num SMI a tomada de decisão perante a PSC é dificultada pelos dilemas éticos, nomeadamente na decisão de continuar ou terminar cuidados ao utente, vivenciaram-se duas situações em que não existiam documentos prévios como, por exemplo, a Decisão Antecipada de Vontade (DAV) ou da Decisão de Não Reanimar (DNR). Todavia, os familiares/representantes legais referiram, durante as visitas na Unidade, prévias decisões do utente internado. Não foi possível participar ativamente na tomada de decisão por ser num contexto de mestrando, mas foram presenciadas as reuniões entre equipa médica e de Enfermagem. Segundo Paixão et al. (2019) a indicação de reanimar ou não um utente com baixo prognóstico, e até quando ou até mesmo se devem persistir procedimentos de reanimação, são dilemas éticos bastante presentes em equipas de Enfermagem em SMI.

Assim, durante os EC era exercido o consentimento presumido para a maioria das intervenções de Enfermagem, assim como nas decisões em equipa multidisciplinar. Era implementado o que se considerava benéfico sem causar dano, tendo como alicerce o princípio da beneficência (Rosa et al., 2016). De acordo com a Norma n.º 015/2013 (DGS, 2015a, p. 6) considera-se consentimento presumido “quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado”, sendo primordial nos casos onde o utente se encontra inconsciente e não há forma de obtenção do seu consentimento expresso, devendo prevalecer o princípio da beneficência nas intervenções (DGS, 2015a).

Em contexto de EC em EEH várias vezes houve o confronto com situações de PCR não presenciadas e prolongadas, cujas condições da vítima ou a distância a cuidados de saúde faziam prever um desfecho negativo. Em contexto de ambulância de SIV, em que o líder de equipa era o enfermeiro e a sua prática era suportada nos protocolos existentes, a tomada de decisão em não iniciar ou suspender as manobras de reanimação era sempre um dilema ético. Segundo o Manual de SAV do INEM, em contexto extra-hospitalar, com pouca informação clínica e em pouco tempo, a reanimação deve ser sempre iniciada, exceto em casos de decapitação, incineração/carbonização, decomposição/putrefação e hemicorporetomia (INEM, 2020).

Ainda neste contexto, numa das ocorrências no meio VMER o utente recusou o transporte para o SU, apesar de lhe ter sido explicado os riscos intrínsecos. Neste caso, o utente assinou a Declaração de Recusa de Transporte e/ou Procedimentos Médicos do INEM. Desta forma foi salvaguardado o direito à escolha da pessoa, indo de encontro do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015, 2015) que preconiza que o enfermeiro deve promover e defender o direito à escolha, não o prejudicando. Não obstante, e à semelhança de em todas as outras ocorrências, explicaram-se os procedimentos ao utente e pediu-se o consentimento para realização dos mesmos, tendo em conta os Direitos e Deveres do Utente (INEM, 2017b) que referem que a pessoa tem o direito de dar ou recusar qualquer procedimento médico.

Outro desafio foi a comunicação. A PSC sob ventilação mecânica encontra-se limitada em termos comunicacionais. Na ótica de Pina et al. (2020, p. 5) o utente “internado em cuidados intensivos ventilado mecanicamente encontra-se impossibilitado de comunicar verbalmente, o que favorece o surgimento de stress, medo, raiva, frustração e desesperança, com repercussões em curto, médio e longo prazo”. Deste modo é essencial que o enfermeiro EEMCPSC adote estratégias para estabelecer comunicação com a PSC nesta condição, visto

que a este cabe gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para o supracitado existem estratégias facilitadoras à comunicação: utilização de gestos, linguagem corporal, expressão facial, apertar as mãos e utilização de materiais, tais como lápis e papel, letras do alfabeto e placas com palavras e imagens já pré-definidas (Sias et al., 2022). No SMI as estratégias mais utilizadas foram a utilização de gestos, solicitar ao utente fechar/abrir os olhos ou apertar a mão e a escrita em folhas de papel aliada às restantes formas de comunicação alternativa. Medidas estas económicas, atingíveis e universais.

No que concerne às passagens de turno é referido no Parecer CJ-2021 da OE (OE, 2001, p. 1) que “os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades”. No SUMC e no SMI as passagens de turno eram realizadas individualmente, habitualmente nos balcões centrais, com relativa distância dos utentes, de forma a garantir o sigilo.

Relativamente à realização de registos de Enfermagem foram implementados o sigilo profissional e a confidencialidade. Aludindo o EC em EEH, na ambulância SIV foram efetuados registos em formato digital na plataforma iTEAMS® e apenas os profissionais tinham acesso à informação do utente. Numa situação de multivítimas, foi somente realizado o registo informático de um utente, sendo que os registos dos restantes foram efetuados em formulário próprio do INEM em papel e arquivados em local fechado de acesso restrito, visto que unicamente há acesso aos dados do Registo Nacional de Utentes (RNU) de um utente por ficha de ocorrência emitida pelo CODU. O RNU é um dos pilares do sistema de informação em saúde, constitui a base de dados de referência para a identificação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1668/2023, 2023). Com esta medida foi permitido manter o sigilo, em que apenas os profissionais conseguiram estabelecer uma relação entre o registo informático e os registos em papel, indo ao encontro das normas específicas do Código de Ética e Conduta dos Profissionais do INEM (INEM, 2022).

Em retrospectiva, nos três contextos de EC foram várias as oportunidades de reflexão. Foi possível desenvolver as capacidades de tomada de decisão e a prestação de cuidados, respeitando princípios éticos, onde a privacidade, os valores culturais, as crenças e os direitos do utente, mas também os deveres profissionais foram entendidos como essenciais.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Cabe ao enfermeiro especialista ser dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, de maneira a garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Deste modo, os protocolos e normas tornam-se importantes para uma prática especializada, pois possibilitam a padronização de procedimentos das diversas equipas multidisciplinares, implicando uma redução no surgimento de eventos adversos e a prestação de cuidados de qualidade ao doente, desde que sistematicamente atualizados numa prática sustentada (Souza & Mendes, 2021).

Os EC em SUMC e UCIP ocorreram em instituições acreditadas pela *Joint Commission International* (JCI). No âmbito do EC em contexto extra-hospitalar, também a ambulância SIV encontrava-se integrada em instituição acreditada pela mesma entidade. A JCI é umas das entidades de acreditação em saúde que tem como propósito: garantir um ambiente seguro, de forma a diminuir o risco para os utentes e para os cuidadores; prover referências quantificáveis para a qualidade e segurança dos utentes; despertar e demonstrar melhoria contínua e sustentada; potenciar os resultados e a experiência do utente; e aumentar a eficiência com a diminuição de custos através de cuidados padronizados (JCI, 2020).

Neste âmbito, nos três EC foram consultados variados protocolos e normas institucionais e de serviço, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados e a segurança visando a uniformização. Por exemplo, consultaram-se os protocolos instituídos no SUMC e SMI acerca de colheitas de espécimes, cuidados com doente submetido a ventilação mecânica invasiva, entre outros e, no contexto extra-hospitalar, apesar do domínio dos protocolos de atuação SIV não ser o pretendido para o EC, foram consultados e discutidos os trinta e um protocolos.

Constatou-se que nestas unidades, mais no SMI e no âmbito extra-hospitalar, toda a equipa de Enfermagem prestava cuidados em analogia com os protocolos e normas vigentes, mantendo os protocolos atualizadas com base na evidência científica, através de grupos de trabalho definidos. Para isso, no SMI e INEM existiam formações e/ou passagens de conhecimentos planeadas e calendarizadas mensalmente. Neste âmbito, houve a oportunidade de assistir a três das formações em serviço no SMI de forma presencial ministradas por enfermeiros EEMCPSC, nomeadamente as formações “Microorganismos Multirresistentes no SMI”, “Stress em Incidentes Críticos” e “Técnicas de Substituição Renal”, e outras três pelo INEM através da “Plataforma digital Microsoft Teams”, estas últimas intituladas “Situações de Multivítimas”, “Situações de Risco em Pediatria” e “Desafios no Controlo de Infecção Extra-Hospitalar: o olhar dos profissionais” (ANEXO I).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2022a) tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, encontrando-se assente em 5 pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

Sendo um dos pilares deste PNSD a cultura da segurança, e com o objetivo estratégico de promoção de formação dos profissionais para a segurança da pessoa, houve a oportunidade em participar com um trabalho para uma melhoria contínua do serviço SMI, com a elaboração de um e-poster e resumo intitulado “Contenção Mecânica no Utente no Serviço de Medicina Intensiva” (APÊNDICE I) contemplando as indicações da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011a), tema da “contenção mecânica (CM) no utente” a abordar na Parte II do presente documento. O e-poster foi fixado em local próximo ao balcão de Enfermagem daquele SMI e ficou disponível digitalmente para consulta na pasta dedicada aos documentos de formação, instruções de trabalho e protocolos institucionais.

Também a partir de um estudo de caso participou-se como palestrante no “2º Seminário Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar” (ANEXO II) com uma apresentação intitulada “Tríade Letal do Trauma” (APÊNDICE II), atividade proposta pelo INEM.

Com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados e a segurança, visando a uniformização, foi realizada a verificação diária da SE no SUMC, testando e verificando os monitores desfibriladores e os variados kit's, assim como a integridade do carro de emergência. Procedimentos similares no SMI, onde também era realizada a verificação diária das unidades, do carro de emergência e do monitor desfibrilhador. Percebeu-se que os carros de emergência e restantes materiais se encontravam conforme se preconiza na Orientação n.º 008/2011 (DGS, 2011c), sendo que o carro de emergência é móvel e transportável, contendo o monitor desfibrilhador, fármacos e outros materiais fundamentais para situações de reanimação cardiorrespiratória ou de peri-paragem, ou seja, para a abordagem do utente em situação crítica (DGS, 2011c)

Nas unidades de EEH eram utilizadas as respetivas listas de verificação que se encontravam agendadas para dias específicos, mais precisamente para avaliação do estado operacional dos materiais, como o material de uso clínico que constava na mochila de abordagem, do monitor-desfibrilhador LifePack 15, o ventilador mecânico, as garrafas de oxigénio, da célula sanitária da ambulância SIV, entre outros. Este procedimento de verificação é importante para

a imediata utilização de qualquer equipamento e para a redução de ocorrência de incidentes, permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados e organizacional.

De acordo com Azevedo et al. (2020), a elevada afluência de utentes nos SU, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e as frequentes interrupções são fatores que conduzem à ocorrência de erros e, por consequência, o compromisso na segurança do utente. Com base na Orientação n.º 018/2011 da DGS (2011b), as falhas na identificação do utente podem ter como consequências erros de medicação, nas transfusões de sangue e hemoderivados, na realização de exames complementares de diagnóstico ou na realização de procedimentos ao doente errado. Por isto, procedeu-se à dupla confirmação da pessoa antes de qualquer procedimento, visto que a identificação correta dos utentes é uma das metas internacionais para a segurança do mesmo (Despacho n.º 9390/2021/2021; DGS, 2011b).

Quanto à segurança dos medicamentos existia nos três locais de EC cuidados específicos no armazenamento e identificação com sinalização própria, como nos concentrados de eletrólitos, nos medicamentos de alto risco, nos medicamentos LASA “*Look-Alike, Sound Alike*” e nos medicamentos com o mesmo princípio ativo e dosagens diferentes, conforme emanado na Norma n.º 020/2014 (DGS, 2015b). Eram, portanto, estratégias utilizadas para a diminuição de erros de administração de terapêutica. É também função do enfermeiro especialista EMCPSC garantir que este tipo de fármacos esteja corretamente identificado, por forma a manter uma melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem. Sabe-se que um dos enunciados descritivos dos cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica é a “prevenção de complicações”, e que abarca o correto cumprimento de cuidados técnicos de alta complexidade e a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2017).

A comunicação é considerada um dos pilares estratégicos do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021). Em todos os locais de EC a passagem de informação obedecia a uma comunicação eficaz com recurso à metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), como definido na Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017a). Evidentemente, esta técnica permitiu uma correta transição de cuidados da PSC, tanto no SUMC e SMI como na transmissão de dados ao CODU via telefónica (baixa frequência) e via SIRESP no âmbito extra-hospitalar em ambulância SIV. De acordo com o INEM (2023a) e a DGS (2017a) a técnica ISBAR é uma mnemónica simples, que consiste na transmissão de informação fundamental entre as equipas, permitindo uma efetiva segurança da pessoa e uma normalização da comunicação,

que contempla a identificação, a situação atual, os antecedentes, as intervenções e estado de saúde da PSC, e as recomendações. Assim como alude Linhares et al. (2022), a comunicação efetiva e eficaz é essencial na prevenção de erros na prática, aumentando a segurança nos cuidados.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, a notificação de incidentes na prestação de cuidados de saúde é basilar. No SUMC e no SMI o *software* de notificação era o HER+®, que possibilitava à instituição a recolha de dados relacionados a risco que eram posteriormente reportados a nível nacional. Já no INEM utilizava-se a plataforma de notificação de incidentes NOTIFICA®, conforme recomendado na Norma n.º 017/2022 (DGS, 2022c). Esta é uma plataforma que engloba incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, violência contra os profissionais de saúde, ocorrida no local de trabalho, e utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes, e que se destina à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde (DGS, 2022c). Todavia não houve necessidade de reportar qualquer incidente nestas plataformas, nos três EC.

Quanto aos registos, a comunhão com plataformas informáticas nos diferentes contextos de EC possibilitou a compreensão dos vários métodos de registo existentes na Enfermagem, em que “os sistemas de informação se configuram como o futuro para a visibilidade e a avaliação de desempenho dos cuidados prestados” (Nascimento et al., 2021, p. 509). Posto isto, no SUMC os registos de Enfermagem e processos dos utentes eram informatizados na plataforma SClinico®, plataforma já familiarizada no contexto laboral. Quanto ao SMI os registos e processos dos utentes eram informatizados na plataforma informática *B-Simple*®, sendo o processo de Enfermagem (diagnósticos e intervenções de Enfermagem) também em linguagem CIPE®.

Enquanto na ambulância SIV os registos clínicos eram elaborados pelo enfermeiro (*team leader*), na VMER o *team leader* era o médico e, por esse motivo, constatou-se que o enfermeiro não realizava qualquer registo das suas avaliações e intervenções de Enfermagem à PSC. De acordo com Bailas (2016, p. 30) os registos

funcionam como uma forma de comunicação entre enfermeiros e entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, permitindo partilha de informação. O processo clínico revela-se como sendo o instrumento de partilha de informação mais evidente para a documentação dos cuidados e comunicação entre os profissionais de saúde.

Pese embora os diferentes contextos de EC, compreendeu-se que o enfermeiro EEMCPSC tem um papel fundamental na promoção da melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, fortalecendo protocolos e normas. Deve ambicionar a satisfação do utente, com base em cuidados de excelência e de qualidade, a prevenção de complicações e a promoção da saúde, através da prestação de cuidados seguros e baseados em evidência, assim como certificar a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem especializados, conforme os enunciados descritivos emanados pela OE (2017).

2.1.3. Domínio da gestão de cuidados

A gestão de cuidados é basilar na organização de qualquer instituição de saúde, pois é através desta que surgem resultados positivos ou negativos. Esta gestão aglomera recursos humanos, materiais e financeiros e tem como pilar as relações interpessoais instituídas pelo enfermeiro com a restante equipa e utente, implicando a interação, a comunicação, a tomada de decisão e a cooperação (Mororó et al., 2017).

Pelo supracitado, e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de Enfermagem, de maneira a otimizar a resposta da sua equipa de saúde, bem como a articulação da mesma e, também, adequar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto onde se encontra inserido, com a finalidade de garantir a qualidade dos cuidados.

Com o intuito de garantir a segurança e qualidade nos cuidados, torna-se evidente que o enfermeiro especialista não deve descuidar os pressupostos das dotações seguras. Para o conseguir, são bases primordiais a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e as competências dos mesmos (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Com base nisto, para o rácio apropriado deve-se ter em atenção o número de horas de cuidados por utente e por dia e, ainda, “as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 128).

No SMI a distribuição era realizada pela enfermeira Gestora ou enfermeiro coordenador e baseada em alguns critérios, particularmente se o utente estaria em posição de *prone*, sob técnica dialítica contínua, em isolamento, em ventilação espontânea ou não, entre outros. A escala utilizada para a distribuição era a Nursing *Activities Score* (NAS), uma vez que esta consegue calcular cerca de 80,8% da carga de trabalho, ao invés da escala anterior – *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) 28, que apenas calcula 43,3% da carga de trabalho do enfermeiro em cuidados intensivos (Macedo et al., 2021).

Embora o método de trabalho utilizado fosse o método individual, como referido anteriormente, na distribuição diária dos enfermeiros a enfermeira Gestora do SMI procurava compartilhar este método com algumas características do método de enfermeiro responsável. Com isto, pretendia manter os cuidados aos mesmos utentes em todos os turnos em que estão presentes os mesmos enfermeiros com conhecimento da situação, permitindo desta maneira um maior acompanhamento à Pessoa, promovendo menores perdas de informação, maior responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados e seus resultados, assim como o planeamento precoce da alta (Silva, 2017).

No SUMC e no SMI foi possível acompanhar o enfermeiro especialista, que desempenhava funções de gestão do serviço ou de coordenação do turno, no desempenho de funções de coordenação, especialmente na gestão de recursos humanos, como em alocar enfermeiros a diferentes postos de trabalho mediante a necessidade de cuidados de enfermagem nas áreas, consoante as circunstâncias de cada dia de trabalho.

Quanto ao SUMC, a equipa de Enfermagem não cumpria os rácios recomendados no Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019), atendendo à sobrelotação constante do serviço. Observou-se, ainda, que o posto de coordenação nem sempre era assegurado por enfermeiro EEMCPSC, como sugerido no mesmo Regulamento, os “enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p.144). Constatou-se que o enfermeiro em funções de coordenação, para além da gestão de recursos materiais e humanos, possuía sentido crítico no estabelecimento de prioridades, na comunicação de situações de instabilidade à equipa médica e no agilizar dos internamentos e transportes inter-hospitalares, otimizando o funcionamento do serviço e procurando encaminhar doentes deste local para o internamento ou outras áreas, em estreita colaboração com a equipa de gestão de camas.

Ainda no SUMC houve a experiência de acompanhar, em dois turnos, o enfermeiro especialista no posto e função de enfermeiro Gestor de Camas. Este tinha como função a gestão das vagas existentes no Centro Hospitalar daquela região do país, contribuindo para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde através da otimização dos recursos Institucionais e garantir ao doente, em tempo útil, a alocação de cama e todos os cuidados de saúde de qualidade que necessita. Entendeu-se que era um projeto muito promissor.

Relativamente ao SMI também a gestão de recursos humanos e materiais era assegurada pela enfermeira Gestora, que delegava algumas funções nos enfermeiros coordenadores e

nos enfermeiros especialistas. Também aqui nem sempre o enfermeiro em funções de coordenação era especialista. De acordo com o Parecer n.º 15/2018 da MCEEMC (2018) “a gestão de serviços de Enfermagem é garantia dos enfermeiros detentores do título de especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros” (p.3) e, também, “o profissional com melhor formação para chefiar e coordenar equipas de enfermagem em serviços de Medicina Intensiva ou de Cuidados Intensivos é o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (p.4).

