



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SEGURANÇA NO CUIDAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Joana Gomes Rafael Gonçalves

Porto – julho de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SEGURANÇA NO CUIDAR**

**DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SKILLS TO PATIENT IN A
CRITICAL SITUATION: SAFETY IN CARING**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Joana Gomes Rafael Gonçalves

Sob a orientação de Doutora Amélia Dias Ferreira

Porto – julho de 2021

RESUMO

Este relatório resulta de um percurso académico realizado no âmbito do 13.º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inserido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” e após a realização do estágio em dois contextos de prática clínica distintos, inicialmente num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, e posteriormente, numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, como requisito para a obtenção do grau de mestre nesta área de especialidade.

Com recurso a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, sustentada em pesquisa bibliográfica, a elaboração deste documento pretendeu dar visibilidade às competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso, centradas no cuidar a pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica e, com particular enfoque, para a promoção de práticas de cuidados seguros com vista à excelência do cuidar em enfermagem.

Este relatório inclui uma abordagem às competências desenvolvidas no estágio do 1.º ano deste curso, num Serviço de Urgência Polivalente; uma breve caracterização dos contextos de estágio da unidade curricular em questão e a descrição das principais atividades e reflexões experimentadas em contexto de prática clínica, com análise crítica às situações problema identificadas e à sugestão e implementação de estratégias de resolução, como contributo para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados. Teve por base a concretização dos objetivos específicos previamente delineados no projeto de estágio e transversal aos dois contextos, estando organizado segundo os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

As atividades desenvolvidas foram de encontro às oportunidades de melhoria detetadas e consideradas pertinentes para os contextos em questão e destacam-se, no Serviço de Medicina Intensiva a realização de um questionário com o propósito de avaliar a perceção dos profissionais de enfermagem do serviço relativamente ao recurso a medidas de contenção mecânica no doente crítico. A sua aplicação permitiu efetuar uma caracterização local do tema em análise e culminou na elaboração de um trabalho intitulado “A contenção mecânica no doente crítico” relacionando a interpretação dos resultados à luz da evidência científica, o que propiciou a elaboração de uma formação sobre a temática em questão.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, no sentido de sistematizar e uniformizar as práticas de cuidados na inserção e manutenção do cateter venoso central, foi elaborado uma lista de verificação do seu cumprimento com o intuito de introduzir este instrumento de vigilância das práticas nas atividades diárias desta unidade, tendo em vista a redução das taxas de infeção associada ao uso deste dispositivo e consequente garantia da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Todas estas intervenções foram sustentadas e fundamentadas na evidência científica atual resultante das revisões de literatura realizadas em bases de dados científicas, conducentes ao desenvolvimento individual e domínio do saber para o melhor fazer, contribuindo assim para uma prática de cuidados com vista à excelência e ganhos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, Competências, Segurança.

ABSTRACT

This report is the result of an academic path that was accomplished in the scope of the 13th Master Degree with Specialization in Medical-Surgical Nursing, inserted in the curricular unity “Final Internship and Report”, and after the accomplishment of the internship in two distinct contexts of clinical practice, first in a Multipurpose Intensive Medicine Unit, and lastly in a Cardiac Intensive Care Unit, as a requisition for the attainment of the master degree in this area of specialization.

Resorting to a descriptive, analytical, and reflective methodology, sustained by bibliographic research, the drafting of this document has the goal of giving visibility to the acquired and developed skills throughout this path, focused on the caring of the person and family that are experiencing critical illness and/or organ failure processes, and with a main focus in the promotion of safety care practices, aiming for excellence of caring in nursing.

This report includes an approach to the developed skills in the 1st year internship of this degree, in a Multipurpose Emergency Room Unit; a brief description of the internship contexts of the aforementioned curricular unit, and the description of the main activities and reflections experienced in clinical practice context, with a critical analysis of the identified problematic situations, and the suggestion and implementation of resolution strategies, as a contribution for the improvement and quality of the care provided. It had as a baseline the fulfillment of the specific goals previously established in the internship project and cross-cutting to both contexts, as it is organized according to the dominions of the common skills of the specialist nurse.

The undertaken activities met the detected improvement opportunities, considered pertinent for the contexts at hand, standing out the survey created in the Intensive Medicine Unit with the purpose of evaluating the perception of nursing professionals of that unit when it comes to resort to mechanical restraint measures on the critical patient. Its application allowed a local profiling of the theme that is under analysis and culminated in the creation of a document entitled “The mechanical restraint on the critical patient”, linking the interpretation of the results under the scientific evidence, which allowed the elaboration of a training about the theme at hand.

In the Cardiac Intensive Care Unit, regarding the systematization and standardization of the care practice in inserting and maintaining a central venous catheter, it was created a checklist of the correct procedure, that has the goal to introduce this monitoring instrument in the daily activities of this unit, in order to reduce the infection rates associated with the use of this device, and consequentially assure a safety warranty and improvement of quality in the care given.

All these interventions were supported and underpinned with the current scientific evidence, and consequential literature reviews performed in scientific data bases, that led to the individual development, the mastery of knowledge to better do it, thus adding to a care practice aiming for excellency and gains in health.

Keywords: Nursing, Specialist Nurse, Critical Patient, Skills, Safety.

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Ricardo Reis

AGRADECIMENTOS

Este percurso académico foi marcado por momentos de satisfação, mas também por várias adversidades, inquietações e, sobretudo, por um grande esforço pessoal. Dedico este espaço àqueles que durante esta caminhada contribuíram de forma significativa para que este projeto fosse concluído. A todos, deixo o meu sentido agradecimento, em especial:

Aos meus pais e irmão, por me terem incentivado, sempre, perante os desafios. Um reconhecimento especial, pelo amor, compreensão e apoio incondicionalmente revelado e que tornaram a sua concretização possível;

A todos os meus amigos, em especial, à Ana Lento e Ana Cristina, pela amizade, apoio, incentivo e compreensão pelas minhas ausências;

À minha colega e amiga Cecília, pelo suporte manifestado, pelos conselhos, pelo tempo disponibilizado e pela energia positiva que transmitiu;

Aos meus colegas da especialidade, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e pelos momentos de convívio que ficam para a vida;

Aos enfermeiros tutores de estágio que me acompanharam neste percurso e a cada uma das equipas multidisciplinares, pelo acolhimento, cooperação e partilha de saberes;

À Doutora Amélia Ferreira pela dedicação, orientação, incentivo e por toda a disponibilidade oferecida ao longo deste percurso.

A TODOS muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

BIA - Balão Intra-Aórtico

BO - Bloco Operatório

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 - Coronavírus Disease 2019

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

HLS - Hospital Logistics System

IACS - Infecção Associada a Cuidados de Saúde

ICP - Intervenção Coronária Percutânea

MEEEMC - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MS - Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SCA - Síndrome Coronário Agudo

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI - Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	15
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO SU	19
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	23
2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	24
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS.....	26
3. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	31
3.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	37
3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS	47
3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	50
4. CONCLUSÃO	63
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	73
APÊNDICE I - Questionário: A contenção mecânica no doente crítico	75
APÊNDICE II - A contenção mecânica no doente crítico	83
APÊNDICE III - Plano da sessão de formação	117
APÊNDICE IV - Formação: A contenção mecânica no doente crítico	121
APÊNDICE V - Checklist de inserção e manutenção do Cateter Venoso Central	135

0. INTRODUÇÃO

Num contexto particularmente exigente em que a prestação de cuidados de enfermagem têm sido alvo de enormes avanços resultante da crescente complexidade dos cuidados prestados, das técnicas, dos procedimentos e equipamentos disponibilizados, aliados a uma população cada vez mais envelhecida, com inúmeras comorbilidades e cronicidade associada, bem como a legítima exigência dos cidadãos, colocam ao enfermeiro a necessidade de uma atualização contínua e de investimento na sua qualificação através das especializações nas diferentes áreas, que fornecerão as bases para um cuidado de excelência.

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEEMC) na área de Assistência à Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A sua elaboração destina-se a descrever e refletir sobre o desempenho e processo de aprendizagem efetuado nos estágios realizados, quer no âmbito da enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas. Enquadra-se no 3.º semestre deste curso, no ano letivo 2020/2021 e refere-se a dois contextos de prática clínica distintos. Numa primeira fase, decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) no período compreendido entre 07 de janeiro e 27 de fevereiro de 2021 e, num segundo momento, numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) no período compreendido entre 22 de março e 20 de maio de 2021, ambos realizados em hospitais do Grande Porto. O segundo estágio constituiu a minha área de opção, pela sua especificidade e interesse pessoal. Todos os turnos foram realizados sob orientação e supervisão de um enfermeiro tutor, definido nos respetivos locais, com o grau académico de mestre e o título profissional de especialista nesta área de especialização.

Esta unidade curricular prevê um total de 840 horas, distribuídas em 360 horas de contacto, ou seja, 180 horas para cada contexto de prática; 20 horas de orientação tutorial; 20 horas de seminário e 440 horas de trabalho autónomo, correspondendo a 30 ECTS. Surge no seguimento do estágio desenvolvido no 1.º ano, integrado na unidade curricular “A pessoa

em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica” e que decorreu, também ele, num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um hospital do Grande Porto.

Importa referir que devido à realidade pandémica vivenciada e, que inimaginavelmente, acompanhou grande parte deste percurso académico, o período de estágio na UCIC inicialmente programado e por questões inerentes ao próprio contexto foi suspenso e adiado, o que determinou o prolongar no tempo, a conclusão desta unidade curricular.

Os estágios representam um momento privilegiado de aprendizagem, na medida em que viabilizam a mobilização e integração dos conhecimentos académicos e os adquiridos ao longo da experiência profissional para os contextos da prática clínica, pressupondo o acompanhamento da melhor e mais recente evidência científica, a par com as exigências de uma sociedade em constante evolução e mutação, que determina a necessidade de uma atualização contínua do conhecimento, fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Atualmente, espera-se da Enfermagem a permanente procura pelo conhecimento inovador, dinâmico e que agregue as mudanças, dispondo o saber em constante transformação e reflexão à realidade dos serviços de saúde promovendo, assim, a melhoria na qualidade do cuidado exercido (Farias, et al., 2019).

Entende-se pessoa em situação crítica “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).

Tendo isto em atenção, é compreensível a seleção destes contextos como locais obrigatórios e previstos para a realização dos estágios, por serem considerados serviços de referência na prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, reunindo as condições essenciais para a aquisição, consolidação e desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente na área de assistência à PSC.

A minha experiência profissional, ao longo de 15 anos, desenvolveu-se em torno de dois contextos distintos; inicialmente, numa vertente mais técnica, na área de Gastroenterologia e, desde o ano de 2011 que exerço a minha atividade profissional no Serviço de Internamento de Endocrinologia de um hospital do Porto. O serviço de

Internamento de Endocrinologia está integrado no Departamento de Medicina e, além da minha atividade no internamento, colaboro nas consultas de Pé Diabético, na Consulta de Terapêutica Educacional da Diabetes tipo 1 e 2, na Consulta de Bombas de Insulina e Provas de Função Endócrina. Face à situação de pandemia vivida e motivado pelo seu impacto nas dinâmicas assistenciais, o meu serviço reconverteu-se, em março de 2020, numa Unidade de Internamento dedicada à COVID-19 (Coronavírus Disease 2019), estando por isso, logo no início, envolvida na prestação direta de cuidados de saúde a esses doentes. Ultrapassados os tempos mais difíceis desta crise, até ao momento e, fruto da evolução favorável do número de doentes infetados internados, mais recentemente, há aproximadamente um mês, por questões estruturais e organizacionais fui mobilizada para o Serviço de Internamento de Infeciologia e Pneumologia, encontrando-me temporariamente a exercer funções não só a doentes internados com COVID-19 como também, na área das doenças infecciosas e do foro pneumológico.

Com o intuito de potenciar e atualizar os meus conhecimentos, no ano de 2010 frequentei com aproveitamento o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem de Emergência e Catástrofe, que se refletiu de forma muito positiva no meu desempenho profissional. Passados estes anos, motivada pela necessidade de investir na qualificação e perante a exigência crescente da diferenciação dos cuidados prestados aos doentes e família, por ser uma área do meu interesse e fascínio, ingressei neste Curso de MEEEMC, com a convicção de que este projeto profissional possibilitar-me-á desenvolver novas competências, conhecimentos e habilidades e, sobretudo, desenvolver o meu espírito crítico-reflexivo, tornando a minha atuação mais especializada e diferenciada com a vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com a consequente abertura de horizontes profissionais.

Considerando o previsto no plano de estudos para esta unidade curricular e adotando como metodologia o método descritivo, analítico e reflexivo, com recurso à revisão bibliográfica e fundamentada na evidência científica atual organizei este trabalho com base nos quatro domínios de competências previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão de Cuidados e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, (OE, 2019) por entender que retrata de forma mais clara e objetiva o trabalho desenvolvido durante este percurso.

Assim, a elaboração deste relatório traduz o percurso académico efetuado, relatando as atividades desenvolvidas face aos objetivos gerais e específicos traçados aquando do seu planeamento e, às oportunidades que surgiram no decurso dos estágios; demonstrar capacidade de reflexão e análise crítica das experiências vivenciadas e analisar o seu contributo para aquisição e desenvolvimento de competências na área da especialidade. Tem como objetivos principais:

- Ilustrar o percurso efetuado no decorrer dos estágios;
- Demonstrar a aquisição de competências desenvolvidas;
- Refletir sobre as situações vivenciadas nos contextos de prática clínica;
- Descrever as oportunidades de melhoria diagnosticadas e as estratégias de resolução sugeridas e implementadas;
- Constituir um instrumento de avaliação.

Do ponto de vista estrutural, este relatório apresenta-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo abordo resumidamente as competências desenvolvidas no estágio do 1.º ano. No segundo capítulo, apresento uma breve caracterização dos contextos da prática clínica do 2.º ano. No terceiro capítulo, intitulado domínio das competências desenvolvidas e dividido em subcapítulos referentes aos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, são explanadas as atividades realizadas e competências adquiridas, através de uma análise crítico-reflexiva, tendo por base a consecução dos objetivos específicos previamente traçados no projeto de estágio, evidenciando, também, as particularidades que o contexto de pandemia implicou no processo de aquisição de competências, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. No quarto capítulo com a conclusão, procedo às considerações finais do relatório, salientando as aprendizagens efetuadas, as dificuldades sentidas e os principais contributos deste percurso académico para o desenvolvimento pessoal e profissional.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO SU

De forma a enquadrar o meu percurso em contexto de prática clínica, no âmbito deste curso MEEEMC, tornou-se fundamental mencionar o estágio realizado anteriormente, referente ao 2.º semestre e integrado na unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”. Este estágio decorreu no período compreendido entre 07 de setembro e 31 de outubro de 2020 no Serviço de Urgência (SU) de um hospital do Grande Porto, num total de 12 horas de orientação tutorial e 180 horas em contexto de prática clínica. A sua realização permitiu-me conhecer a área de atuação do enfermeiro de urgência e emergência, como também possibilitou momentos de reflexão, pela diversidade das tipologias dos doentes admitidos, pelas suas características organizacionais e funcionais e pela complexidade e a imprevisibilidade de situações inerentes a este contexto. Foi, sem dúvida, um local que me transmitiu novos e mais específicos saberes e experiências, contribuindo para a minha valorização pessoal e profissional, constituindo o ponto de partida e abrindo caminho para a especialização pretendida.

Este SU, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (MS) caracteriza-se como um SUP, ou seja, corresponde ao nível mais diferenciado de resposta às situações de emergência/urgência, devendo disponibilizar resposta de proximidade à população da área que abrange.

A sua estrutura está constituída em áreas de ação predefinidas, distintas, mas que se articulam e complementam, permitindo distribuir os doentes pelo local mais apropriado tendo em conta o seu problema de saúde. Funciona durante 24 horas por dia e é assegurado, com carácter permanente, por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos da unidade e estabelece estreita relação com técnicos de eletrocardiografia, técnicos de imagiologia, técnicos de patologia clínica e hemoterapia.

A situação de pandemia vivenciada neste período de estágio obrigou a uma reavaliação dos circuitos de doentes, pelo que determinou a existência de duas áreas distintas, a saber, área não respiratória (Sala Laranja) e área respiratória (área Médica, SO2 e Inaloterapia). Também a Unidade de Curta Duração Médica (UCDM) albergava doentes cujo resultado para a COVID-19 ainda não era conhecido, com as devidas precauções de

contato e de gotículas. A meio do decurso deste período de estágio, foi reaberto uma das áreas dedicadas exclusivamente à COVID-19. Estas reestruturações traduziram-se em alterações na sua dinâmica repercutindo-se na prestação assistencial. Em resultado disto, este tema possibilitou a momentos de reflexão e análise com os vários elementos da equipa e tutoras. Efetivamente, partilhando da opinião destes profissionais, este serviço deveria estar melhor preparado, visto já se ter experienciado o impacto desta pandemia na sua primeira fase, nomeadamente no que se refere à implementação de circuitos para estes doentes e ao distanciamento entre si, e que apontei como oportunidades de melhoria, constituindo uma preocupação não só no âmbito da segurança de todos os doentes e profissionais do serviço, como também nas implicações que daí advêm para a prestação de cuidados de qualidade.

A equipa de enfermagem é bastante alargada, constituída e liderada pelo enfermeiro chefe e 2 enfermeiros coordenadores, que representam o elo de ligação entre os elementos da equipa e aquele. Os elementos da equipa são distribuídos conforme as necessidades e competências, pelas várias valências. De salientar, que o número de profissionais de enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), na área de Enfermagem à PSC, fica aquém do recomendado pela OE, que no seu Regulamento n.º 743/2019 para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, determina que cerca de 50% destes profissionais deve ter competências específicas nesta área de especialidade.

A documentação dos cuidados de enfermagem é efetuada num aplicativo disponível, o SClínico-Módulo Urgência e CDM, que possui um sistema de alertas referentes a uma lista de tarefas por realizar ou de eventos que necessitem de intervenção, controlando os tempos de espera e permitindo a vigilância dos doentes, e com o qual tive oportunidade de trabalhar, efetuando registos.

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal procurei agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assim como, garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Nos dias de hoje, para grande parte dos doentes, o recurso ao SU é a forma mais fácil e célere de acesso aos cuidados de saúde, verificando-se cada vez mais uma maior afluência. Estes serviços atingem muito facilmente o seu limite, em termos de ocupação, e o ambiente que se pode constatar, além da existência da agitação que lhe é inerente, é a existência de espaços repletos, onde os doentes permanecem por longos períodos em macas.

Decorrente de situações concretas observadas e experienciadas, saliento as reflexões críticas, nomeadamente sobre o respeito pela intimidade/privacidade, o uso de contenção mecânica e a humanização dos cuidados, que assume ainda maior relevância nas circunstâncias atravessadas de pandemia.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, destaco a identificação de oportunidades de melhoria, salientando as estratégias sugeridas e implementadas, no âmbito da segurança dos doentes e respetivos registos de enfermagem.

Por consequência, propus-me desenvolver uma auditoria clínica, com o propósito de avaliar a adesão a diversas recomendações/normas relacionadas com a segurança do doente e com a documentação dos cuidados de enfermagem. Foram definidas 6 categorias a auditar: Avaliação inicial de enfermagem; Processo de enfermagem; Identificação do doente; Alergias, Cateter vesical e Prevenção de Quedas, dentro das quais defini os critérios a auditar. Para além de aspetos como a atualidade e a sua pertinência, a sua elaboração surgiu aliada a uma sugestão e necessidade detetada e partilhada pelo enfermeiro chefe do SU.

Os resultados desta auditoria permitiram aferir a adesão dos profissionais ao processo de enfermagem, além de perceber as necessidades reais neste contexto, no âmbito da segurança dos cuidados, e na qual com base nos dados obtidos e alicerçada em revisão de literatura atual, foi elaborado um trabalho intitulado “A segurança do doente e a documentação dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência”.

Constatou-se que os enfermeiros reconhecem a existência de lacunas de informação decorrentes da fraca adesão ao processo de enfermagem, o que constitui uma preocupação e evidencia a necessidade de sensibilização para a sua participação na documentação e visibilidade da prática, bem como na adoção de uma metodologia de trabalho para a uniformização dos registos de enfermagem. Perante este fato, este trabalho culminou com a minha participação na elaboração e realização de uma formação, em formato PowerPoint, intitulada “A tomada de decisão em enfermagem e o seu registo” destinada aos profissionais de enfermagem deste serviço, em colaboração com a minha colega de especialidade deste curso e os responsáveis pela implementação dos Sistemas de Informação em Enfermagem do serviço.

Pela recetividade e pelo momento de discussão e reflexão criado estou certa de que dei um contributo para a melhor compreensão desta problemática, no sentido de reorientar e corrigir situações que contribuam para a implementação de mudanças, mitigando a resistência destes profissionais, com vista a assegurar as melhores práticas e,

consequentemente, a satisfação dos profissionais de enfermagem, influenciando diretamente a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à prevenção e controlo de infeção, face às particularidades do SU, é um desafio constante, pelo que procurei promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção e modificação de práticas de risco, como contributo para a segurança do doente e, consequentemente, assegurar a qualidade dos cuidados.

No domínio da Gestão de Cuidados destaco a colaboração na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, adequando os recursos às suas necessidades, passando também pela colaboração nas decisões da equipa de saúde.

No que respeita ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, procurei desenvolver a capacidade de autoconhecimento e de assertividade, reconhecendo a sua importância no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, analisando e refletindo sobre a minha prática de forma a desenvolver pensamento crítico e tomar decisões fundamentadas, suportando-as na evidência científica e nas responsabilidades éticas e legais.

A minha integração na equipa multidisciplinar foi feita de forma gradual ao longo dos vários turnos, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa de forma adequada. Tive a oportunidade de planear e prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à PSC. Foi importante a minha passagem por todas áreas deste serviço, pois tornou-se uma mais-valia. Aprimorei habilidades na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, revelando progressivamente uma maior capacidade para reagir face a situações imprevistas e complexas; aprofundei conhecimentos sobre protocolos terapêuticos complexos em contexto de doença aguda e grave e procurei estabelecer uma relação terapêutica, no respeito pelas crenças e pela cultura, com a PSC, demonstrando habilidades na comunicação e na gestão da ansiedade e do medo vividos pelo doente, família/cuidador em situação crítica, denotando que, neste contexto, estes aspetos são repletos de desafios.

Como condicionantes, importa referir que a gestão da comunicação e da informação à família/cuidador, nem sempre foi fácil, pela situação de restrição de acesso aos hospitais e acompanhamento no SU.

