

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Daive Fernando Teixeira de
Carvalho

**Perspetiva dos familiares da
pessoa em situação crítica
sobre o uso de contenção
mecânica**

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Davide Fernando Teixeira de
Carvalho

**Perspetiva dos familiares da
pessoa em situação crítica
sobre o uso de contenção
mecânica**

Dissertação de Mestrado em
Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Maria de Fátima Dias Braga
e da
Professora Odete Sofia Lomba Araújo

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

“Esta é a realidade dos cuidados intensivos: em qualquer ponto, somos tão propensos a prejudicar quanto a curar..”

Atul Gawande

AGRADECIMENTOS

À minha querida esposa Sónia Costa e à minha filha Leonor Carvalho, pelo tempo e pela compreensão que me dispensaram para realizar este estudo; sem isso não seria possível ter energia e motivação.

À senhora enfermeira Cristina Pinto, pelo interesse que demonstrou no meu estudo e para que o mesmo prosseguisse e que seja divulgado.

Aos colegas enfermeiros, que simpaticamente abriram as “portas” da Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios.

Aos familiares e pessoas significativas, por participarem neste estudo com interesse e carinho.

Às senhoras Professoras Maria de Fátima Braga e Odete Sofia Araújo pelo apoio, compreensão e revisão científica, que me possibilitaram neste percurso uma melhoria contínua.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

Perspetiva dos familiares da pessoa em situação crítica sobre o uso de contenção mecânica

A admissão inesperada numa Unidade de Cuidados Intensivos de uma Pessoa em Situação Crítica provoca na família um conjunto de experiências emocionais mais ou menos positivas. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada ou em falência das funções vitais e que, por isso, se encontra vulnerável às influências do ambiente de cuidados intensivos, sobretudo no sono, no conforto e no bem-estar. Esta pessoa está sujeita frequentemente a dor e *delirium*, que estão intrinsecamente relacionados. O *delirium* condiciona a tomada de decisão para utilização da contenção mecânica como medida preventiva de complicações.

As crenças que os familiares têm sobre as contenções mecânicas resulta da dificuldade de comunicação entre família e enfermeiros. Com o objetivo de conhecermos a perspetiva que os familiares dos doentes críticos têm em relação à utilização de contenção mecânica, no contexto de unidade de cuidados intensivos/intermédios, realizámos um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Neste estudo participaram 14 familiares ou pessoas significativas de pessoas em situação crítica (dez em unidades de cuidados intensivos e quatro em unidade de cuidados intermédios), de um hospital do norte de Portugal. Para tal, recorremos à entrevista semiestruturada, gravada e transcrita na íntegra. Após análise e tratamento de dados, através da análise de conteúdo proposta por Bardin, afloraram quatro categorias: resposta psicológica da família; tomada de decisão do enfermeiro; alternativa(s) à contenção mecânica; família parceira nos cuidados de enfermagem .

A necessidade de comunicar de forma esclarecida e efetiva com os familiares das pessoas em situação crítica revela-se importante para a prática de enfermagem, de forma a minimizar as respostas emocionais menos positivas causadas pela contenção mecânica. Devem, por isso, desenvolver-se programas sobre cuidados de enfermagem centrados na família e pessoa, dando ênfase à parceria enfermeiro-família na prevenção do *delirium* da pessoa e na minimização da utilização das contenções mecânicas.

Palavras-chave: Adulto; Contenção mecânica; Cuidados Críticos; Família.

ABSTRACT

Perspective of the family members of the person in a critical situation on the use of mechanical restraint

An unexpected admission into a Critical Care Unit causes the family to experience a set of more or less positive emotional experiences. The person in critical situation is the one whose life is threatened or in failure of vital functions, and therefore is vulnerable to the consequences of the intensive care environment, concerning mostly sleep, comfort and well-being. This person is also subject to pain and delirium, which are intrinsically linked. *Delirium* conditions the decision to use mechanical restraint as a preventive step against complications. Family members' beliefs about mechanical restraint are the result of the lack of literacy on the subject, but also rely on communication difficulties between family and nurses.