Acompanhou-se a enfermeira Gestora num turno e apurou-se que esta tinha um papel de assessor e mobilização de recursos, fazendo a interligação com a restante equipa multidisciplinar (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019). Constatou-se também que estava presente na passagem de turno de Enfermagem, bem como na passagem de turno médica, registando as alterações no plano terapêutico de cada utente e/ou outras decisões pertinentes, estabelecendo e consolidando a comunicação entre ambas as equipas. As informações do plano terapêutico eram posteriormente transmitidas aos enfermeiros responsáveis pelos utentes.

Também no que diz respeito à gestão de cuidados de forma eficiente, nos três EC foi possível colaborar na averiguação da operacionalidade de monitores desfibrilhadores e demais materiais da unidade dos utentes (em SE ou SMI), bem como na verificação de malas de transporte e carros de emergência, seguindo as respetivas *check-lists* uniformizadas por cada instituição e serviço. Esta operacionalização contribui para a melhoria e segurança nos cuidados prestados.

De salientar que em contexto extra-hospitalar, após cada ocorrência, era repostado todo o material usado. Também após cada ativação, o material usado era devidamente desinfetado e arrumado, a mala de abordagem era repostada com material de uso clínico da carga do veículo, por forma a que os meios se encontrassem sempre disponíveis. Esta metodologia de gestão de recursos permite uma apropriação às necessidades existentes, com enfoque na organização da prestação de cuidados de qualidade de enfermagem especializados, reforçado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, que referem que o uso de metodologias de organização promove a qualidade dos cuidados, onde o enfermeiro especialista deve contribuir para a gestão e eficácia da organização dos mesmos (OE, 2017).

Na ambulância SIV o enfermeiro tem o papel de líder na prestação de cuidados. Coordena a equipa e assume a responsabilidade na tomada de decisão, sendo o elo de ligação aos cuidados à PSC, procurando segurança, qualidade e estabelecimento de prioridades na

prestação de cuidados. Deste modo, o enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de Enfermagem de maneira a otimizar a resposta da sua equipa de saúde e a articulação da mesma, assim como apropriar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto onde se encontra inserido, garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste ponto, foi evidente o cuidado na realização de ensinamentos, incentivo à crítica na abordagem ao utente e reforço positivo às equipas de bombeiros intervenientes. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC, o enfermeiro especialista deve atuar como gestor de risco nos cuidados especializados (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Mais, segundo Santos (2019), o enfermeiro líder deve atingir os seus objetivos em conjunto com a equipa, capacitar a mesma, incentivar o pensamento, tomar decisões e possuir diversas habilidades como a comunicação, a relação pessoal e a gestão, indo ao encontro de um único foco, o utente.

Por outro lado, na VMER o médico é quem assume o papel de líder. Por este motivo, o reforço na aquisição de competências na área da liderança efetuou-se maioritariamente na ambulância SIV.

Em síntese, os EC possibilitaram desenvolver competências neste domínio, de maneira a fomentar uma melhor gestão não só das equipas, mas também dos cuidados de Enfermagem especializados.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

De acordo com o Artigo 100º do Código Deontológico o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos através da frequência de ações de qualificação profissional, salvaguardando-se ainda, no Artigo 109º, o dever de manter a sua atualização contínua (Lei n.º 156/2015, 2015).

Relativamente ao supradito, ciente disto, uma das estratégias foi a explanação das dúvidas ao enfermeiro tutor de EC. Também se mantiveram os conhecimentos atualizados através de pesquisas próprias que contribuíram para a *práxis* clínica baseada na evidência científica, com vista ao desenvolvimento da prática clínica especializada e cuidados seguros e competentes. O autoconhecimento é relevante para o desenvolvimento pessoal e profissional, para o desenvolvimento de uma relação eficiente enfermeiro-doente e para o aprimoramento das capacidades de Enfermagem (Rasheed et al., 2019).

Importa também reforçar que, para além das pesquisas dirigidas, houve oportunidade de assistir a formações e apresentações providenciadas nos EC. A formação contínua possibilita o ganho na qualidade visto que

assume uma particular importância no reforço da capacidade de resposta de Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal. (Regulamento n.º 656/2021, 2021, p. 173)

No SMI sentiu-se a necessidade em aprofundar conhecimentos, nomeadamente nas variáveis hemodinâmicas, no uso de equipamentos de atuação diferenciada e avançada no âmbito da ventilação invasiva e ventilação não invasiva (nesta aperfeiçoou-se o domínio do método de terapia de oxigénio de “Alto Fluxo”) e método de substituição renal em doente crítico.

Ainda neste contexto houve oportunidade na aquisição de conhecimentos perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, com a prestação de cuidados a um utente em morte cerebral, desde a sua admissão até a sua ida para o bloco operatório. Neste sentido, houve necessidade de leitura dos protocolos existentes no SMI, observação dos testes médicos que atestam morte cerebral, colaboração nos cuidados de manutenção hemodinâmica do potencial dador, realização de colheitas de produto biológico inerente ao processo, integração na reunião médico responsável-enfermeira Gestora-família, entre outros cuidados diretos. O tratamento ativo do dador passa por uma abordagem sistematizada dos vários órgãos e sistemas, visando prevenir, identificar e corrigir as alterações fisiopatológicas que se vão desencadeando (Ponce & Mendes, 2016).

Ter conhecimento não só das capacidades, mas também das limitações levou a dirigir mais atenção a determinadas áreas, nomeadamente no aprofundamento de conhecimentos de atuação no âmbito da ventilação não-invasiva no extra-hospitalar, através do método de pressão positiva efetuado pelo dispositivo médico Boussignac, tendo a oportunidade de o executar na VMER em vítima com insuficiência cardíaca.

Apesar de não se sentir dificuldade na execução de SAV, realizá-lo em ambiente extra-hospitalar é mais exigente, por todo o contexto envolvente. Houve várias oportunidades de colaborar ativamente neste procedimento, aprimorando-se a identificação de ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis e adequando as tarefas em virtude destes. Contudo, em nenhuma destas ocorrências houve a implementação de uma via aérea avançada definitiva com entubação orotraquel, ou o uso de máscara laríngea para a permeabilização da via aérea no âmbito da ambulância SIV.

Segundo Bitencourt et al. (2023) é através de eventos que decorrem nos vários contextos práticos que se potencia o pensamento crítico em Enfermagem. O pensamento crítico é “uma competência fundamental para a tomada de decisão efetiva pelo enfermeiro, estando estreitamente relacionada à assistência segura e de qualidade” (Luiz et. al, 2020, p. 10).

Posto isto, também após cada ocorrência, e em todas as ocorrências, realizou-se um *debriefing* em equipa com objetivo de destacar os aspetos positivos e aspetos a melhorar. O *debriefing* foi uma técnica fundamental para o alicerce de todos os momentos de aprendizagem. É sem dúvida nutritivo no ensino e aquisição de competências, conforme comprovado por Janicas e Narchi (2019, p.7) que mencionam “que o uso de cenários com *debriefing* realmente foi eficaz no aprendizado, corroborando a hipótese de que essa técnica de ensino melhora o desempenho clínico na assistência de Enfermagem”.

Por conseguinte, nos três contextos de EC as estratégias de aprendizagem maioritariamente adotadas foram a vivência dos eventos, a reflexão e o *debriefing*. Para essa finalidade procurou-se manter o registo pessoal de assertividade, proatividade e disponibilidade em participar nos cuidados à PSC, sempre em busca de novas oportunidades de aprendizagem.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento n.º 361/2015 da OE (2015) recomenda que os cuidados de Enfermagem especializados à PSC são contínuos, qualificados e desafiantes, e que os mesmos exigem uma reflexão sobre o exercício profissional nesta área. Neste âmbito, cabe ao enfermeiro EEMCPSC desenvolver um conjunto de competências específicas tendo por base o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018) que refere que os cuidados ao utente em situação crítica são situações de saúde complexas, em que são fundamentais as respostas adequadas, com celeridade e de forma holística por parte do enfermeiro EEMCPSC, onde se mobilizam conhecimentos e capacidades.

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

No decorrer dos EC foram prestados cuidados a utentes e família/cuidadores de maneira a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prestando-os de modo urgente, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica e, desenvolvendo conhecimentos e habilidades de alta complexidade em tempo útil. Assim, foi dada resposta à PSC eficazmente e de forma especializada, na conceção, implementação e

avaliação do seu plano de intervenção, numa parceria de cuidados impulsionadora da segurança e qualidade.

Os SUMC têm implementados sistemas de resposta rápida através das Via Verde (VV), que são circuitos de encaminhamento que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados de situações que beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Tem grande importância a presença do enfermeiro especialista em EMC na realização de triagem, na prevenção de complicações para a saúde do utente a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, englobando a identificação tão rápida quanto possível dos potenciais problemas da pessoa e a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Num dos turnos de presença na triagem houve a oportunidade de identificar um utente diabético com dor pré cordial, em que foi ativada a VV Coronária, e um utente com défice neurológico agudo súbito em que foi ativada a VV Acidente Vascular Cerebral (AVC) conforme a Norma n.º 015/2017 (DGS, 2017b). Relativamente à VV Coronária, perante a deteção precoce de dor torácica pelo enfermeiro, na triagem este solicita um Eletrocardiograma (ECG) de doze derivações, mediante protocolo integrado no Sistema Informático, e o utente é encaminhado para a SE para a realização dos restantes procedimentos consoante a avaliação primária realizada. O facto do ECG ser solicitado e realizado nos primeiros dez minutos respeita o que se encontra em fluxograma sobre a pessoa admitida em SU presente na Norma n.º 002/2018 (DGS, 2018) e no Manual de SAV do INEM (2020). Como este utente se encontrava numa instituição com serviço de hemodinâmica, foi imediatamente encaminhado para a sala de hemodinâmica, onde realizou angioplastia primária, em tempo adequado. Por outro lado, verificou-se que o utente no qual a VV AVC foi ativada não tinha critérios de inclusão para a realização de fibrinólise, pelo motivo idade, múltiplas comorbilidades prévias ou outros, porém percebeu-se que o papel do enfermeiro é essencial. Ou seja, é através da deteção precoce e adequada que depende a ativação da VV AVC de forma rigorosa, célere e eficaz no meio hospitalar (Barreira et al. 2019).

Em contexto extra-hospitalar, em utente vítima de tiro accidental, ao nível do abdómen em choque hipovolémico por hemorragia maciça, foi vivenciado o acionamento da VV Trauma, com apresentação, de trabalho sobre “Tríade Letal do Trauma”, anteriormente referido. A atuação nesta vítima permitiu desenvolver habilidades na estabilização e preparação da PSC,

terapêutica e material de estabilização para a realização do seu transporte rápido para a unidade hospitalar por via terrestre.

Neste sentido, compreendeu-se que o enfermeiro EEMCPSC deve prestar cuidados especializados ao utente em situação crítica, de forma a antecipar a instabilidade e falência orgânica, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, fazer a gestão da dor e do bem-estar, gerir a comunicação interpessoal fomentando a relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador e assistir a pessoa e/ou família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes do evento crítico de saúde do utente em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No SUMC houve várias oportunidades para aperfeiçoar e consolidar competências em procedimentos à PSC, nomeadamente em situações de entubação orotraqueal, colocação de drenos torácicos e de pericardiocentese, colocação de cateter venoso central, ventilação mecânica, entre outros. Destas destaca-se a técnica de pericardiocentese, por ter sido presenciada pela primeira vez. Tratou-se de um utente com derrame pericárdico extenso, com evidente repercussão hemodinâmica, conduzido até à SE para monitorização e efetivação do procedimento de *life saving*, por tamponamento cardíaco. Tranquilizou-se o utente, avaliaram-se sinais vitais com maior frequência e monitorizou-se com mais regularidade o traçado eletrocardiográfico, por possíveis alterações eletrocardiográficas. Com esta experiência foi permitido entender a relevância da cooperação do enfermeiro EEMCPSC neste tipo de técnicas de abordagem à PSC, afirmando-se que este deve conhecimentos basilares na antecipação e deteção de focos de instabilidade.

Na SE integram-se os utentes mais instáveis, onde se realizam procedimentos mais técnicos. Para evitar a instabilidade da pessoa, nomeadamente em situações emergentes, verificou-se a existência de *kits* previamente preparados pelo enfermeiro, para tornar mais célere e eficiente a colaboração nestas técnicas.

Colaborou-se, ainda, na estabilização e preparação do utente, terapêutica, equipamento e material para a realização do seu transporte intra-hospitalar. Na ótica da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) o enfermeiro detentor da melhor formação para integrar as equipas para o transporte da PSC é o enfermeiro EEMCPSC e, também, o nível de cuidados durante o transporte da PSC não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo ser previsto a eventualidade de o elevar.

Relativamente ao SMI assistiu-se e colaborou-se na implementação do protocolo terapêutico complexo “protocolo de administração de *Alteplase*” numa utente ao qual lhe foi diagnosticado

um Trombo Embolismo Pulmonar e que, porém, não surtindo efeito, a utente foi transferida para outra unidade hospitalar, preparada para a realização de trombectomia. Também se acompanharam utentes no transporte intra-hospitalar para a realização de Tomografia Computorizada com ou sem contraste, apropriando-se uma postura preventiva de identificação e antecipação de possíveis situações de risco para o utente, durante essas transferências intra-hospitalar.

Ainda no SMI realça-se a colaboração na prestação de cuidados técnicos dirigidos à PSC, nomeadamente: cuidados à PSC com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), na entubação orotraqueal e traqueostomia, e de Ventilação Não-Invasiva (VNI) e também de alto fluxo; no processo de “desmame” do suporte ventilatório invasivo e extubação do utente; monitorização hemodinâmica invasiva por Linha Arterial (LA); monitorização da atividade cerebral controlando o estado de sedação através do monitor de *Bispectral Index System* (BIS); avaliação da Pressão Intra Abdominal; técnicas de Substituição Renal (Hemodiafiltração Venovenosa Contínua); cuidados com Cateter Venoso Central (CVC); execução de manobras de pronação no posicionamento de doentes com VMI; interpretação de gasometria arterial; entre outros. Para a avaliação de sedação utilizou-se a escala de avaliação de sedação *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). De acordo com Barbosa et al. (2018) para a correta adequação dos níveis de sedação, e conseqüentemente prevenção dos seus efeitos indesejáveis, é fundamental que se apliquem escalas de avaliação uniformes, sendo que a RASS é das que detém melhores resultados (Namigar et al., 2017).

No EC em UCIP desenvolveram-se competências técnicas na prestação de cuidados à PSC, tais como: cuidados de higiene e conforto em contexto de doente sob VMI e demais dispositivos médicos invasivos; mobilização e levante; aspiração de secreções e higiene oral; execução de pensos cirúrgicos; administração de terapêutica específica e complexa (perfusões de amins, insulina, potássio, sedo analgesia, entre outros). Ainda relativamente à VMI, tendo como objetivo a otimização da ventilação e do equilíbrio ácido-base da PSC, avaliaram-se valores de gasometria arterial, pelo menos uma vez por turno e sempre que indispensável para a reavaliação, considerando-se esta avaliação como essencial na perceção do estado clínico da PSC. Com base nestes valores aplicaram-se e geriram-se protocolos terapêuticos definidos no SMI, como são exemplo a correção de hipo ou hipercaliémias, hipo e hipercalcémias, ou o uso de citrato na PSC sob técnica dialítica de hemodiafiltração contínua sob anticoagulação com este fármaco. Como já comentado, a gestão e administração deste tipo de protocolos terapêuticos contribui para o aumento das competências neste domínio. Não se deve descurar que é função do enfermeiro EEMCPSC

garantir e gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em conjunto com a equipa médica, tendo por base o conhecimento teórico também nesta área (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No EC em EEH a capacidade de delegação de funções, adaptação de estratégias de liderança e avaliação sistemática de forma autónoma foi mais desenvolvida na ambulância SIV, enquanto a partilha de informação e discussão das melhores medidas a implementar na PSC foi um aspeto mais desenvolvido na VMER. À semelhança dos outros locais de EC, a abordagem C-ABCDE (A-Airway, B-Breathing, C-Circulation, D-Disability, E-Exposure) aquando da prestação de cuidados foi sempre a metodologia adotada para a sistematização e sequência das etapas. Corroborando com Coimbra (2021) que refere que a abordagem ABCDE deve ser sistematizada e realizada de forma rápida e eficaz, priorizando os cuidados emergentes, importa acrescentar e reforçar que “o controlo da hemorragia exsanguinante tem prioridade sobre todos os outros componentes da abordagem (C-ABCDE)” (INEM, 2023c, p.2). Ainda, e na ambulância SIV, realça-se a colaboração na prestação de cuidados técnicos dirigidos à PSC adequando os respetivos protocolos de atuação, nomeadamente nos processos complexos de trauma, alteração do estado de consciência, dor torácica, dispneia, bradidisrritmia, taquidisrritmia e convulsão, obedecendo sempre de acordo com a metodologia de abordagem supramencionada.

Nos três locais de EC sentiu-se a integração nas equipas nas situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Uma das PCR no SUMC foi detetada na chegada à sala de realização de Tomografia Computorizada, assumindo-se, nesta, a administração de fármacos de emergência e participação nos cuidados após retorno da circulação espontânea. No final, percebeu-se que teria sido benéfico a realização de um *debriefing*, como estratégia de validação e análise sobre o sucedido, como forma válida de melhoria do desempenho por parte dos profissionais em novas situações de PCR (Conoscenti et al., 2021).

A dor é considerada como o quinto sinal vital (OE, 2008) e a prestação de cuidados de Enfermagem especializados deve ir de encontro à promoção do bem-estar da pessoa. Com base nisto, para a componente de gestão diferenciada da dor, acrescenta-se como intervenção planeada e bem-sucedida o aperfeiçoamento na sua gestão, com identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar (aumento de frequência cardíaca, hipo ou hipertensão, choro, por exemplo).

Coimbra (2021, p.87) refere que “relativamente às situações urgentes/emergentes, muitas vezes, a sedação/analgesia é utilizada como parte integrante de uma abordagem estruturada do utente com uma patologia aguda e evolução, seja de etiologia traumática, médica ou

cirúrgica”. Atendendo a isto, no SUMC cooperou-se nos cuidados em utentes politraumatizados (também com fraturas expostas) onde a gestão da dor nem sempre era gerida com facilidade e eficiência. Todavia conseguiu-se incutir, em colaboração com a equipa multidisciplinar, a gestão da dor nesta tipologia de utentes através das técnicas farmacológicas numa primeira abordagem, sugerindo ativamente às equipas médicas este recurso antes e durante a prestação de cuidados. No SMI a avaliação da dor efetuava-se através da escala *Behavioural Pain Scale* (BPS), que permite quantificar a “dor” com base em aspetos como a expressão facial, os movimentos realizados e a tolerância à VMI (Batalha et al., 2013).