Neste sentido, considero ter alcançado os objetivos gerais e específicos delineados, assim como a maioria das atividades planeadas para os concretizar, fundamentais para o desenvolvimento de competências nesta área de especialidade.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O desenvolvimento deste percurso profissional para a aquisição de competências especializadas, preconiza a concretização da formação em contextos de prática clínica, o que constitui uma mais-valia pela diversidade de situações e experiências clínicas que proporcionam, mas também enquanto propiciador e potenciador da aquisição de capacidades e habilidades, pelo incremento da procura de conhecimentos, mas também na promoção da reflexão sobre a prática diária numa visão real das necessidades em cuidados de enfermagem.

Os estágios são entendidos como momentos de observação e intervenção em contextos de prática clínica, com o intuito de desenvolver capacidades, atitudes e competências e criam oportunidade para a integração e mobilização de conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, pela interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

A frequência dos estágios da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” correspondeu a dois contextos da prática clínica, nomeadamente em dois serviços de cuidados intensivos distintos, localizados em hospitais também eles diferentes. Numa primeira fase, desenvolveu-se no SMI de um hospital do Grande Porto, que se articula hierarquicamente a nível superior com dois Centros Hospitalares da região. No segundo momento e último contexto de prática clínica decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, também ele, num hospital do Grande Porto.

Assim, e atendendo a que ambos os estágios se realizaram em serviços de cuidados intensivos, embora com as suas particularidades, importa referir a definição atribuída pelo MS (2013) às Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e SMI, considerando que são um “espaço onde se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível” (MS, 2013, p.61).

Neste sentido, de modo a contextualizar este relatório no seu enquadramento da prática clínica em questão e caracterizar a sua dinâmica assistencial para uma melhor

compreensão das aprendizagens e experiências vivenciadas procedi, de seguida, a uma breve descrição das características organizacionais e funcionais dos mesmos.

2.1. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI situa-se no piso -1, junto ao SU e Centro de Formação e integra o Departamento de Emergência e Medicina Intensiva, com características de uma Unidade Polivalente de nível III, estando essencialmente destinada ao tratamento de doentes do foro médico-cirúrgico em estado crítico.

Inicialmente este serviço era constituído apenas por uma Unidade mista, com 10 unidades de doentes, 5 delas distribuídas numa área comum em “open space” estando separadas por cortinas e as restantes 5, unidades individuais com paredes de vidro e que permitem instituir medidas de isolamento (de contato, gotícula e via aérea) de acordo com as suas especificidades clínicas, das quais só 2 destas unidades individuais têm antecâmara e podem gerar pressão positiva ou negativa. Atendendo às circunstâncias de pandemia sentidas, houve a necessidade de expandir esta Unidade e aumentar a sua capacidade de resposta de internamentos, resultando na criação de um novo espaço, o SMI 2, área inteiramente dedicada a doentes COVID-19. Este espaço é constituído por 11 unidades individuais, com antecâmara envidraçada e com possibilidade de gerar pressão negativa, totalizando no período de estágio, as 21 camas disponíveis no SMI.

Neste sentido, esta reestruturação do SMI, teve implicações a nível organizacional e funcional, tendo exigido o reforço de recursos materiais e humanos, nomeadamente através da alocação de profissionais de saúde com experiência neste tipo de serviços e na formação a outros profissionais capazes de assumir funções nestas Unidades.

A par desta necessidade e face a esta conjuntura motivada pela pandemia COVID-19, várias medidas de carácter extraordinário foram impostas nas unidades hospitalares do Sistema Nacional de Saúde, entre as quais destaco, pela sua relevância e impacto negativo, as restrições a acompanhantes e visitas a doentes internados. Salvaguardou-se, no entanto, excecionalmente, a presença controlada de visitas a doentes em fase terminal ou àqueles que beneficiam de um plano de cuidados que integre familiares ou os seus cuidadores.

No que respeita aos recursos humanos, assenta essencialmente em quatro categorias: equipa médica, equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais e a assistente

técnica. Este serviço é assegurado, em caráter permanente, por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais e funciona em estreita relação, nas 24 horas, com técnicos de imagiologia e técnicos de laboratório/imunohemoterapia.

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe, o enfermeiro de referência de apoio à gestão de cuidados, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os restantes enfermeiros com diferentes níveis de formação, nomeadamente enfermeiros especialistas e mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica e encontra-se subdividida em equipas de trabalho. Cada equipa é formada por 11 a 12 elementos, sendo um deles o responsável da equipa por turno. Além da enfermeira chefe, também contempla no plano diário, o enfermeiro de referência, um enfermeiro responsável de turno e também de apoio à gestão, e um enfermeiro com a especialidade em Enfermagem de Reabilitação. Habitualmente o rácio de enfermeiro/doente é de 1 a 2 doentes, e a sua distribuição procura ser o mais equilibrada possível, em função das necessidades de cuidados requeridas pelos doentes.

Quanto às áreas de apoio que são várias, mencionarei, apenas, as mais relevantes, como a existência de um posto de vigilância centralizado, com monitores de telemetria; posto de trabalho de enfermagem contemplando armários com material clínico e balcão para preparação de medicação; gabinetes médicos e de enfermagem; sala de reuniões; copas; áreas de aprovisionamento, de roupa, de equipamentos, de aparelhos e de material; zona de sujios; vestiários de pessoal com instalações sanitárias e duche; sala de espera para visitas e receção/secretaria.

O stock de material clínico e farmacêutico na generalidade é repostado pelo sistema HLS (Hospital Logistics System), permitindo uma gestão eficaz do stock qualitativamente e quantitativamente, aumentando a sua rotatividade e diminuindo custos e desperdícios, mas também, pela sua reposição adequada, reduz a probabilidade de ruturas. Quanto ao stock de estupefacientes, encontram-se guardados num cofre, e a sua gestão é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno.

A documentação dos cuidados à PSC neste serviço, é efetuada num aplicativo disponível, o SClínico, que tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDÍACOS

A UCIC situa-se no piso 6, da ala norte do hospital, encontrando-se agregada ao Serviço de Cardiologia, funcionando de forma independente deste. Contudo, esta Unidade articula-se com as várias valências do Serviço de Cardiologia, designada e maioritariamente com o Laboratório de Hemodinâmica funcionando em estreita ligação nas 24 horas, mas também, com o Laboratório de Arritmologia, Pacemaker e Eletrofisiologia, estes localizados noutra piso.

Atendendo ao nível de cuidados prestados, às técnicas utilizadas e às valências disponíveis, é classificada como uma UCI de nível I, pelo que visa a monitorização, minimamente invasiva, de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgãos, pressupondo capacidade de assegurar manobras de reanimação e a sua articulação com outras Unidades de nível superior (MS, 2013).

Pela tipologia de uma UCI monovalente, dedica-se exclusivamente à prestação de cuidados ao doente crítico do foro cardiológico, com disfunção cardiocirculatória, incluindo Síndrome Coronário Agudo (SCA), Insuficiência Cardíaca Avançada, arritmias graves com compromisso hemodinâmico e outras patologias cardíacas que necessitem de vigilância contínua da sua situação clínica, visando a deteção e atuação rápida e atempada no tratamento de alterações clínicas que coloquem o doente em risco de vida iminente.

Quanto à sua estrutura, é uma Unidade aberta, sem boxes isoladas, constituída por um espaço amplo, com uma parede a meio que divide parcialmente a Unidade. Tem a lotação de 8 unidades individuais, separadas por cortinas e equipadas com monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica. Possui um posto de vigilância centralizado e posto de trabalho de enfermagem protegido com envidraçado, possibilitando o contato visual direto com os doentes e a sua vigilância pelo acesso à monitorização contínua dos parâmetros vitais de todos os doentes da Unidade. Possui uma arrecadação com stock de material clínico e um sanitário com duche para os doentes.

É assegurada por um médico cardiologista, enfermeiros e uma assistente operacional, com carácter permanente. Está dotada de profissionais experientes e de meios avançados de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para receber doentes provenientes do SU; doentes provenientes do exterior através da Via Verde Coronária, do hospital de dia da área de cardiologia ou de outro serviço e que necessitam de vigilância contínua e tratamento do foro cardiológico.

Nestas situações e como forma de se adaptar à realidade pandémica, este serviço disponibilizou uma enfermaria com 2 unidades para alocar doentes provenientes do exterior e que pela gravidade da sua situação clínica à sua chegada não apresentam resultado do teste à Covid-19 disponível, ficando a aguardar neste espaço após intervenção no Laboratório de Hemodinâmica, com os adequados cuidados de vigilância e monitorização, até que reúna as condições para ser admitido na UCIC.

Quanto à equipa de enfermagem, é constituída pelos elementos pertencentes ao Serviço de Cardiologia, formando uma equipa única, nomeadamente, a enfermeira chefe, o enfermeiro responsável de turno da Unidade e de apoio à gestão de cuidados e com doentes atribuídos, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e os restantes enfermeiros com diferentes níveis de formação. O rácio de enfermeiro/doente, é de 3 a 4 doentes, sendo o turno da manhã o que contempla mais um elemento, sendo o enfermeiro de referência da Unidade e responsável de turno, com o MEEEMC e que habitualmente tem ao seu cuidado 2 doentes e, colabora na gestão desta Unidade.

O sistema de distribuição dos fármacos do serviço é o de unidose, sendo que algum material farmacêutico assim como o stock de material clínico é repostado pelo sistema HLS. Existe um stock de estupefacientes, guardados num cofre, e na qual a sua gestão é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno.

À semelhança do SMI, a documentação dos cuidados à PSC neste serviço, é efetuada num aplicativo disponível, o SClínico, que tem por base a CIPE®.

Da mesma forma que no contexto anterior, salienta-se, que também durante este período de estágio permaneceu em vigor o regulamento para as restrições a acompanhantes e visitas a doentes internados.

3. DOMÍNIOS DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O enfermeiro especialista é o profissional a quem se “reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

O conceito de competência em Enfermagem tem sido amplamente discutido na literatura e assume-se cada vez mais de maior relevância por questões que se prendem com a qualidade e segurança dos cuidados. Segundo Oliveira, Queirós, & Castro (2015, p. 145) a competência profissional dos enfermeiros define-se “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. É entendida como um elemento-chave na qualidade e segurança”. Benner (1984) citada pelos mesmos autores definiu competência do enfermeiro “como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real” (Oliveira, Queirós, & Castro, 2015, p.145).

Por sua vez, a OE (2019) definiu o domínio de competência como uma esfera de ação que abrange um conjunto de competências que, no que concerne ao enfermeiro especialista, se concretiza em competências comuns e competências específicas. Independentemente da área de especialidade, a OE preconiza que os enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências comuns, “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” (OE, 2019, p. 4745). Como competências específicas, acrescidas às competências comuns, a mesma entidade entende que são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p.4745).

De acordo com o plano de estudos para a obtenção do grau de mestre em enfermagem com EEMC e atendendo a que o estágio deve proporcionar oportunidades de desenvolvimento pela prática clínica na área da especialização, são preconizados objetivos

gerais de aprendizagem que o orientam e nos quais alicercei a minha prática, apresentando-os de seguida:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de EEMC;
- Saber aplicar conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Adquirir competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Cumprе salientar, que no decorrer dos estágios, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas ou intervenções sugeridas nos próprios contextos da prática, estes determinaram ligeiras alterações nos objetivos e atividades previamente estabelecidos no Projeto de Estágio.

Desta forma, neste capítulo pretendo refletir criticamente sobre o meu processo de aprendizagem enquanto futura enfermeira EEMC, na área de assistência à PSC, tendo como base a consecução dos objetivos gerais preconizados e os específicos, previamente traçados e transversais aos dois contextos de estágio, assim como as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, nos domínios do desenvolvimento de capacidades da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; da Melhoria Contínua da Qualidade; da Gestão de Cuidados e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019).

Neste sentido recorrendo aos objetivos específicos como linha orientadora de reflexão a partir dos contextos da prática desenvolvida e observada procedi, de seguida, à exposição das atividades desenvolvidas, das oportunidades de melhoria identificadas e as estratégias sugeridas e passíveis de serem adotadas, tal como das experiências mais relevantes para o meu crescimento pessoal e profissional, fundamentais no desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

3.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No exercício profissional de Enfermagem existem referenciais que são basilares no domínio ético-deontológico e que regem a profissão, como o Estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), onde no seu artigo 8.º define que os enfermeiros, no exercício das suas funções “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Este domínio prevê que o enfermeiro especialista demonstre um exercício seguro, profissional e ético, alicerçado em habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e que a sua prática assente no respeito pelos direitos humanos, através da análise e interpretação de situações específicas de cuidados especializados e gerindo as potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019).

Neste âmbito, estabeleci como objetivo específico *aprofundar conhecimentos sobre as questões ético-deontológicas mais frequentes em contexto de cuidados intensivos*.

Os cuidados de enfermagem à PSC, “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362).

Diariamente, no exercício profissional somos confrontados com dilemas éticos e que quando diz em respeito ao cuidado à PSC assume uma maior complexidade, pelo que estes contextos de estágios possibilitaram consciencializar-me e vivenciar de perto estas considerações, onde, nem sempre, as tomadas de decisão são fáceis de gerir.

Nunes (2015) num estudo realizado procurou identificar quais os principais problemas éticos apontados por enfermeiros, decorrentes da sua prática clínica em situações críticas e complexas. A autora concluiu que as principais preocupações éticas expressas diziam respeito à informação ao doente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes, pelo que as temáticas referidas maioritariamente incluíam a decisão da pessoa (consentimento ou recusa da proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não reanimar e o respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis.

No mesmo estudo, a autora salienta que a tomada de decisão perante os dilemas éticos é determinantemente influenciada pela consciência moral, tendo por base os conhecimentos, as habilidades e a experiência profissional (Nunes, 2015).

Para Vieira (2017), esta tomada de decisão requer uma “sensibilidade moral acentuada, saber ético, imaginação, experiência de vida, virtudes, informação e um profundo compromisso pessoal para fazer o que está certo” (p. 98), essenciais para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços prestados.

No decorrer destes estágios, algumas considerações, enquadradas neste domínio, determinaram reflexão e pesquisa da literatura e de alguns conteúdos lecionados durante o curso, tais como o respeito pela privacidade, o sigilo profissional, o consentimento informado e presumido, a suspensão de suporte artificial de funções vitais e a humanização dos cuidados.

No que se refere ao respeito pela intimidade/privacidade do doente, o primeiro contato com o SMI e a sua realidade envolvente, suscitou-me alguma preocupação, pela perceção de que estes aspetos estariam comprometidos, nomeadamente no SMI 1, constituído por um espaço amplo onde se encontram várias unidades individuais sequenciais que, obviamente têm a vantagem de proporcionar uma maior observação, vigilância e monitorização constantes do doente pela equipa, mas no entanto, são desfavoráveis pela sua maior exposição. Da mesma forma, na UCIC e, pela semelhança estrutural, estes aspetos foram alvo da minha atenção, procurando gerir no seio da equipa, práticas de cuidados que salvaguardassem a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa aos nossos cuidados, evitando assim, e de forma antecipatória, práticas de risco que colocassem em causa estas dimensões. Contudo, pude constatar que estas questões não são descuradas pela equipa multidisciplinar, porquanto se o espaço físico é uma condicionante, a sua preocupação em assegurar a privacidade dos doentes aquando da realização de procedimentos médicos, assim como na prestação de cuidados de enfermagem, foi notória.

Por outro lado, a mesma questão se coloca nos momentos de passagem de turno de enfermagem e médicas, quando realizada junto dos doentes e, em particular no SMI 1, comprometendo não só a privacidade, mas também os seus deveres de sigilo profissional. Porém, de um modo geral, é de realçar a intenção de garantir a segurança da informação adquirida e a sua confidencialidade enquanto profissionais de saúde.

Neste sentido, e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2015), o enfermeiro assume o dever de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a

profissão” (artigo 100.º, alínea a)), pelo que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”(artigo 99.º) e, “salvaguardando sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (artigo 107.º, alínea b)).

Também a Lei de Bases da Saúde (Base XIV) consagra o direito dos utentes a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” (alínea c), p.38) concorrendo todas estas dimensões para uma definição de cuidado centrado nas necessidades da pessoa e que seja prestado no respeito pela sua dignidade e direitos (Deodato, 2019).

Outro aspeto que pela complexidade do próprio ambiente de prática clínica, particularmente no SMI, em que alguns destes doentes estariam sedados, exigiu reflexão, foi o relativo ao consentimento informado em situações de urgência. A previsão desta exceção pressupõe a garantia de cuidados de saúde quando a pessoa não se encontra consciente, pelo que “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (Deodato, 2019, artigo 8.º, p. 211). Este benefício deve ser encarado enquanto necessidade real do cuidado e os deveres a que os profissionais de saúde estão obrigados, ponderando sempre as circunstâncias atuais e o melhor agir ético (Deodato, 2019). Nestas situações, a minha conduta manteve-se, sendo pautada por uma atuação cuidada e responsável perante a vulnerabilidade da PSC, preservando o bem-estar, o conforto e a dignidade da pessoa.

Por seu lado, na UCIC e atendendo a que o diagnóstico e tratamento da patologia cardíaca implica na maioria das vezes a realização de exames e procedimentos específicos e, numa situação concreta de uma senhora, cognitivamente íntegra, com o diagnóstico de um bloqueio aurículoventricular sintomático e que iria ser submetida a um procedimento invasivo como a implantação de um pacemaker definitivo, aquando da sua preparação para a intervenção programada, constatei que pelas dúvidas que subsistiam e a inquietavam, e que após ter sido prestado o seu consentimento, não detinha um conhecimento claro da sua situação clínica, nem do procedimento que iria a ser submetida.

Neste sentido e a fim de fazer respeitar o direito no acesso à informação, que assenta em bases sólidas, como os princípios da autonomia, dignidade e liberdade, é dever do enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”

(CDE, 2015, artigo 105.º, alínea b)), que pressupõe um consentimento livre e esclarecido, prevendo que, para além da transmissão da informação, o profissional de saúde deve garantir a sua compreensão. Perante esta constatação, depreendi que não houve essa validação, comprometendo estas duas dimensões implícitas, pelo que procurei esclarecê-la no que concerne à matéria de cuidados de enfermagem, integrando-a neste processo de tomada de decisão e, solicitando o mesmo ao médico responsável no âmbito das suas competências, de forma a promover um melhor entendimento à pessoa em causa e conseqüentemente, o seu envolvimento no seu plano terapêutico.

Outro dos dilemas éticos com que o enfermeiro se defronta mais frequentemente diz respeito à limitação terapêutica. Segundo o Código Penal Português, *cit in* Carneiro, Carneiro, & Simões (2018, p. 160) quando a “...intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar a doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental...”, não se verificarem, o suporte artificial das funções vitais não deve ser iniciado ou deve ser suspenso, sob pena de ser considerados ofensa à integridade física, pelo que manter ou prolongar tratamentos injustificados e não indicados é ética, legal e deontologicamente reprovável (Carneiro, Carneiro, & Simões, 2018).

Neste contexto, o estágio no SMI permitiu-me vivenciar de perto a suspensão destas medidas, cumprindo-se o dever de não prolongar a vida quando daí não resulte qualquer benefício. Uma destas situações, especialmente marcante, foi a de um senhor de 49 anos, mas com bastantes comorbilidades associadas, internado no SMI 2, por COVID-19, e perante a gravidade do seu quadro clínico, apesar das medidas instituídas até então, optou-se por privilegiar o conforto do doente e suspender as medidas de suporte de órgão. Esta tomada de decisão foi discutida em equipa e com a família, que por se encontrar infetada e em isolamento em casa não se pôde despedir, o que foi certamente gerador de um maior sofrimento. Esta constatação, foi o confronto com a dolorosa realidade vivida no momento por muitas famílias e enfermeiros, neste contexto de pandemia, em que são estes profissionais que acompanham a PSC nas suas últimas horas de vida, de perto, tendo pautado a minha atuação num compromisso de presença, proporcionando um ambiente calmo e na garantia de uma morte digna e, quando morte declarada, na prestação dos cuidados pós-morte.

Esta situação trouxe-me alguma inquietação e sensibilizou-me de forma particular. Os cuidados em fim de vida representam um desafio adicional nesta fase de contenção social. Toda a angústia e vulnerabilidade destes doentes e família é bem patente nos doentes

internados e, acrescida nos dias de hoje, pela situação de pandemia vivida, pelo isolamento e a sensação de abandono. A restrição de visitas torna-se ainda mais dramática em UCI, nomeadamente quando falamos em fim de vida e em situações de morte iminente.

Por outro lado, na UCIC e no que concerne à Decisão de Não Reanimar (DNR), durante o período de estágio pude verificar que os médicos desta Unidade têm dificuldades na sua tomada de decisão, como é exemplo uma situação específica, de um senhor idoso internado com doença avançada grave e em que não era expectável a melhoria do seu quadro clínico e que perante Paragem Cardio-Respiratória (PCR) foram instituídas medidas avançadas de suporte, sem sucesso. Este tema foi alvo de análise e discussão entre os pares, dado que foram instituídas medidas desproporcionadas de tratamento, como a realização de manobras fúteis, que prolongaram o sofrimento e não trouxeram ganhos em saúde, sobretudo nas circunstâncias atuais em que os recursos são escassos. Nestas situações, os tratamentos devem centrar-se no alívio do sofrimento e no proporcionar a melhoria possível da qualidade de vida.

Neste contexto, e segundo Nunes (2015) a prestação de cuidados à PSC requer uma intervenção precisa, eficiente e imediata, pautada pela consciência das suas repercussões na sobrevivência, recuperação e na qualidade de vida da pessoa.

De salientar, que por questões relacionadas com o atual momento de pandemia, tenham sido determinadas medidas de suspensão de visitas a doentes internados, mas em situações pontuais e excecionais, como a supracitada, a sua autorização pode ser concedida.

E como é nas adversidades que se pode fazer a diferença, é de realçar a sensibilidade dos profissionais do SMI para estas questões, recorrendo a medidas alternativas para minimizar o impacto que esta situação pandémica tem nos doentes e seus familiares. As alternativas usadas incluíam o contato médico diário para familiares/pessoa significativa para informação do estado de saúde e plano de tratamento, como o esclarecimento de dúvidas, a realização de videochamadas pela equipa de enfermagem, nas quais colaborei e incrementei, que possibilitam que os doentes ouçam e vejam os seus familiares, mas também que os mesmos vejam o doente, integrando-os e envolvendo-os, sempre que possível, nos cuidados à PSC, tornando-nos o seu elo de ligação.

Para isto, é preciso não só saber desempenhar bem as nossas funções e ter um conhecimento técnico profundo, mas também, ser-se humano a desempenhá-las. E neste sentido, Pott, StahlhoeferII, Felix, & Meier (2013) defendem que a humanização do cuidado representa um conjunto de iniciativas capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível

com a promoção de acolhimento e respeito ético cultural do doente, no intuito de construir uma realidade mais humana.