In order to understand the perspective that family members of critically ill patients have regarding the use of mechanical restraint, in the context of the intensive/intermediate care unit, we conducted a descriptive study, based on a qualitative approach. The participants of this study were 14 relatives or significant persons of people in critical situation (ten in intensive care units and four in intermediate care units) of a hospital in the North of Portugal. After analysis and treatment of data, through the analysis of content proposed by Bardin, four categories emerged: psychological response of the family; decision making of the nurse; alternative (s) to mechanical restraint; family partner in nursing care .

The need to communicate in an explicit and effective way with the family of people in critical situations is important for nursing practice, in order to minimize the less-positive emotional responses caused by mechanical restraint. For this reason, it is necessary to develop nursing care programs centered on both family and person, emphasizing nurse-family partnership in the prevention of *delirium* of the person and minimizing the use of mechanical restraint.

Keywords: Adult; Critical Care; Family; Mechanical restraint.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	17
2.1. USO DE CONTENÇÃO MECÂNICA.....	25
2.2. A FAMÍLIA QUE VIVENCIA UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO.....	27
2.3. REVISÃO DE LITERATURA.....	30
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	38
3.1. CUIDADO À PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	39
3.2. ENFERMEIRO DINAMIZADOR DA RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE.....	40
3.3. PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DA INFEÇÃO.....	41
4. PERCUSO METODOLÓGICO.....	43
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
4.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	44
4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
4.5. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	46
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM ESTUDO.....	47
5.2. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	50
5.3. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
6. CONCLUSÃO.....	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	85
Anexo I - Guião da Entrevista a Familiares	
Anexo II- Consentimento Informado	
Anexo III - Carta de Apoio Institucional da UM – Escola Superior de Enfermagem	
Anexo IV - Requerimento/Parecer dirigido ao Diretor do Departamento de Emergência, Urgência e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo	

Anexo V - Requerimento/Parecer dirigido à Enfermeiro(a) Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Anexo VI - Parecer do Conselho Administração, da Comissão Ética de Saúde e do Diretor de Enfermagem do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Anexo VII - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) da UM

Anexo VIII - Declaração de Compromisso e Confidencialidade

Anexo IX- Checklist para estudos de investigação qualitativos baseados nas recomendações do Instituto Joanna Brigg

LISTA DE SIGLAS

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica

CEICVS – Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde

CEPCD – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

IACS – Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA – Staphylococcus aureus metilicilina resistente

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCM – Unidade de Cuidados Intermédios

UE – União Europeia

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura .1 . Teoria de médio alcance das Transições Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56) e de Im (2010, p. 419).....	30
Figura 2 . Mapeamento da seleção dos artigos a incluir na revisão – Flowchart.....	32
Figura 3 . Diagrama Sinóptico perspectiva da família e interposição metaparadigmática de enfermagem.....	68
Figura 4 . Diagrama sinóptico da perspectiva da família em relação à utilização de contenção mecânica.....	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 . Dados sociodemográficos dos participantes.....	47
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 .PICO/D.....	31
Quadro 2 . Descritores e Operacionalização Booleana da Pesquisa.....	31
Quadro 3 . Avaliação da qualidade metodológica das revisões incluídas.....	33
Quadro 4 . Avaliação da qualidade metodológica dos estudos qualitativos.....	33
Quadro 5 . Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais.....	33
Quadro 6 . Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 1.....	34
Quadro 7 . Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 2.....	34
Quadro 8 . Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 3.....	35
Quadro 9 . Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 4.....	36
Quadro 10 . Matriz de redução de dados.....	50
Quadro 11 . Resposta psicológica da família em relação às contenções mecânicas.....	52
Quadro 12 . Tomada de decisão do enfermeiro na aplicação das contenções mecânicas na pessoa em situação crítica.....	55
Quadro 13 . Alternativa(s) à utilização de contenção mecânica.....	58

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, da unidade curricular Estágio e Relatório ou Dissertação de Natureza Aplicada, foi proposta a realização de uma Dissertação de Natureza Aplicada.

A pessoa em situação crítica é aquela que enfrenta uma ou mais falências nos seus órgãos nobres e, por conseguinte, sofre alterações significativas na sua saúde. Nesta linha de pensamento, o Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, designa que

“A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 8656)

Esta pessoa requer uma equipa diferenciada com competências avançadas, e em permanente atualização técnico-científica, da qual faz parte o enfermeiro. Para além dos recursos humanos qualificados, será necessário que a instituição disponha de uma estrutura adequada para dar resposta à situação crítica, ou seja, de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Cuidados Intermédios (UCM), e de Serviços de Urgência capazes de dar resposta às necessidades da pessoa em estado crítico.