Em ambiente extra-hospitalar foi gerida através de medidas de combate à dor interdependentes, como são o caso das farmacológicas em uso no protocolo de analgesia e sedação da ambulância SIV ou por indicação médica na VMER, e medidas autónomas e não farmacológicas (comunicação, aplicação de calor e/ou frio, posicionamentos, imobilizações de membros, transporte em maca de vácuo). A dor é um sofrimento evitável e que se reflete de forma negativa na qualidade de vida do utente, sendo o seu controlo um direito do utente e um dever dos profissionais, devendo ser proporcionado todos os meios de alívio da dor (Niza, 2018).

Ainda, no que concerne ao problema que é a dor na PSC, no âmbito da emergência extra-hospitalar, usou-se a escala numérica (a mais utilizada) e a *Pain Assesment in Advanced Dementia* (PAAD), utilizando-a em utentes que não comunicavam pelo seu défice cognitivo, por exemplo. Para além destas escalas, utilizou-se o TILIDAS (tipo de dor, intensidade, localização, início, duração, fatores de alívio ou agravamento, sintomas associados), uma mnemónica que auxilia na caracterização da dor torácica. Com isto, e com prática, tornou-se notória a celeridade na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC neste contexto, pois a avaliação dos sinais e sintomas relativos a este tipo de dor dirige para as intervenções e procedimentos necessários para o seu alívio/tratamento, tais como a realização de eletrocardiograma, administração de analgesia e transporte da PSC para a unidade hospitalar mais adequada.

A comunicação entre o enfermeiro e o familiar/pessoa de referência do utente em situação crítica faz também parte deste domínio de competência do enfermeiro EEMCPSC. Assim sendo, é preponderante o papel do enfermeiro EEMCPSC, não só no cuidado ao utente em situação crítica, mas também à família/pessoa de referência deste, de forma a gerir os medos, ansiedade, incertezas e sentimentos negativos, por parte do mesmo, conforme está previsto no Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018).

Com base no anteriormente dito, no turno de EC realizado no gabinete de informações do SUMC, colaborou-se na transmissão de informações presenciais e pela via telefónica e presenciou-se a uma transmissão de más notícias, que depois foi considerada para reflexão. Esta transmissão de más notícias ocorreu em contexto de um utente com diagnóstico recente de *Miastenia Gravis*, que entrou em SE com sinais de iminente falência respiratória e que foi submetido a entubação orotraqueal.

Entende-se que comunicação de más notícias é qualquer informação dispensada ao cuidador/família, com teor desagradável, relacionada com o doente, e que envolva uma mudança drástica numa perspetiva futura (Fontes et al., 2017). Para a situação descrita estiveram presentes o médico intensivista e o enfermeiro coordenador, também enfermeiro EEMCPSC, visto que deste é esperado “a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Este tipo de notícias está usualmente relacionado com situações de doença grave, condições oncológicas ou morte, e reportam-se a intervenções mais complexas para o enfermeiro (Coimbra, 2021). Destacou-se como positiva a prestação do enfermeiro coordenador pela avaliação e forma de comunicação que deve ser clara, inequívoca, honesta e de fácil interpretação, com questões que permitem compreender melhor o envolvimento e sentimento da família/cuidadores, e entender como os mesmos vivenciam o processo (Pinho, 2020).

Já no SMI as informações eram fornecidas durante o tempo de visita, presencialmente e individualmente, em comunhão entre equipa médica e enfermeiro responsável pelos cuidados ao respetivo utente. Com esta experiência desenvolveram-se ferramentas e estratégias comunicacionais, nomeadamente, a adequação do tom de voz, do contacto visual, da demonstração de disponibilidade, da postura correta, da distância ou a proxémica, comportamentos estes que favorecem a comunicação (Phaneuf, 2005). Concomitantemente, e por ser mais facilitador fazê-lo no contexto da UCIP, foi implementado o protocolo de más notícias, denominado pelo acrónimo SPIKES, que foi criado de forma a promover o diálogo durante a comunicação, fortalecendo a relação terapêutica e facilitar a tomada de decisão. Assim temos como etapas neste protocolo (Coimbra, 2021): S (Setting up the interview - Planear a comunicação, num local privado e confortável); P (Perception - Perceber o que o doente/familiar sabe e comunicar adequadamente ao grau de compreensão); I (Invitation - convidar doente/família para expor as suas dúvidas); K (Knowledge - informar de forma clara e delicada, e evitar excesso de informação); E (Emotions - abordar as emoções com respostas

empáticas e valorizar as mesmas); S (Strategy and summary - delinear próximos passos e resumir).

No outro contexto de EC, o contacto direto com o núcleo familiar, e no seu próprio meio, constituiu um desafio complementar em comparação com o ambiente hospitalar. Por exemplo, após prestação de cuidados de SAV em utente, com cerca sessenta anos, em PCR após obstrução total da via aérea, episódio presenciado pelos dois filhos que iniciaram manobras de SBV, cujo desfecho foi a morte. Posteriormente, até à chegada da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) do INEM que tomou conta da situação, esta adaptação permitiu o esclarecimento de dúvidas, respeitando também os silêncios nesta fase inicial do processo de luto, indo ao encontro do que Campos (2017) refere, já que o enfermeiro deve mobilizar comportamentos e atitudes e adaptar-se aos contextos complexos e críticos, formando uma relação terapêutica com o utente/família.

Sintetizando, os três contextos de EC contribuíram para o desenvolvimento desta competência, onde foram prestados cuidados à PSC de elevada complexidade e com diferentes abordagens e recursos materiais e humanos diferentes. Entendeu-se que o enfermeiro EEMCPSC deve ser dinâmico na aquisição de conhecimentos e na reflexão nas suas intervenções, fundamentando-se na evidência.

2.2.2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018) o enfermeiro EEMCPSC tem como cargos cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; criar juntamente com a equipa multidisciplinar os planos de emergência e catástrofe; planear a resposta à situação de catástrofe; orientar os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e, por fim, assegurar a eficiência dos cuidados, tendo em conta a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

A Lei n.º 80/2015 (2015, p. 5316) define catástrofe como “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” , ao passo que acidente grave é definido como sendo “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 5316).

Neste sentido, a prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro conhecimento, competência e habilidades específicas, devendo os procedimentos estar e ser

convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo deste tipo de situações (Pereira, 2018).

Nos EC, enfatizando os EC em SU e UCIP, não foram vivenciadas situações de catástrofe com necessidade de aplicar o Plano de Emergência Externo de Catástrofe (PEEC). No entanto, perante a eventualidade de ocorrência, como o SUMC e o SMI pertenciam à mesma unidade hospitalar, consultaram-se os PEEC dessa Unidade da região centro do país, sendo a sua última atualização em 2017. Nestes, os pilares eram idênticos, adequando-se aos eventos e organização física dos serviços, assim como aos recursos humanos e materiais. Quanto aos recursos humanos e/ou materiais existiam três níveis de resposta em caso de grande afluxo de vítimas, como de acordo com a Orientação n.º 007/2010 (DGS, 2010). Em ambos os EC as respetivas salas de reuniões funcionavam como Gabinete de Crise em situação de catástrofe.

No SUMC conheceram-se os documentos anexos a esse PEEC e os vinte e cinco kits de catástrofe já previamente preparados, constituídos por etiquetas de triagem, requisições para exames complementares de diagnóstico e folhas de registos e as cartas de ação, devidamente identificadas com o seu destinatário, garantindo que cada interveniente compreende as suas funções, minimizando-se possíveis falhas.

Ainda no SUMC, constatou-se que em situação de catástrofe são adotados dois métodos de triagem, a primária e a secundária. Para a triagem primária o método adotado é o *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), cuja avaliação é executada através dos parâmetros da mobilidade, a presença de feridas, a presença de respiração e sua frequência e a frequência cardíaca (INEM, 2012). Para a triagem secundária o método adotado é o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), que integra a frequência respiratória, estado de consciência e pressão arterial sistólica, sendo necessário a reavaliação dos utentes (INEM, 2012).

Na unidade hospitalar que integra o SUMC e o SMI consta uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) garantida por um médico e um enfermeiro EEMCPSC do SMI. Pinho (2020, p. 6) menciona que “a atividade dos profissionais que desenvolvem funções em Medicina Intensiva não se limitou às “quatro paredes” do Serviço, tendo-se rapidamente alargado às Salas de Emergência, à Emergência Interna e à intervenção precoce nos doentes agudos de todo o hospital (...)”.

De acordo com o Despacho n.º 9639/2018 (2018, p. 27533) as EEMI têm não só a função de atuar em situações de paragem cardiorrespiratória,

mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, das situações que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação. Neste contexto, a rápida ativação das EEMI é crucial, demonstrando a evidência científica disponível nesta matéria que os atrasos na resposta prestada pela equipa de emergência intra-hospitalar encontram-se associados a taxas de sobrevivência mais reduzidas.

Para ativação da EEMI são critérios: paragem respiratória; paragem cardiorrespiratória; saturação periférica de oxigénio <90% com oxigenoterapia suplementar com máscara de Venturi a 60%; pressão arterial sistólica de instalação súbita <90mmHg; perda súbita da consciência e crise convulsiva prolongada e repetida.

No EC no SMI houve a oportunidade de acompanhar uma ativação da EEMI, para uma suposta crise convulsiva numa das passadeiras de peões, junto de um dos parques de estacionamento exteriores da unidade hospitalar. Nesta experiência atestou-se o benefício da existência deste tipo de equipa, dado a celeridade com que é destacada uma equipa que detém competências avançadas para realizar uma abordagem eficiente à PSC em qualquer local da unidade hospitalar.

À semelhança dos EC supramencionados, também no contexto extra-hospitalar não foram experienciadas situações de catástrofe. Porém teve-se o cuidado de debater com os tutores, tanto na ambulância SIV como na VMER, não só sobre as suas atuações em prévios cenários com múltiplas vítimas, como também acerca dos recursos e materiais disponíveis (cartões de apoio às triagens START e TRTS, por exemplo) e os seus planos estratégicos. Ainda neste domínio, aproveitando o convite e oportunidade proporcionada pelo INEM, assistiu-se ao *webinar* intitulado “*Situações de Multivítimas*”, referido anteriormente. Neste, as palestras teóricas incluíram a discussão da montagem dos postos médicos avançados em função dos cenários reais.

No EC em EEH, em ambulância SIV vivenciou-se uma situação de natureza de trauma que permitiu o avigoramento da competência de gestão de cuidados de emergência e exceção. Foi um despiste seguido de colisão entre dois veículos, do qual resultaram três feridos ligeiros, destes uma vítima grávida de aproximadamente vinte e três semanas. Contudo, pelos dados fornecidos por quem fez o pedido de ajuda e pelo número de utentes, aquando da triagem telefónica pelo CODU foi acionado o meio diferenciado ambulância SIV. Neste episódio, à semelhança dos restantes, apesar do número de utentes utilizou-se a metodologia C-ABCDE

sendo esta fundamental para a deteção dos problemas que carecem de cuidados específicos, e altamente complexos, antecipando os possíveis focos de instabilidade, que possam comprometer a sobrevivência do utente (Coimbra, 2021; INEM, 2023c). O planeamento nesta fase focou-se na gestão dos meios disponíveis no local, sendo que as decisões passaram por dividir os profissionais de saúde e restantes parceiros do INEM pelos utentes, tal como preconizado pelo INEM (2012). Após avaliação primária e secundária dos três utentes percebeu-se que quem inspirava mais cuidados era a utente grávida, por apresentar queixas para monitorização mais frequente e alívio da dor (dor moderada ao nível abdominal). Concomitantemente foram comunicadas as decisões importantes ao comandante das operações de socorro e articulou-se com o CODU, não só a informação do estado clínico dos utentes, como também a validação de qual/quais a(s) unidade(s) hospitalar(es) de drenagem. Mais, constatou-se que foi primordial o trabalho em equipa e a articulação com os diferentes intervenientes do SIEM, neste caso bombeiros sapadores e voluntários, forças de segurança e populares. O motivo para esta organização foi a proximidade do meio diferenciado (ambulância SIV) em caso de possível agudização, garantindo um acompanhamento por um profissional diferenciado (enfermeiro) ao(s) utente(s) potencialmente crítico(s), o que tornou evidente a necessidade do desenvolvimento da competência e capacidade de gestão de cuidados e de antecipação de situações potencialmente críticas.

Ao longo dos EC, apesar de não serem vivenciadas situações na área da Enfermagem forense, é importante ter presente que cabe ao enfermeiro especialista assegurar a eficiência dos cuidados de Enfermagem, preservando os vestígios de indícios da prática de crime. Como emanado no Regulamento n.º 429/2018 (2018), durante a prática profissional reconheceu-se que é preciso diagnosticar e reconhecer precocemente os indícios da prática de crime na vítima ou no meio envolvente, salvaguardando a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de custódia, encaminhando as situações para as entidades competentes e reencaminhando as vítimas para os organismos direcionados ao seu apoio. Ainda, segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19363) “o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”.

No âmbito supramencionado, no SUMC consultou-se o procedimento e formulário da cadeia de custódia para transporte de amostras, e também o protocolo de atuação em caso de abuso sexual e respetivo anexo sobre as normas de colheita de vestígios biológicos em vítimas de agressão sexual, embora não tenha havido oportunidades neste âmbito. Também de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018, p. 19363) “o enfermeiro especialista atua

concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

De acordo com a DGS (2017c) as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência a antimicrobianos são problemas em crescendo mundialmente, pois aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os tempos de internamentos e aumentam os custos em saúde.

Atendendo ao sobredito, consultaram-se as instruções de trabalho que constavam nos contextos de EC relativamente a este tema, assim como o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) de 2017 e o Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos de 2019-2023 da DGS (2019b).

Houve permanentemente a preocupação em garantir a prevenção da infeção. Consideraram-se sempre as dez Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) emanadas pela Norma n.º 029/2012 (DGS, 2013), tendo em conta a diversidade de contextos em que pode ocorrer uma emergência, seja na rua ou em domicílio.

Uma das principais vias de transmissão de microrganismos, entre os profissionais e utentes, e entre utentes, é o contacto através das mãos. Assente na Norma n.º 007/2019 (DGS, 2019a), a higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz na prevenção das IACS. Ao longo dos EC apurou-se que existiam aspetos facilitadores para uma correta higienização das mãos, encontrando-se distribuídas soluções antissépticas de base alcoólica em todos os locais de prestação de cuidados (unidades dos doentes e nos meios ambulância SIV e VMER), carros de apoio e bancadas em todas as áreas de trabalho, bem como pontos de água para lavagem das mãos (incluindo na ambulância SIV). Verificou-se que a utilização de luvas em contexto extra-hospitalar é primordial, já que é um ambiente dúbio, muito pouco controlado e maioritariamente contaminado.

No SUMC e no SMI verificou-se que os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) eram utilizados de forma adequada, mediante as intervenções a realizar e tipologia de isolamento dos utentes. A mudança dos EPI era mandatária entre cada doente.

Já no contexto extra-hospitalar, apurou-se que existiam EPI, na célula sanitária da ambulância SIV, melhor identificados e de fácil alcance do que na VMER, mas que nem sempre eram utilizados de forma adequada pelos profissionais interveniente em ambos os meios, mediante

as intervenções a realizar (por exemplo, erradamente, nem sempre era utilizada a de máscara FFP2 para aspiração de fluidos). A par disto, cumpriu-se e promoveu-se a sua utilização, como referido na Norma n.º 029/2012 (DGS, 2013).

No SUMC destaca-se o facto de que a equipa de Enfermagem tentava regularmente encontrar estratégias na melhoria na prevenção das IACS. Por exemplo, apesar do espaço físico diminuto, tentava-se isolar utentes imunodeprimidos ou portadores de microrganismos multirresistentes alocando-os em determinados locais, por forma a cumprir um isolamento possível, minimizando infeções cruzadas. Assumiu-se também particular importância a existência da “área verdes 2”, devido à sobrelotação das áreas que não permitia cumprir os distanciamentos preconizados. Conforme a Norma n.º 013/2022 (DGS, 2022b), nesta área colaborou-se na realização de testes rápidos de antigénio para pesquisa de SARS-Cov-2 a todos os utentes com sintomatologia suspeita logo na sua admissão no SUMC, contribuindo assim para a diminuição da incidência de infeções por este vírus.

Percebeu-se que o SUMC tinha em vigor normas e protocolos no âmbito do PPCIRA e que existia, na sua equipa, elos com o objetivo de os divulgar. Com isto verificou-se que os elos eram enfermeiros EEMCPSC, como preconizado pelos padrões de qualidade do enfermeiro EEMCPSC onde é função destes garantir e supervisionar o cumprimento dos protocolos e a melhoria contínua neste âmbito por deterem competências no domínio da prevenção e controlo das IACS, assim como, na prevenção de complicações (OE, 2017).

Aludindo o EC em UCIP, verificou-se que todos os utentes admitidos no SMI eram sujeitos a rastreio séptico com objetivo de deteção precoce e monitorização de focos de infeção no doente. Portanto, houve oportunidades para a realização de: colheitas de sangue para hemoculturas, zaragatoa nasal axilar e perianal, colheitas para urocultura e colheita de expetoração.

Importa salientar que um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do enfermeiro EEMCPSC é a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, em que o Enfermeiro Especialista maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante os diversos contextos de atuação e na utilização de medidas invasivas no decorrer da doença aguda (OE, 2017).

Com base nisto, praticaram-se os protocolos existentes no SMI sobre prevenção das IACS, no âmbito dos feixes de intervenção sobre a prevenção e controlo de infeções relacionadas com a pneumonia associada ao cateter vesical (DGS, 2022d), à intubação (DGS, 2022e) e ao CVC (DGS, 2022f).

No âmbito extra-hospitalar, igualmente importante, também pela imprevisibilidade e dinamismo neste tipo de trabalho, norteando pela Norma n.º 029/2012 (DGS, 2013), constatou-se que existiam preocupações a ter em conta, como por exemplo: o material que não é de uso único era sempre descontaminado entre cada ocorrência, pois “as recomendações do fabricante devem explicitar a frequência da execução de limpeza, o método de descontaminação, e quem é responsável pelo procedimento” (p.7); existia sempre material extra para utilização; só se enviava *status* de disponibilidade do meio quando este se encontrava devidamente higienizado; os sacos de recolha de resíduos e contentores de rígidos de grupo IV não eram cheios até ao fim, para um encerramento seguro dos mesmos; e os contentores mantinham-se sempre fechados, para evitar a contaminação ou picagem accidental e eram selados (e trocados) quando tivessem a 2/3 da capacidade. Todavia, nem sempre estavam identificados com data de abertura e de encerramento.

Considera-se como atingida esta competência de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, pela promoção da utilização do equipamento de proteção individual, a correta higienização do ambiente e a utilização de circuitos, assim como pela realização dos procedimentos que exijam técnica asséptica.

PARTE II - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nesta parte será apresentado um estudo sobre o conhecimento dos enfermeiros de um SUMC, na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente, que está integrado num projeto de melhoria contínua da qualidade, suportado pela metodologia de investigação-ação. O estudo será apresentado em formato artigo respeitando as regras para submissão de artigos de uma revista científica.