Neste campo, também Soares, Caetano, Andrade, & Ponte (2007) sustentam que a excelência técnica, embora necessária, isoladamente, não é suficiente para alcançar a recuperação da PSC na sua plenitude biopsicossocial, pelo que a empatia e solidariedade, a privacidade e individualidade, o respeito ao pudor das pessoas, a promoção do conforto e bem-estar físico e mental, o envolvimento dos familiares/cuidadores nos cuidados, a possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se membro participante do plano terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente hostil das UCI.

Certo é que na abordagem à PSC e num contexto de incerteza constante, como nas UCI, perante a exigência de tomada de decisões rápidas e cuidados altamente complexos e diferenciados, facilmente o alvo da atenção é a preservação da vida, priorizando os aspetos técnicos e o restabelecimento da PSC em detrimento dos aspetos relacionais e humanos.

Nesta conformidade, há princípios que enquanto profissionais de saúde nunca devemos descurar e que em tempos de pandemia é crucial reforçar, pelo que a humanização dos cuidados se deve assumir como um imperativo. O enfermeiro, enquanto elemento determinante na garantia da humanização dos cuidados a prestar, assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e, contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades” (CDE, 2015, artigo 110.º).

O desenvolvimento das atividades descritas possibilitou a consecução do objetivo enunciado, permitindo enquanto futura EEEMC, a aquisição das seguintes competências:

- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEEMC;
- Demonstra tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e responsabilidades sociais, éticas e deontológicas;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

3.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A qualidade na prestação de cuidados de saúde é uma das atuais prioridades, sendo alvo de uma atenção privilegiada por parte dos profissionais de saúde, assumindo os enfermeiros um papel fundamental pelo desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro com vista ao alcance da excelência dos cuidados.

Reveladores desta preocupação, são os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados nesta área de especialização emanados da OE e que devem servir como norteadores e referenciais na procura da excelência do exercício profissional (OE, 2017).

Também, no mesmo sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882) visa, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde. Embora a segurança e a qualidade sejam indissociáveis, assumindo aquela uma dimensão chave, o citado Plano releva a necessidade de serem garantidas todas as outras dimensões da qualidade, como a pertinência dos cuidados e a sua prestação no momento adequado; a sua segurança, aceitabilidade e acessibilidade, assim como, a garantia da continuidade dos cuidados, da sua eficiência e efetividade.

Integrado neste domínio estabeleci como objetivo específico *aprofundar conhecimentos e contribuir para a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente em contexto de cuidados intensivos.*

Neste sentido e no que concerne à prevenção e controlo de infeção procurei aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e da minha experiência profissional e aferir sobre a sua aplicabilidade na prática clínica. Por outro lado, e inserido neste domínio, desenvolvi práticas de melhoria da qualidade, nomeadamente através da identificação de oportunidades de melhoria, salientando as estratégias sugeridas e implementadas, no âmbito da segurança dos doentes e no aumento qualitativo dos cuidados prestados. Entre estas relevo, a sensibilização para a prevenção de eventos adversos relacionados com o uso de medidas de contenção mecânica e, no segundo contexto de prática clínica, a elaboração de uma lista de verificação dos procedimentos de inserção e manutenção do cateter venoso central (CVC) como recurso para alavancar a melhoria contínua das práticas, e as quais remeterei neste subcapítulo.

A Infecção Associada a Cuidados de Saúde (IACS) é a infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e, segundo estudos internacionais, cerca de um terço destas infeções são evitáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2007). Têm implicações e impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade e não só agravam os custos em saúde, como prolongam os internamentos e aumentam a morbilidade e mortalidade (DGS, 2017).

Segundo a DGS (2017) às IACS está associado o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e, por isso, assumem importância crescente à escala mundial. A mesma entidade, refere que segundo a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI apresenta risco acrescido de desenvolver IACS, o que evidencia a importância de uma intervenção especializada nestes contextos.

Tendo em conta que a PSC requer um elevado número de cuidados diferenciados, prestados de forma rotineira e, face à sua complexidade e à celeridade de intervenções exigidas, encontra-se vulnerável e por isso mais suscetível ao risco de infeções. Neste sentido, a enfermagem assume especial relevância, pelo que o EEEMC é o profissional que detém os conhecimentos e as competências necessárias para intervir na prevenção e controlo das IACS, competindo-lhe maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, conforme preconiza o Regulamento das Competências Específicas do EEEMC (OE, 2018, p.19364).

E neste campo, o estágio do SMI foi bastante enriquecedor, possibilitando a aplicação em prática dos meus conhecimentos e habilidades, e sobretudo alicerçar outros mais frágeis, de forma a alcançar a qualidade pretendida e a segurança das práticas.

Na abordagem à PSC, a minha atuação baseou-se no cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2012), das normas do serviço e pelo feixe de intervenções (*Bundles*), o qual pude seguir pelo exemplo das minhas tutoras no total rigor da sua aplicação.

Realço a implementação do feixe de intervenções para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva (PAVI), porque foi uma prática corrente no estágio neste serviço, em que é aplicado a todos os doentes com entubação endotraqueal ou traqueostomia e evidencia a preocupação exímia dos seus profissionais no cumprimento das boas práticas. Também, e não menos importante, procurei pôr em prática a implementação do feixe de intervenções associados à prevenção de infeção relacionada com o CVC, de prevenção da

infecção urinária associada ao cateter vesical e de prevenção da infecção do local cirúrgico. Neste sentido, colaborei em todas as atividades diárias, relacionadas com técnicas invasivas tendo sempre presente os princípios de controlo de infeção.

A preocupação com as questões da própria situação de contexto de pandemia veio reforçar e intensificar o cumprimento das PBCI, nomeadamente ao nível do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme recomendado pela Orientação 007/2020 da DGS, na garantia da sua adequada utilização. Contudo, em consequência das reestruturações do serviço e a alocação de novos profissionais, que não tiveram oportunidade da integração habitual, criaram algum stress na equipa. Após reflexão e discussão com uma das minhas tutoras, foi-se constatando um aumento do número de doentes com traqueobronquites, assim como um maior número de infeções associadas aos cateteres venosos centrais, no serviço. Estes indicadores podem traduzir o impacto negativo desta crise ao nível dos cuidados, que poderão estar relacionados com a inexperiência dos novos elementos, quer com o desconhecimento das normas e protocolos do serviço, quer com a ausência de auditorias periódicas aos procedimentos e que até então se faziam regularmente, resultando num decréscimo na qualidade dos cuidados prestados, não alcançando, por isso, a eficácia das práticas de prevenção pretendidas.

Na UCIC, na generalidade, os profissionais de enfermagem conhecem e implementam as diferentes normas emanadas pela DGS sobre a prevenção de IACS. Apesar disso, constatei que face à grande rotatividade de doentes verificada em alguns turnos, aliada à exigência de cuidados subjacentes e em tempo útil, alguns aspetos são descurados, nomeadamente no que se refere à manipulação de dispositivos invasivos, à higienização das mãos, assim como na supervisão da auxiliar na desinfeção das superfícies, de equipamentos e respetivas unidades. Também a inexistência de auditorias regulares aos procedimentos invasivos, que apontei como um aspeto menos positivo e que poderia ajudar a colmatar alguma destas fragilidades, com a obtenção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem que permitissem detetar as suas necessidades reais, como no delinear de estratégias de forma a direcionar as práticas para a melhoria da qualidade.

Destaco a inexistência de quartos de isolamento nesta Unidade. Contudo e como já referi, por forma a alojar doentes provenientes do exterior, nomeadamente pela Via Verde Coronária, que pela urgência que a sua situação clínica requer, à chegada não apresentam resultado do teste à COVID-19, este serviço passou a dispor de uma enfermaria com duas unidades disponíveis, como medidas para contenção de propagação do vírus.

No que respeita à higienização das mãos a medida principal é a utilização de solução antisséptica de base alcoólica (SABA), pelo que uma estratégia a adotar seria a sua distribuição em todas as unidades dos doentes, o que não se verificou na UCIC e que foi alvo de análise e de reformulação, estando assim acessível a todos os profissionais de saúde, doentes e visitas, potenciando a sua adesão e inibindo, assim, outros focos infecciosos por transmissão cruzada.

Por outro lado, a minha passagem pelo Laboratório de Hemodinâmica e o Laboratório de Arritmologia, Pacing e Eletrofisiologia permitiu reconhecer a importância do EEEMC na garantia das condições necessárias para o bom funcionamento e execução de práticas seguras aquando dos procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêutica desenvolvidos nestas valências, nomeadamente assegurar o cumprimento de técnica asséptica cirúrgica, na supervisão da desinfecção da unidade e descontaminação do material e equipamento entre doentes, assim como da triagem e recolha segura dos lixos.

Nas situações em que, por motivos excecionais, se possibilitou a presença de visitas de familiares/cuidadores, procedeu-se ao seu acolhimento e forneceu-se ensinamentos no que concerne às medidas de prevenção e controlo de infeção, mais concretamente, no que respeita à higienização das mãos e à utilização dos EPI adequados, sempre sob supervisão do enfermeiro.

Neste sentido, esta problemática deve ser encarada como um desafio constante não só para o enfermeiro, mas para toda a equipa multidisciplinar. Torna-se fundamental promover as medidas necessárias para a prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos. Estas medidas incluem a identificação das necessidades e desenvolvimento de estratégias de melhoria que contribuam para o cumprimento das regras de boas práticas, transversal a todos os contextos, como a adesão à norma de higienização das mãos, a minimização da disseminação dos microrganismos através do cumprimento das precauções de isolamento instituídas, a prevenção das infeções associadas a procedimentos invasivos e a colaboração em programas de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, visando garantir a modificação de práticas de risco, como contributo para a segurança do doente e dos profissionais e, conseqüentemente, assegurar a qualidade dos cuidados.

Assim, também no âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados e como contributo para a segurança das práticas no SMI, identificou-se como oportunidade passível de ser melhorada, o recurso a medidas de contenção mecânica, verificado em algumas

circunstâncias pontuais, nomeadamente em doentes em desmame ventilatório e com *delirium*. Procurou-se avaliar a perceção dos enfermeiros do SMI relativamente ao recurso de medidas de contenção mecânica no doente crítico, elaborando um Questionário (Apêndice I) no programa Google Forms com o propósito de ser facilmente difundido via e-mail aos profissionais de enfermagem do serviço. Para o efeito, foi pedida autorização aos superiores hierárquicos do serviço e explicado aos profissionais de enfermagem o seu escopo, tendo estes aceitado em participar de forma voluntária e esclarecida, sendo garantindo o sigilo e anonimato das informações obtidas, tendo em vista, a posterior partilha dos resultados ao serviço. Paralelamente, foi realizado um trabalho sobre a “Contenção mecânica no doente crítico” (Apêndice II), sustentada na melhor evidência científica, dando a conhecer a real dimensão deste problema alinhado com a análise dos resultados obtidos.

Este questionário teve como objetivo identificar os conhecimentos, as atitudes e a prática dos enfermeiros deste serviço sobre a contenção mecânica. A sua aplicação permitiu efetuar uma caracterização local do tema em análise, de forma a perceber a sua dimensão e refletir sobre esta problemática, com vista a assegurar as melhores práticas, sustentada na evidência científica atual e, conseqüentemente, a satisfação dos profissionais de enfermagem e do doente e família, influenciando diretamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

O questionário foi enviado para o endereço eletrónico dos profissionais de enfermagem do serviço, no período compreendido entre 12 e 18 de fevereiro de 2021. Um total de 51 enfermeiros cumpriam os critérios de inclusão definidos, e destes, 32 responderam ao questionário, constituindo a minha amostra.

O referido questionário foi constituído por grupos: o primeiro grupo destinado à caracterização da prática sobre contenção mecânica; e o segundo constituído por um conjunto de afirmações previstas na Orientação da DGS (2011), pretendendo aferir o grau de concordância dos profissionais com as mesmas; o terceiro consistiu numa questão aberta de resposta curta referente a sugestões e comentários; o quarto e último grupo destinou-se a uma breve caracterização sociodemográfica da amostra.

O interesse em abordar esta temática surgiu no decorrer do meu estágio no SMI por se tratar de uma problemática comum, decorrente da prática de cuidados de enfermagem, transversal a todos os contextos, e com impacto no conforto, autonomia e dignidade do doente, revelando-se cada vez mais de importância significativa para as instituições de saúde.

De acordo com Orientação 021/2011 da DGS a contenção mecânica caracteriza-se pela “utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente”. Embora a DGS diferencie a contenção mecânica da contenção física, a maioria da literatura internacional não faz essa distinção, identificando-a também como restrição física.

É consensual nos vários artigos consultados, que a principal razão para o recurso de medidas de contenção física está relacionada com a garantia da segurança do doente. Os motivos comumente citados para o seu uso foi o de evitar quedas e a exteriorização de dispositivos invasivos (Balci & Arslan, 2018; Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006; Kandeel, A., & Attia, 2013; Mitchell, Panchisin, & Seckel, 2018). Resultados de um estudo efetuado por Mitchell, Panchisin, & Seckel, (2018) revelaram que os enfermeiros acreditavam que as restrições impediam as auto-extubações e ajudavam a prevenir eventos adversos e as consequências associadas a eles.

Por outro lado, os estudos descritivos que exploram o uso de contenção física e dos seus resultados no que concerne aos riscos e benefícios no doente crítico, relatam taxas mais altas de eventos adversos do que benefícios. Esses eventos incluem um maior número de extubações não planeadas e reintubações frequentes; aumento de remoção acidental de dispositivos; aumento do tempo de internamento na UCI; maior uso de medicamentos, como, benzodiazepinas, opióides e antipsicóticos; aumento da incidência de *delirium*; aumento da agitação; infeções nosocomiais; aumento da incidência de úlceras de pressão; risco por danos físicos aos membros, circulação prejudicada, eritema, equimose e edema; problemas emocionais; stresse pós-traumático associado ao internamento na UCI e, casos extremos, até a morte (Balci & Arslan, 2018; Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006; Kandeel, A., & Attia, 2013; Mitchell, Panchisin, & Seckel, 2018).

Contudo e apesar da falta de evidências de que previnam danos, as restrições físicas ainda são frequentemente utilizadas em UCI (Mitchell, Panchisin, & Seckel, 2018; Kandeel, A., & Attia, 2013).

Balci & Arslan (2018), defendem que a contenção física embora possa parecer uma estratégia simples e útil, é uma prática complexa que inclui questões físicas, psicológicas, legais, éticas e morais. Diante disso, em diversos países, foram desenvolvidos estudos (Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006; Mitchell, Panchisin, & Seckel, 2018) que procuraram retratar a prática e o desenvolvimento de estratégias para minimizar a utilização de medidas de contenção em doentes em UCI, dando enfoque ao recurso a medidas alternativas e de prevenção, tal como o desenvolvimento de políticas institucionais que reduzam o seu uso.

Perante este facto, a literatura descreve algumas medidas alternativas e de prevenção a implementar, nomeadamente: proporcionar um ambiente calmo e reconfortante, reduzindo estímulos ambientais; promover a orientação frequente; manter dispositivos e equipamentos fora da vista direta do doente; organizar e envolver o doente em tarefas e atividades, como por exemplo, facultando algo para o doente segurar; envolver a família/pessoa significativa no cuidado ao doente; avaliar e aliviar a dor e a ansiedade; facultar os óculos e aparelhos auditivos, se aplicável; promover um sono de qualidade; identificar e abordar as potenciais causas de confusão; explicar todas as intervenções antes de as implementar; avaliar a real necessidade dos dispositivos a que as restrições se destinam a proteger e, remover dispositivos invasivos o mais precoce possível, tendo em conta a situação clínica do doente (Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006).

Embora haja alguma controvérsia em relação à prática de contenção física nestas Unidades, a própria DGS na sua Orientação de 2011, em consonância com a maioria da literatura revista, dá enfoque à necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos resultantes da sua prática. Enfatiza, ainda, o recurso a medidas alternativas menos restritivas e realça os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho na promoção da segurança aquando do seu uso.

Neste contexto, e numa abordagem ao CDE, o enfermeiro assumindo cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, assume o dever de, “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (CDE, 2015, artigo 97.º).

Os resultados deste questionário revelaram que a maioria dos enfermeiros recorre ao uso da contenção mecânica na sua prática clínica e que a sua documentação é descuidada. Mais de metade dos enfermeiros desconhece a orientação da DGS (2011) sobre a contenção de doentes, assim como o procedimento de atuação institucional neste domínio. Contudo, importa referir que a maioria dos enfermeiros considera que a abordagem desta temática deveria ser incluída nos temas de discussão do serviço.

Posto isto, esta intervenção culminou no planeamento de uma sessão de formação (Apêndice III) e, a sua elaboração em formato PowerPoint (Apêndice IV), destinada aos profissionais de enfermagem deste serviço, mas que pelas condicionantes atuais de pandemia, foi disponibilizada aos formadores de serviço e será apresentada posteriormente.

Considero que os objetivos a que me propus foram atingidos, dando um contributo para a melhor compreensão da temática, fornecendo feedback aos elementos do serviço no sentido de propiciar a reflexão e discussão que contribuam para a implementação de mudanças na prática, sustentadas na evidência científica atual, atenuando a resistência dos profissionais e sensibilizando-os para a temática em questão.

Ainda no que respeita à Melhoria Contínua da Qualidade e mais concretamente direcionada para a segurança das práticas e gestão do risco, identifiquei como oportunidades de melhoria a abordagem do CVC, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, por se tratar de uma problemática detetada no contexto de estágio da UCIC, decorrente da prática de cuidados de enfermagem.

Nesta Unidade, o recurso ao CVC é prática frequente, sendo a sua inserção realizada, na maioria das vezes, na unidade e por um médico experiente e a sua manipulação é comumente efetuada para monitorização hemodinâmica invasiva, como a avaliação da Pressão Venosa Central (PVC), assim como administração de fármacos vasoativos.

Verificou-se, também, que esta unidade não possuía dados relativamente à infeção associada a este dispositivo, não sendo prática regular a realização de auditorias aos procedimentos. Também foi possível aferir a existência de algumas lacunas de conhecimento relativamente à evidência mais atual no que concerne às práticas mais adequadas, nomeadamente na aplicação do feixe de intervenções, ou *bundles*, do CVC preconizado pela DGS (2015), para a sua inserção e manutenção, ressalvando que embora os profissionais desta Unidade, na sua maioria, sigam as orientações e práticas recomendadas, não as cumprem na sua totalidade.

Estas constatações permitiram identificar como oportunidade de melhoria a necessidade de obter dados sensíveis aos cuidados de enfermagem, assim como a de consciencializar a equipa para o cumprimento de todos os elementos contemplados na *bundle*, para a sua efetividade.

Por forma a garantir a sua adesão e no sentido de sistematizar e uniformizar as práticas de cuidados na inserção e manutenção do CVC elaborou-se uma proposta de intervenção (Apêndice V) que consistiu numa checklist e instrumento de vigilância das práticas, a introduzir nas rotinas diárias desta Unidade, com vista à redução das taxas de infeção associada ao uso deste dispositivo e conseqüente a garantia da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O CVC é um dispositivo intravascular, indispensável na prática diária da medicina moderna, e possibilita o tratamento adequado em doentes que necessitem de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente em emergência, UCI, pós-operatórios imediatos de cirurgias complexas ou patologias que exijam medidas terapêuticas prolongadas. A sua utilização permite a monitorização hemodinâmica invasiva, a administração de fluidoterapia, de fármacos, de hemoderivados, de nutrição parentérica, entre outros (Silva, Oliveira, & Ramos, 2009).

Apesar das vantagens indiscutíveis da sua utilização, o recurso a este dispositivo não está livre de complicações mecânicas ou infecciosas, sendo que as últimas são mais frequentes e têm maior impacto no doente. Como a principal complicação relacionada com uso do CVC destaca-se a infeção da corrente sanguínea, estando-lhe associada o aumento dos custos adicionais dos cuidados de saúde, do tempo de internamento hospitalar e nas taxas de morbilidade e mortalidade, especialmente em doentes em UCI (Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021; Nunes & Alminha, 2012; Perin, Erdmann, Higashi, & Sasso, 2016; Silva, Oliveira, & Ramos, 2009; Silva & Oliveira, 2018).

A literatura descreve como fatores de risco para a ocorrência de infeções relacionadas com o uso do CVC a duração do cateterismo, a colonização cutânea no local de introdução do cateter, o número de lumens do CVC, a sua inserção em veia femoral, a manipulação frequente do CVC, o tipo de penso utilizado, a nutrição parentérica, a experiência do profissional que realiza o procedimento e internamentos prolongados (Fortunatti, 2017; Nunes & Alminha, 2012).

Neste sentido, são relatadas diversas estratégias utilizadas para a prevenção da infeção relacionada com o CVC, pelo que as *bundles* têm sido amplamente divulgadas e recomendadas, sendo reconhecidas como uma das mais eficazes e mais usadas na sua prevenção, aliados às estratégias educacionais e de envolvimento da equipa e da instituição de saúde (Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021; Perin, Erdmann, Higashi, & Sasso, 2016; Silva & Oliveira, 2018).

A par disso e em consonância com a literatura, como indicador bem revelador de preocupação, também a DGS emitiu a Norma 022/2015, em que preconiza o “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com CVC, com o objetivo de assegurar que os doentes recebam os tratamentos e cuidados recomendados de uma forma consistente e fundamentados na evidência atual.

O “feixe de intervenções” pode ser definido como a aplicação sistemática de um conjunto de três a cinco intervenções baseadas em evidências que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem resultados positivos nos doentes, com maior impacto do que a mera adição de efeito de cada uma das intervenções individualmente, e consequentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2015; Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021). Pesquisas realizadas nesta área, demonstram a eficácia da sua implementação na inserção e manutenção do CVC na redução da incidência associada ao seu uso em até 80%, alcançando em alguns casos, taxas de 0% (Fortunatti, 2017).

De entre as medidas que compõem as *bundles* para a prevenção das infeções relacionadas com o CVC, destacam-se a adequada higienização das mãos, a utilização de clorexidina 2% em álcool para a inserção e preparação do local, a priorização da veia subclávia, o uso de barreiras estéreis máximas, a remoção imediata do CVC sem indicação clínica para o seu uso, a vigilância do local de inserção, a substituição adequada do penso e a avaliação diária da necessidade de permanência do CVC (DGS, 2015; Fortunatti, 2017; Nunes & Alminha, 2012; Perin, Erdmann, Higashi, & Sasso, 2016; Silva & Oliveira, 2018).

A par do anteriormente exposto, os vários estudos corroboram que as ações realizadas como as *bundles* de cuidados; a educação dos profissionais de saúde; a promoção de uma cultura de segurança; o controlo do cumprimento das medidas instituídas e a sua avaliação periódica; a vigilância das taxas de infeção com o feedback dos resultados aos profissionais e auditoria dos processos e resultados, aliados à implementação de estratégias adicionais como o tipo de cateter e os cuidados diferenciados, são medidas significativas para a prevenção e redução das taxas de infeções relacionadas ao CVC em UCI (Perin, Erdmann, Higashi, & Sasso, 2016; Silva & Oliveira, 2018).

Perante este facto e atendendo a que é o enfermeiro que cumpre os cuidados antes, durante e após a inserção do CVC e por isso, quem mais intervenções executa no mesmo, o rigor técnico e científico com que desempenha as suas práticas de cuidados tem repercussões na sua incidência, pelo que assume um papel preponderante no que respeita à prevenção e controlo de infeção. As suas intervenções são fulcrais no sentido de minimizar estes índices, assim como, no instituir de medidas de prevenção destes eventos, através da promoção da adoção de práticas fortemente recomendadas e baseadas nas evidências.

Neste sentido e perante a regularidade da prática, considere importante a elaboração da referida lista de verificação, ou seja, de uma checklist para a inserção e manutenção do CVC, propiciando uma observação mais criteriosa destes procedimentos e visando a

identificação de não conformidades na sua realização, no sentido de estabelecer prioridades nas atitudes a desenvolver junto dos profissionais de saúde, assim como fortalecer o seu compromisso, tornando-se uma primeira medida para a redução da infeção relacionada com estes dispositivos. Todas as medidas são necessárias para obter o sucesso, pelo que esta iniciativa reúne os recentes “Feixe de Intervenções” preconizado pela DGS (2015) sobre medidas de prevenção relacionadas com o CVC.

Contudo, como condicionante à elaboração deste trabalho impôs-se o fator tempo que impossibilitou a avaliação da sua efetividade. No entanto pela recetividade e interesse demonstrados, estou certa de que será continuado e implementado.

Considero, assim, ter atingido o objetivo a que me propus, contribuindo positivamente para a tomada de decisão dos enfermeiros com vista à segurança das práticas de cuidados, e à elevação dos níveis de qualidade desta Unidade.

Desta forma e atendendo à descrição das atividades desenvolvidas, considero que foi possível enquanto futura EEEMC a aquisição das seguintes competências:

- Demonstra conhecimentos e responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos em contexto de cuidados intensivos;
- Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialidade,
- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional e identifica oportunidades de melhoria e estratégias de resolução.

3.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

Neste domínio prevê-se que o enfermeiro especialista realize a gestão de cuidados de modo a otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às necessidades de cuidados (OE, 2019).

O objetivo específico traçado inserido neste domínio foi o de ***desenvolver conhecimentos no âmbito da gestão visando a segurança e a qualidade dos cuidados.***

No SMI, além da enfermeira chefe, existe o enfermeiro de referência, que tem como principal função a de supervisão dos cuidados, assumindo também, funções de coordenação da equipa de enfermagem e o responsável de turno, que auxilia na sua gestão.

Com o propósito de dar resposta a este objetivo, tive a oportunidade de acompanhar uma das minhas tutoras, num turno, em funções de responsável de turno, estando por isso de apoio à gestão do serviço. Foi um turno exigente, pelo facto da equipa ser composta na sua maioria por enfermeiros com pouca experiência no serviço e, pelas próprias circunstâncias do momento, implicou que o mesmo fosse passado, maioritariamente, na prestação direta de cuidados aos doentes, assegurando ao mesmo tempo o cumprimento das suas outras funções, nomeadamente, coordenar saídas de doentes para exames, gerir admissões, efetuar pedidos de medicação fora do stock farmacêutico existente, assim como o controlo de estupefacientes que também é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno.

Na UCIC, além da enfermeira chefe existe o enfermeiro responsável de turno que além das funções de gestão dos cuidados, gere os recursos materiais e tem contemplado no plano de trabalho a atribuição de doentes.

Estas experiências possibilitaram-me compreender o carácter diferenciador que os enfermeiros com estas funções possuem e os distingue dos demais; o tipo de liderança existente no serviço; o modelo de gestão dos recursos humanos através da observação dos critérios de elaboração do horário e do plano de trabalho, o qual é realizado diariamente, e que tem em atenção o grau de dependência e complexidade dos doentes; bem como a gestão dos recursos materiais e de cuidados de enfermagem.

Na UCIC, um aspeto que foi alvo de atenção foi o referente ao método de organização dos cuidados desta Unidade. Igualmente ao SMI, o método de trabalho preconizado é o individual. Contudo, na UCIC, dado a minha orientadora ser uma profissional de referência da Unidade e só fazer turnos diurnos e maioritariamente manhãs, em que consta, ao contrário dos outros turnos, um elemento a mais e por isso o rácio ser mais favorável, pude constatar que na prática, a operacionalização dos cuidados se demarca ligeiramente do previsto. De certa forma, é adotada em função da demanda e das necessidades dos doentes, o que me deixou um pouco desconfortável, dado que em termos práticos, na minha opinião, tem riscos acrescidos, pois não só fragmenta os cuidados, não permitindo uma visão holística da pessoa doente, comprometendo a continuidade dos cuidados e também em termos de segurança e qualidade das práticas, exigindo, por isso, que eu tivesse uma atenção redobrada e um maior empenho no conhecimento pleno sobre os doentes que efetivamente nos são atribuídos e sobre o quais nos compete a responsabilidade dos cuidados no seu todo.

Segundo Gelbcke, et al., (2009) *cit in* Fradique & Mendes, (2013, p.48) liderar em enfermagem é “saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento

eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência”.

Pelas experiências vivenciadas ao longo deste estágio e pelo exemplo das minhas tutoras, pude constatar que o EEEMC está diretamente envolvido na gestão, e desempenha funções de liderança, com o intuito de garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Verificando-se quer na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assegurando assistência e colaborando nas decisões da equipa de saúde, quer na otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, assumindo, também, um papel fundamental no processo de gestão da segurança e qualidade do serviço, baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível.

Atendendo a isso e em virtude da pandemia, aquelas atribuições intensificaram-se, pelo que o EEEMC assume um papel acrescido neste âmbito. Atuando na salvaguarda das condições de segurança para os doentes e os seus pares e aplicando o conhecimento que detém no que respeita à prevenção e controlo de infeção com vista à contenção do vírus; na colaboração no estabelecimento e definição de circuitos; na sinalização de doentes suspeitos e reconhecimento precoce de sinais de gravidade; na otimização do trabalho em equipa e na promoção de adaptação às mudanças decorridas no contexto de trabalho; na otimização dos recursos disponíveis de forma eficiente com vista à minimização do impacto negativo desta situação pandémica e consequente promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Posto isto, estes estágios constituíram uma oportunidade única de desenvolver competências específicas do EEEMC, nomeadamente no dinamizar “a resposta em situações de emergência e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19363).

Assim, neste domínio destaco a colaboração na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, pela colaboração nas decisões da equipa de saúde, que se foi desenvolvendo ao longo do contato a partir das experiências e de uma forma gradual.

Posto isto, as atividades desenvolvidas possibilitaram a consecução do objetivo enunciado, permitindo enquanto futura EEEMC a aquisição das seguintes competências:

- Realiza a gestão de cuidados na área da EEMC;
- Utiliza metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, promotoras da qualidade e da continuidade dos cuidados prestados.

3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio prevê-se que o enfermeiro especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento e assertividade e que alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções com conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como agente ativo no campo da investigação e facilitador nos processos de aprendizagem (OE, 2019).

De forma a validar a aquisição de competências especializadas, foram descritas as atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos específicos a que me propus, nomeadamente, *integrar a dinâmica dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos; adquirir conhecimentos e habilidades técnicas na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos e, desenvolver habilidades relacionais e de comunicação com a pessoa em situação crítica e família, em cuidados intensivos*, apresentando-as por esta ordem de referência.

Em ambos os contextos de prática clínica, os primeiros turnos foram destinados à compreensão da estrutura física e da dinâmica organizacional e funcional dos serviços. Durante este período, procurei através da minha observação e conversas informais, perceber a metodologia de trabalho das equipas e as especificidades dos serviços, no sentido de integrar da melhor forma as suas dinâmicas, desconhecidas para mim, e poder aferir se os objetivos traçados iriam de encontro às suas particularidades.

Face ao momento de pandemia vivenciado, pude constatar que houve uma reorganização estrutural destes serviços de forma a dar resposta às necessidades e especificidades dos doentes infetados com COVID-19, o que se repercutiu em alterações nas suas dinâmicas. Fruto disto e pelo seu impacto na prestação assistencial, não só pela introdução de aspetos tecnológicos como pelos desafios e inquietações geradas, possibilitou a ocorrência de momentos de reflexão e análise com as minhas tutoras e com os vários elementos da equipa e a troca de experiências e conhecimentos decorrentes da prática profissional.

De forma a promover a minha autonomia e desenvolvimento profissionais, perante a diversidade de procedimentos e técnicas altamente complexas, senti necessidade de consultar normas e procedimentos, assim como de efetuar pesquisa bibliográfica e revisão de conteúdos lecionados no curso. Procurei incorporar na minha atuação esses

conhecimentos de forma a suportar uma tomada de decisão assertiva e ir de encontro às necessidades da PSC e da sua família/pessoa significativa, visando uma prestação de cuidados responsável, segura e de qualidade.

Os primeiros turnos no SMI foram intensos, por constituir uma novidade, pela enorme carga emocional e pela constatação da presença constante da iminência entre a vida e morte, pelas características e complexidade deste contexto, por toda a sua envolvente, ventiladores, monitores, seringas perfusoras e, sobretudo, no que respeita à abordagem global à PSC ser mais abrangente, relativamente à minha experiência no estágio anterior. Todavia, e ao contrário do imaginado, constatei que nomeadamente no SMI 1, os doentes na sua maioria estariam acordados, sem suporte ventilatório invasivo e cada vez menos com indicação para sedação, o que já não foi verificado no SMI 2, Unidade destinada a doentes com COVID-19, que pela disfunção respiratória as necessidades de sedação acrescem e por períodos mais prolongados, o que alterou este paradigma.

Perante isto, e dentro dos meus conhecimentos e habilidades, procurei desde o início superar as minhas fragilidades e colaborar na prestação de cuidados com a equipa de enfermagem. Por outro lado e face às aprendizagens e experiências, vivenciadas anteriormente, o primeiro contato com a UCIC foi mais ténue, não só pela realidade encontrada, como pelas suas particularidades e nível de diferenciação que a caracteriza e justifica a inexistência de suporte ventilatório invasivo, sendo maioritariamente doentes conscientes, com dependências nos autocuidados reduzidas, mas com as angústias e receios próprios da sua condição de fragilidade cardíaca. Não obstante, e perante a sua especificidade e diversidade de técnicas e procedimentos, exigiu, da mesma forma um intenso estudo e atualização dos conhecimentos.

A minha integração nas equipas multidisciplinares com quem cooperei, foi feita de forma gradual ao longo dos vários turnos, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa de forma adequada. Constatei que os cuidados prestados são multidisciplinares e que apesar das pressões e complexidade inerentes a estes contextos, são equipas dinâmicas, dedicadas e motivadas, mobilizadas por um desmedido sentido de responsabilidade, cooperação e preocupação na atualização continuada dos conhecimentos, o que foi facilitador e impulsionador deste processo de integração. Colaborei com a equipa, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem que se me depararam, demonstrando sempre uma postura interventiva, de interesse e disponibilidade para ajudar e participar em todas as atividades de

enfermagem, tentando fazer parte da equipa em que estava inserida, por forma a consolidar conhecimentos e habilidades e adquirir competências centradas na área da especialidade.

É de salientar que todos os enfermeiros e equipa multidisciplinar se mostraram recetivos e disponíveis para me ajudar neste processo de aprendizagem, em especial, as minhas tutoras, que pela sua tolerância e pelo profissionalismo, foram um exemplo vivo deste meu percurso.

Durante os estágios, tive a oportunidade de planear e prestar cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à PSC, sendo o SMI um local enriquecedor em experiências, com profissionais altamente qualificados e treinados, dotados de uma maturidade emocional, conhecimentos teórico-práticos bastantes alargados e de habilidades comunicacionais e de tomada de decisão, aptos a responder às mais variadas situações e, portanto, um contexto favorável a este processo de aprendizagem. Foi importante a minha passagem pelas duas Unidades, podendo vivenciar os dois cenários, nomeadamente no SMI 2, perceber e acompanhar a gravidade e progressão da doença COVID-19 até à falência de resposta. Foi significativo, dado que no momento exercia funções exclusivamente numa Unidade de internamento dedicada à COVID-19, permitindo-me também, mobilizar estas aprendizagens para a minha prática clínica diária.

E neste contexto, saliento a oportunidade de colaborar na preparação da unidade para admissão de um doente e na sua receção, o qual pela sua instabilidade hemodinâmica decorrente de uma insuficiência respiratória grave, me possibilitou presenciar a instituição de medidas invasivas imediatas para a sua estabilização, nomeadamente a realização de intubação orotraqueal, a colocação de CVC, a colocação de linha arterial, assim como todos os cuidados inerentes à abordagem da PSC. Esta vivência, reafirma a importância do trabalho em equipa, face à complexidade das situações vivenciadas, de forma integrada e eficiente, fundamental para garantir o melhor cuidado ao doente, o que caracteriza a atuação dos profissionais de saúde no SMI.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem que me permitiram compreender e aprimorar conhecimentos relativamente aos procedimentos e técnicas mais comuns utilizados no SMI, dos quais evidencio, a Ventilação Mecânica incluindo a Ventilação Invasiva e Não Invasiva (VNI); a Oxigenoterapia de Alto Fluxo; Técnicas de Substituição Renal, mais concretamente a Hemodiafiltração; a abordagem nutricional; os vários tipos de monitorização invasiva e não invasiva; a familiarização com a preparação e administração de protocolos terapêuticos complexos e específicos neste contexto; a posição prona e, o

desenvolvimento de habilidades na colheita e interpretação de gasometrias arteriais, percebendo as suas repercussões hemodinâmicas no doente, nomeadamente no comprometimento das trocas gasosas, de forma a antecipar a instabilidade da PSC.

No que diz respeito à vasta área que é a Ventilação Mecânica, pela sua importância central neste contexto, foi alvo do meu interesse em particular. Consiste num método de suporte para o tratamento da insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada e, tem por objetivos, além da manutenção das trocas gasosas, aliviar o trabalho da musculatura respiratória; reverter ou evitar a fadiga muscular respiratória; diminuir o consumo de oxigénio, e desta forma reduzir o desconforto respiratório e, permitir a aplicação de terapêuticas complexas. Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida pela aplicação de pressão positiva nas vias aéreas (Carvalho, Junior, & Franca, 2007).

Dado que a grande maioria dos doentes estavam ventilados, nomeadamente na área COVID-19, procurei integrar o mecanismo de funcionamento dos parâmetros ventilatório e a sua programação e, conseqüentemente as diferentes modalidades ventilatórias, bem como dos sinais de alerta indicativos de desadaptação do doente ao ventilador. E neste sentido, a gestão da sedação é importante na adaptação à ventilação mecânica e no conforto do doente.

Em UCI, grande parte da atuação do enfermeiro centra-se no despiste precoce de alterações que possam causar instabilidade no doente, e neste sentido considero ter desenvolvido conhecimentos e habilidades, que fui aprimorando no decorrer dos dois contextos de prática clínica, tais como, no reconhecimento precoce de sinais de instabilidade hemodinâmica e falência multiorgânica, visando uma atuação rápida e antecipatória, assim como na resolução de potenciais problemas complexos da PSC. Neste sentido, de realçar a autonomia dos profissionais de enfermagem no ajuste dos ritmos de perfusões consoante os valores alvo a atingir e segundo os protocolos instituídos.

Segundo Venturi, et al., (2016), o enfermeiro assume um papel crucial na monitorização hemodinâmica, sendo por meio desta que pode aperfeiçoar a assistência prestada ao doente, pela interpretação e análise dos dados obtidos para que possa atuar com intervenções de enfermagem adequadas com o intuito de prevenir maiores complicações e possibilitando assim melhores resultados.

Outro aspeto a acrescentar, no SMI, foi a colaboração no transporte intra-hospitalar de um doente para o Bloco Operatório (BO) a fim de ser submetido a um procedimento cirúrgico, tendo sido realizado juntamente com o médico responsável pelo doente. O transporte pode-se traduzir em grande instabilidade para o doente podendo agravar o seu

estado clínico e desenvolver complicações que devem ser previstas e prevenidas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) e como tal o enfermeiro assume um papel preponderante na sua coordenação, com o nível de cuidados que este exige e assegurando a estabilização prévia do doente no intuito de minimizar os riscos associados ao mesmo. Como aspeto menos positivo, aponto o fato de ter constatado que o BO não se situa próximo deste serviço, estando localizado num piso superior.

Assisti a uma formação em serviço no SMI sobre Analgesia, Sedação e *Delirium* com estudos de caso, que possibilitou aprofundar os conhecimentos obtidos no curso e adquirir novos, dando enfoque, para a monitorização da Escala Numérica da Dor, e em doentes incapazes de auto-reportar a utilização da Behavioral Pain Scale – BPS. Também, foi abordada a monitorização do Índice Bispectral – BIS, utilizado para medir de forma objetiva o nível de consciência de um doente submetido à sedação, sendo utilizado muitas vezes como referencial; e no *delirium* a Escala de Richmond de Agitação – Sedação (RASS), e a Confusion Assessment Method in the ICU (CAM–ICU). Foi bastante gratificante e proveitoso para o decorrer do estágio, visto que a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e/ou falência orgânica foram focos da minha atenção e as suas avaliações fazem parte das atividades diárias e como tal a sua anotação, na folha de registos de enfermagem, era assegurada regularmente.

Da mesma forma, na UCIC a monitorização e gestão da dor foi alvo do meu interesse e cuidado no decorrer do estágio, não só para maximizar o conforto do doente, mas também porque, neste contexto, as suas características e evolução podem ser indicativo de agravamento clínico. Daí que a necessidade de instruir os doentes a reportar a presença de dor torácica é crucial.

Segundo Puntillo et al., (2001) *cit in* Correia & Duran (2017) nas UCI, a dor resulta da realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos e a sua desvalorização pode levar a repercussões deletérias nos doentes, como alterar a mecânica respiratória, aumentar a demanda cardíaca, causar espasmos, contração e rigidez muscular.

Igualmente a realização de um turno com a enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação do SMI se revelou bastante vantajoso, podendo constatar a forma como a equipa se articula e complementa em prol de um benefício comum, o doente. Estes profissionais são detentores de conhecimentos e habilidades que lhes permitem responder eficazmente às necessidades de reabilitação destes doentes, potenciando a sua readaptação, pelo que observei a implementação de programas de reabilitação funcional. Observei a

implementação de programas de reabilitação funcional respiratória, cinesiterapia, de reabilitação da função motora, treinos de deglutição, levante precoce e exercícios ativos e passivos e, também de desmame ventilatório. Igualmente, na UCIC, tive oportunidade de observar a implementação de programas de reabilitação cardíaca pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação do serviço.

Outra aprendizagem, foi a possibilidade de participar na consulta de follow-up, que constitui um dos momentos de acompanhamento dos doentes internados no SMI e consiste no seguimento do doente e familiar/cuidador após três meses de alta hospitalar. Foi efetuada paralelamente com o médico, sendo avaliada a família e o doente, pelo enfermeiro e médico respetivamente. Trata-se de uma consulta preferencialmente presencial, mas devido ao contexto de pandemia foi realizada por teleconsulta. O seu objetivo principal é a identificação de existência do Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) com o suporte de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, nomeadamente: escala de ansiedade e depressão; Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados - CADI; Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades - CAMI; Questionário de Saúde EQ – 5 D, que permite calcular os problemas na qualidade de vida. Esta consulta funciona em colaboração com outras especialidades, permitindo referência da família/cuidador, em caso de necessidade.

Participar nesta consulta foi uma experiência enriquecedora, contudo gostaria de ter explorado esta consulta em condições presenciais. Numa situação não pandémica, nesta consulta, caso seja incluído, é entregue um diário que é escrito pela equipa multidisciplinar e família, durante o internamento no SMI. Este diário é usado como estratégia de suporte em situações de crise. Importa referir, que neste dia os doentes selecionados foram doentes infetados com COVID-19 que não foram sujeitos a VMI nem sedados e os cuidadores não revelaram impacto significativo na sua qualidade de vida pelo que não necessitaram de referência. Este facto levou a fazer uma revisão nos critérios de inclusão atuais, o que considerei pertinente.

Segundo Rawal, Gautam, Yadav, & Kumar, (2017) o SPICI é caracterizado por um comprometimento físico, cognitivo ou do estado mental decorrentes da doença crítica e que permanecem após a alta hospitalar, podendo causar muito sofrimento e redução da qualidade de vida destes doentes e suas famílias, devendo os esforços serem direcionados para a sua

prevenção, minimizando o uso de sedação e instituindo programas de mobilização precoce durante o internamento.

Relativamente ao estágio decorrido na UCIC, a minha atuação baseou-se na prestação de cuidados a doentes que vivenciaram um evento cardíaco, tendo constatado que a patologia clínica com maior incidência nesta unidade são os Síndromes Coronárias Agudas (SCA), nomeadamente, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), caracterizado segundo a European Society Of Cardiology (2017) *cit in* Bemposta, Martins, & Silva (2018) por um processo de necrose miocárdica, podendo resultar de uma diminuição súbita ou interrupção total do aporte sanguíneo a uma determinada zona do miocárdio.

Segundo a DGS (2017) *cit in* Silva, Sá, & Leal (2019) as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, sendo responsáveis por uma mortalidade de 29,7%. Para Ibanez et al., (2017) *cit in* Silva, Sá, & Leal (2019) o EAM representa uma emergência cardiovascular com risco de vida iminente, sendo o prognóstico dependente do fator tempo, uma vez que o sucesso do tratamento depende diretamente da celeridade da sua implementação.

Atendendo a que a UCIC está em permanente articulação com o Laboratório de Hemodinâmica, Laboratório de Pacing e de Eletrofisiologia, foi-me proporcionado assistir à realização dos mais variados exames e procedimentos invasivos específicos. Assisti à realização de exames para diagnóstico de doença coronária como o Cateterismo Cardíaco, no qual por meio de cateteres flexíveis que podem ser introduzidos na artéria selecionada torna possível visualizar o estado das artérias coronárias e a sua permeabilidade, assim como avaliar as pressões nas câmaras cardíacas, possibilitando delinear a melhor estratégia terapêutica (Oliveira, et al., 2018). Também a Intervenção Coronária Percutânea (ICP), foi um procedimento observado com mais frequência, pela sua regularidade, e que visa o tratamento das estenoses ou oclusões das artérias coronárias, em que é introduzido um cateter com ponta de balão no interior de uma artéria coronária obstruída e que pode incluir a implantação de stents, de forma a obter reperfusão coronária das artérias ocluídas (Régis, Rosa, & Lunelli, 2017). Alguns destes procedimentos foram em situações não programadas, e, portanto, num contexto de urgência, pelo que constituiu uma mais-valia no âmbito da aquisição de competências especializadas, e permitiu compreender o circuito do doente desde o SU e que através da ativação da Via Verde Coronária passa pelo Laboratório de Hemodinâmica e posteriormente pela UCIC até a sua estabilização.