O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A APLICAÇÃO DE CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO

Introdução: A contenção é utilizada na saúde como forma de proteger e garantir a segurança do utente, com o intuito de prevenir quedas e a remoção de dispositivos médicos. Esta deve ser utilizada em situações em que o comportamento do doente o coloque a si ou aos outros em risco, em ocasiões de recusa de tratamento compulsivo, e em situações urgentes de recusa de tratamento vital. **Objetivos:** Identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação de contenção mecânica (CM) no utente e quais os motivos que levam os enfermeiros a aplicar CM no utente. **Métodos:** Estudo de metodologia quantitativa, transversal e correlacional, com aplicação de um questionário de avaliação de conhecimento, com base na Orientação n.º 021/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS), e elaboração e divulgação de uma instrução de trabalho e fluxograma específicos. O questionário de avaliação de conhecimento foi aplicado em dois momentos - antes e após a divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos aos enfermeiros de um serviço de urgência. A amostra é não probabilística de conveniência. **Resultados:** Participaram no estudo 45 enfermeiros, 84,4% mulheres e 15,6% homens, 24,4% com qualificação académica de mestrado e 8,9% com especialização. O risco de queda (47,8%) e a exteriorização de dispositivos invasivos (32,2%) foram os principais motivos identificados que levaram os participantes a proceder à CM do utente. Antes da intervenção 57,8% dos participantes desconhecia a Orientação n.º 021/2011 da DGS e o *score* de conhecimento sobre a temática (*score* máximo de 5 por escala tipo *Likert*) com média de 3,75 (DP ± 0,516) aumentando ligeiramente para 3,81 (DP ± 0,477) após a divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos, para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente num serviço de urgência. Verificaram-se correlações positivas, mas sem significado estatístico, entre o conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação de CM no utente e o tempo de exercício profissional como enfermeiro e o tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência Médico-Cirúrgica ($p > 0.05$). **Conclusões:** Com os dados obtidos urge a necessidade da implementação da temática CM no utente no plano de formação contínua em serviço de urgência, como estratégia que vise diminuir as complicações associadas ao uso da CM.

Palavras-chave: contenção mecânica, serviço de urgência, enfermeiro, conhecimento.

THE KNOWLEDGE OF NURSES REGARDING THE APPLICATION OF MECHANICAL RESTRAINT FOR PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT

Introduction: Restraint is used in healthcare as a way of protecting and ensuring the patients' safety, preventing falls and removing medical devices. Restraint should be used when the patient's behaviour puts them or others at risk, when they refuse compulsory treatment, and in urgent situations where they refuse vital treatment. **Objectives:** To identify nurses' level of knowledge about applying mechanical restraint (MR) to patients and why nurses apply MR to patients. **Methods:** The study follows a quantitative methodology, with correlational and cross-sectional analysis, using a knowledge assessment questionnaire based on Directive n.º 021/2011 of the Direção-Geral da Saúde (DGS), and preparing and disseminating a specific work instruction and flowchart. The knowledge assessment questionnaire was administered twice - before and after the prototype work instruction and flowchart were disseminated to nurses. The sample was convenience non-probabilistic. **Results:** 45 nurses participated in the study, 84.4% women and 15.6% men, 24.4% with a master's degree and 8.9%. The risk of falling (47.8%) and the externalisation of invasive devices (32.2%) were the main reasons the sample proceeded with the user's MR. Before the intervention, 57.8% of the participants did not know about Directive n.º 021/2011 DGS (2011) and the knowledge score on the subject (maximum score of 5 on a Likert scale) was a mean of 3.75 (SD ± 0.516), increasing slightly to 3.81 (SD ± 0.477) after the dissemination of the work instruction and prototype flowchart for decision-making in the application of the MR measure on the patient in the emergency department. There were positive correlations, but they were not statistically significant, between nurses' knowledge of the use of MR on patients and the length of time they have worked as a nurse and the length of time they have worked as a nurse in the Medical-Surgical emergency department ($p > 0.05$ in all correlations). **Conclusions:** Based on the data obtained, there is an urgent need to implement the topic of MR for the patient in the continuous training plan for emergency services as a strategy to reduce the complications associated with the use of MR.

Keywords: mechanical restraint, emergency department, nurses, knowledge.

EL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE LA APLICACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RESUMEN

Introducción: La contención se utiliza en el ámbito de la salud como medio de protección y aseguramiento de la seguridad del paciente, con el propósito de prevenir caídas y la extracción de dispositivos médicos. Debe aplicarse en situaciones en las que el comportamiento del paciente ponga en riesgo a sí mismo o a otros, en casos de negativa a tratamientos compulsivos y en situaciones urgentes de rechazo a tratamientos vitales. **Objetivos:** Identificar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la aplicación de la contención mecánica (CM) en el paciente y los motivos que llevan a los enfermeros a aplicar CM en el paciente. **Métodos:** Este estudio sigue una metodología cuantitativa, con análisis correlacional y de corte transversal, mediante la aplicación de un cuestionario de evaluación de conocimientos basado en la Orientación n.º 021/2011 de la Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Se elaboró y divulgó una instrucción de trabajo y un flujo de trabajo específicos. El cuestionario de evaluación de conocimientos se aplicó en dos momentos, antes y después de la divulgación de la instrucción de trabajo y los flujogramas prototipo a los enfermeros. Se formó una muestra no probabilística de conveniencia. **Resultados:** Participaron en el estudio 45 enfermeros, el 84,4% mujeres y el 15,6% hombres, el 24,4% con calificación académica de maestría y el 8,9% con especialización. El riesgo de caída (47,8%) y la exteriorización de dispositivos invasivos (32,2%) fueron los principales motivos que llevan a la muestra a aplicar la CM en el paciente. Antes de la intervención, el 57,8% de los participantes no conocía la Orientación n.º 021/2011 de la DGS, y la puntuación de conocimiento sobre el tema (puntuación máxima de 5 en una escala de Likert) fue de una media de 3,75 (DP \pm 0,516), aumentando ligeramente a 3,81 (DP \pm 0,477) después de la divulgación de la instrucción de trabajo y los flujogramas prototipo para la toma de decisiones en la aplicación de la medida de CM en el paciente en el servicio de urgencias. Se observaron correlaciones positivas, pero sin significado estadístico, entre el conocimiento de los enfermeros sobre la aplicación de CM en el paciente y el tiempo de ejercicio profesional como enfermero y el tiempo de ejercicio profesional como enfermero en el servicio de urgencias Médico-Quirúrgica ($p > 0,05$ en todas las correlaciones). **Conclusiones:** Con los datos obtenidos, urge la necesidad de implementar la temática de CM en el paciente en el plan de formación continua en el servicio de urgencias, como estrategia para reducir las complicaciones asociadas al uso de la CM.

Palabras clave: contención mecánica, servicio de urgencias, enfermero, conocimiento.

INTRODUÇÃO

No Serviço de Urgência (SU) cuidar do utente confuso/agitado/agressivo constitui um desafio à prática e arte do enfermeiro, onde o recurso à contenção muitas vezes é equacionado. Estas situações comportam riscos (físicos, psicológicos, éticos e legais) além de influenciarem o estado de saúde do utente, sendo imprescindível a sua correta decisão e aplicação.

A utilização de contenção, nomeadamente a contenção mecânica (CM), é comum em diversos países, incluindo Portugal (Cunha et al., 2016; Faria et al., 2012). Todavia, a CM deve ser evitada, pois agrava a agitação e tem riscos para o utente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011), cujos principais efeitos adversos são identificados a nível físico, emocional e psicológico, e têm impacto na sua recuperação (World Health Organization [WHO], 2017).

Na procura contínua pela excelência dos cuidados prestados ao utente torna-se pertinente a abordagem desta temática de forma a “prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção” (DGS, 2011, p. 4), garantindo a proteção dos direitos do doente e do profissional de saúde envolvido.

Para a realização deste estudo colocou-se como questão de investigação: “*Qual o conhecimento dos enfermeiros de um serviço de urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente?*”

Definiram-se como objetivos para o estudo: identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação de CM no utente e identificar quais os motivos que levam os enfermeiros a aplicar CM no utente. A amostra de conveniência foi constituída pelos enfermeiros de um SUMC de um hospital da região Centro de Portugal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Todos os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) enfrentam uma mudança demográfica com o envelhecimento da população que, inevitavelmente, implica um aumento da prevalência de doenças crónicas. Em média, nos países da OCDE, a fração da população com mais de 65 anos aumentou, o que poderá explicar o número crescente de admissões nos SU. Utentes idosos, com condições crónicas, são mais propensos a utilizar os SU devido a problemas complexos (OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Na prática diária dos enfermeiros existem situações inesperadas que requerem a contenção do utente, como as alterações do comportamento que colocam o utente e os profissionais em risco. Os utentes são elegíveis para a utilização de medidas de contenção quando

“manifestem comportamentos que os coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos, recusem tratamento compulsivo, nos termos legais e recusem tratamento vital, urgente” (DGS, 2011, p. 1).

De acordo com a DGS (2011, p.3) existem cinco tipos de contenção: contenção terapêutica; contenção ambiental; contenção física; contenção mecânica; e contenção química ou farmacológica. Destes destaca-se a CM como a mais descrita na literatura, onde se pressupõe o uso de imobilizadores de punho ou tornozelo, cintas abdominais e faixas para contenção, entre outros (WHO, 2017; DGS, 2011). Ainda que a DGS (2011) diferencie a CM da contenção física, a maioria da literatura internacional não faz essa distinção, nomeando-a também como restrição física.

Na seleção do tipo de contenção, de acordo com as características dos utentes, Braga et al. (2015) recomendam que em primeira linha deve ser aplicada a contenção química, ou seja, o tratamento farmacológico adequado ao utente.

De acordo com Gandhi (2018) e Vedana (2018), a maioria dos enfermeiros considera o uso de CM desagradável e difícil, alguns referindo sentimentos de revolta, uma vez que estes utentes ficam deprimidos ou desorientados pelo uso das mesmas, ou seja, podem despoletar ou agravar sintomas de agitação e/ou desorientação. No entanto, para além deste facto, identificam-se também enfermeiros que não evidenciam sentimentos desagradáveis com esta prática, pelo que leva à aplicação de CM como uma prática comum (Vedana, 2018). Ou seja, os enfermeiros utilizam as CM sem terem em conta o impacto negativo nos sentimentos dos utentes, mas também não encontram métodos alternativos, à CM, para controlar os comportamentos agressivos (Göktaş & Buldukoğlu, 2018; Khalil, 2017; Braga, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) menciona que a nível emocional a aplicação de CM subjuga a autonomia e a vontade do outro. A vontade do profissional é sobreposta à do utente, levando à perda de controlo do próprio corpo e envolvente, gerando emoções negativas e um impacto traumático no utente. Muitos utentes sentem-se com perda da sua dignidade, degradação, desmoralização, humilhação, ansiedade, depressão, diminuição cognitiva e problemas de comportamento (WHO, 2017).

Com um evidente impacto nos processos psicológicos (desorientação e/ou agravamento da desorientação, agitação ou *delírium*), a implementação de CM tem também impacto nos processos corporais, como o desenvolvimento de lesões por pressão e fricção, imobilidade, problemas circulatórios, infeções, desconforto do utente e incontinência, bem como no aumento do risco de exteriorização de instrumentos clínicos (Pan, 2018; Freeman et al, 2016;

Colle, 2014). Os riscos de lesão associados à sua aplicação (físicos, psicológicos, éticos) devem ser ponderados, assim como a alternativa menos restritiva e sempre pelo menor tempo possível (DGS, 2011).

A DGS (2011) recomenda que os profissionais de saúde usem contenções apenas mediante o envolvimento da equipa, por forma a que exista comunicação, decisão, reflexão e, portanto, reavaliação das medidas utilizadas. Para a DGS (2011), a aplicação de medidas de CM deve ser precedida de uma avaliação prévia da sua necessidade, sempre após esgotadas outras medidas alternativas. Nesta ótica, o desconhecimento do uso da CM pode implicar o seu uso sem utilizar métodos alternativos ao mesmo (Göktaş & Buldukoğlu, 2018) e, deste modo, a sua implementação pode causar mais riscos e danos do que benefícios, se for implementada sem a natureza do cuidado humano, sistematizado, científico e com critérios de avaliação (DGS, 2011).

Apesar da CM estar muitas vezes associada ao foro psiquiátrico, a mesma tem sido aplicada tanto pela força da lei como em tratamentos médicos, nomeadamente em situações de emergência, ortopédica e geriátricas (Negroni, 2017).

Os SU são locais pouco acolhedores, caracterizados como um ambiente hostil, barulhento e desorganizado (Vieira, 2013). A estes recorrem utentes com queixas agudas, e que face às necessidades de cada um e às dificuldades de recursos humanos, dos próprios SU, nem sempre se consegue dar a atenção necessária aos utentes, o que pode levar ao uso de CM, sobretudo em pessoas vulneráveis, como os idosos. Pela sobrelotação, alta incidência de permanência de utentes, instabilidade hemodinâmica e infraestruturas inadequadas, os prestadores de cuidados acabam por dar uso à aplicação de CM nos utentes, apesar de muitos sentirem instabilidades emocionais como vergonha e sentimento de culpa, pela sua aplicação (Souza et al., 2017). Daqui resulta uma combinação de fatores de risco ou predisponentes para a ocorrência de um quadro confusional, potenciando ainda mais a necessidade de recurso à CM (Souza et al, 2017; Luzia, 2014; Vieira, 2013).

A identificação de confusão aguda, em contexto de SU, pode estar aliada como uma resposta adversa à própria contenção. No SU cuidar do utente idoso confuso constitui um desafio à arte do enfermeiro, onde o recurso à CM tem, por vezes, de ser equacionado. Contudo, a implementação de CM deve ser considerada pelos profissionais de saúde como a última medida no caso de risco para o próprio utente e/ou pessoas ao seu redor (Chapman et al., 2016; Luzia, 2014; DGS, 2011).

Neste sentido, torna-se premente a redução do número de CM utilizadas inapropriadamente em contexto de SU. Para isso identifica-se a necessidade de os enfermeiros avaliarem o risco-benefício, o tempo de CM e considerarem medidas alternativas para redução do seu uso (Vieira, 2013).

Faria et al. (2012) pretenderam conhecer os aspetos inerentes à utilização da restrição física da mobilidade pelos enfermeiros, durante o período de internamento, num hospital central português, e concluiu que as principais razões para a utilização de medidas de restrição física em contexto hospitalar estão relacionadas com o risco de queda (36,5%), seguido da prevenção de exteriorização de dispositivos médicos (20%). Por seu lado, Costa (2013) observou os eventos adversos da CM mais sensíveis à prática de Enfermagem de reabilitação, e identificou que 47,7% dos casos estiveram relacionados com a remoção de dispositivos médicos e 18,2% com a agitação. Também Costa (2013) identificou, como razão de CM, a remoção de dispositivos médicos/tentativas de levantar (18,2%) e a agressividade/remoção de dispositivos médicos (9,1%).

Em relação ao nível de conhecimento dos enfermeiros sobre contenção física e química de utentes, Cunha et al. (2016) verificaram que 92,3% dos enfermeiros entrevistados consideraram a contenção física como uma forma de proteção do utente e 88,5% identificaram que o seu uso promove a dignidade humana. Nesta ótica leva-nos a refletir que a formação e experiência destes profissionais devem ser dotadas de competências técnicas e científicas que lhes permitem intervir adequadamente (Rodrigues et al., 2020).

A própria DGS (2011) reconhece a relevância do poder de decisão do enfermeiro no momento de proceder à CM, mas que deve ser ponderada e refletida em conjunto com outros colegas ou profissionais.

2. MÉTODOS

O estudo realizado é de metodologia quantitativa, transversal, prospetivo e correlacional. A questão de investigação definida para o estudo foi: *“Qual o conhecimento dos enfermeiros de um SUMC, na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente?”*. Como objetivos para o estudo definiram-se: a) identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação de CM no utente e b) identificar quais os motivos que levam os enfermeiros a aplicar CM no utente. Mediante a questão de investigação e os objetivos definidos, colocaram-se como hipóteses ao estudo: **H1** - O conhecimento dos enfermeiros de um SUMC, na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente aumenta após a divulgação de uma instrução de trabalho e fluxograma protótipos para a tomada de decisão na aplicação

da medida de CM no utente no SU; **H2** - Existe uma correlação positiva entre o conhecimento dos enfermeiros, de um SUMC na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente e o tempo de exercício profissional como enfermeiro; e **H3** - Existe uma correlação positiva entre o conhecimento dos enfermeiros, de um SUMC na região Centro de Portugal, sobre a aplicação de CM no utente e o tempo de exercício profissional como enfermeiro no SUMC.

2.1 AMOSTRA

A amostra foi constituída por 45 enfermeiros de um SUMC de um hospital da região Centro de Portugal, adquirida pelo método de amostragem não probabilístico, por conveniência.

2.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Foi utilizado um questionário, desenvolvido pelo autor após uma revisão narrativa da literatura por não identificação de instrumento de avaliação validado para a problemática, com base na Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011). O questionário foi enviado em formato de *Google Forms*® (Apêndice III) por via eletrónica pelo enfermeiro Gestor do SUMC do hospital da região Centro de Portugal. Os dados utilizados na análise foram colhidos em dois momentos distintos: Momento 1 (M1) que decorreu durante o mês de junho de 2023 e o Momento 2 (M2) que decorreu durante o mês de agosto de 2023.

Para comparar o nível de conhecimento dos enfermeiros, entre estes dois momentos, foi elaborada e partilhada instrução de trabalho e fluxograma protótipos para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente no SU (Apêndice IV), no mês de julho de 2023, disponível no *e-mail* institucional de cada participante.

O instrumento colheita de dados divide-se em 2 grupos. O primeiro é constituído por perguntas de resposta fechada e aberta que aludem a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros (idade, sexo, tempo de exercício profissional como enfermeiro, tempo de exercício profissional como enfermeiro no SUMC, formação profissional e formação sobre aplicação de CM de utentes). O segundo grupo é composto por perguntas direcionadas ao conhecimento dos enfermeiros do SUMC sobre a temática CM de utentes. Inicia com 2 questões de resposta fechada e, em seguida, existe um conjunto de 14 questões constituídas por resposta tipo *Likert* (Nunca, Raramente, Às vezes, Muitas vezes e Sempre). Nestas, os itens dividem-se em 6 dimensões (Ordem do uso de restrições; Avaliação de complicações; Localização anatómica; Registos; Intervenção interdependente; e Aspetos éticos e deontológicos).

As dimensões apresentam uma pontuação contínua resultante da soma dos itens. Para identificar o conhecimento dos enfermeiros de um SUMC na região Centro de Portugal sobre quando deve ser aplicada a CM no utente, com base na Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011) foram definidos 10 itens do conjunto das 14 questões supraditas, os itens de 1 a 8 e os itens 12 e 13, para a formulação de um *score* de conhecimento dos enfermeiros do SUMC sobre CM de utentes, doravante denominado por “Av_Score” ($Av_Score = [P1 + P2 + P3 + P4 + P5 + P6 + P8 + P12 + P13] / n^\circ \text{ itens}$). Quanto mais alta a pontuação obtida, maior o *Av_Score*.

Os restantes itens (itens 9, 10, 11 e 14) foram usados para estudo exploratório como forma de entender qual a localização anatómica preferencial para proceder à CM e se a aplicação de CM é mais frequente em utentes com idade > 65 anos.

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão definiram-se: enfermeiros que exerciam funções num SUMC de um hospital da região Centro de Portugal. Participação voluntária e que respondessem ao questionário nos dois momentos. Como critérios de exclusão: enfermeiros que não responderam aos dois momentos de aplicação do questionário (formulou-se um código para cada participante na resposta à segunda questão do questionário).

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi sujeito a apreciação pela Comissão de Ética e Conselho de Administração (Parecer nº 11/CES/2023) (ANEXO III) de um hospital da região Centro de Portugal. Foram obtidos consentimentos informados, esclarecidos e livres por parte dos participantes do estudo, de acordo com os procedimentos éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, através de resposta à primeira questão do questionário, cuja resposta era obrigatória para poder prosseguir com o preenchimento do questionário. Neste sentido, os participantes foram informados acerca do objetivo e carácter voluntário da participação sendo garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram submetidos a análise estatística no *software Statistical Package for Social Science*® (SPSS), versão 28 de 2022. Foram usadas técnicas de estatística descritiva, tais como frequências absolutas (n) e relativas/percentuais (%); medidas de tendência central (médias aritméticas); medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão [±], valor mínimo e valor máximo); e estatística inferencial (teste *T de Student* para amostras emparelhadas e a correlação de *Pearson*).

3. RESULTADOS

Participaram no estudo 45 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 23 e os 50 anos, com uma média de idades 36,07 anos (DP \pm 6,64). A maioria era do sexo feminino (84,4%). Verificou-se que a amostra tinha uma média de 12,96 anos (DP \pm 6,74), quanto ao tempo de exercício profissional. Quanto ao tempo de exercício profissional como enfermeiro neste SUMC verificou-se uma média de 7,82 anos (DP \pm 6,77). Sobre a formação profissional verificou-se que a maioria tinha apenas a licenciatura (66,7%), 24,4% tinham mestrado e apenas 8,9% tinham uma especialização. Analisando a participação em formação sobre aplicação de CM de utentes observou-se que 8,9% da amostra tinha realizado uma formação na área, há mais de 3 anos (n=2 no determinado SUMC de um hospital da região Centro de Portugal e n=2 fora deste). Todos os participantes consideram importante a necessidade de formação na área da CM no utente, como se pode analisar na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra (n=45) segundo os dados sociodemográficos, profissionais e académicos

		n	%	Média	Desvio Padrão (±)
Sexo	Feminino	38	84,4		
	Masculino	7	15,6		
Idade (em anos)				36,07	6,64
Tempo de exercício profissional como enfermeiro (em anos)				12,96	6,74
Tempo de exercício profissional como enfermeiro no determinado SUMC (em anos)				7,82	6,77
Formação profissional	Licenciatura	30	66,7		
	Mestrado	11	24,4		
	Especialização	4	8,9		
Detentor de formação sobre CM em utentes?	Sim	4	8,9		
	Não	41	91,1		
Se respondeu "SIM" à pergunta "Detentor de formação sobre CM", há quanto tempo realizou formação sobre CM em utentes?	Superior a 3 anos	4	8,9		
	2 a 3 anos	0	0		
	1 a 2 anos	0	0		
	Inferior a 1 ano	0	0		
Se respondeu "SIM" à pergunta "Detentor de formação sobre CM", onde realizou formação?	Na Instituição	2	4,45		
	Fora da Instituição	2	4,45		
Considera a necessidade de haver formação nesta área?	Sim	45	100		
	Não	0	0		

Sobre a leitura e análise da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011) verificou-se que em M1 poucos leram a Orientação (n=8, 17,8%), e a maioria não a leu ou analisou (n=26, 57,8%). Após a divulgação da instrução de trabalho protótipo, observou-se que em M2 40% dos participantes continuou sem ler ou analisar a Orientação supradita, identificando que 33,3% dos participantes leu ou analisou a Orientação, como se confirma na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra acerca da leitura e análise da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011)

		Sim	Não	Talvez	Total
M1	n	8	26	11	45
	%	17,8	57,8	24,4	100
M2	n	15	18	12	45
	%	33,3	40,0	26,7	100

Na escolha dos dois motivos prioritários para o uso de CM, nos dois Momentos, verificou-se que a escolha principal para o seu uso se destinava em minimizar o risco de queda (M1=47,8%; M2=37,8%) e na prevenção de exteriorização de dispositivos invasivos (M1=32,2%; M2=35,6%). Com menor expressão, observou-se o risco de agressão (M1=11,1%; M2=12,2%), a remoção de dispositivos não invasivos para suporte ventilatório (M1=6,7%; M2=12,2%), remoção de dispositivos não invasivos para oxigenoterapia (M1 e M2=1,1%) e risco de fuga (1,1% em M1), como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o que pretende minimizar com a aplicação de CM no utente

		As duas opções prioritárias no uso de contenção mecânica					Outro
		Risco de queda	Exteriorização de dispositivos invasivos	Risco de agressão (autoagressão ou aos envolventes)	Remoção de dispositivos não invasivos para suporte ventilatório	Remoção de dispositivos não invasivos para oxigenoterapia	
M1	n	43	29	10	6	1	1
	%	47,8	32,2	11,1	6,7	1,1	1,1
	% de casos	95,6	64,4	22,2	13,3	2,2	2,2
M2	n	34	32	11	11	2	0
	%	37,8	35,6	12,2	12,2	2,2	0,0
	% de casos	75,6	71,1	24,4	24,4	4,4	0,0

Para identificar se se evidenciava uma distribuição normal na variável “o conhecimento dos enfermeiros de um SUMC na região Centro de Portugal sobre a aplicação de CM no utente” em M1 ($Av_ScoreM1$) e M2 ($Av_ScoreM2$), realizou-se o teste de Normalidade. Como $n < 50$

e analisando Shapiro-Wilk verificou-se que as variáveis obedecem a uma distribuição normal (p valor > 0,05), como expresso na Tabela 4.

Tabela 4 - Teste de Normalidade para score do conhecimento dos enfermeiros do SUMC sobre CM de utentes

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	p	Estatística	gl	p
Av_ScoreM1	0,071	45	.200 [*]	0,992	45	0,984
Av_ScoreM2	0,100	45	.200 [*]	0,974	45	0,387

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

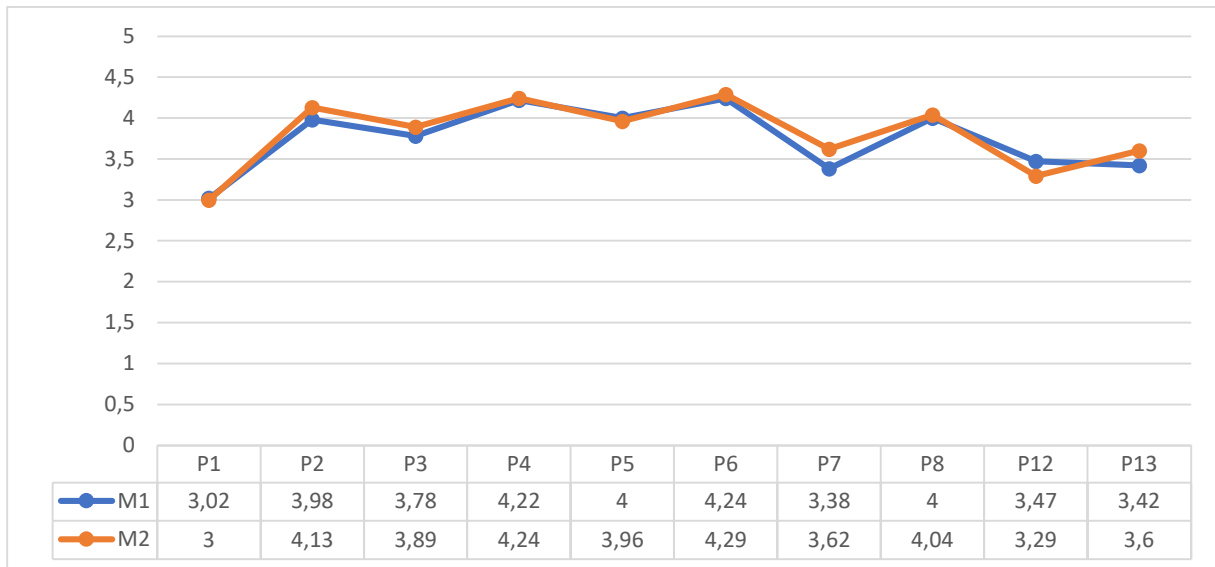
Para análise da diferença de conhecimento em M1 e M2, realizou-se o teste T para amostras emparelhadas. Verificou-se que não existe evidência estatisticamente significativa para afirmar que o índice de conhecimento dos enfermeiros aumentou, após a divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos, para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente no SU ($t = -0,537$; $p > 0,05$). Porém, analisando o teste d Cohen, verifica-se que o índice de conhecimento melhorou com uma magnitude de efeito médio ($[-3,72; 0,213]$; $d = 0,694$).

Tabela 5 - Índice de conhecimento dos enfermeiros antes e depois da divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos: Teste de T de Student para amostras emparelhadas

	Média	Desvio Padrão (\pm)	95% Intervalo de Confiança da diferença		Teste t	df	Significância p		d Cohen Intervalo de Confiança 95%
			inferior	superior			unilateral	bilateral	
Diferença entre [Av_ScoreM1 - Av_ScoreM2]	-0,06	0,694	-0,264	0,153	-0,537	44	0,297	0,594	0,694 [-0,372; 0,213]

Torna-se evidente na observação da Figura 1 que, apesar do aumento do Av_Score, não se obteve uma notória expressão positiva nos resultados do Av_Score após a divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente no SU, também como apresentado na Tabela 5.

Figura 1 - Distribuição do Av_Score por resposta nos momentos M1 e M2



Através do cálculo da correlação de *Pearson*, como explanado na Tabela 6, verificou-se uma fraca correlação entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro e o tempo de exercício profissional como enfermeiro no determinado SUMC e o nível e conhecimento em M1 e M2, com $p > 0,05$ em ambos os momentos.

Tabela 6 - Teste de correlação de *Pearson* entre o tempo de exercício profissional e o conhecimento em M1 e M2

		Correlações	
		Av_ScoreM1	Av_ScoreM2
Tempo de exercício profissional como enfermeiro	Correlação de Pearson	0,178	0,088
	Sig. (2 extremidades)	0,242	0,563
	n	45	45
Tempo de exercício profissional como enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico	Correlação de Pearson	0,157	0,099
	Sig. (2 extremidades)	0,303	0,518
	n	45	45

4. DISCUSSÃO

Considerando os riscos das CM, estas continuam a ser utilizadas, sobretudo pelos enfermeiros, grupo profissional que predominantemente as coloca (Rodrigues et al., 2020). A Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011) define CM como a que implica a utilização de

instrumentos ou equipamentos para restringir os movimentos do utente, devendo considerar-se como último recurso, após esgotadas as medidas alternativas, e pelo menor tempo possível. Todavia, observou-se que maioria dos participantes não a leu e analisou, quer em M1 (57,8%) ou M2 (40,0%). Verificou-se, ainda, que apenas 8,9% dos participantes tinha frequentado formação sobre a aplicação de CM em utentes, formação essa realizada há mais de 3 anos. Sobre o assunto, a DGS (2011, p.2) alude que a formação deve ser “ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo cada três anos”. Estes dados são semelhantes ao estudo de Rodrigues et al. (2020), que identificou que metade dos enfermeiros não conhecia a Orientação supradita e poucos tinham formação específica. Concluiu, ainda, que os enfermeiros colocavam frequentemente CM por segurança, mas esforçavam-se por evitá-la. Daqui depreende-se que os enfermeiros realizam CM baseando-se na sua experiência profissional e intuição, como expõem Balci & Arslan (2018). Deste estudo depreende-se também que os enfermeiros evidenciaram necessidade de formação na área da CM no utente, corroborando com os estudos de Freeman et al. (2016) e Chapman et al. (2016).

Analisando os motivos que levam à CM de um utente, verificou-se que a maioria dos enfermeiros pretendeu minimizar o risco de queda (M1=47,8%) e a exteriorização de dispositivos invasivos (M1=32,2%), dados partilhados pelo estudo de Faria et al. (2012), que observou que a utilização de medidas de restrição física em contexto hospitalar está relacionada com o risco de queda, seguido da prevenção de exteriorização de dispositivos médicos. Também Costa (2013) identificou que 47,7% dos casos se relacionaram com a remoção de dispositivos médicos.

Na explicação destas ações Göktaş & Buldukoğlu (2018) determinaram que os enfermeiros apresentam conhecimentos insuficientes em relação à aplicação de CM, com dificuldade em utilizar métodos alternativos às mesmas.

Após a divulgação da instrução de trabalho e fluxograma protótipos para a tomada de decisão, na aplicação da medida de CM no utente, verificou-se fraca adesão na leitura da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011). Todavia, e apesar de se ter obtido uma fraca expressão positiva nos resultados do *Av_Score*, constatou-se que, ainda assim, houve um aumento do conhecimento dos enfermeiros acerca da temática CM.

Analisando as correlações entre o conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação de CM no utente e o tempo de exercício profissional como enfermeiro e tempo de exercício profissional como enfermeiro no SUMC, verificou-se uma fraca correlação positiva, mas sem expressão estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Com isto pode-se depreender que o tempo

de exercício profissional no SUMC não influencia num maior conhecimento sobre o tema. Analogamente no estudo de Stinson (2016), também não foi encontrado uma forte correlação entre o tempo de experiência dos enfermeiros e as atitudes perante o uso de CM, contudo, observou que os enfermeiros com maior experiência profissional tinham maior conhecimento sobre o uso de CM. Já Rodrigues et al. (2020) identificaram uma divergência entre a formação dos enfermeiros e a efetividade da prática da CM, remetendo também para a necessidade de adotar outras estratégias para a implementação de protocolos hospitalares e divulgação da Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011).

5. CONCLUSÕES

A pesquisa bibliográfica realizada neste campo evidenciou a escassez de estudos efetuados em Portugal e a inexistência de uma norma de orientação à tomada de decisão do enfermeiro para o uso de CM, o que leva à pertinência desta problemática, sob evidência científica e enquadramento ético-legal da profissão, tendo também por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Pela investigação pretende-se desenvolver uma prática sustentada pela evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados de saúde e o custo – benefício das intervenções de Enfermagem. Tomadas de decisão mal informadas ou baseadas no hábito poderão estar na base de erros, com a implementação de cuidados de má qualidade, inúteis e ineficazes.

Em síntese, após os achados deste estudo, pode aferir-se que fazendo a divulgação de instrução de trabalho e fluxograma para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente, por si só, não foi suficiente. Estes dados alertam para a importância de investir nesta temática através de novas abordagens, tais como a implementação de sessões de formação em serviço com o intuito de alterar a cultura da CM, realizar breves sessões tipo *pitch*, reforço positivo na implementação da Orientação e reflexões sobre a prática, para mudança de atitudes.

Os contributos deste estudo são aplicados diretamente na prática dos enfermeiros no âmbito deste SUMC. Sugere-se, futuramente, a aplicação de estudo semelhante em amostra maior ou a realização de estudo exploratório sobre o uso de contenções mecânicas em vários SU.

6. REFERÊNCIAS

Balci, H. & Arslan, S. (2018). Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of caring sciences*, 7(2), 75–81. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.012>

- Braga, I.P, Souza, J.C, Leite, M.B, Fonseca, V., Silva, E.M. & Volpe, F.M. (2015). Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 65 (1): 53-59. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103>
- Chapman, R., Ogle, K.R., Martin, C., Rashman, A. & McKenna, B. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the: Emergency Department: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 25 (9-10):1273-11281. <https://doi.org/10.1111/jocn.13159>
- Colle R. (2014). Reducing Restraint use in a trauma Center emergency room. *Nursing Clinics of North America*. 49 (3):371-81. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>
- Costa, C. (2013). A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Cunha M., André S., Bica I., Ribeiro O., Dias A. & Andrade A. (2016). Chemical and physical restraint of patients. *Elsevier: Procedia Social and Behavioral Sciences* 217: 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109>
- Decreto-Lei n.º 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série, n.º 184/2009. páginas 6761-6765. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 021/2011: *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>
- 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*. <https://doi.org/10.12707/RIII1192>
- Freeman S., Hallett C., McHugh G. (2016). Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing and Critical Care*. 21 (2): 78-87. <https://doi.org/10.1111/nicc.12197>
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, P. M., Reddy, S. S. & BadaMath, S. (2018). Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 36 (1), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e10>
- Göktaş, A. & Buldukoğlu, K. (2018). Determination of psychiatric clinic nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of physical restraints. *Journal of Psychiatric Nursing*. 9 (1):1-10. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.38247>
- Khalil, A.I., Ghamdi, M.A. & Malki, S.A. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *Int J Cult Ment Health*. 10 (4): 447-467. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1329330>
- Luzia, M.F., Almeida, M.A. & Lucena, A.F. (2014). Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 48 (4), 632–639. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000400009>
- Negrone, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001>

- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE. <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em enfermagem: tomada de posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgico: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Pan Y., Jiang Z., Yuan C., Wang L., Zhang J., Zhou J. Tao M., Quan M. & Wu Q (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case–control study. *J Clin Nurs*. 27 (9- 10):1950-1957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14334>
- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: percepção dos Enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3 (1), 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Souza, J.D, Junior, M.P. & Miranda, F.A. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem*. 4(12):107-116. <https://doi.org/10.12707/RIV16064>
- Stinson K. J. (2016). Nurses' Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units. *American Association of Critical-Care Nurses*, 25(1), 21–26. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016428>
- Vedana, K. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A., Giacón, B. C., Zanetti, A. C., Miasso, A. I. & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Vieira, C.I. (2013). Otimização da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, na Urgência Geral. [Dissertação de mestrado em Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16081>
- World Health Organization. (2017). Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254809>

CONCLUSÃO

No presente documento são retratadas as experiências mais impactantes em EC e explanado o desenvolvimento do trabalho de investigação, conforme os objetivos iniciais. Este Relatório Final de EC patenteia o *terminus* de uma exigente caminhada de mestrado. A procura por novas experiências e consolidação de conhecimentos, com o desígnio de prestar cuidados especializados de qualidade, alicerçados pela evidência, foram a indubitável motivação para concretizar esta formação académica.

Durante esta caminhada académica sentiu-se dificuldade em conciliar o tempo dos EC com a gestão laboral e familiar, e demais responsabilidades sociais e de voluntariado. Resiliência, determinação, humildade, saber ser, proatividade, pesquisa continua pela melhor e atual evidência, foram estratégias adotadas para o enalço dos objetivos deste documento e dar como terminada esta etapa. Também a síntese das experiências e reflexões em EC, através da escrita, foi um desafio no sentido que transpor e transmitir as experiências e reflexões vividas.

O trabalho de investigação foi, certamente, entendido como um desafio, na identificação de um problema sensível aos cuidados de Enfermagem, o desenho do trabalho e a implementação das etapas definidas, facilitado pela orientação.

Em sùmula, a oportunidade de experimentar outros contextos e integrar, como mestrando, outras equipas multidisciplinares em EC, foi crucial para desenvolver novos conhecimentos e colocar em prática as competências de enfermeiro EEMCPSC, doravante as que regerão e potencializarão a prestação de cuidados de Enfermagem.