Neste sentido, nos doentes internados na UCIC para a realização destes procedimentos, cabe aos enfermeiros a responsabilidade de preparação do doente, bem como do seu acompanhamento, os quais colaborei em conformidade com os protocolos instituídos, tendo gradualmente adquirido habilidades que me permitiram a sua execução autonomamente.

Aquando da realização de ICP, e à chegada à UCIC, a prestação de cuidados de enfermagem envolve, fundamentalmente, a monitorização hemodinâmica imediata do doente, a realização de Eletrocardiograma de 12 derivações, a vigilância do local de punção para despiste de eventuais complicações hemorrágicas e vigilância da perfusão tecidual periférica do membro cateterizado. A via de abordagem de eleição, é a via radial por estar comprovado um menor risco de complicações associadas, como um maior conforto, assim como deambulação precoce, ao invés da via femoral e braquial.

Segundo Cordova, Santos, Toebe, Moraes, & Souza, (2018), a via radial é amplamente utilizada, pois permite realizar intervenções complexas com redução da intensidade e da duração da hemostasia, associando-lhe menores taxas de complicações vasculares e hemorragias. Outro fator importante desta abordagem, é a repercussão no conforto do doente, mais concretamente, na sua recuperação após intervenção, possibilitando deambulação precoce e menor tempo de internamento.

Nestas situações e de forma a obter a hemostase é aplicado pelo enfermeiro do Laboratório de Hemodinâmica uma pulseira de compressão radial, a TR BAND®. Este dispositivo consiste numa pulseira transparente, de uso único, que se ajusta ao pulso do doente e que pela insuflação de ar injetado no balão de compressão, entre 13 a 18ml, assegura a hemostase pretendida e adequada ao doente. Este procedimento requer uma vigilância contínua e a existência de um protocolo de remoção, para uma atuação segura e eficaz, o qual após familiarizada, no decorrer do estágio efetuei por várias vezes.

Algumas das intercorrências descritas na literatura são complicações vasculares e a possível oclusão da artéria radial. Contudo, estudos que compararam dispositivos de compressão radial, apontam que a incidência de sangramento e hematomas é maior com o uso de pensos compressivos, quando comparados às pulseiras hemostáticas, preservando a patência da artéria utilizada (Cordova, Santos, Toebe, Moraes, & Souza, 2018).

Neste contexto, também tive a possibilidade de prestar cuidados à PSC com diagnóstico de choque cardiogénico. Num caso, em particular, de uma senhora com 76 anos com antecedentes de relevo e com diagnóstico de admissão de um EAM com elevação do

segmento ST e que após Cateterismo Cardíaco detetou-se doença coronária com oclusão de uma artéria coronária que iria abordar posteriormente. Por agravamento da sua situação clínica, evoluiu para choque cardiogénico. De realçar a deteção pelos sinais de alerta evidenciados pela manifestações da doente e pelos parâmetros hemodinâmicos refletidos no monitor de instabilidade, culminou numa atuação rápida, atempada e eficaz, com a instituição de terapêutica urgente, incluindo suporte inotrópico, e o transporte imediato para o Laboratório de Hemodinâmica sendo submetida à colocação de um Balão Intra-Aórtico (BIA), que decorreu sem intercorrências.

O choque cardiogénico representa a principal causa de óbito relacionada ao EAM e com índices de mortalidade de 45% a 70%, na ausência de cuidados técnicos altamente especializados (Thomaz, Júnior, Muramoto, & Assad, 2017).

Foi uma experiência relevante, pois permitiu conhecer este dispositivo invasivo, dado a sua utilização ser reduzida, o que corrobora as evidências atuais, que não suportam o uso rotineiro do BIA. Este dispositivo de assistência circulatória pode ter efeitos benéficos em alguns parâmetros hemodinâmicos, todavia é recomendado apenas como terapia adjuvante para pacientes com complicações como ponte para cirurgia. (Thomaz, Júnior, Muramoto, & Assad, 2017).

Esta situação torna-se relevante para realçar a importância do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, não só por ser o elemento que mais tempo passa junto dos doentes, mas também porque é dotado de competências e um corpo de conhecimentos que o tornam um elemento fundamental na identificação precoce de alterações, que não se restringem apenas aos dados fornecidos pelo monitor, mas a olhar para o doente e avaliar a sua clínica, no sentido de agir atempadamente de forma a evitar complicações, reduzindo o desconforto do doente e contribuindo para um cuidado eficaz e individualizado, centrado na pessoa e na sua condição clínica.

Os enfermeiros, na sua prática diária em UCI, devem ser detentores de habilidades múltiplas que possibilitem por meio da observação das mudanças fisiológicas e comportamentais na pessoa ao seu cuidado, responder em tempo útil e de forma holística (Correia & Duran, 2017).

Também a oportunidade de assistir a procedimentos no Laboratório de Pacing e Eletrofisiologia foi enriquecedora, nomeadamente na implantação de pacemakers, de dispositivos de ressincronização cardíaca (CRT) e de acompanhar estudos eletrofisiológicos. A possibilidade de realizar cardioversões elétricas eletivas, programadas em contexto do

hospital de dia, foi também uma experiência significativa. Esta atividade foi realizada com a orientação do médico cardiologista, e permitiu-me aplicar, na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos. Uma das situações, foi numa doente com Fibrilhação Auricular, sem resposta à cardioversão química e na qual após cardioversão elétrica verificou-se no monitor a existência de ritmo sinusal, confirmando o sucesso desta intervenção. De notar, que estes procedimentos são realizados com apoio de médico anestesiológico, sendo os doentes sedados com propofol para a sua execução.

Do mesmo modo, também o desenvolvimento de habilidades de interpretação de traçados eletrocardiográficos, foi de extrema importância e constituiu um objetivo de grande interesse pessoal. Inicialmente era uma fragilidade, com o tempo fui adquirindo maior capacitação para a sua interpretação e entendimento das suas implicações no doente.

A prestação de cuidados realizados passou pela estabilização hemodinâmica da PSC, como também, e não menos importante, no estabelecimento de uma relação terapêutica, centrada nas necessidades da pessoa doente, atendendo aos seus medos e angústias, crenças e valores, desejos e estilos de vida, essenciais para atender às dificuldades vividas e, sobretudo, promover as suas capacidades e facilitar na adesão ao regime terapêutico.

Segundo Silva, Sá, & Leal, (2019), o enfermeiro especialista na área de assistência à PSC tem competências acrescidas para a promoção da continuidade dos cuidados à pessoa com EAM, garantindo uma prestação de cuidados atempada e adequada, no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e atuando como educador da pessoa e família, ajudando-as a gerir a sua condição cardíaca e a prepará-los de forma eficaz para o período de alta.

Segundo Paiva & Ferreira, (2018) a vivência de um EAM acarreta significativas alterações na qualidade de vida da pessoa, no seu autocuidado, na vida familiar, social e profissional, pelo que o cuidado não se pode restringir ao tratamento dos problemas fisiopatológicos, mas também ser direcionado para as questões psicossociais, ambientais e familiares. Os mesmos autores, acrescentam, ainda, que o enfermeiro deve estar desperto para a importância da preparação da pessoa após EAM e nos aspetos relacionados com a alta hospitalar, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida futura da PSC.

Tendo isto em consideração, pude constatar que esta preocupação foi partilhada pelos pares e que a atuação destes profissionais está altamente direcionada para a promoção da saúde e prevenção da doença à pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar este processo de transição/adaptação saúde-doença. O internamento por EAM tem um grande impacto na vida do doente e família, é sempre um momento fraturante na vida da PSC e família sendo

marcado por grande vulnerabilidade e stresse. Contudo, o envolvimento da família no plano de cuidados não foi como o desejado, devido ao momento de pandemia atravessado, mas sempre que possível e, nomeadamente, no momento de alta foi possibilitada a sua presença, promovendo a sua participação e envolvimento neste momento de crise, transmitindo a importância da adesão ao regime terapêutico, da modificação de fatores de risco e de adoção de hábitos de vida saudáveis com vista à readaptação funcional da PSC.

Quanto ao desenvolvimento de habilidades relacionais e de comunicação com a PSC e família, em UCI, estes estágios foram fundamentais. Procurei estabelecer uma relação terapêutica, no respeito pelas crenças e pela cultura, demonstrando habilidades de comunicação verbal e não-verbal e, na gestão da ansiedade e do medo vividos pelo doente, família/pessoa significativa em situação crítica, pelo que o EEEMC assume um papel determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz e na confiança.

A essência da Enfermagem é o cuidar e, por isso, é crucial que o cuidado seja eficiente e prestado de forma humanizada e na qual o estabelecimento da comunicação é fundamental para um cuidar eficaz. É certo que as rotinas diárias e a complexidade de situações que envolvem o ambiente das UCI propicia a que muitas vezes se negligencie o tocar, o conversar e ouvir a pessoa que temos à nossa frente, no entanto, o cuidar não se restringe à execução das técnicas, mas deve envolver o doente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas, salvaguardando a importância dos aspetos emocionais, psicológicos e físicos, valorizando-o em todas as dimensões (Pott, StahlhoeferII, Felix, & Meier, 2013).

Segundo os mesmos autores, a qualidade do cuidado depende da competência técnica, mas também da habilidade de interação e comunicação, pelo que esta é imprescindível no cuidado daqueles que vivenciam um processo de internamento (Pott, StahlhoeferII, Felix, & Meier, 2013).

Alguns estudos demonstram que o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente a inexistência de perceção por parte destes doentes, pelo que a diferença está na possibilidade de expressão do que é percebido. E neste sentido as técnicas de comunicação não-verbal são importantes, transmitindo mensagens sem o uso de palavras, como gestos, o toque, o silêncio, a expressão facial e a postura corporal (Pott, StahlhoeferII, Felix, & Meier, 2013).

Muitos doentes em UCI estão impossibilitados de comunicar verbalmente, como verificado no SMI, devido à ventilação mecânica invasiva e sedação. Também o *delirium*, constituiu outra condicionante neste âmbito. Estas situações tornam estes doentes mais vulneráveis durante o internamento e constituíram um desafio e uma aprendizagem. No entanto, procurei aplicar e aprimorar estas técnicas de comunicação não-verbal, como veículo de interação com a PSC, de forma a transmitir-lhe confiança, segurança e conforto.

Também aqui e como condicionantes, importa referir que a gestão da comunicação e da informação à família/pessoa significativa, nem sempre foi fácil pela situação de restrição de acesso aos hospitais e acompanhamento no SMI, o que lhes acresce ansiedade à situação de vulnerabilidade e fragilidade em que estes doentes e famílias se encontram face a este processo de transição que vivenciam. Também a utilização de EPI constitui uma barreira à comunicação, claramente comprometida, pelo que a atuação do enfermeiro é fundamental no sentido de encontrar estratégias para as contornar, minimizando o impacto que tem nos doentes e famílias e procurar soluções de forma a envolvê-los nos cuidados, por exemplo, através da realização de videochamadas, como já referi noutra subcapítulo.

Segundo Soares, Caetano, Andrade, & Ponte, (2007) o atendimento das necessidades individuais dos doentes é fortalecido pelo contato mais próximo com os seus familiares, os quais, se acredita que podem influenciar decisivamente no processo de cura e de reabilitação.

Tendo em consideração a complexidade das situações e as respostas necessárias à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, procurei mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil e de forma holística, validando assim, uma das competências específicas do EEEMC, na área de assistência à PSC, concretamente, “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19363).

Ainda no âmbito do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, torna-se oportuno enfatizar as revisões de literatura efetuadas sobre a contenção mecânica no doente crítico, assim como, da abordagem ao CVC, nomeadamente do “feixe de intervenções” de inserção e manutenção do CVC, como oportunidades de investigação relevantes e em resposta ao diagnóstico de necessidades formativas que emergiram dos contextos da prática de cuidados, visando ganhos em saúde. Procurei refletir na e sobre a prática, de forma a desenvolver pensamento crítico e tomar decisões fundamentadas na evidência científica e nas responsabilidades éticas e legais.

A realização das atividades descritas para atingir os objetivos propostos neste domínio permitiram-me desenvolver, enquanto futura EEMC, as seguintes competências:

- Compreende e integra a dinâmica organizacional e funcional do serviço de UCI;
- Analisa criticamente as adaptações destes serviços para responder às necessidades dos doentes com COVID-19;
- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Gere de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC;
- Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC;
- Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Analisa problemas de maior complexidade, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Promove de forma autónoma e contínua o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e, na gestão da relação terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de EEMC.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório Final procurou traduzir o percurso efetuado para a aquisição de competências, quer no âmbito da enfermagem especializada, quer no desenvolvimento de competências académicas, na área de assistência à PSC.

Inicialmente, a realização do projeto de estágio, planeado à priori, levantou dificuldades na sua construção e no gizar das abordagens aos temas, dado o desconhecimento dos contextos de estágio e também, pela incerteza das transformações que esta pandemia repercutiu nas próprias dinâmicas e, consequentemente, na prestação assistencial. Contudo, revelou-se fundamental na medida em que permitiu orientar e organizar o percurso a desenvolver.

A efetivação da formação em contexto de prática clínica foi fundamental, na medida em que me proporcionou momentos e oportunidades de aprendizagem enriquecedoras e diversificadas, não só pelas particularidades de cada contexto, mas sobretudo pelo rigor dos cuidados prestados à PSC, tendo sido um contributo imprescindível na aquisição de competências nesta área de especialidade. Traduziu-se em novos conhecimentos e mais específicos saberes e experiências que permitiram extrapolar para o meu contexto profissional, revelando-se uma mais-valia.

O fato de representarem contextos desconhecidos e totalmente diferentes da minha realidade profissional quotidiana, quer pela sua dinâmica, imprevisibilidade e complexidade de situações que lhe são inerentes, quer pelas adaptações exigidas, impôs-se como um grande desafio e, que apesar das dificuldades sentidas, fui capaz de desenvolver estratégias de adaptação que foram gradualmente ultrapassadas.

A todo este processo de aprendizagem, a pandemia veio intensificar ainda mais as dificuldades. Inimaginavelmente, este percurso foi acompanhado pelo impacto da pandemia o que exigiu um esforço adicional, que nem sempre foi fácil, pela instabilidade do meu quotidiano profissional gerada e que ainda se mantém, pela necessidade constante de assegurar turnos e acréscimo de horas de trabalho a acumular e conciliar com os horários de estágio e de estudo autónomo, tudo isto, aliado à vida pessoal. Contudo, consegui contornar

e ultrapassar as dificuldades, encarando-as como um momento único de aprendizagem e crescimento e tornando a minha visão muito mais abrangente e integrada.

Pela descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas para a consecução dos objetivos estabelecidos considero ter dado visibilidade à aquisição de competências na área da Especialidade de Enfermagem à PSC, direcionadas para o alcance do previsto nos Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, tal como das Competências Específicas do EEEMC.

Nesta caminhada para a minha nova identidade profissional procurei alcançar essas competências, que considero serem fundamentais para a excelência dos cuidados prestados. Este Curso de Mestrado com Especialização integrada é crucial, contribuindo tanto para a melhoria do meu desempenho profissional que, obviamente se repercute nos cuidados prestados, dado o grau de capacitação técnica, científica e humana que adquiero, como com o incremento da satisfação pessoal, que se traduz, igualmente, num melhor e mais qualificado exercício profissional.

Destaco a identificação de oportunidades de melhoria nos contextos de prática clínica e a implementação de estratégias de solução, embasadas na evidência científica atual, como um contributo importante para os contextos, assegurando de forma positiva, um aumento qualitativo dos níveis dos serviços.

No SMI, a realização de uma revisão da literatura sobre a “Contenção mecânica no doente crítico” e a elaboração de um questionário enviado à equipa de enfermagem com o intuito de fazer uma caracterização local do tema e de identificar oportunidades de melhoria. Esta intervenção culminou na elaboração de uma formação em formato PowerPoint sobre a temática, mas que pelas condicionantes atuais, não foi efetivada, tendo sido disponibilizada, para divulgação do conhecimento à equipa.

Na UCIC, no sentido de sistematizar e uniformizar as práticas de cuidados na inserção e manutenção do CVC foi elaborado uma lista de verificação do seu cumprimento, com o intuito de introduzir este instrumento de vigilância das práticas nas atividades diárias desta Unidade, com vista à redução das taxas de infeção associada ao uso deste dispositivo e conseqüente a garantia da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A atualização e divulgação do conhecimento é essencial ao exercício da profissão de enfermagem, contribuindo para o seu reconhecimento social e para, de forma eficaz, identificar oportunidades de melhoria e implementar estratégias de solução inerentes ao

cuidados prestados, à análise crítica sobre a prática profissional e no agir com segurança para a tomada de decisão autónoma e responsável.

Como perspectivas futuras, esta caminhada desafiou-me a estabelecer algumas metas, que passam não só pelo aproveitamento da revisão bibliográfica efetuada no âmbito da contenção mecânica, como para a realização de um artigo científico, assim como repensar o meu posicionamento futuro, em termos profissionais, direcionando-o para serviços mais consentâneos com os saberes e competências, entretanto, adquiridas.

Termino mais uma etapa do meu percurso académico, avaliando-o positivamente e com a certeza de que cada um de nós é responsável pelo seu crescimento pessoal e profissional, e que o seu contributo possibilitar-me-á não só primar pela diferença, como prestar mais e melhores cuidados especializados e diferenciados, como compromisso para a garantia da excelência do cuidar.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). *Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências*. Texto e Contexto Enfermagem, pp. 373-82. Obtido de www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.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), pp. 75-81.

Bemposta, M. C., Martins, M. D., & Silva, N. A. (OUT./NOV./DEZ. de 2018). *Identificação da hora de início da sintomatologia de Enfarte Agudo do Miocárdio*. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 19 , pp. 61-70. :Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18038>.

Carneiro, A. H., Carneiro, R., & Simões, C. (2018). *Termos e conceitos na Relação Clínica*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 25, N.º 3, pp. 157-164.

Carvalho, C. R., Junior, C. T., & Franca, S. A. (2007). *Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias*. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, 33 (Supl 2):S, pp. 54-70.

Cordova, E. S., Santos, L. R., Toebe, D., Moraes, M. A., & Souza, E. N. (2018). *Incidência de complicações hemorrágicas com o uso de pulseira de compressão radial: estudo de coorte*. Rev Esc Enferm USP, 2:e03410, pp. 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017041003410>.

Correia, M., & Duran, E. (2017). *Definição conceitual e operacional dos componentes do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 25:e2973. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.2330.2973.

Delgado, S. A. (2020). *Physical restraints: Protecting patients or devices?* American Journal of critical care, 29, N.º 2.

- Deodato, S. (2019). *Direito da Saúde*. S. A Edições Almedina, 2.^a Edição.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde pp. 1-19
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. (Norma n.º 021/2011).
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. (Norma n.º 029/2012).
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. (Norma n.º 022/2015).
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*.pp.1-22.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-Cov-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. (Norma n.º 007/2020).
- Despacho n.º 10319/2014. (2014) Ministério da Saúde. Diário da República. 2.^a série, N.º 153, pp. 20673-20678. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*.Ministério da Saúde. Diário da República: II Série, N.º 28, p.3882.
- Farias, M. S., Brito, L. L., Santos, A. d., Guedes, M. V., Silva, L. d., & Chaves, E. M. (2019). *Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros*. REME - Rev Min Enf., 23:e-1207, pp. 1-5. doi:10.5935/1415-2762.20190055.
- Fortunatti, C. F. (2017). *Impacto de dois bundles na infecção relacionada a cateter central em pacientes críticos*. Revista Latino-Americana de Enfermagem , 25:e2951, pp. 1-7.
- Fradique, M. d., & Mendes, L. (2013). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 10, pp. 45-53. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>.

Gupta, P., Thomas, M., Patel, A., George, R., Mathews, L., Alex, S., Hassan, M. E. (2021). *Bundle approach used to achieve zero central line-associated infections in an adult coronary intensive care unit*. *BMJ Open Quality*, 10:e001200, pp. 1-7.

Hurlock-Chorostecki, C., & Kielb, C. (2006). *Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care*. Canadian Association of Critical Care Nurses.

Kandeel, A.,N., & Attia, A. K. (2013). *Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt*. *Nursing and Health Sciences*, 15, pp. 79-85.

Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final*.

Mitchell, D. A., Panchisin, T., & Seckel, M. A. (2018). *Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project*. *American Association of Critical - care Nurses*, 38, N.º 4.

Nunes, L. (2015). *Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica*. *Rev bioét.* 23 (1):, pp. 187-99. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Nunes, P. C., & Alminha, S. M. (2012). *Cateter Venoso Central: Que práticas na procura da excelência*. Artigo de Investigação. *ONCO. NEWS*, N.º 20, pp. 11-19.

Oliveira, A. A., Viana, C. P., Silva, É. P., Maia, J. S., Pereira, M. J., Venturi, V., & Maia, L. F. (2018). *O Cateterismo Cardíaco e a Enfermagem: A importância dos Diagnósticos de Enfermagem para uma assistência de qualidade*. São Paulo: *Revista Recien.* , pp. 8(23):21-27.

Oliveira, L. M., Queirós, P. J., & Castro, F. V. (2015). *A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em Hospitais Portugueses*. *International Journal of developmental and educational psychology*. *INFAD Revista de Psicologia*, Vol.1 ISSN: 0214-9877(N.º 2), pp. 143-158.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Diário da República, N.º135, pp. 19359-19364.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, N.º 26, pp. 4774-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019. *Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. p. 144.

Paiva, S., & Ferreira, P. (2018). *Transição saúde-doença na pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Estudo Qualitativo*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde 1 (1), pp. 57-66.

Perin, D. C., Erdmann, A. L., Higashi, G. D., & Sasso, G. T. (2016). *Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24:e2787, pp. 1-10.

Portugal (2015). *Lei n.º 156/2015*. Diário da República, 1.ª série, n.º 181. Obtido de: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Pott, F. S., StahlhoeferII, T., Felix, J. V., & Meier, M. J. (2013). *Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico*. Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, 66(2):, pp. 174-179.

Rawal, Gautam, Yadav, S., & Kumar, R. (2017). *Post-intensive care syndrome: An overview*. Journal of Translational Internal Medicine, VOL 5 | ISSUE 2, pp. 90-92.