Após a conclusão do presente percurso académico, deseja-se não só dar continuidade ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMCPSC, como também materializar os resultados e demais conclusões do trabalho de investigação, inserido num projeto de melhoria continua. Para este, pretende-se que o cunho da investigação explanada nutra melhores conhecimentos aos enfermeiros no âmbito da contenção mecânica em utentes e, com isto, se possam obter novos dados para dar maior robustez aos atuais achados. A sua divulgação em revista científica é preponderante. Com isto, torna-se inegável a suscitação pela investigação, aptidão esperada ao enfermeiro EEMCPSC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Amaral, G. & Figueiredo, A.S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- Azevedo, L.; Sousa, A. & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12 (1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Bailas, C. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17135/1/Tese%20Marisa%20Bailas.pdf>
- Balci, H. & Arslan, S. (2018). Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of caring sciences*, 7(2), 75–81. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.012>
- Barbosa, T. P.; Beccaria, L. M.; Silva, D. C. & Bastos, A. S. (2018). Association between sedation and adverse events in intensive care patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 194-200. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800028>
- Barreira, I.; Martins, M.; Silva, N.; Preto, P. & Preto, L. (2019). Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência Série IV* (22), 117-126. <https://doi.org/10.12707/RIV18085>
- Barros, E. S. & Ellery, A.L. (2016). Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 10-19. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2600>
- Batalha, L. M.; Figueiredo, A. M.; Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicometricas da versao Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Bitencourt, J.; Biffi, P.; Miglioranza, D.; Dors, J.; Franzmann, K.; Maestri, E.; Araújo, J. & Galvan, A. (2023). Estratégias de ensino-aprendizagem para formação clínica em enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97 (1), 1-20. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1515>
- Braga, I.P, Souza, J.C, Leite, M.B, Fonseca, V., Silva, E.M. & Volpe, F.M. (2015). Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 65 (1): 53-59. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLOGOS*, 15(1), 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Chapman, R., Ogle, K.R., Martin, C., Rashman, A. & McKenna, B. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the: Emergency Department: a qualitative

- perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 25 (9-10):1273-11281. <https://doi.org/10.1111/jocn.13159>
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. 1ª Edição. Lidel
- Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva. (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva 2018: Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva*. Páginas 1-9. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Colle R. (2014). Reducing Restraint use in a trauma Center emergency room. *Nursing Clinics of North America*. 49 (3):371-81. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>
- Conoscenti, E.; Martucci, G.; Piazza, M., Tuzzolino, F.; Ragonese, B.; Burgio, G., Arena, G.; Blot, S.; Luca, A.; Arcadipane, A. & Chiaramonte, G. (2021). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system. *Intensive & critical care nursing*, Vol. 63, 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33358133/>
- Costa, C. (2013). A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Cunha M., André S., Bica I., Ribeiro O., Dias A. & Andrade A. (2016). Chemical and physical restraint of patients. *Elsevier: Procedia Social and Behavioral Sciences* 217: 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109>
- Decreto-Lei n.º 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série, n.º 184/2009. páginas 6761-6765. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Diário da República: I Série, n.º 101/2019. páginas 2626-2642. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 153/2014. páginas 20673 - 20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 1668/2023 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2023). Diário da República: II Série, n.º 24/2023. páginas 63-68. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1668-2023-206847177>
- Despacho n.º 4163/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2019). Diário da República: II série, n.º 75/2019. páginas 11910-11910. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4163-2019-122109203>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, n.º 79. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/5561-2014-25696609>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187/2021. páginas 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 9639/2018 da Assembleia da República. (2018). Diário da República. II Série, n.º 198, páginas 27533-27533. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 007/2010: *Guia de geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da->

dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2011a). Orientação n.º 021/2011: *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011b). Orientação n.º 018/2011: *Mecanismos e Procedimentos de Identificação Inequívoca dos Doentes em Instituições de Saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011c). Orientação n.º 008/2011: *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 029/2012 (atualizada a 31-20-2013): *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma n.º 015/2013 (atualizada a 04/11/2015): *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma n.º 020/2014 (atualizada a 14-12-2015): *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017: *Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma n.º 015/2017: *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidentevascular-cerebral-no-adulto>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados Agudos* (1rd digital ed.). DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma n.º 002/2018: *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019a). Norma n.º 007/2019: *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019b). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023: âmbito do conceito “uma só saúde”. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/10/22/resistencia-aos-antibioticos-para-aprender-na-escola>

- Direção-Geral da Saúde. (2022a). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Páginas 1-65. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma n.º 013/2022: *Abordagem das Pessoas com suspeita ou confirmação de COVID-19*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27871/norma-013-2022-covid-19-abordagem-das-pessoas-com-suspeita-ou-confirma%C3%A7%C3%A3o-de-covid-19-28112022.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma n.º 017/2022: *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). Norma n.º 019/2015 (atualizada a 29/08/2022): *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022e). Norma n.º 021/2015 (atualizada a 17-11-2022): *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_a_ssoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022f). Norma n.º 022/2015 (atualizada a 29-08-2022): *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Escola Superior de Saúde de Leiria (2018). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos: Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- 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*. <https://doi.org/10.12707//RIII1192>
- Fontes, C. B.; Menezes, D. V.; Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(5), 1089–1095. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>
- Freeman S., Hallett C., McHugh G. (2016). Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing and Critical Care*. 21 (2): 78-87. <https://doi.org/10.1111/nicc.12197>
- Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, P. M., Reddy, S. S. & BadaMath, S. (2018). Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 36 (1), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e10>
- Göktaş, A. & Buldukoğlu, K. (2018). Determination of psychiatric clinic nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of physical restraints. *Journal of Psychiatric Nursing*. 9 (1):1-10. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.38247>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de exceção: Manual de TAS. 1ª Edição. <https://www.inem.pt/2017/05/29/manuais-da-formacao/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). Meios de Emergência. <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). Direitos e Deveres do Utente. <https://www.inem.pt/2017/05/29/direitos-e-deveres-do-utente>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. 1ª Edição. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). Código de Ética e Conduta do INEM. <https://www.inem.pt/2022/09/07/codigo-de-etica-dos-profissionais-do-inem/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023a). Manual de Suporte Imediato de Vida. (versão 2.0). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Manual-SIV-8h.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023b). Plano de Atividades do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. – Ano de 2023. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Plano-de-Atividades-INEM-2023_homologado.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023c). Orientação Técnica n.º 29 - Abordagem do adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico. 1ª edição. INEM. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.029-01.DEM_Abordagem-do-adulto-vitima-de-trauma-com-suspeita_confirmacao-de-choque-hemorragico.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024, janeiro 18). *120 Parceiros do SIEM já usam o ITEANS INEM*. INEM. Recuperado em 20 de janeiro, 2024, de <https://www.inem.pt/2024/01/18/120-parceiros-do-siem-ja-usam-o-iteams-inem/>
- Janicas, R. & Narchi, N. (2019). Evaluation of nursing students learning using realistic scenarios with and without debriefing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 27, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2936.3187>
- Joint Commission International*. (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais Incluindo Padrões para Hospitais – Centros Médicos Académicos. 7ª Edição
- Khalil, A.I., Ghamdi, M.A. & Malki, S.A. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *Int J Cult Ment Health*. 10 (4): 447-467. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1329330>
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República. (2014). Diário da República: I Série, n.º 57. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. páginas 8059–8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 31/2021 da Assembleia da República. (2021). Diário da República: I Série, n.º 100/2021. páginas 2-125. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/31-2021-163866213>
- Lei n.º 80/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 149.

- Linhares, D.; Tozzo, E. & Silva, L. (2022). A importância da comunicação eficaz no ambiente hospitalar. *RUNA - Repositório Universitário da Ânima*.
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/25793>
- Luiz, F.; Vasconcellos, L.; Barbosa, A.; Paiva, A.; Santos, K.; Sanhudo, N. & Carbogim, F. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 38, 1-11.
<https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>
- Luzia, M.F., Almeida, M.A. & Lucena, A.F. (2014). Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 48 (4), 632–639. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000400009>
- Macedo, R.; Dias, A.; Cunha, M.; Costa, P.; Sardo, P. & Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação Transcultural E Validação Para A População Portuguesa. *Servir*, 2 (1), páginas 19-30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2020). Parecer n.º 02/2020 - *Rácio de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva-Covid*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf
- Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Parecer n.º 15/2018 - *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades e cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Mororó, D.; Enfers, B.; Lira, A.L.; Silva, C. & Menezes, R. (2017). Análise Conceitual da Gestão do Cuidado em Enfermagem no Âmbito Hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (3), 323-332.
<https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?lang=pt&format=pdf>
- Namigar, T.; Serap, K.; Esra, A. T.; Özgül, O.; Can, Ö. A.; Aysel, A. & Achmet, A. (2017). The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanil sedation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 347-354.
<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2016.07.002>
- Nascimento, T.; Frade, I.; Miguel, S.; Presado, M. H. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 26 (2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>,
- Negróni, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001>
- Netto, L.; Silva, K. L. & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1), 12–17. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Niza, P. C. (2018). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25327/1/Relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio%20Mestrado%20PSC%20Paula%20Niza%20n%C2%BA2238.pdf>

- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE. <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001: *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise dos Casos. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em enfermagem: tomada de posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR – Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodordor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgico: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos – Recomendações 2023. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Paixão, Q.; Oliveira, M.; Fontoura, E. & Freitas, K. (2019). Dilemas Éticos No Fazer/Agir Do Enfermeiro Diante Da Parada Cardiorrespiratória Em Terapia Intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33(1), páginas 1-9. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27920>
- Pan Y., Jiang Z., Yuan C., Wang L., Zhang J., Zhou J. Tao M., Quan M. & Wu Q (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs*. 27 (9- 10):1950-1957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14334>
- Peixoto, N.M & Peixoto, T.A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, VII (11), páginas 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, M. M. (2018). *Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://rdpc.uevora.pt/handle/10174/24271>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência
- Pina, S.; Canellas, M.; Prazeres, R.; Lopes, J.; Marcelino, T.; Reis, D. & Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 1ª Edição. LIDEL.

- Politécnico de Leiria (2023). Guia para a Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas: Normas APA 7ª Edição. Versão 1.01. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2023/09/Guia_APA_7%C2%AAEd_v092023.pdf
- Ponce, P. & Mendes, J. J. (2016). *Manual de Medicina Intensiva*. 1ª Edição. Lidel
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). Prevenção da transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf* (min-saude.pt)
- Rasheed, S. P.; Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 28, 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. páginas 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 123/2015. páginas 17240-17243. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135/2018. páginas 19359-19364. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 656/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República. II Série. 137 (2021-07-16), 173-191. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184/2019. páginas 128 – 155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rodrigues, A., González, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Contenção mecânica: perceção dos Enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3 (1), 31–41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Rosa, I.; Pais, D. & Guimarães Consciência, J. (2016). Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar. *Medicina Interna*, 23(1), páginas 18–23. <https://doi.org/10.24950/rspm.777>
- Santos, S. S. (2019). *Impacto da Liderança no desempenho da equipe de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/89596>
- Sias, S.; Silva, A.; Rosado, J. & Baixinho, C. (2022). Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1-9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Silva, M. T. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881#:~:text=O%20M%C3%A9todo%20de%20Enfermeiro%20Respons%C3%A1vel,o%20substituem%20na%20sua%20aus%C3%Aancia>

- Silveira, B. D.; Ubessi, L. D.; Pettenon, M. K.; Righi, L. B.; Jardim, V. M. & Stumm, E. M. (2018). O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 326-333. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.326-333>
- Souza, G. & Mendes, S. (2021). Ocorrência de eventos adversos e sua relação com a revisão de práticas assistenciais voltadas para a segurança do paciente no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Management*, 12, 1-2. <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1066>
- Souza, J. D.; Júnior, J. P. & Miranda, F. N. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, IV série* (17), 107- 115. <https://doi.org/10.12707/RIV16064>
- Stinson K. J. (2016). Nurses' Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units. *American Association of Critical-Care Nurses*, 25(1), 21–26. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016428>
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teorias de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência
- Vedana, K. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A., Giacón, B. C., Zanetti, A. C., Miasso, A. I. & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of psychiatric nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Ventura-Silva, J.; Martins M.; Trindade, L.; Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: *scoping review*. *Journal Health NPEPS* 6 (2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vieira, C.I. (2013). Otimização da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa em situação de risco ou necessidade de contenção mecânica, na Urgência Geral. [Dissertação de mestrado em Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16081>
- World Health Organization. (2017). Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254809>

ANEXOS

ANEXO I

Declaração de participação nas ações de formação em serviço do INEM “Situações de Multivítimas”, “Situações de Risco em Pediatria” e “Desafios no Controlo de Infecção Extra-Hospitalar: o olhar dos profissionais”

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Rui Pedro Filipe da Silva**, cc 13455755, participou através da "Plataforma digital Microsoft Teams", na qualidade de **formando**, nas ações de formação em serviço para enfermeiros a seguir listadas:

- 13/12/2023 - "**Situações Multivítimas**", com a duração total de **4 horas**;
- 13/12/2023 - "**Situações de Risco em Pediatria**", com a duração total de **1 hora**;
- 14/12/2023 - "**Desafios no Controlo de Infeção Extra-Hospitalar: o olhar dos Profissionais**", com duração total de **1 hora**;

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 01 de fevereiro de 2023

O Enfermeiro Gestor da DRC

Assinado por: **ALEXANDRE DAVID ROSA
FRUTUOSO**
Num. de Identificação: 11543623
Data: 2024.02.01 14:02:28+00'00'

ANEXO II

Declaração de participação como palestrante no “2º Seminário Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar”

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Rui Pedro Filipe da Silva**, Enfermeiro, com a Cédula Profissional número 72385 e com a identificação número 13455755, participou no **2.º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar** com a duração total de **7 horas**, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2024, através da Plataforma digital Microsoft Teams.

Mais se declara que, na qualidade de **palestrante**, participou com a temática "*Triade Letal do Trauma*".

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 24 de fevereiro de 2024

O Enfermeiro Gestor

Assinado por: **Pedro Miguel Afonso Mateus**
Num. de Identificação: 11387938
Data: 2024.02.24 00:13:29+00'00"

(Pedro Mateus)



ANEXO III

Apreciação da Comissão de Ética



DATA ENTRADA CES
06/03/2023

NOSSA REFERÊNCIA
Nº:11/CES/2023

DATA PARECER CES
11/04/2023


Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde



Assunto: Pedido de Parecer acerca da realização do Estudo “Contenção mecânica no utente em serviço de urgência”.

Âmbito: Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Joana Pereira de Sousa– Professora Adjunta Escola Superior de Saúde de Leiria (Instituto Politécnico de Leiria).

Proponente:

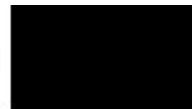
Investigador principal: Rui Pedro Filipe da Silva, Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral no 

Objetivos e pressupostos:

O estudo tem como Objetivos Gerais:

- Identificar o conhecimento dos enfermeiros de um SUMC, na região centro do país, sobre a aplicação de contenção mecânica no utente;
- Identificar quais os motivos que levam os enfermeiros de um SUMC, na região centro do país, a aplicar contenção mecânica no utente;
- Implementar um fluxograma/instrução de trabalho sobre avaliação de doente com necessidade de restrição da mobilidade.







E Objetivos Específicos:

- Elaborar e implementar num SUMC, na região centro do país, um Procedimento Específico/Norma para a utilização de contenção mecânica no utente no serviço de urgência;
- Elaborar e implementar num SUMC, na região centro do país, um Fluxograma para a tomada de decisão na aplicação da medida de contenção mecânica no utente no serviço de urgência.

Destinatários:

Enfermeiros que exerçam funções na Urgência Geral do SUMC, no 


Metodologia:

O investigador, face à importância de os enfermeiros do serviço de urgência terem conhecimento acerca do uso de contenção no utente, nomeadamente a contenção mecânica, conceptualizou um estudo de abordagem quantitativa, com análise correlacional e de corte transversal.

No âmbito da colheita de dados, foi construído um questionário para o efeito, que aborda aspetos sociodemográficos dos enfermeiros, os seus conhecimentos e aspetos dirigidos sobre contenção mecânica.

Numa primeira fase do estudo, será solicitado aos participantes o preenchimento do questionário (duração de 1 mês). Em seguida, será dado a conhecer à equipa o Fluxograma para a tomada de decisão na aplicação da medida de contenção mecânica no utente no serviço de urgência (duração 1-2 meses). Por último, será efetuada a avaliação dos resultados da estratégia implementada replicando o questionário para a comparação com os resultados obtidos na primeira fase (duração de 1 mês).

Aspetos éticos e deontológicos

O investigador compromete-se a assegurar os princípios éticos inerentes à investigação científica, nomeadamente o direito à confidencialidade e ao anonimato, aquando da colheita e tratamento de dados, garantindo que nenhum dos dados é associado ao





profissional que os disponibilizou e que o uso dos dados recolhidos reserva-se apenas e só para fins científicos.

Assim, e atendendo às devidas questões éticas e de garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, a Comissão de Ética para a Saúde do [redacted] concorda com a realização do presente projeto de investigação.

Sugere-se que seja solicitado e remetido ao Exmo. Conselho de Administração do [redacted] um resumo dos resultados obtidos no final da presente investigação.

À consideração do Exmo. Conselho de Administração

[redacted] 11 de abril de 2023

O Relator

[redacted]

A Comissão de Ética para a Saúde do [redacted] E.P.E.

[redacted]

[redacted]

APÊNDICES

APÊNDICE I

E-poster e resumo intitulado “Contenção Mecânica no Utente no Serviço de Medicina Intensiva”

INTRODUÇÃO

A contenção é utilizada na saúde como forma de proteger e garantir a segurança do utente, com o intuito de prevenir quedas e a remoção de dispositivos médicos. Estas devem ser utilizadas em situações em que o comportamento do doente o coloque a si ou aos outros em risco, em ocasiões de recusa de tratamento compulsivo, e em situações urgentes de recusa de tratamento vital (DGS, 2011), sendo a contenção mecânica a mais utilizada (Cunha, et al., 2016; Faria et al., 2012).

OBJETIVO

Enumerar os cuidados perante o utente com necessidade de aplicação de contenção mecânica no Serviço de Medicina Intensiva do [REDACTED]

PALAVRAS-CHAVE

- Contenção mecânica
- Mechanical restraint

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura com pesquisa livre em motores de busca (Pubmed, CINAHL, EBSCO, B-On) com recurso a descritores que posteriormente foram validados através dos sistemas Medical Subject Headings (MeSH) e Ciências da Saúde (DeCS), em outubro de 2023.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A contenção mecânica é o tipo de contenção mais descrita na literatura, e pressupõe o uso de imobilizadores de punho ou tornozelo, grades laterais, cintas abdominais e faixas para contenção, entre outros (DGS, 2011; OMS, 2017).

A sua aplicação traz riscos para o doente como:

- Lesões por pressão e fricção
- Imobilidade
- Problemas circulatórios
- Infeções
- Desconforto do utente
- Incontinência
- Desorientação e/ou agravamento da desorientação
- Agitação ou delírio
- Aumento de exteriorização de instrumentos clínicos (Colle, 2014; Freeman et al, 2016; Pan, 2018).