Régis, A. P., Rosa, G. C., & Lunelli, T. (2017). *Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Cardíaco e Angioplastia Coronariana: Desenvolvimento de um instrumento*. São Paulo: Revista Recien. 2017; 7(21):3-20, pp. 7(21):3-20.

Silva, A. G., & Oliveira, A. C. (2018). *Impacto da implementação dos Bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: Uma Revisão Integrativa*. Texto Contexto Enfermagem, 27(1):e3540016, pp. 1-13.

Silva, A. J., Oliveira, F. M., & Ramos, M. E. (2009). *Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura*. Revista Referência, II Série, n.º 11, pp. 125-134.

Silva, C. I., Sá, F. L., & Leal, M. T. (2019). *Continuidade de cuidados à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio: Revisão Integrativa da Literatura*. Pensar Enfermagem, N.º 1, pp. 59-71.

Soares, E., Caetano, J. Á., Andrade, L. M., & Ponte, R. M. (2007). *Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: Um estudo reflexivo*. Revista de Enfermagem, 11 (2);, pp. 325-330.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) Ordem dos Médicos. *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. pp. 1- 45.

Thomaz, P. G., Júnior, L. A., Muramoto, G., & Assad, R. S. (2017). *Balão intra-aórtico no choque cardiogênico: o estado da arte*. Rev. Col. Bras. Cir., 44(1), pp. 102-106. doi:DOI: 10.1590/0100-69912017001006

Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F., Basílio, M. J., Oiveira, A. A., Sobrinho, J. C., & Melo, R. d. (2016). *O papel do enfermeiro no manejo na monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva*. São Paulo: Revista Recien, 6(17), pp. 19-23.

Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 97897225405659

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário: A contenção mecânica no doente crítico

A contenção mecânica no doente crítico

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, desenvolvido no Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, surge a elaboração deste questionário.

Com o intuito de avaliar a perceção dos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) relativamente ao uso da contenção mecânica no doente crítico, solicito a vossa colaboração no seu preenchimento, garantindo o sigilo e o anonimato das informações obtidas, que se destinarão a uma caracterização local do tema em análise.

De acordo com a Orientação 021/2011 da Direção-Geral da Saúde a contenção mecânica caracteriza-se pela utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Solicito o preenchimento do questionário até ao dia 18/02/2021.

Obrigada!

* Required

1. **Recorre à contenção mecânica na sua prática clínica diária? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

2. **O uso da contenção mecânica constitui uma preocupação na sua prática clínica? ***

*

Mark only one oval.

Sim

Não

3. **Recorre ao uso de contenção mecânica, por: ***

Check all that apply.

Risco de exteriorização de dispositivos invasivos

Risco de queda

Delirium, agitação e confusão

Perigo de agressão para si ou para os outros

Resistência aos cuidados

Rácio enfermeiro/doente insuficiente

Na minha prática não recorro ao uso de contenção mecânica

4. **Quando recorre ao uso da contenção mecânica, com que frequência revê a necessidade da sua aplicação/manutenção? ***

Mark only one oval.

- A cada 1 hora
- A cada 2 horas
- A cada 4 horas
- A cada 8 horas
- Uma vez por turno
- Não revejo a necessidade da sua aplicação/manutenção
- Na minha prática não recorro ao uso de contenção mecânica

5. **Alguma vez, associado à utilização de contenção mecânica, identificou a ocorrência de alguma lesão ou intercorrência no doente? ***

Mark only one oval.

- Sim
- Não

6. **Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique por favor o tipo de lesão e/ou intercorrência que identificou:**

Check all that apply.

- Solução de descontinuidade cutânea
- Edema
- Equimose
- Incompreensão do doente
- Incompreensão dos familiares
- Outras

7. **Relativamente às seguintes afirmações indique o seu grau de concordância de acordo com a realidade do seu serviço: ***

Check all that

	Discordo	Não tenho opinião	Concordo
O recurso a medidas de contenção tem apenas lugar após uma avaliação do risco clínico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A contenção mecânica é uma prática frequentemente usada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A contenção mecânica é um procedimento limitado no tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A contenção mecânica é alvo de frequente reavaliação da sua necessidade pela equipa multidisciplinar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O doente é informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A família ou a pessoa significativa do doente é informada da adoção das medidas de contenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A contenção mecânica pode conduzir à ocorrência de eventos adversos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É registado no processo clínico do doente os motivos e as particularidades do uso da contenção mecânica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São esgotadas outras alternativas, antes da utilização da contenção mecânica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A abordagem desta temática deveria ser incluída nos temas de discussão do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É possível minimizar o uso da contenção mecânica no meu serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Conhece as orientações nacionais que regulam a atuação dos profissionais de saúde no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

9. **Sugestões ou comentários:**

10. **Idade:**

11. **Anos de experiência profissional:**

12. **Anos de experiência no serviço:**

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

APÊNDICE II - A contenção mecânica no doente crítico



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

A contenção mecânica no doente crítico

Estudante: Joana Gomes Rafael Gonçalves | 396419009
Sob Orientação de: Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Estágio Final e Relatório

Porto, fevereiro de 2021

Siglas

DGS - Direção-Geral da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros;

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

0 – Introdução	95
1 – Enquadramento teórico	97
2 – Apresentação dos resultados.....	103
3 – Discussão dos resultados	109
4 – Conclusão	113
5 – Referências Bibliográficas	115

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição do número de respostas quanto ao recurso da contenção mecânica na prática clínica diária.....104

Gráfico 2 - Distribuição do número de respostas quanto à identificação da ocorrência de lesões ou intercorrência no doente associadas à utilização da contenção mecânica.....105

Gráfico 3 - Distribuição do número de respostas quanto ao conhecimento pelos profissionais das orientações nacionais que regulam a atuação no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente.....107

Índice de tabelas

Tabela 1- Nível de concordância dos enfermeiros com factos/afirmações relacionadas com a contenção de acordo com a realidade do serviço.....	106
---	------------

0 – Introdução

Atualmente, existe evidência de que o recurso à contenção é umas das práticas mais frequentemente usadas a nível internacional na prestação de cuidados a doentes com comportamentos de risco em relação a si próprios ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática, a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados ao recurso de medidas de contenção, assim como, os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho na promoção da segurança aquando do seu uso, assumem relevância (DGS, 2011).

O interesse em abordar esta temática surgiu no decorrer do meu estágio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) por se tratar de uma problemática comum, decorrente da prática de cuidados de enfermagem, transversal a todos os contextos, e com impacto no conforto, autonomia e dignidade do doente, revelando-se cada vez mais de importância significativa para as instituições de saúde.

Assim, com o intuito de identificar oportunidades de melhoria, procurei avaliar a perceção dos enfermeiros do SMI relativamente ao recurso de medidas de contenção mecânica no doente crítico, elaborando um questionário no programa Google Forms com o propósito de ser facilmente difundido via e-mail aos profissionais de enfermagem do serviço. Para o efeito, foi pedida autorização aos superiores hierárquicos do serviço e explicado aos profissionais de enfermagem a sua intenção, tendo estes aceitado em participar de forma voluntária e esclarecida, sendo garantindo o sigilo e anonimato das informações obtidas, tendo em vista a sua partilha com o serviço.

Este questionário tinha como objetivo identificar os conhecimentos, as atitudes e a prática dos enfermeiros deste serviço sobre a contenção mecânica. A sua aplicação permitiu efetuar uma caracterização local do tema em análise, de forma a perceber a sua dimensão e refletir sobre esta problemática, com vista a assegurar as melhores práticas, sustentada na evidência científica atual e, conseqüentemente, a satisfação dos profissionais de enfermagem e do doente, influenciando diretamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Inicialmente apresento o enquadramento teórico da temática em questão, referenciado de acordo com a norma ISO 690. Seguidamente, exponho os resultados obtidos no questionário. Por fim, surge a sua discussão, e a conclusão do trabalho desenvolvido.

1 – Enquadramento teórico

Durante a prestação de cuidados ao doente hospitalizado, recorreremos por vezes, ao uso de medidas de contenção para assegurar a continuidade de cuidados de saúde e prevenir complicações pela exposição a situações de risco, visando a garantia da segurança.

De acordo com Orientação 021/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS) a contenção mecânica caracteriza-se pela “utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente” (DGS, 2011). Embora a DGS diferencie a contenção mecânica da contenção física, a maioria da literatura internacional não faz essa distinção, identificando-a também como restrição física.

Assim, a restrição física é definida como a utilização de qualquer método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento que imobiliza ou reduz a capacidade de mobilização voluntária de todo o corpo, ou de parte dele (Faria, et al., 2012; Hurlock-Chorostecki, et al., 2006; Kandeel, et al., 2013; Society of Medicine Critical Care, 2018). Estando relacionada mais precisamente, com as restrições associadas ao tornozelo, punho, com imobilizadores de punho/tornozelos; das mãos com luvas; ou a nível do tronco, com colete de imobilização, faixa ou cintas (Faria, et al., 2012; Kandeel, et al., 2013; Society of Medicine Critical Care, 2018).

Pela pesquisa da literatura efetuada em bases de dados científicas, constata-se que em Portugal, os estudos sobre a contenção em doentes hospitalizados são escassos, remetendo para o pouco conhecimento sobre a realidade portuguesa atual (Faria, et al., 2012; Rodrigues, et al., 2020). Esta situação contrasta com as consistentes investigações realizadas neste domínio a nível internacional, o que valida e evidencia a pertinência desta temática no âmbito dos cuidados de saúde e reforça a necessidade de investimento nesta área a nível nacional.

No que concerne aos dados de prevalência, o recurso à restrição física varia muito, de 0% em alguns países europeus, a mais de 75% na América do Norte (Society of Medicine

Critical Care, 2018). Huizing et al. relataram que 85% dos pacientes foram expostos à prática de contenção física e, num outro estudo de Luk et al., a prática de contenção física foi relatada como sendo 16 vezes mais realizada quando nenhum antipsicótico foi usado.

Na Coreia do Sul, 23 de 51 pacientes internados em UCI por seis semanas, foram expostos à prática de contenção física e, noutro estudo realizado no Canadá que investigou os resultados do uso de contenção física em 51 UCI entre 2008 e 2009, esta prática foi relatada ser usada pelo menos uma vez por dia (Balci et al., 2018).

É consensual nos vários artigos consultados, que a principal razão para o recurso de medidas de contenção física está relacionada com a garantia da segurança do doente. Os motivos comumente citados para o seu uso foi o de evitar quedas e a exteriorização de dispositivos invasivos (Balci, et al., 2018; Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki, et al., 2006; Kandeel, et al., 2013; Mitchell, et al., 2018; Society of Medicine Critical Care, 2018). Resultados do estudo efetuado por Mitchell, et al (2018) revelaram que os enfermeiros acreditavam que as restrições impediam as auto-extubações e ajudavam a prevenir eventos adversos e as consequências associadas a eles.

Em concordância, também outros estudos, revelaram que os profissionais de saúde justificavam o uso de restrições físicas na UCI por outros motivos, nomeadamente, o de prevenir o deslocamento do tubo endotraqueal, controlar o comportamento do doente, perigo de agressão para si ou para os outros, *delirium* e confusão e assegurar a continuidade dos cuidados (Balci, et al., 2018; Mitchell, et al., 2018; Society of Medicine Critical Care, 2018). As razões menos citadas, incluíam: preservar a postura/posicionamento do doente, rácios insuficientes ou falta de supervisão durante a substituição de intervalos e, conformidade com o paciente, membro da família ou outras sugestões da equipa médica (Society of Medicine Critical Care, 2018). Importa referir, que as restrições de pulso, foram as mais frequentemente usadas (Hurlock-Chorostecki, et al., 2006).

Por outro lado, os estudos descritivos que exploram o uso de contenção física e dos seus resultados no que concerne aos riscos e benefícios no doente crítico, relatam taxas mais altas de eventos adversos do que benefícios. Esses eventos incluem um maior número de extubações não planeadas e reintubações frequentes; aumento de remoção acidental de dispositivos; aumento do tempo de internamento na UCI; maior uso de medicamentos, como,

benzodiazepinas, opióides e antipsicóticos; aumento da incidência de *delirium*; aumento da agitação; infeções nosocomiais; aumento da incidência de úlceras de pressão; risco por danos físicos aos membros, circulação prejudicada, eritema, equimose e edema; problemas emocionais; stresse pós-traumático associado ao internamento na UCI e, em casos extremos, até a morte (Balci, et al., 2018; Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki, et al., 2006; Kandeel, et al., 2013; Mitchell, et al., 2018; Society of Medicine Critical Care, 2018).

Também as perceções dos doentes ao serem restringidos fisicamente durante a permanência na UCI são referência na literatura, variando, mas provocando frequentemente, fortes respostas emocionais que persistem após o período de internamento. Dada a sua prevalência, e considerando as consequências não intencionais e a perceção dos doentes sobre o uso de contenção física, os profissionais de saúde devem pesar de perto os riscos e os benefícios dessa prática, antes de iniciar ou manter o uso de contenção física (Society of Medicine Critical Care, 2018).

Contudo e apesar da falta de evidências de que previnam danos, as restrições físicas ainda são frequentemente utilizadas em UCI (Mitchell, et al., 2018; Kandeel, et al., 2013).

A contenção física embora possa parecer uma estratégia simples e útil, é uma prática complexa que inclui questões físicas, psicológicas, legais, éticas e morais (Balci & Arslan, 2018). Diante disso, em diversos países, foram desenvolvidos estudos (Hurlock-Chorostecki, et al., 2006; Mitchell, et al., 2018) que procuraram retratar a prática e o desenvolvimento de estratégias para minimizar a utilização de medidas de contenção em doentes em UCI, dando enfoque para o recurso a medidas alternativas e de prevenção, tal como o desenvolvimento de políticas institucionais que reduzam o seu uso.

Perante este facto, a literatura descreve algumas medidas alternativas e de prevenção a implementar, nomeadamente: proporcionar um ambiente calmo e reconfortante, reduzindo estímulos ambientais; promover a orientação frequente; manter dispositivos e equipamentos fora da vista direta do doente; organizar e envolver o doente em tarefas/atividades, como por exemplo, facultando algo para o doente segurar; envolver a família/pessoa significativa no cuidado ao doente; avaliar e aliviar a dor e a ansiedade; facultar os óculos e aparelhos auditivos, se aplicável; promover um sono de qualidade; identificar e abordar as potenciais causas de confusão; explicar todas as intervenções antes de as implementar; avaliar a real

necessidade dos dispositivos a que as restrições se destinam a proteger e, remover dispositivos invasivos o mais precoce possível, tendo em conta a situação clínica do doente (Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki, et al., 2006).

Neste sentido, em Portugal, a Direção-Geral da Saúde na Orientação emanada salvaguarda que a utilização de medidas de contenção deverá decorrer com vista à segurança do doente e, depois de esgotadas as medidas alternativas, assim como, o impacto que esta medida tem na “liberdade, autodeterminação e dignidade do doente”. Salvaguarda, também, “*que o princípio que deve prevalecer é o de cuidar do doente com a menor restrição possível*”. Prevê, ainda, que nas instituições onde se prestam cuidados de saúde, os doentes são elegíveis para a aplicação 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 e, recusem tratamento vital, urgente*” (DGS D. G., 2011).

A tomada de decisão de proceder a uma contenção física é quase sempre do enfermeiro, o que é compreensível, pela posição privilegiada que ocupam, pelo contato contínuo e mais próximo aos doentes. Nesta perspetiva, os enfermeiros assumem um papel preponderante no que respeita à avaliação adequada de cada situação e na tomada de decisão sobre a necessidade de implementar medidas de contenção. Assim, o papel dos enfermeiros é crucial na deteção precoce de problemas potenciais e na resolução ou minimização dos problemas identificados, garantindo a segurança dos doentes.

Neste contexto, e numa abordagem ao Código Deontológico, o enfermeiro assumindo cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, assume o dever de, “*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, exercendo a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*” (OE, 2015).

A DGS na sua Orientação de 2011 reconhece o poder de decisão do enfermeiro no momento de proceder à contenção, recomendando, contudo, que seja comunicada à equipa de saúde, assegurando a sua prescrição e reavaliação. A mesma entidade, alinhada com a literatura, determina que o doente e a família/pessoa significativa, devem ser informados e

tranquilizados quanto à adoção das medidas de contenção e indica que todos os profissionais recebam com periodicidade formação sobre “*técnicas preventivas à contenção; técnicas de contenção; aplicação correta dos instrumentos de contenção e, como cuidar do doente que necessite de contenção*” (DGS D. G., 2011).

Num dos estudos, foi relatado que os enfermeiros não realizavam a prática de contenção física em UCI de maneira adequada, não fazendo uso das informações e evidências científicas suficientes na realização da prática baseando-se sobretudo, na sua experiência profissional e intuição (Balci & Arslan, 2018).

Por outro lado, no que concerne aos critérios de monitorização e reavaliação das necessidades de medidas de contenção, não existe consenso quanto à sua frequência, contudo é inequívoco nos vários estudos, a sua imprescindibilidade. De acordo com as recomendações do American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002, o uso de restrição física deverá ter um período limitado de 24 horas e reavaliada a necessidade da sua aplicação/manutenção de 8/8 horas. Para Agens (2010) a sua implementação, deve ser documentada, quanto ao início, razão e duração da restrição física e deve ser alvo de reavaliações frequentes (Kandeel, et al., 2013).

Neste sentido, a Orientação da DGS (2011) prevê que as situações em que houve recurso a medidas de contenção devem ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde, procedendo à vigilância do doente sujeito a estas medidas com a frequência que o seu estado ditar. Determina, também, da necessidade de assegurar que no processo clínico eletrónico do doente esteja a sua documentação.

Por último, importa referir, que durante a pesquisa, constatei a existência de um protocolo institucional sobre a contenção de doentes de forma a uniformizar a atuação dos profissionais de saúde e com o intuito de diminuir o seu uso e incidência de lesões associadas, em conformidade com a Orientação emitida pela DGS, em que “*cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna, enquadrada na mesma, sobre a aplicação de medidas de contenção, tendo em conta as especificidades dos cuidados que presta*” (DGS, 2011).

2 – Apresentação dos resultados

De forma avaliar a percepção dos enfermeiros do SMI relativamente ao recurso de medidas de contenção mecânica no doente crítico, elaborei um questionário no programa Google Forms.

Este questionário foi aplicado aos profissionais de enfermagem do serviço. Como critério de exclusão definiu-se que não fariam parte da amostra os enfermeiros que não exercessem funções exclusivamente no SMI, ou seja, optou-se por excluir os que estariam por tempo limitado, devido ao plano de contingência em vigor.

O questionário foi enviado via e-mail aos profissionais de enfermagem do serviço, no período compreendido entre 12 e 18 de Fevereiro. Um total de 51 enfermeiros cumpriam os critérios de inclusão definidos, e destes, 32 responderam ao questionário, constituindo a minha amostra.

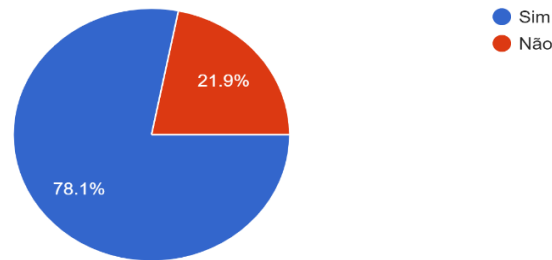
O referido questionário é constituído por grupos: o primeiro grupo destinado à caracterização da prática sobre contenção mecânica; o segundo grupo é constituído por um conjunto de afirmações previstas na Orientação da DGS (2011), que pretende aferir o grau de concordância dos profissionais com as mesmas; o terceiro consiste numa questão aberta de resposta curta referente a sugestões e comentários; o quarto e último grupo destina-se a uma breve caracterização sociodemográfica da amostra.

De seguida é apresentado o resumo dos resultados por grupos. No final da descrição dos resultados, apresento em alguns, uma representação gráfica/tabela dos mesmos.

Grupo I - Caracterização da prática sobre contenção mecânica:

- **Recorre à contenção mecânica na sua prática clínica diária?**
- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros:
 - **25 (78,1%)** responde afirmativamente;
 - **7 (21,9%)** responde negativamente.

Gráfico 1– Distribuição do número de respostas quanto ao recurso da contenção mecânica na prática clínica diária.



- **O uso da contenção mecânica constitui uma preocupação na sua prática clínica?**

- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros:
 - **26 (81,3%)** responde afirmativamente;
 - **6 (18,8%)** responde negativamente.

- **Recorre ao uso de contenção mecânica, por:**

Nesta questão havia a possibilidade de escolher mais que um motivo para justificar o recurso à contenção mecânica.

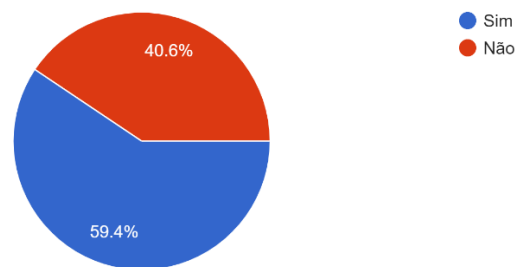
- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros (resultados apresentados por ordem decrescente):
 - Risco de exteriorização de dispositivos invasivos - **31 (96,9%)**
 - Delirium, agitação e confusão - **27 (84,4%)**
 - Risco de queda - **19 (59,4%)**
 - Perigo de agressão para si ou para os outros - **11 (34,4%)**
 - Rácio enfermeiro/doente insuficiente - **3 (9,4%)**
 - Resistência aos cuidados – **1 (3,1%)**
 - Na minha prática não recorro ao uso de contenção mecânica - **1 (3,1%)**

- **Quando recorre ao uso de contenção mecânica, com que frequência revê a necessidade da sua aplicação/manutenção?**

- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros (resultados apresentados por ordem decrescente):
 - A cada 1 hora – **16 (50%)**

- A cada 2 horas – **6 (18,8%)**
 - A cada 4 horas – **6 (18,8%)**
 - Uma vez por turno – **3 (9,4%)**
 - Na minha prática não recorro ao uso de contenção mecânica - **1 (3,1%)**
 - A cada 8 horas – **0%**
 - Não revejo a necessidade da sua aplicação/manutenção – **0%**
- **Alguma vez associado à utilização de contenção mecânica, identificou a ocorrência de alguma lesão ou intercorrência no doente?**
- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros:
- **19 (59,4%)** responde afirmativamente;
 - **13 (40,6%)** responde negativamente.

Gráfico 2 – Distribuição do número de respostas quanto à identificação da ocorrência de lesões ou intercorrência no doente associadas à utilização da contenção mecânica.