Para tentar minimizar os riscos, a DGS (2011) recomenda



- Uso das contenções com o envolvimento da equipa multidisciplinar
- O seu uso na inexistência de mais soluções
- Consentimento do doente
- Consentimento da família, se pessoa significativa
- Explicar ao doente
- Ajustar a contenção à situação do doente
- Cumprir as instruções do fabricante
- Vigiar o doente
- Reavaliar a necessidade da contenção e a possibilidade de a substituir ou cessar
- Registar os procedimentos no processo clínico
- Prescrição médica



CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Rui Pedro Filipe da Silva^{1*}, [REDACTED]²

1* Mestrando da 1ª Turma do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCEPSC) da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do [REDACTED]
[REDACTED]@my.ipleiria.pt

2 Mestranda da 1ª Turma do 1º Curso de MEMCEPSC da ESSLei, Enfermeira na Unidade de [REDACTED]

Resumo

Introdução: A contenção é utilizada na saúde como forma de proteger e garantir a segurança do utente, com o intuito de prevenir quedas e a remoção de dispositivos médicos. Estas devem ser utilizadas em situações em que o comportamento do doente o coloque a si ou aos outros em risco, em ocasiões de recusa de tratamento compulsivo, e em situações urgentes de recusa de tratamento vital (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011). A utilização de contenção, nomeadamente a contenção mecânica (CM), é comum em diversos países, incluindo Portugal (Cunha, et al., 2016; Faria et al., 2012). **Objetivo:** Enumerar os cuidados perante o utente com necessidade de aplicação de CM no Serviço de Medicina Intensiva do [REDACTED]. **Metodologia:** Operacionalizou-se uma revisão integrativa da literatura numa pesquisa livre em motores de busca (Pubmed, CINAHL, EBSCO, B-On) para delinear descritores que posteriormente foram validados através dos sistemas Medical Subject Headings (MeSH) e Ciências da Saúde (DeCS), em outubro de 2023. **Resultados e Discussão:** Dos diferentes tipos de contenção destaca-se a CM como a mais descrita na literatura. Esta pressupõe o uso de imobilizadores de punho ou tornozelo, grades laterais, cintas abdominais e faixas para contenção, entre outros (World Health Organization [WHO], 2017; DGS, 2011). Todavia a sua aplicação traz riscos para o utente. As implementações de CM induzem lesões por pressão e fricção, imobilidade, problemas circulatórios, infeções, desconforto do utente, incontinência, desorientação e/ou agravamento da desorientação, agitação ou delírio e aumento do risco de exteriorização de instrumentos clínicos (Pan, 2018; Freeman et al, 2016; Colle, 2014). Estudos realçam que os enfermeiros utilizam as CM sem terem em conta o impacto negativo nos sentimentos dos doentes e não encontram métodos alternativos para controlar os comportamentos agressivos (Göktaş & Buldukoğlu, 2018; Khalil, 2017; Braga, 2015). Para tentar minimizar os riscos, a DGS apresenta normas para a correta utilização da CM nos

utentes e a WHO apresenta estratégias para diminuir o seu uso (WHO, 2017; DGS, 2011). A DGS (2011) recomenda que os profissionais de saúde usem contenções apenas mediante o envolvimento da equipa, por forma a que exista comunicação, decisão, reflexão e, portanto, reavaliação das medidas utilizadas. Segundo a DGS (2011) na aplicação de medidas de contenção devem-se “esgotar as medidas preventivas” (p.2); “obter, sempre que possível, o consentimento do doente” (p.2); “obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente” (p.2); “esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê” (p.2); “ajustar a medida de contenção à situação do doente” (p.2); “cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção” (p.2); “vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar” (p.2); “reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa” (p.2); “retirar a medida de contenção assim que possível” (p.2); e, “registar os procedimentos no processo clínico” (p.2). Independentemente da medida de contenção escolhida pela equipa, a mesma deve ser executada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. Nas situações de urgência os profissionais de Enfermagem podem iniciar uma CM, atuando de acordo com a circular da DGS (2011), com a circular interna da instituição e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. **Conclusão:** Na procura contínua pela excelência dos cuidados prestados ao utente torna-se pertinente a abordagem desta temática de forma a, como emanado na Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011) “prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção” (p. 4), garantindo a proteção dos direitos do utente e do profissional de saúde envolvido. O seu desconhecimento poderá implicar o seu uso sem utilizar métodos alternativos ao mesmo (Göktaş & Buldukoğlu, 2018) e, deste modo, a implementação de contenção pode causar mais riscos e danos do que benefícios, se for implementada sem a natureza do cuidado humano, sistematizado, científico e com critérios de avaliação (DGS, 2011).

PALAVRAS-CHAVE: descritores (MeSH) “Restraint, physical, nurse” e as palavras-chave “contenção mecânica” e “mechanical restraint”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, I.P, Souza, J.C, Leite, M.B, Fonseca, V., Silva, E.M. & Volpe, F.M. (2015). Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 65 (1): 53-59. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103>
- Colle R. (2014). Reducing Restraint use in a trauma Center emergency room. *Nursing Clinics of North America*. 49 (3):371-81. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>

- Cunha M., André S., Bica I., Ribeiro O., Dias A. & Andrade A. (2016). Chemical and physical restraint of patients. *Elsevier: Procedia Social and Behavioral Sciences* 217: 389-399. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 021/2011: *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa. <http://www.dgs.pt/?cr=20464>
- 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*. <https://doi.org/10.12707//RIII1192>
- Freeman S., Hallett C., McHugh G. (2016). Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing and Critical Care*. 21 (2): 78-87. <https://doi.org/10.1111/nicc.12197>
- Göktaş, A. & Buldukoğlu, K. (2018). Determination of psychiatric clinic nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of physical restraints. *Journal of Psychiatric Nursing*. 9 (1):1-10. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.38247>
- Hill M. M & Hill A. (2012). *Investigação por Questionário*. (2ª ed.). Edições Sílabo
- Khalil, A.I., Ghamdi, M.A. & Malki, S.A. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *Int J Cult Ment Health*. 10 (4): 447-467. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1329330>
- Pan Y., Jiang Z., Yuan C., Wang L., Zhang J., Zhou J. Tao M., Quan M. & Wu Q (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs*. 27 (9- 10):1950-1957. <https://doi.org/10.1111/jocn.14334>
- World Health Organization. (2017) Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices: WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254809>

APENDICE II

Apresentação da temática “Tríade Letal do Trauma”

1º TURMA DO 1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM RELATÓRIO II – ESTÁGIO DE OPÇÃO


Rui Silva nº 5220173

Docente Supervisor: Professora Doutora Joana Sousa
 Enfermeiro Supervisor: Enfermeiro Gestor [Redacted]
 Enfermeiro Tutor: Enfermeiro Especialista [Redacted]

CASO – CONFORME REGISTO DE OCORRÊNCIAS

N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	Método
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

- 1367xxxxx
- VMER
- Primário
- Trauma
- Trauma Abdominal/pélvico
- Vitima de tiro acidental com arma de fogo ao nível abdominal
- 61 - 70 anos
- Patologia cardíaca (qual ?)
- anticoagulante (qual ?)



CASO – CONFORME REGISTO DE OCORRÊNCIAS

N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

- C – Ausência de feridas exangüinantes
- A – Permável
- B - Respiração mista: sem alterações frequência, amplitude e ritmo
- C – Pulso rápido (FC – 120-130 bpm), fino, regular. Pele fria, pálida e sudada
- D – Sem alterações. Score ECG=15. Glicemia capilar = 100mg/dl
- E - Ferida aberta na região lombar esquerda (porta entrada) + ferida aberta flanco abdominal direito (porta saída) + hematoma abdominal e dor à palpação ao nível dos quadrantes inferiores esquerdo e direito + escoriações mão esquerda. T1 – 35°C
- Sim
- Alterações em C, risco elevado de choque Hipovolémico

CASO – CONFORME REGISTO DE OCORRÊNCIAS

N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

- Titulação de oxigenoterapia por máscara facial para um SpO2 alvo [92% - 96%]
- Monitorização
- 2x acesso venoso periférico grande calibre (G16 e G14 no Membro Sup. Esq)
- Gestão de temperatura corporal
- Soro Fisiológico 0,9% 500cc ev + Lactato Ringer – 500cc ev + 4mg ondasetron ev + 4mg morfina ev + 1 g Ácido Tranexâmico ev



Fonte: INEM, 2023, P.6

CASO – CONFORME REGISTO DE OCORRÊNCIAS


N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

- A - Permável
- B - FAR's quantitativo e qualitativo normais
- C - FC-130bpm, pulso fino, rítmico, pele fria e sudada
- D - Sem alterações. Sobreponível
- E - Noção de aumento de hematomas e rigidez de abdómen à palpação descritos na avaliação inicial. T1 – 35°C
- Trauma
- Vermelho

CASO – CONFORME REGISTO DE OCORRÊNCIAS

N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

- Vitima refere dor ao nível do ombro direito (sinal de Kehr ?) e "sinto peso na bexiga" (sic)
- Vitima com perfil tensional a baixar, com TAS-75/80mmHg, realizado transporte rápido até à unidade hospitalar (cirurgia controlo de danos), transporte que cumpriu o perspetivado de cerca de 15/20 min



CASO – INFORMAÇÃO OFF THE RECORD

N.º Evento (COD)	
Método de Enfermagem	
Natureza da ocorrência	
Tipo de emergência	
Circunstâncias da situação	
Sexo	
Idade	
Antecedentes	
Terapêutica habitual	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Vitima crítica	
Motivo pelo qual considera crítica	
Procedimentos instituídos	
Intervenção terapêutica	
A - Via Aérea	
B - Ventilação	
C - Circulação	
D - Distensão neurovascular	
E - Espasmo	
Evolução clínica	
Via Venosa	
Resultados (diagnóstico, terapêutica)	

"Quase que parou assim que se abriu o abdómen e começamos a tirar cáligulas"

"Tinha fratura da bacia a sangrar, com o ilíaco esquerdo todo deslocado"

"Perfuração do sigmaide, perfuração do delgado e a bala rasou a mesentérica superior com destruição de parte do mesentério do intestino delgado"

"Ficou em Laparotomia na SM porque quase certo que vai ser necessário tirar mais intestino"

"Aquele bacia não sei...paramos a hemorragia mas está com uma cinta pelvica"




De acordo com o Regulamento n.º 429/2018

"a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica"

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19362)

Uma das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica (EEM/CPSC) é **caudar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença aguda** (OE, 2018)





Desses processos complexos enfatizo as problemáticas **hemorragia pós-traumática** e a **coagulopatia secundária**

↓

"continuam a ser a principal causa de **morte evitável** em vítimas de trauma"

(Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2023, p.1)

Em toda a abordagem à vítima de trauma em choque hemorrágico é essencial a **prevenção** e controlo da

Triade Letal do Trauma

(American College of Surgeons [ACS], 2018; INEM, 2023)

Quando se verifica a existência da tríade letal, **cerca de 96%** das vítimas **morrem em 24h**

Bazorgi et al. (2019)



HIPOTERMIA → **COAGULOPATIA** → **ACIDOSE METABÓLICA** → **MORTE**

Fonte: <https://www.google.com/search?q=triade+letal+trauma&rlz=C31110002>



Centremo-nos na perda de calor...

O corpo humano perde calor através de:

- **Condução**
- **Convecção**
- **Radiação**
- **Evaporação**

(Soreide, 2014)

A **perda ligeira de calor** geralmente é bem tolerada com alterações fisiopatológicas compensatórias para manter a homeostase, como o aumento de tônus muscular, tremores e aumento do metabolismo com libertação de catecolaminas e tiroxina

(Soreide, 2014)

FOCO CIPE® Versão 2 Termorregulação Comprometida (10033560)

Termorregulação (10019644)

"Processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal."

(Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2016, p.88)



Fonte: <https://www.google.com/search?q=ambulancia+ine&rlz=C31110002>

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM CIPE® Versão 2 Risco de Hipotermia (10017275)

Hipotermia (10009547)

"diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas"

(CIE, 2016, p.62)



Fonte: <https://www.google.com/search?q=ambulancia+ine&rlz=C31110002>

A **HIPOTERMIA** é definida pela temperatura corporal central **abaixo dos 35°C**

(ACS, 2018)

Está associada a **piores resultados na condição clínica da vítima de trauma com hemorragia pós-traumática e a um aumento da mortalidade**, sendo que a mortalidade e a prevalência da hipotermia também aumentam consoante a gravidade das lesões

(Eidstuen et al., 2018; INEM, 2023; Rossi et al., 2020)

Na ausência de mecanismos de trauma pode ser classificada como:

- Ligeira (35°C-32°C)
- Moderada (32°C-30°C)
- Severa (abaixo dos 30°C)

Sempre que está associado um mecanismo de trauma a classificação a considerar deve ser:

- Ligeira (36°C)
- Moderada (35,9°C-32°C)
- Severa (abaixo dos 32°C)

(ACS, 2018)



OS FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A HIPOTERMIA NO TRAUMA SÃO:

- Exposição ambiental ao frio
- Infusão de fluidos frios e hemoderivados
- Hipovolemia como consequência da hemorragia e perda de fluidos (choque hemorrágico)
- Como efeito secundário de drogas anestésicas e sedativas que afetam a termorregulação

Deve antecipar-se a perda de calor, visto que é mais fácil prevenir a hipotermia do que a corrigir

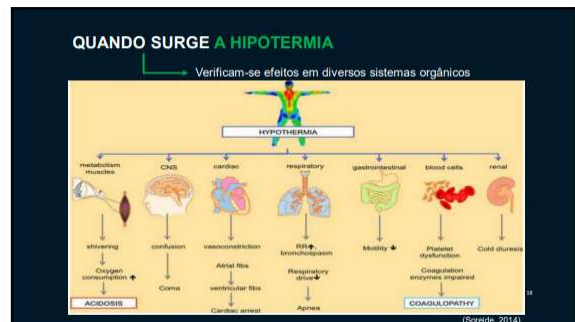
(Eidstuen et al., 2018; Soreide, 2014)

(Connick-Martin et al., 2019)



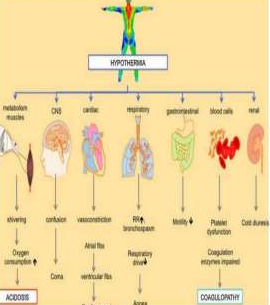
QUANDO SURGE A HIPOTERMIA

Verificam-se efeitos em diversos sistemas orgânicos



ACIDOSIS and **COAGULOPATIA** are also indicated as outcomes.

(Soreide, 2014)

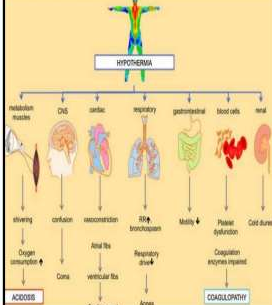


QUANDO SURGE A HIPOTERMIA

- A nível muscular os **tremores** aumentam o consumo de oxigénio, produzindo ácido láctico e provocando **acidose**.

NOTA: Quando a vítima entra em choque, verifica-se um metabolismo anaeróbio, com diminuição da síntese de adenosina trifosfato (ATP) e consequentemente da sua hidrólise para adenosina difosfato (ADP), tendo como consequência uma **diminuição na produção de calor**. Verifica-se ainda uma deficiência no limiar de vasoconstrição, com menor perfusão a nível dos músculos, reduzindo ainda mais a produção de calor.

(Soreide, 2014)



QUANDO SURGE A HIPOTERMIA

- No sistema nervoso central verifica-se desde a **confusão ao coma**.
- Surge diminuição da motilidade intestinal.
- A nível renal verifica-se uma diminuição da diurese, com efeitos sobre as enzimas do túbulo renal afetando a reabsorção do ião bicarbonato e a excreção do ião hidrogénio, **agravando a acidose e coagulopatia**.

(Soreide, 2014)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Uma Intervenção de Enfermagem é uma "ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem"

(CIE, 2016, p. 17)

O foco deve estar na **prevenção e gestão da hipotermia** com os meios disponíveis no extra-hospitalar



INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE HIPOTERMIA

Os cuidados de enfermagem no extra-hospitalar estão inerentes e **grande parte das estratégias de gestão de hipotermia enquadram-se no âmbito das intervenções autónomas do enfermeiro**.

Desenvolvendo e tendo disponíveis estratégias de gestão de hipotermia, **intervêm-se na triade letal** e obtêm-se efeitos positivos na morbilidade e mortalidade das vítimas de trauma



INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE HIPOTERMIA

"A intervenção das equipas pré-hospitalares é fundamental pela implementação de medidas que mitiguem a perda de calor e que restaurem a **normotermia (36°C a 37°C)**"

(INEM, 2023, p. 4)



INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE HIPOTERMIA

- Efetuar Avaliação Primária (C-ABCDE) tendo em atenção em "E-Exposição", com **avaliação e controlo de temperatura adequado**. Se possível, realizar esta avaliação já no interior da ambulância e manter temperatura (10019556) do meio envolvente adequado.
- Proceder à "remoção roupas molhadas" (INEM, 2023, p.7)
- Secar a vítima
- Medir temperatura corporal (10032006)
- Monitorizar temperatura corporal (10012165)

(ACS, 2018, CIE, 2016, INEM, 2023)



INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE HIPOTERMIA

- Avaliar hipotermia (10002809)
- Avaliar ambiente (10026064) físico. As recomendações internacionais descrevem como ideal, uma temperatura ambiental média de 28°C na gestão da temperatura da vítima hipotérmica
- Proceder ao "aquecimento ambiental" (INEM, 2023, p.7), tendo em conta o pressuposto da intervenção anterior

(ACS, 2018, CIE, 2016, INEM, 2023, Zahen & Mechem, 2023)



INTERVENÇÕES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE HIPOTERMIA

- Evitar perda de calor corporal com "utilização de mantas isotérmicas" (INEM, 2023, p.7)
- Evitar abertura de porta ou perdas de calor desnecessárias
- Aumentar (10009961) a temperatura corporal através de "fluidoterapia aquecida dirigida" (INEM, 2023, p.6)

(ACS, 2018, CIE, 2016, INEM, 2023)



APÊNDICE III

Instrumento de recolha de dados - Questionário no formato de *Google Forms*®

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

QUESTIONÁRIO SOBRE CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Caro(a) colega

Encontro-me a efetuar um estudo sobre o conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a aplicação de contenção mecânica no utente, no âmbito da 1ª Turma do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria.

O estudo insere-se na área da segurança do doente.

A investigação parte da questão *"Qual é o conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a aplicação de contenção mecânica no utente?"* e tem como objetivo construir um algoritmo/fluxograma de tomada de decisão do enfermeiro para que se possa equacionar uma proposta de intervenção alicerçada na evidência. Por isto, venho solicitar a sua participação por considerá-la fundamental para a aquisição do conhecimento nesta área.

Este projeto parte do conceito apresentado pelo Ministério da Saúde Português, através da Direção Geral de Saúde, na circular normativa de 2011, sobre a "Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a envolvente", incluindo as seguintes definições:

"Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente" (DGS, 2011, p.3).