- **Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique por favor o tipo de lesão e/ou intercorrência que identificou:**

Nesta questão havia a possibilidade de mais que uma opção.

- ✓ Os 19 enfermeiros, identificaram as lesões ou intercorrências (resultados apresentados por ordem decrescente):
- Incompreensão do doente - **12 (63,2%)**
 - Solução de descontinuidade cutânea - **11 (57,9%)**
 - Edema- **8 (42,1%)**
 - Equimose- **4 (21,1%)**

- Outras - 3 (15,8%)
- Incompreensão dos familiares - 2 (10,5%)

Grupo II – Concordância com factos relacionados com a contenção

A seguinte tabela descreve o nível de concordância dos enfermeiros com factos/afirmações relacionadas com a contenção de acordo com a realidade do serviço em que exercem a sua atividade.

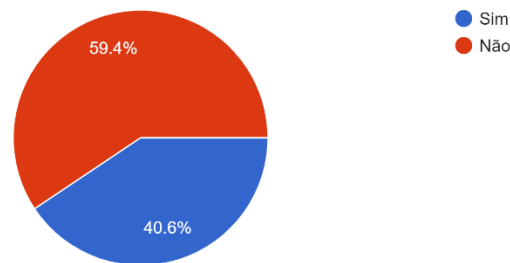
Tabela 1. Nível de concordância dos enfermeiros com factos/afirmações relacionadas com a contenção de acordo com a realidade do serviço

	Concordo (%)	Não tenho opinião (%)	Discordo (%)
O recurso a medidas de contenção tem apenas lugar após uma avaliação do risco clínico.	78,8%	12,1%	6,1%
A contenção mecânica é uma prática frequentemente usada.	54,5%	6,1%	36,4%
A contenção mecânica é um procedimento limitado no tempo.	90,9%	6,1%	0,0%
A contenção mecânica é alvo de frequente reavaliação da sua necessidade pela equipa multidisciplinar.	81,8%	9,1%	6,1%
O doente é informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.	72,7%	18,2%	6,1%
A família ou a pessoa significativa do doente é informada da adoção das medidas de contenção.	54,5%	33,3%	9,1%
A contenção mecânica pode conduzir à ocorrência de eventos adversos.	78,8%	12,1%	6,1%
É registado no processo clínico do doente os motivos e as particularidades do uso da contenção mecânica.	18,2%	27,3%	51,5%
São esgotadas outras alternativas, antes da utilização da contenção mecânica.	84,8%	6,1%	6,1%

- **Conhece as orientações nacionais que regulam a atuação dos profissionais de saúde no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente?**
- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros:
 - **13 (40,6%)** responde afirmativamente;

- **19 (59,4%)** responde negativamente.

Gráfico 3 - Distribuição do número de respostas quanto ao conhecimento pelos profissionais das orientações nacionais que regulam a atuação no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente.



Grupo III - Sugestões e comentários:

- ✓ Dos 32 (100%) enfermeiros, e sendo um campo opcional, houve **2 respostas**:
 - Perceber a existência ou não de diferentes mecanismos de contenção;
 - Formação em serviço sobre o tema.

Grupo IV - Caracterização sociodemográfica da amostra:

- **Idade**

- ✓ Dos 32 enfermeiros que responderam ao questionário, **30 responderam** a esta questão.
 - A média de idades é de **39 anos**.

- **Anos de experiência profissional**

- ✓ Dos 32 enfermeiros que responderam ao questionário, **31 responderam** a esta questão.
 - A média de anos de experiência profissional é de cerca de **17 anos**.

- **Anos de experiência no serviço**

- ✓ Dos 32 enfermeiros que responderam ao questionário, **30 responderam** a esta questão.

A média de anos de experiência profissional no serviço é de **11,6 anos**.

3 – Discussão dos resultados

Com base na interpretação dos resultados verificou-se que mais de metade dos profissionais de enfermagem deste serviço recorre ao uso da contenção mecânica na sua prática clínica diária, corroborando a literatura consultada quanto à sua prevalência. Contudo, os dados revelam que o seu uso constitui uma preocupação, o que denota já alguma consciencialização quanto à temática em questão.

As razões mais apontadas para justificar o uso da contenção mecânica, correspondem ao risco de exteriorização de dispositivos invasivos com 96,9% das respostas, seguido de *delirium*, agitação e confusão e, do risco de queda, com resultados de 84,4% e 59,4%, respetivamente. Estes dados vão de encontro às evidências atuais (Balci, et al., 2018; Delgado, 2020; Hurlock-Chorostecki, et al., 2006; Kandeel, et al., 2013; Mitchell, et al., 2018; Society of Medicine Critical Care, 2018), o que permite inferir que o seu uso é encarado pelos profissionais no sentido de cumprimento dos seus deveres, ou seja, como uma necessidade e não como uma solução, salvaguardando a segurança do doente.

Apurou-se que quanto à frequência com que é revista a necessidade da aplicação/manutenção da contenção mecânica, metade dos enfermeiros refere rever a sua necessidade a cada hora, seguindo-se a opção a cada 2 horas e a cada 4 horas, igualmente com 18,8% das respostas. De realçar, que do total de enfermeiros, nenhum refere não rever a necessidade da sua aplicação/manutenção, o que denota que a equipa está desperta para as implicações desta intervenção, e que também, neste aspeto, têm à sua disposição condições favoráveis, não só pela proximidade ao doente, como a própria disposição física do serviço que facilita a supervisão direta do doente. Aqui, importa referir que o procedimento institucional, enquadrado na norma da DGS (2011) determina que a sua reavaliação seja efetuada sempre que haja alteração clínica do doente e no mínimo, uma vez por turno.

Cerca de 60% dos enfermeiros afirma ter identificado a ocorrência de alguma lesão ou intercorrência no doente, associada à utilização da contenção mecânica. A incompreensão do doente e a solução de descontinuidade cutânea, com resultados de 63,2% e % 57,9%, respetivamente, foram o tipo de lesão e/ou intercorrência mais frequentemente detetadas.

Estes resultados são congruentes com a literatura e vêm reforçar a necessidade premente de recorrer a medidas alternativas à contenção física (Balci, et al., 2018; Kandeel, et al., 2013; Mitchell, et al., 2018; Delgado, 2020; Society of Medicine Critical Care, 2018).

No grupo referente ao nível de concordância dos enfermeiros com factos/afirmações relacionadas com a contenção de acordo com a realidade do seu serviço, a generalidade destes enfermeiros, cerca de 78,8%, concorda com a premissa de que o recurso a medidas de contenção tem apenas lugar após uma avaliação do risco clínico, e pouco mais de metade, 54,5% destes profissionais, concorda que o uso da contenção mecânica é uma prática frequentemente usada no seu serviço. A globalidade das respostas demonstra que estes enfermeiros consideram que o seu uso é limitado no tempo, contrastando com a ausência de respostas a discordar desta afirmação; consideram, também, que o seu uso é alvo de frequente reavaliação da sua necessidade pela equipa multidisciplinar; que são esgotadas outras alternativas antes da sua utilização e, que o recurso a estas medidas pode conduzir a eventos adversos.

Esta realidade vai de encontro às recomendações da DGS (2011), e revela preocupação em evitar estas medidas. A evidência científica mostra que, em muitas circunstâncias as alternativas à contenção mecânica são eficazes.

Cerca de 70% dos enfermeiros concorda com a afirmação “O doente é informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção”. Contudo, verifica-se um menor grau de concordância quanto à informação sobre a adoção da medida de contenção à família/pessoa significativa. Este aspeto poderá ser explicado pelo facto destas medidas instituídas serem aplicadas em situações de exceção como garantia de cuidados de saúde e limitadas no tempo, contudo não invalida a necessidade do envolvimento da família/pessoa significativa na explicação e informação.

No que respeita ao registo no processo clínico do doente dos motivos e particularidades do uso da contenção mecânica cerca de metade dos enfermeiros, 51,5%, discorda, o que permite inferir que esta prática não é documentada, nem é alvo de atenção nas passagens de turno, pondo em causa a continuidade de cuidados e podendo fazer transparecer como pouco atendível e não está em conformidade com o protocolo institucional.

Por outro lado, na generalidade das respostas os enfermeiros concordam que a abordagem desta temática deveria ser incluída nos temas de discussão do serviço, o que valida a sua pertinência. Porém cerca de 39,4% acham que não é possível minimizar o uso da contenção mecânica no seu serviço.

Mais de metade dos enfermeiros desconhece as orientações nacionais que regulam a atuação dos profissionais de saúde no caso de utilizar a contenção do doente. Perante estes dados, é legítimo afirmar que estes profissionais realizam a prática de contenção física baseando-se sobretudo, na sua experiência profissional e intuição, o que vai de encontro à literatura consultada (Balci & Arslan, 2018).

Neste sentido, e perante a regularidade da prática da contenção mecânica, é premente a divulgação do procedimento de atuação institucional neste domínio, assim como da Orientação da DGS e investir nesta área através de novas abordagens, como sessões formativas, para aumento da consciencialização dos profissionais de saúde sobre a temática, com o fim de conseguir alterar a cultura da contenção mecânica, melhorar a documentação dos cuidados e minimizar a sua prática.

4 – Conclusão

É consensual, que durante a prestação de cuidados ao doente hospitalizado o recurso a medidas de contenção física é uma intervenção frequente, e as UCI não são exceção.

Embora haja alguma controvérsia em relação à prática de contenção física nestas Unidades, a maioria da literatura dá enfoque à necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos resultantes da sua prática, enfatizando a necessidade de recorrer a alternativas menos restritivas e realça os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho na promoção da segurança aquando do seu uso.

Os resultados deste questionário revelaram que a maioria dos enfermeiros recorre ao uso da contenção mecânica na sua prática clínica e que a sua documentação é descuidada. Mais de metade dos enfermeiros desconhece a Orientação da Direção-Geral da Saúde 2011 sobre a contenção de doentes, assim como o procedimento de atuação institucional neste domínio. Contudo, importa referir que a maioria dos enfermeiros considera que a abordagem desta temática deveria ser incluída nos temas de discussão do serviço.

Neste sentido, o desenvolvimento de políticas de saúde que visem diminuir as complicações associadas ao uso da contenção mecânica, revela-se uma prioridade, não só pelo impacto que estas têm no doente, nos profissionais, como nas instituições de saúde.

Como condicionante à elaboração deste trabalho impôs-se o fator tempo, o que limitou o período para a recolha de dados e conseqüentemente, o tamanho da amostra, assim como a escassez de referências nacionais. Também a minha inexperiência na construção de questionários se revelou uma fragilidade. Apesar disso, penso poder dar um contributo para a melhor compreensão da temática, fornecendo feedback aos elementos do serviço no sentido de potenciar a reflexão e discussão que contribuam para a implementação de mudanças na prática, sustentadas na evidência científica atual, atenuando a resistência dos profissionais e sensibilizando-os para a temática em questão.

5 – Referências Bibliográficas

- Balci, Hatice e Arslan, Selda. 2018. Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences*, June de 2018, Vol. 7 (2), pp. 75-81.
- Care, Society of Medicine Critical. 2018. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. September de 2018, Vol. 46.
- Delgado, Sarah A. 2020. Physical restraints: Protecting patients or devices? *American Journal of critical care*. March de 2020, Vol. 29, No. 2.
- DGS, Direção Geral da Saúde. 2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. 06 de Junho de 2011, 021/2011.
- Faria, Honório, Paiva, Abel e Marques, Paulo. 2012. A restrição física da mobilidade - estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - nº. 6*, Março de 2012, pp. 7-16.
- Hurlock-Chorostecki, Christina e Kielb, Cathy. 2006. Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, February de 2006.
- Kandeel, A., N. e Attia, A. K. 2013. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 2013, Vol. 15, pp. 79 - 85.
- Mitchell, Dannette A., Panchisin, Teresa e Seckel, Maureen A. 2018. Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project. *American Association of Critical-Care Nurses*, August de 2018, Vol. 38, No. 4.
- Ordem dos Enfermeiros. 2015. Código Deontológico. Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, 2015.

- Rodrigues, António, et al. 2020. Contenção Mecânica: Perceção dos enfermeiros. RIIS - Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2020, Vol. 3 (1), pp. 31-41.

APÊNDICE III - Plano da sessão de formação

Tema: A contenção mecânica no doente crítico**Formador:** Joana Gonçalves**Destinatários:** Enfermeiros do SMI**Tempo previsto:** 35 min.**Objetivo geral:**

- Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem à PSC sob contenção mecânica em contexto de UCI, proporcionando a discussão da temática.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar os formandos para a questão da contenção de doentes;
- Partilhar os resultados do Questionário: A contenção mecânica no doente crítico;
- Divulgar orientações de boas práticas.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	
		Métodos	Meios
Introdução	✓ Apresentação do tema.	Expositivo	
Desenvolvimento	✓ Conceito; ✓ Complicações associadas; ✓ Apresentação dos resultados do questionário; ✓ Orientação 021/2011 DGS.	✓ Expositivo	✓ Computador ✓ Projetor
Conclusão	✓ Síntese da formação; ✓ Esclarecimento de dúvidas; ✓ Discussão sobre os conteúdos da formação; ✓ Avaliação.	✓ Participativo	

APÊNDICE IV - Formação: A contenção mecânica no doente crítico



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

A contenção mecânica no doente crítico

Estudante: Joana Gonçalves

Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
"Estágio Final e Relatório"

Porto, Fevereiro de 2021

Objetivos

- Sensibilizar os formandos para a questão da contenção de doentes;
- Partilhar os resultados do Questionário: A contenção mecânica no doente crítico;
- Divulgar Orientações de boas práticas.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

2

Enquadramento teórico

*“Atualmente, existe evidência de que o recurso à **contenção** é umas das **práticas mais frequentemente** usadas a nível internacional na prestação de cuidados a doentes com comportamentos de **risco em relação a si próprios ou aos que o rodeiam**. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática, a necessidade de **prevenir incidentes e eventos adversos** associados ao recurso de medidas de contenção, assim como, os benefícios que podem resultar da **formação em contexto de trabalho na promoção da segurança** aquando do seu uso, assumem relevância” (DGS, 2011).*



A contenção mecânica

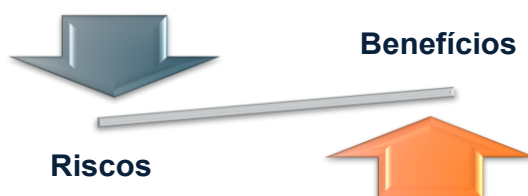


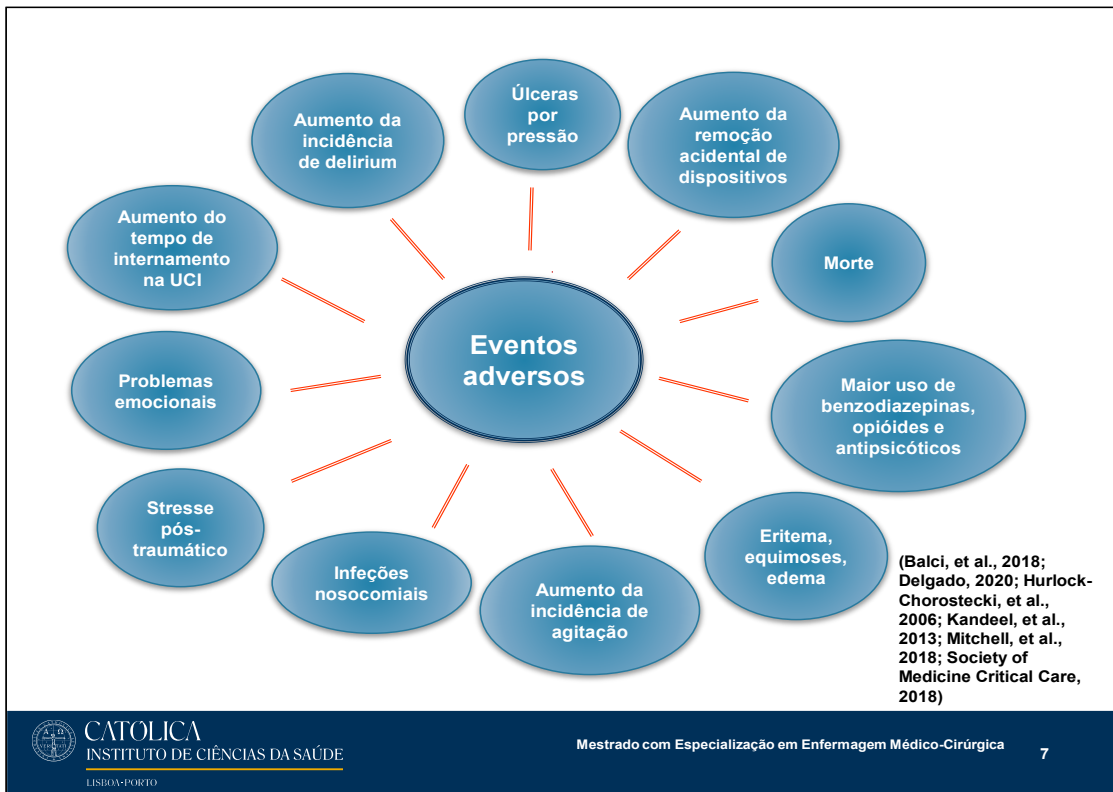
A contenção mecânica

“utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente” (DGS, 2011).

“A contenção física embora possa parecer uma estratégia simples e útil, é uma prática complexa que inclui questões físicas, psicológicas, legais, éticas e morais” (Balci, et al., 2018).

“Apesar da falta de evidências de que previnam danos, as restrições físicas ainda são frequentemente utilizadas em UCI” (Mitchell, et al., 2018; Kandeel, et al., 2013).





Questionário: Apresentação dos resultados

Section 1 of 5

A contenção no doente crítico

No âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", desenvolvido no Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, surge a elaboração deste questionário.

Com o intuito de avaliar a perceção dos enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) relativamente ao uso da contenção mecânica no doente crítico, solicito a vossa colaboração no seu preenchimento, garantindo o sigilo e o anonimato das informações obtidas, que se destinarão a uma caracterização local do tema em análise.

Google Forms

12 a 18 de Fevereiro

51 enfermeiros cumpriram critérios de inclusão

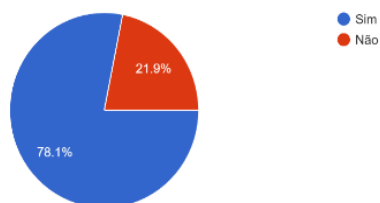
32 enfermeiros responderam ao questionário



Questionário: Apresentação dos resultados

➔ Grupo 1 - Caracterização da prática sobre contenção mecânica:

➤ **Recorre à contenção mecânica na sua prática clínica diária?**



Dos 32 enfermeiros:
25 (78,1%) responde afirmativamente.

Gráfico 1– Distribuição do número de respostas quanto ao recurso da contenção mecânica na prática clínica diária.

Questionário: Apresentação dos resultados

➤ **O uso da contenção mecânica constitui uma preocupação na sua prática clínica?**

- Dos 32 enfermeiros:
26 (81,3%) responde afirmativamente.

➤ **Recorre ao uso de contenção mecânica, por:**

- Dos 32 enfermeiros:
Risco de exteriorização de dispositivos invasivos - 31 (96,9%)
Delirium, agitação e confusão - 27 (84,4%)
Risco de queda - 19 (59,4%)

Questionário: Apresentação dos resultados

➤ Quando recorre ao uso de contenção mecânica, com que frequência revê a necessidade da sua aplicação/manutenção?

- Dos 32 enfermeiros:

A cada hora – 16 (50%)

A cada 2 horas – 6 (18,8%)

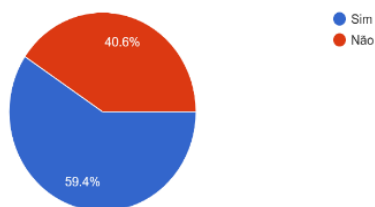
Uma vez por turno – 3 (9,4%)

Não revejo a necessidade da sua aplicação/manutenção – 0%



Questionário: Apresentação dos resultados

➤ Alguma vez associado à utilização de contenção mecânica, identificou a ocorrência de alguma lesão ou intercorrência no doente?



Dos 32 enfermeiros:
19 (59,4%) responde afirmativamente.

Gráfico 2 – Distribuição do número de respostas quanto à identificação da ocorrência de lesões ou intercorrência no doente associadas à utilização da contenção mecânica.



Questionário: Apresentação dos resultados

➤ Se respondeu afirmativamente à questão anterior, indique por favor o tipo de lesão e/ou intercorrência que identificou:

- Dos 19 enfermeiros:

Incompreensão do doente - 12 (63,2%)

Solução de descontinuidade cutânea - 11 (57,9%)

Edema- 8 (42,1%)

Questionário: Apresentação dos resultados

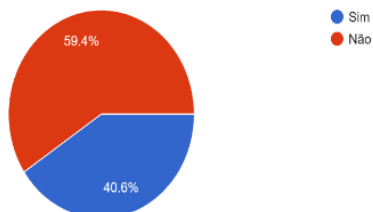
➤ **Grupo 2 –**
Concordância com
factos relacionados
com a contenção

Tabela 1. Nível de concordância dos enfermeiros com factos/afirmações relacionadas com a contenção de acordo com a realidade do serviço

	Concordo (%)	Não tenho opinião (%)	Discordo (%)
O recurso a medidas de contenção tem apenas lugar após uma avaliação do risco clínico.	78,8%	12,1%	6,1%
A contenção mecânica é uma prática frequentemente usada.	54,5%	6,1%	36,4%
A contenção mecânica é um procedimento limitado no tempo.	90,9%	6,1%	0,0%
A contenção mecânica é alvo de frequente reavaliação da sua necessidade pela equipa multidisciplinar.	81,8%	9,1%	6,1%
O doente é informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção.	72,7%	18,2%	6,1%
A família ou a pessoa significativa do doente é informada da adoção das medidas de contenção.	54,5%	33,3%	9,1%
A contenção mecânica pode conduzir à ocorrência de eventos adversos.	78,8%	12,1%	6,1%
É registado no processo clínico do doente os motivos e as particularidades do uso da contenção mecânica.	18,2%	27,3%	51,5%
São esgotadas outras alternativas, antes da utilização da contenção mecânica.	84,8%	6,1%	6,1%

Questionário: Apresentação dos resultados

➤ **Conhece as orientações nacionais que regulam a atuação dos profissionais de saúde no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente?**



Dos 32 enfermeiros:
19 (59,4%) responde negativamente.

Gráfico 3 - Distribuição do número de respostas quanto ao conhecimento pelos profissionais das orientações nacionais que regulam a atuação no caso de necessidade de utilizar a contenção do doente.

Orientação Nacional

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George



NÚMERO: 021/2011

DATA: 06/06/2011

ASSUNTO: **Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente**

PALAVRAS-CHAVE: **Contenção de Doentes**

PARA: **Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados.**

CONTACTOS: **Departamento de Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

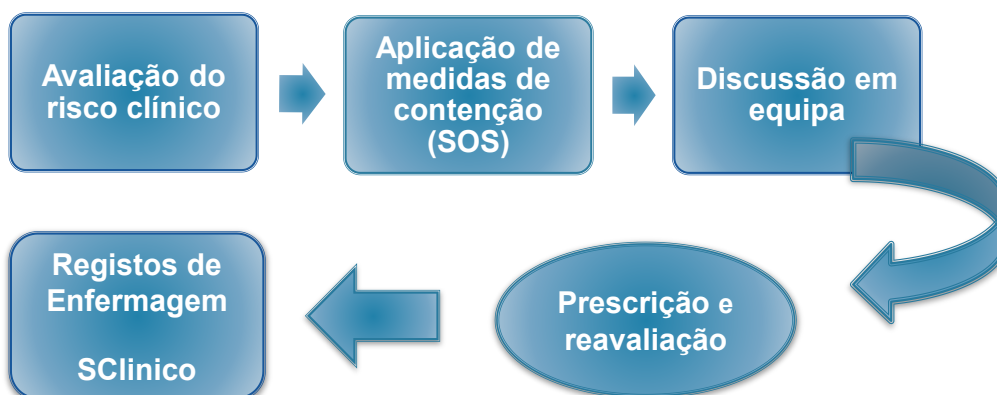
Procedimento Institucional

Orientação 021/2011 DGS

Indicações:

- *“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”.*

Orientação 021/2011 DGS



Orientação 021/2011 DGS

Esgotar as medidas alternativas

Consentimento do doente e família/pessoa significativa

Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê

Cumprir as indicações do fabricante na sua aplicação

Vigiar o doente com a frequência que o seu estado ditar

Reavaliar a sua necessidade e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa

Registrar os procedimentos no processo clínico

Síntese

- ★ Promoção da segurança;
- ★ Redução da contenção física e dos seus efeitos adversos;
- ★ Formação;
- ★ Política institucional.

Referências Bibliográficas

1. **Balci, Hatice e Arslan, Selda. 2018.** Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. *Journal of Caring Sciences*, June de 2018, Vol. 7 (2), pp. 75-81.
2. **Care, Society of Medicine Critical. 2018.** Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. September de 2018, Vol. 46.
3. **Delgado, Sarah A. 2020.** PHYSICAL RESTRAINTS: PROTECTING PATIENTS OR DEVICES? *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, March de 2020, Vol. 29, No. 2.
4. **DGS, Direção Geral da Saúde. 2011.** Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. 06 de Junho de 2011, 021/2011.
5. **Faria, Honório, Paiva, Abel e Marques, Paulo. 2012.** A restrição física da mobilidade - estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº. 6, Março de 2012, pp. 7-16.
6. **Hurlock-Chorostecki, Christina e Kielb, Cathy. 2006.** Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, February de 2006.
7. **Kandeel, A., N. e Attia, A. K. 2013.** Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 2013, Vol. 15, pp. 79 - 85.
8. **Mitchell, Dannelle A., Panchisin, Teresa e Seckel, Maureen A. 2018.** Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project. *American Association of Critical-Care Nurses*, August de 2018, Vol. 38, No. 4.
9. **Ordem dos Enfermeiros. 2015.** Código Deontológico. Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, 2015.
10. **Rodrigues, António, et al. 2020.** Contenção Mecânica: Perceção dos enfermeiros. *RIIS - Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2020, Vol. 3 (1), pp. 31-41.

Obrigada pela
sua atenção!



APÊNDICE V - Checklist de inserção e manutenção do Cateter Venoso Central



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Proposta de Intervenção: Checklist de inserção e manutenção do Cateter Venoso Central

Estudante: Joana Gomes Rafael Gonçalves | 396419009
Sob Orientação de: Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Estágio Final e Relatório

Porto, maio de 2021

Lista de Siglas

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção-Geral da Saúde

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

Índice

1 - Introdução.....	143
2 – Proposta de Intervenção	145
2.1 - Diagnóstico da Situação	145
2.2 - Fundamentação teórica.....	146
2.3 - Definição de objetivos	148
2.4 - Intervenção	149
2.4.1 – CheckList de inserção do CVC.....	150
2.4.2 - CheckList de manutenção do CVC.....	152
3 – Conclusão	153
4 – Referências Bibliográficas	155

1 - Introdução

A realização do presente trabalho insere-se no âmbito do estágio a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Assistência à Pessoa em Situação Crítica.

Atendendo ao contexto do estágio e ao desenvolvimento de competências especializadas, procurei identificar no serviço oportunidades de melhoria, pelo que a prevenção e controlo da infeção assume-se como uma área de atuação privilegiada, atribuindo-se ao enfermeiro um papel determinante na gestão do risco e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O cateter venoso central (CVC) é um dispositivo invasivo comumente utilizado no tratamento de doentes que necessitam de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente no doente crítico, sendo o seu uso apontado como um fator de risco importante no contributo para a infeção nosocomial da corrente sanguínea.

Atualmente, existe evidência de que as infeções relacionadas com o CVC são eventos potencialmente evitáveis, tendo para a sua prevenção, a implementação dos “feixes de intervenção” recomendados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), na Norma 022/2015 emitida, efeito provado na diminuição da sua incidência (DGS, 2015).

Face a estas recomendações, e por se tratar de uma problemática comum decorrente da prática de cuidados de enfermagem, este trabalho incide na área da prevenção e controlo da infeção associada ao CVC. Por forma a garantir a sua adesão e no sentido de sistematizar e uniformizar as práticas de cuidados na inserção e manutenção do CVC propus-me a elaborar uma checklist de verificação do seu cumprimento, suportada na evidência científica atual, visando a redução das taxas de infeção nesta unidade e conseqüente garantia da segurança das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, este documento apresenta-se estruturado num capítulo onde exponho o corpo do trabalho, dividido em subcapítulos. Inicialmente é feito o diagnóstico da situação, seguindo-se o subcapítulo com a fundamentação teórica da temática em questão. Posteriormente, apresento a definição dos objetivos elencados para a elaboração deste documento e o subcapítulo onde demonstro a proposta de intervenção, mais concretamente, a elaboração da checklist sugerida. Por fim, surge a conclusão do trabalho desenvolvido e as referências bibliográficas.

2 – Proposta de Intervenção

2.1 - Diagnóstico da Situação

A UCIC é uma unidade que se destina ao tratamento de doentes com patologia cardíaca aguda, particularmente doentes diagnosticados com Síndrome Coronário Agudo, arritmias graves com compromisso hemodinâmico e outras patologias cardíacas que necessitam de vigilância e monitorização contínua.

De forma a identificar as necessidades no âmbito da prevenção e controlo da infeção associada ao CVC a minha atuação passou pela observação direta no decorrer da prestação de cuidados, tendo como foco as intervenções adotadas na inserção, manutenção e prevenção de complicações relacionadas com o CVC.

Nesta unidade, o recurso ao CVC é prática frequente, sendo a sua inserção realizada, na generalidade das vezes, na unidade e por um médico experiente, e a sua manipulação é comumente efetuada para monitorização hemodinâmica invasiva, como a avaliação da Pressão Venosa Central (PVC), assim como administração de fármacos vasoativos.

Assim, verificou-se que esta unidade não possui dados relativamente à infeção associada ao CVC, não sendo prática desta unidade a realização de auditorias ao mesmo. Também foi possível aferir a existência de algumas lacunas de conhecimento relativamente à evidência mais atual no que concerne às práticas mais adequadas, nomeadamente na aplicação das *bundle* do CVC preconizada pela DGS, 2015, para a sua inserção e manutenção, ressaltando que embora os profissionais desta unidade, na sua generalidade, sigam as orientações e práticas recomendadas, não as cumprem na sua totalidade.

Estas constatações permitiram identificar como oportunidade de melhoria a necessidade de obter dados sensíveis aos cuidados de enfermagem, assim como a de consciencializar a equipa para o cumprimento de todos os elementos contemplados na *bundle*, para a sua efetividade.

2.2 - Fundamentação teórica

A Infecção Associada a Cuidados de Saúde (IACS) é a infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e, segundo estudos internacionais, cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DGS, 2007). Têm implicações e impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade e não só agravam os custos em saúde, como prolongam os internamentos e aumentam a morbilidade e mortalidade (DGS, 2017).

Segundo a DGS (2017) às IACS está associado o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e, por isso assumem importância crescente à escala mundial. A mesma entidade, refere que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI apresenta risco acrescido de desenvolver IACS (DGS, 2007), o que evidencia a pertinência desta temática nestes contextos.

As UCI são locais altamente qualificados para o cuidado e tratamento de doentes em situação crítica, utilizando técnicas, procedimentos e dispositivos invasivos como o CVC.

O CVC é um dispositivo intravascular, indispensável na prática diária da medicina moderna, e possibilita o tratamento adequado em doentes que necessitem de intervenções terapêuticas complexas, nomeadamente em emergência, UCI, pós-operatórios imediatos de cirurgias complexas, ou patologias que exijam medidas terapêuticas prolongadas. A sua utilização permite a monitorização hemodinâmica invasiva, a administração de fluidoterapia, de fármacos, de hemoderivados, de nutrição parentérica, entre outros (Silva, et al., 2009).

Apesar das vantagens indiscutíveis da sua utilização, o recurso a este dispositivo não está livre de complicações mecânicas ou infecciosas, sendo que as últimas são mais frequentes e têm maior impacto no doente. Como a principal complicação relacionada com uso do CVC destaca-se a infecção nosocomial da corrente sanguínea, estando-lhe associada o aumento dos custos adicionais dos cuidados de saúde, do tempo de internamento hospitalar e nas taxas de morbilidade e mortalidade, especialmente em doentes em UCI (Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021; Nunes, et al., 2012; Perin, et al., 2016; Silva, et al., 2009; Silva, et al., 2018).

A literatura descreve como fatores de risco para a ocorrência de infeções relacionadas com o uso do CVC a duração do cateterismo, a colonização cutânea no local de introdução do

cateter, o número de lumens do cvc, a sua inserção em veia femoral, a sua manipulação frequente, o tipo de penso utilizado, a nutrição parentérica, a experiência do profissional que realiza o procedimento e internamentos prolongados (Fortunatti, 2017; Nunes, et al., 2012).

Todavia, está descrito que as infecções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas ao CVC são consideradas, na generalidade dos casos, evitáveis à segurança do doente, podendo ser prevenidas através da implementação de intervenções eficazes durante a inserção e manutenção destes cateteres (Nunes, et al., 2012; Silva, et al., 2018).

Neste sentido, são relatadas diversas estratégias utilizadas para a prevenção da infecção relacionada com o CVC, pelo que as *bundles* têm sido amplamente divulgadas e recomendadas, sendo reconhecidas como uma das mais eficazes e mais usadas na sua prevenção, aliados às estratégias educacionais e de envolvimento da equipa e da instituição de saúde (Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021; Perin, et al., 2016; Silva, et al., 2018).

A par disso e em consonância com a literatura, como indicador bem revelador de preocupação, também a DGS emitiu a Norma 022/2015, em que preconiza os “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central, com o objetivo de assegurar que os doentes recebam os tratamentos e cuidados recomendados de uma forma consistente e fundamentados na evidência atual (DGS D.-G. d., 2015).

As *bundles* podem ser definidas como a aplicação sistemática de um conjunto de três a cinco intervenções baseadas em evidências que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem resultados positivos nos doentes, com maior impacto do que a mera adição de efeito de cada uma das intervenções individualmente, e conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2015; Fortunatti, 2017; Gupta, et al., 2021). Pesquisas realizadas nesta área, demonstram a eficácia da implementação das *bundles* de inserção e de manutenção do CVC na redução da sua incidência em até 80%, alcançando em alguns casos, taxas de 0% (Fortunatti, 2017).

De entre as medidas que compõem as *bundles* para a prevenção das infecções relacionadas com o CVC, destacam-se a adequada higienização das mãos, a utilização de clorexidina 2% em álcool para a inserção e preparação do local, a priorização da veia subclávia, o uso de barreiras estéreis máximas, a remoção imediata do CVC sem indicação clínica para o seu uso, a vigilância do local de inserção, a substituição adequada do penso e

a avaliação diária da necessidade de permanência do CVC (DGS, 2015; Fortunatti, 2017; Nunes, et al., 2012; Perin, et al., 2016; Silva, et al., 2018).

Deste modo, enfatiza-se a preocupação crescente com os riscos de infecção aos quais os doentes estão expostos, como a prevalência da infecção nosocomial da corrente sanguínea relacionada ao CVC, a necessidade de melhorias nas práticas clínicas relativamente à inserção e à manutenção dos CVC e, a adoção de medidas alicerçadas em evidências para fundamentar a prestação dos cuidados. Nesse sentido, o uso de cuidados sistematizados, com regras definidas por diretrizes baseadas em evidências, proporciona segurança e qualidade ao cuidado prestado pelos profissionais de saúde, repercutindo-se efetivamente na redução das taxas de IACS (Nunes, et al., 2012; Perin, et al., 2016).

A par do anteriormente exposto, os vários estudos corroboram em que as ações realizadas como as *bundles* de cuidados, a educação dos profissionais de saúde, a promoção de uma cultura de segurança, o controlo do cumprimento das medidas instituídas e a sua avaliação periódica, a vigilância das taxas de infecção com o feedback dos resultados aos profissionais e auditoria dos processos e resultados, aliados à implementação de estratégias adicionais como o tipo de cateter e os cuidados diferenciados são medidas significativas para a prevenção e redução das taxas de infeções relacionadas ao CVC em UCI (Perin, et al., 2016; Silva, et al., 2018).

Perante este facto, e atendendo a que é ao enfermeiro que cumpre os cuidados antes, durante e após a inserção do CVC e por isso, que mais intervenções executam junto do mesmo, tendo em vista a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, estes profissionais assumem um papel preponderante no que respeita à prevenção e controlo de infecção, pelo que as suas intervenções são fulcrais no sentido de minimizar estes índices, assim como, no instituir de medidas de prevenção destes eventos, através da promoção da adoção de práticas fortemente recomendadas e baseadas nas evidências.

2.3 - Definição de objetivos

Tendo em conta as necessidades detetadas, identifiquei como objetivos gerais da intervenção a implementar, os seguintes:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da infeção relacionada com o CVC;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da recolha e análise de dados relacionados com a inserção e manutenção do CVC;
- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente às mais recentes evidências relacionadas com a *bundle* do CVC;
- Consciencializar a equipa de enfermagem para a importância da realização de auditorias regulares relacionadas com a inserção e manutenção do CVC.

Neste sentido, tendo por base a fundamentação teórica efetuada anteriormente, sustentada nas evidências atuais e, por forma a dar resposta aos objetivos enunciados neste capítulo, considere-se que a intervenção mais adequada compreende a elaboração de uma checklist de verificação a aplicar aquando da introdução do CVC e na manutenção dos mesmos.

2.4 - Intervenção

Apartir da prática desenvolvida e observada neste contexto de estágio, procedo neste capítulo à exposição da proposta de intervenção, mais concretamente, à apresentação da checklist de inserção (Apêndice I) e manutenção (Apêndice II) do CVC, elaborada, como instrumento de verificação sugerido, a utilizar na UCIC com o intuito que a sua implementação possibilite recolher dados, analisar e planear intervenções que promovam a redução das taxas de infeção relacionadas com estes dispositivos.

Esta proposta de intervenção que resulta na elaboração da checklist referida, implica a supervisão dos procedimentos de inserção e manutenção do *cvc*, por um enfermeiro competente para o efeito e o seu consequente preenchimento. O enfermeiro é responsável por acompanhar e monitorizar todo o procedimento na salvaguarda de que todos os itens da checklist e que compõe a *bundle* sejam cumpridos, participando assim, de forma ativa, nas tomadas de decisão sobre o uso do CVC, assim como, no seu acompanhamento regular garantindo desta forma práticas seguras.

2.4.1 – CheckList de inserção do CVC

CHECKLIST CVC	Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
	Cama n.º ____ Vinheta de Identificação do Doente

Data: ____/____/____	Hora: ____:____	Médico: _____	
		Enfermeiro (a): _____	
Contexto de inserção: Eletivo <input type="checkbox"/> Emergente <input type="checkbox"/>	Indicação: Terapêutica <input type="checkbox"/> Monitorização <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Número de lumens: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>	Local de Inserção: Veia Subclávia <input type="checkbox"/> Veia jugular <input type="checkbox"/> Veia Femoral <input type="checkbox"/> Justificação: _____
			D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

ANTES DO PROCEDIMENTO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1 - Consentimento informado no processo			
2 – Inserção guiada por ecografia			
3 – Material necessário disponível			
4 – Sedação			
5 – Anestesia Local			
6 – Higiene das mãos dos intervenientes			
7 – Posicionamento correto do doente			
8 – Papéis dos intervenientes definidos			
9 – Acordado chamar sénior após três tentativas sem sucesso			
10 – Cateter adequado disponível			
11 – Assegurado visualização do fio guia em todos os momentos			
12 – Removido fio (s) guia (s)			
13 – Aspirado sangue de todas as vias			
14 – Sutura com fio não seda			

15 – Removidos corto-perfurantes			
16 – RX Tórax			
17 – Complicações imediatas:			
Pneumotórax <input type="checkbox"/>	Ajuda de sénior <input type="checkbox"/>	Mau posicionamento <input type="checkbox"/>	
Hematoma <input type="checkbox"/>	Punção arterial <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	

Bundle da inserção	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
18 -Avaliada a necessidade de colocação			
19 -Selecionado CVC com menor número de lumens possível			
20 – Preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máxima			
a) Médico e ajudante efetuam lavagem das cirúrgica das mãos e antebraços			
b) Médico e ajudante usam bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara			
21 – Antissepsia da pele com clorexidina 2% em álcool - Fricção da pele 30'', deixar secar 30'' (locais secos) - Fricção da pele 30'', deixar secar 2'' (locais húmidos)			
22 – Campo cirúrgico a cobrir a totalidade da superfície corporal do doente			
23 – Técnica asséptica na realização do penso			
a) Local de introdução limpo e sem sangue			
b) Usado “kit de penso”			
c) Usado clorexidina a 2% em álcool			
d) Datado o penso			

O processo de inserção deve ser interrompido e reiniciado caso haja quebra da técnica

Enfermeiro (a) responsável pela auditoria: _____

2.4.2 - CheckList de manutenção do CVC

CHECKLIST CVC	Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
	Cama n.º ____ Vinheta de Identificação do Doente

Data: ____/____/____	Hora: ____: ____	Enfermeiro (a) responsável: _____
--------------------------------	-------------------------	---

Data da inserção do CVC: ____/____/____	Número de lumens: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>	Local de Inserção: Veia Subclávia <input type="checkbox"/> Veia jugular <input type="checkbox"/> Veia Femoral <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
---	--	---

Bundle da manutenção	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1 – Confirmação da necessidade de manter CVC			
2 – Higiene das mãos			
3 – Descontaminação das conexões, pontos de acesso de sistemas e prolongadores com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70% durante 15’’ e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril			
4 – Técnica asséptica na realização do penso			
a) Local de inserção limpo e sem sangue			
b) Usado máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material			
c) Usado “kit de penso”			
d) Usado clorexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele			
e) Datado o penso			

Enfermeiro (a) responsável pela auditoria: _____

3 – Conclusão

Existe evidência de que a implementação de *bundles* de cuidados e o consequente feedback de desempenho nas práticas de controlo de infeção são medidas eficazes na redução das taxas de infeção relacionadas ao CVC, gerando resultados significativos na segurança do doente e na melhoria da qualidade dos cuidados.

Enquanto futura Enfermeira Especialista e considerando o papel privilegiado no âmbito da prevenção e controlo de infeção, procurei desenvolver práticas de melhoria da qualidade, nomeadamente através da identificação de oportunidades de melhoria e pelo envolvimento na implementação de estratégias de resolução.

Neste sentido e perante a regularidade da prática, considerei importante a elaboração de uma checklist que contemple os elementos da *bundle*, fortemente recomendados na evidência atual para a inserção e manutenção do CVC, propiciando uma observação mais criteriosa destes procedimentos e visando a identificação de não conformidades na sua realização. Todas as medidas são necessárias para obter o sucesso, pelo que esta iniciativa, reúne os recentes “Feixes de Intervenção” preconizados pela DGS, 2015, sobre medidas de prevenção relacionadas com o CVC.

Este trabalho objetivou introduzir este instrumento de vigilância das práticas nas rotinas diárias desta unidade, permitindo pela análise da realidade a obtenção de dados sobre se todas as ações protocoladas estão a ser executadas de forma eficiente, no sentido de estabelecer prioridades nas atitudes a desenvolver junto dos profissionais de saúde, assim como fortalecer o seu compromisso, tornando-se uma primeira medida para a redução da infeção relacionada com o CVC. Contudo, e como condicionante à elaboração deste trabalho impôs-se o fator tempo, o que impossibilitou a avaliação da sua efetividade.

Apesar disso, penso ter dado um contributo positivo para a tomada de decisão dos enfermeiros com vista à segurança das práticas de cuidados, e à elevação dos níveis de qualidade desta unidade. Considero, assim, ter atingido o objetivo a que me propus esperando que este trabalho seja continuado.

4 – Referências Bibliográficas

Fortunatti, Cristobal Felipe Padilla. 2017. Impacto de dois bundles na infecção relacionada a cateter central em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017, 25:e2951, pp. 1-7.

Gupta, Poonam, et al. 2021. Bundle approach used to achieve zero central line-associated infections in an adult coronary intensive care unit. *BMJ Open Quality*, 07 de February de 2021, 10:e001200, pp. 1-7.

Nunes, Paula Cristina Martins e Alminha, Sílvia Manuela Pação. 2012. Cateter Venoso Central: Que práticas na procura da excelência. Artigo de Investigação. *ONCO.NEWS > ANO VI, MAR-JUN de 2012, N.º 20*, pp. 11-19.

Perin, Daniele Cristina, et al. 2016. Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016, 24:e2787, pp. 1-10.

Direção-Geral da Saúde. 2017. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. 2017.

Direção-Geral da Saúde. 2015. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 16 de Dezembro de 2015, Norma nº. 022/2015.

Direção-Geral da Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Março de 2007.

Silva, Alanna Gomes da e Oliveira, Adriana Cristina de. 2018. Impacto da implementação dos Bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: Uma Revisão Integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 2018, 27(1):e3540016, pp. 1-13.

Silva, Andrea Joana Resende da, Oliveira, Francisco Miguel Dias e Ramos, Maria Emília Pereira. 2009. Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. Revista Referência, Dezembro de 2009, Vol. II Série, n.º 11, pp. 125-134.