A colheita de dados decorrerá de 01 de Junho de 2023 a 31 de Agosto de 2023 e será efetuada mediante questionário, aplicado em dois momentos distintos.

A sua participação é voluntária, podendo desistir durante o período de colheita de dados. O seu anonimato será garantido no processo de colheita de dados (não há identificação no questionário), no tratamento dos dados (as suas respostas serão tratadas conjuntamente com as dos restantes participantes) e na divulgação dos resultados.

Muito obrigado pela atenção dispensada.

O investigador,

Rui Pedro Filipe da Silva

Contacto telefónico: [REDACTED]

Contacto eletrónico: [REDACTED]@gmail.com

* Indica uma pergunta obrigatória.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO PARTICIPANTE

CONTENÇÃO MECÂNICA NO UTENTE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Declaro que fui informado/a

de que o estudo de investigação acima referenciado, desenvolvido no âmbito da 1ª Turma do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria, tem como objetivo construir um algoritmo/fluxograma de tomada de decisão do enfermeiro para que se possa equacionar uma proposta de intervenção alicerçada na evidência.

Fui informado/a de que terei de responder a um conjunto de questões. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes no estudo são confidenciais, que será mantido o anonimato e que em todo o processo de colheita de dados serei tratado com dignidade e respeito. Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada e aceito participar de livre vontade no estudo. Também **autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico**, garantindo o anonimato.

1. Autorizar e avançar *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Avançar para a secção 6 (Questionário terminado)

CÓDIGO DO QUESTIONÁRIO

Sendo a aplicação do questionário em dois momentos distintos, torna-se necessário a definição de um código

os dois últimos números da data de nascimento e os dois últimos números do nº mecanográfico (**Exemplo:** data nascimento 1988 e nº mecanográfico 92950.
Resposta: 8850)

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

3. a) Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino

4. b) Idade (em anos) *

5. c) Tempo de exercício profissional como enfermeiro (em anos) *

Considera-se o zero (0) como menos de 1 ano

6. d) Tempo de exercício profissional como enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de [REDACTED] (em anos) *

Considera-se o zero (0) como menos de 1 ano

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

7. e) Formação profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
 Especialização
 Mestrado
 Doutoramento

8. f) Já fez alguma formação que abordasse a aplicação de contenção mecânica de utentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

9. f.1.) Se respondeu "SIM", na pergunta f), há quanto tempo realizou essa formação? *

Marcar apenas uma oval.

- Inferior a 1 ano
 1 a 2 anos
 2 a 3 anos
 Superior a 3 anos
 Respondi "NÃO" à pergunta f)

10. f.2. Se respondeu "SIM", na pergunta f), onde realizou formação sobre aplicação contenção mecânica de utentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Na Instituição
 Fora da Instituição
 Respondi "NÃO" à pergunta f)

11. g) Considera a necessidade de haver formação nesta área? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

PARTE II – CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE URGÊNCIA SOBRE CONTENÇÃO MECÂNICA

FASE 1 – Aspetos Gerais

12. 1.1) Já leu e analisou a **Orientação n.º 021/2011 de 06/06/2011**, da Direção Geral da Saúde, para a "*Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*"? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

13. 1.2) Na eventualidade de proceder à contenção mecânica de um utente, deseja minimizar: (selecione as 2 opções que são **prioritárias** para si) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- O risco de queda
 A exteriorização de dispositivos invasivos (por exemplo, cateteres centrais ou periféricos, drenos, sonda nasogástrica, sonda vesical)
 O risco de agressão (auto agressão ou aos envolventes)
 A remoção de dispositivos não invasivos de monitorização de parâmetros vitais
 A remoção de dispositivos não invasivos para suporte ventilatório (Ventilação Não Invasiva)
 A remoção de dispositivos não invasivos para Oxigenoterapia
 Outro

14. 1.2.1) Se respondeu "Outro", à pergunta 1.2), Qual?
-

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

FASE 2 – Aspetos Dirigidos

Questionário composto por respostas fechadas tipo Likert. A avaliação de cada item varia entre 1 e 5 (1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Muitas vezes; 5 – Sempre). Por favor responda a todas as questões.

15. 2.1) Perante um utente mentalmente desorganizado – comumente designado por confuso – considera que a contenção mecânica usada pelos enfermeiros no SU é usada como uma intervenção de última linha? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

16. 2.2) No SU, quando procede à contenção mecânica de um utente, está desperto para a utilização prévia de contenção química? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

17. **2.3)** Durante o período em que estes doentes estão com contenção de movimentos, tem o cuidado acrescido de monitorizar e ajustar regularmente a medida de contenção à necessidade do utente? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

18. **2.4)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, avalia a presença de hematomas/ abrasões/edema, por exemplo, no local da aplicação da contenção? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

19. **2.5)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, realiza registos sobre a medida tomada? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

20. **2.6)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, nos seus registos identifica o motivo da contenção? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

21. **2.7)** Usa a contenção mecânica dando resposta a normativas institucionais, nomeadamente da área da prevenção e identificação de Risco de Queda? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

22. **2.8)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, nos seus registos identifica a localização anatómica do corpo que imobilizou? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

Contenção Mecânica no Utente em Serviço de Urgência

23. **2.9)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, os membros superiores são a localização anatómica do corpo que imobiliza preferencialmente? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

24. **2.10)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, os membros superiores e inferiores são a localização anatómica do corpo que imobiliza preferencialmente? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

25. **2.11)** Quando procede à contenção mecânica de um utente, a cintura pélvica é a localização anatómica do corpo que imobiliza preferencialmente? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

26. **2.12)** Entende que na tomada de decisão, na aplicação de contenção mecânica de um utente, em qualquer circunstância, esta tem cariz de intervenção autónoma? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

27. **2.13)** Entende que, mesmo em situações de urgência, pondera os riscos éticos e legais na aplicação da medida de contenção mecânica? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
 2
 3
 4
 5

28. **2.14)** Costuma aplicar contenção mecânica com mais frequência em pessoas idosas (idade >65 anos)? *

Marcar apenas uma oval.



- 1
 2
 3
 4
 5

Questionário terminado


Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE IV

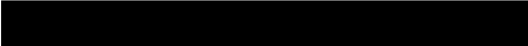
Instrução de Trabalho e Fluxograma protótipos para a tomada de decisão na aplicação da medida de CM no utente no SU

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
---	--	---

1. OBJETIVO

A presente Instrução de Trabalho (IT) tem como principal objetivo orientar para uma avaliação uniformizada de todos os utentes admitidos no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do  que necessitem de aplicação de contenção mecânica.

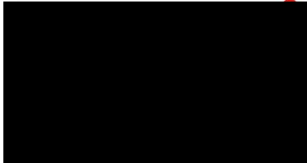

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os utentes admitidos e internados no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro  que apresentem comportamento agressivo ou disruptivo, com agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros, tendo em conta a sua proteção e a o meio envolvente.

3. DEFINIÇÕES

- Contenção Terapêutica – medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro que possível, o seu conforto e dignidade
- Contenção Ambiental – recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica
- Contenção Física – situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco
- 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 especial

Elaborado:	Aprovado:	Data:
------------	-----------	-------

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
---	--	---

4. PROCEDIMENTO – DESCRIÇÃO

Considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do doente, **deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas.**

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

Os utentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:

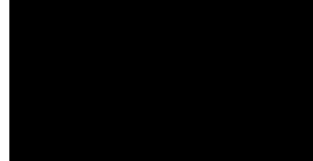

- Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.
- Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.
- Recusem tratamento vital, urgente.

A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível. A equipa deve decidir qual a medida de contenção mais adequada para a continuidade de cuidados e assegurar a sua prescrição e reavaliação.

4.1. PRESCRIÇÃO MÉDICA DA CONTENÇÃO

A contenção química deve ser prescrita pelo médico responsável pelo utente através do Sistema de Gestão Interna do Circuito do Medicamento (SGICM). A contenção mecânica deve ser através da Atitude Terapêutica “**Imobilização Com Imobilizadores**”.

Atuando de acordo com a Orientação n.º 021/2011 da DGS (2011), com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, caso não seja possível antecipar a prescrição, o elemento de Enfermagem responsável pelo utente pode tomar a iniciativa de promover a contenção mecânica, sem prejuízo de, logo que possível, a decisão seja comunicada ao médico responsável pelo utente e ser efetuada a sua prescrição, tendo presente que a medida deve ser transitória e substituída por outro tipo de contenção, química ou outra.

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
---	--	---

4.2. INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM

Tendo em conta os princípios éticos, os aspetos clínicos e a avaliação individual do utente, na aplicação de contenção devem ser garantidos que:

- a. O enfermeiro deve obter, sempre que possível, o consentimento do doente/família ou pessoa significativa do utente.
- b. O enfermeiro deve certificar-se que não existem objetos perigosos para o utente.
- c. Devem ser utilizadas faixas concebidas e apropriadas para a imobilização, cumprindo as instruções do fabricante.
- d. Sempre que possível, o doente deve ser colocado em local de maior vigilância da equipa de Enfermagem.
- e. Devem ser vigiados sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos, que possam resultar da compressão causada pelas faixas de contenção.
- f. Posicionar o utente em decúbito dorsal com a cabeça ligeiramente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir acesso ao acesso venoso periférico ou central. Sempre que possível, deve ser utilizado um posicionamento alternativo e de forma alternada com a finalidade de prevenir úlceras de pressão.
- g. Manter a comunicação com o utente no âmbito do seu processo terapêutico.
- h. Monitorizar os parâmetros vitais do utente de acordo com o seu risco clínico.
- i. Proceder ao exame físico periódico do utente.
- j. Reavaliar a necessidade da medida de contenção mecânica e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
- k. Retirar a medida de contenção mecânica assim que possível.
- l. Registrar os procedimentos no processo clínico.

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
--	--	--

4.3. REGISTOS NO PROCESSO CLÍNICO – SCLÍNICO

Os registos de enfermagem do utente sujeito a contenção mecânica devem seguir o disposto na seguinte tabela.

<u>FOCO DE ATENÇÃO</u>	<u>Intervenção</u>	<u>Justificação</u>	<u>Horário</u>
AGITAÇÃO	Aplicar dispositivo de imobilização	Registo do momento em que é aplicada a contenção mecânica ao utente. Garantir o disposto nas alíneas a), b), c), d), j) e k) do ponto 4.2 deste procedimento	“Agora” NOTA: Nas notas associadas à intervenção deve ser registado o motivo que determinou a necessidade de contenção
	Otimizar imobilização	Garantir o disposto nas alíneas i), j) e k) do ponto 4.2 deste procedimento	“de x em x horas” (mínimo de 4/4 horas)
	Avaliar perfusão dos tecidos	Garantir o disposto nas alíneas e), i), f), j) e k)	“de x em x horas” (mínimo de 4/4 horas)

No Processo de Enfermagem o Foco de Atenção **“Agitação”** deve ser levantado e introduzido a opção de diagnósticos de Enfermagem **“Agitação”** em Fenómenos utente, clicando em Status.

Internamento - Enf(a) RUI PEDRO SILVA

Sair Bloq. Diário Av. Proc. Proc. M.Cui. Alim. Vigil. Transf. Alertas Alergias Alta Mens. Colabor. TNF

Terça-Feira, 20 de Junho de 2023

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

DADOS DO DOENTE

Nº Processo

Nome

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
--	--	--

Foco de Atenção	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
AUTO CUIDADO	20-06-2023	02:31		
Orientação	20-06-2023	02:34		
Pele	20-06-2023	02:37		
Eliminação Intestinal	20-06-2023	02:37		
Eliminação Urinária	20-06-2023	02:37		
Sono	20-06-2023	02:37		
Metabolismo energético	20-06-2023	02:37		
Úlcera de Pressão	20-06-2023	02:41		
Queda	20-06-2023	02:43		
Agitação	20-06-2023	18:03		

Responsável início Rui Pedro Silva **Responsável termo**

■ Foco de atenção ■ Identificado em outro serviço

Termos: [Termo] [Intervenções] Diagnósticos de enfermagem

Agitação Fenómenos utente

Opções de diagnósticos

- Agitação
- Sem agitação
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre agitação
- Conhecimento sobre agitação
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre agitação
- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre agitação
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre agitação
-
-
-
-

Status

Em seguida, deve ser selecionada a frequência do fenómeno e clicar em Salvar.

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
--	--	--

Internamento - Enf(a) RUI PEDRO SILVA

Fenómeno: "Agitação"

Módulo: INT Episódio: 23007028

Agitação: Presente

Frequência: Muito frequente

Anterior Seguinte Cancelar **Salvar**

Especificação: agitação

Data: 20-06-2023 Hora: 18:04

Nota a anexar à especificação: muito frequente

Correção Status Ver Status Ver Intervenções sugeridas

Todos
 Presente / ausente
 Ausente
 Presente

Contínuo
 Intermitente
 Muito frequente
 Frequente
 Às vezes
 Raramente
 Muito raramente
 Nunca

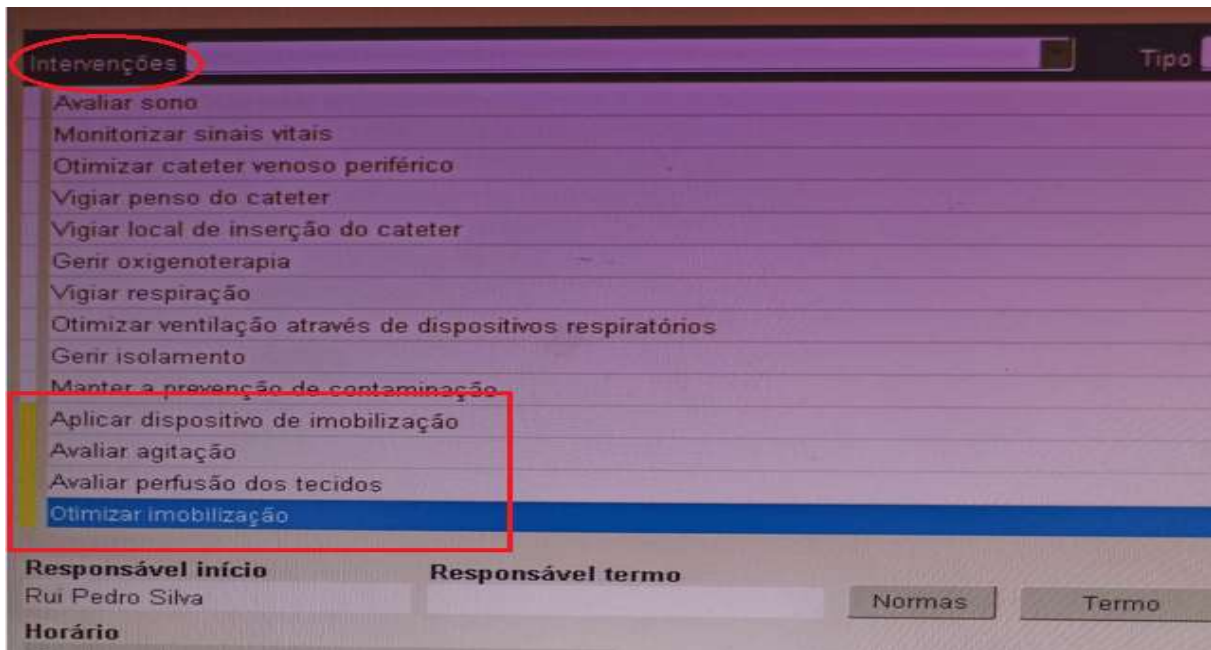
Posteriormente, devem ser levantadas as intervenções “Aplicar dispositivos de imobilização”, “Avaliar perfusão dos tecidos” e “Otimizar imobilização”.

agitação [muito frequente]

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico	Activar
Aplicar dispositivo de imobilização	<input checked="" type="checkbox"/>
Aplicar protocolo	<input type="checkbox"/>
Avaliar agitação	<input type="checkbox"/>
Avaliar perfusão dos tecidos	<input checked="" type="checkbox"/>
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	<input type="checkbox"/>
Gerir atividade do doente	<input type="checkbox"/>
Incentivar o apoio / suporte da família	<input type="checkbox"/>
Otimizar imobilização	<input checked="" type="checkbox"/>

Horários

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
--	--	--



Quanto à definição de “Horário”, para cada umas das intervenções seleccionadas, o enfermeiro deve seguir o disposto da tabela anterior.

Manter grades da cama

Aplicar dispositivo de imobilização

Responsável início: Rui Pedro Silva

Responsável termo:

Normas

Termo

Horário

Sem Horário de x em x dias
 de x em x horas S.O.S
 dia(s) e hora(s) fixa(s) Turno Fixo
 dia(s) e turno(s) fixos hora fixa
 Agora

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
--	--	--

Manter grades da cama	20-06-2023	02:45
Aplicar dispositivo de imobilização	20-06-2023	18:05
Avaliar perfusão dos tecidos	20-06-2023	18:06
Otimizar imobilização	20-06-2023	18:06

Responsável início: Rui Pedro Silva Responsável termo:

Normas Termo Tratamento Feridas Termo Especific.

Horário

Sem Horário de x em x dias
 de x em x horas S.O.S
 dia(s) e hora(s) fixa(s) Turno Fixo
 dia(s) e turno(s) fixos hora fixa
 Agora

Frequência das horas

Freq. Horas	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
4	21-06-2023	04:00		

Activo

Rui Pedro Silva

NOTA: Sempre que o enfermeiro proceder à medida de contenção mecânica, em “Notas Gerais” deve ser registado

- O nome do médico informado do recurso à medida da contenção mecânica nas situações em que a urgência da situação não permite obter uma prescrição prévia
- A(s) localização(ões) anatómica(s) da contenção mecânica que se encontra aplicada



Nas situações em que é utilizada outro tipo de contenção (por exemplo, ambiental, física, química) os registos de Enfermagem devem ser efetuados também em “Notas Gerais”.

Assim que for possível prescindir da aplicação de contenção mecânica o enfermeiro deve dar “Termo” á(s) intervenção(ões) seleccionada(s).

O registo dos fármacos utilizados na contenção química é realizado no SGICM.

DOCUMENTOS INTERNOS ASSOCIADOS

- IT.DE.06 - Avaliação do Risco de Queda
https://drive.google.com/file/d/1Q3vpRv7ySc0z3LKoxIGAviBfWe_89gS/view
- IT.CHO.01_01 - Prevenção das Quedas de Utentes em Ambiente Hospitalar
https://drive.google.com/file/d/1Q3vpRv7ySc0z3LKoxIGAviBfWe_89gS/view

	Aplicação Contenção Mecânica em Utente no Serviço de Urgência	
---	--	---

5. REFERÊNCIAS

- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: Série I-A, n.º 205/1996. páginas 2959-2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 021/2011: *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. <http://www.dgs.pt/?cr=20464>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181/2015. páginas 8059–8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 101/2018: *Intervenção de um enfermeiro para com utentes com comportamentos comprometedores à segurança de outros utentes e funcionários*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-n%C2%BA-101_ce-07062018_interven%C3%A7%C3%A3o_enfermeiro_comportamentos-comprometedores-%C3%A0-seguran.pdf

FLUXOGRAMA DE TOMADA DE DECISÃO PARA APLICAÇÃO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