A situação de doença crítica apresenta-se para a pessoa como uma ameaça, a que a mesma responde instintivamente com processos psicológicos, constituídos por emoções e sentimentos. A pessoa em situação crítica caracteriza-se assim como vulnerável, sujeita a um ambiente inóspito, que inflige o seu bem-estar e a sua adaptação à nova condição de saúde-doença. Desta situação de vulnerabilidade e de privação social e sensorial, a pessoa fica sujeita a alterações ambientais que perturbam o seu sono, fomentam a dor e o desconforto e que propiciaram alterações de comportamento, como seja o *delirium*.

O *delirium* condiciona a utilização de contenção mecânica. A contenção é uma indicação para doentes com comportamentos violentos ou com desordens mentais. Tal medida tem objetivos terapêuticos, nomeadamente a proteção da vida e da integridade física das pessoas doentes (Segatore & Adams,

2001). De acordo com a DGS (2011), as medidas de contenção são utilizadas para a segurança da pessoa, contudo a sua utilização não está isenta de efeitos adversos, além das implicações ético-legais subjacentes, que segundo Bray et al. (2004) podem atentar contra a liberdade, dignidade e autonomia do doente.

A presença de contenção mecânica causa mal-estar na família da pessoa em situação crítica que vivencia esta situação. Vários sentimentos e emoções são vivenciados tanto pela família como pela pessoa. Cuidar da família é cuidar da pessoa doente, dado que a família representa uma base de suporte fundamental no processo de saúde/doença do doente crítico, que, de acordo com Falloon (2003), ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stress associado à vida na comunidade.

A enfermagem é uma classe profissional que se insere nos profissionais de saúde, e, como tal, assume-se como profissão que tem reconhecimento social, e, na opinião de França (2003, p. 272),

...a sociedade pretende enfermeiros competentes tanto do ponto de vista da ciência como da técnica e que possuam uma formação humana que os torne capazes de prestar cuidados tendo em atenção a pessoa na sua globalidade de ser bio-psico-social-espiritual, integrada numa família e numa comunidade que fazem parte intrínseca do seu estar-no-mundo.

Neste sentido, o enfermeiro tem o dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados, procurando evidência científica por forma a manter a atualidade das mesmas. Esse processo deve ter subjacente os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), uma vez que estes norteiam o exercício da profissão, possibilitam a prática reflexiva dos cuidados, com a conseqüente tomada de decisão, promovem a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade (Oliveira et al., 2008). Por outro lado, a prática de qualidade deve visar a realização de procedimentos seguros e adequados às necessidades dos doentes que procuram assistência em saúde, e tal como referem Rosa et al. (2015) são princípios orientadores que qualificam a prática de enfermagem.

A utilização da contenção mecânica torna-se um dilema para a equipa de enfermagem na medida em que nem sempre o seu uso é consensual, tornando-se fundamental que a equipa reflita sobre a sua utilização de forma contínua e que esteja em permanente comunicação com a família do doente, no sentido de recolher possíveis alternativas ao seu uso. As famílias são, assim, o parceiro essencial no cuidado aos doentes, e, como tal, a equipa de enfermagem deve ser o facilitador de adaptação às novas experiências de saúde, esclarecendo e apoiando a família.

Perante esta problemática, surge a seguinte questão de partida: “Que perspetiva tem a família sobre ao uso da contenção mecânica da pessoa em situação crítica?”. Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Para tal, recorreremos à entrevista semiestruturada, e análise e tratamento de dados, através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008).

Este estudo tem por objetivo principal conhecer as perspetivas dos familiares da pessoa em situação crítica em relação à utilização de contenção mecânica, em Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos, de um hospital do norte de Portugal.

A realização deste trabalho tem como objetivos específicos:

- Identificar os efeitos psicológicos e emocionais que a utilização de contenção mecânica provoca nos familiares da pessoa em situação crítica com alterações do comportamento;
- Analisar a perceção dos familiares acerca do objetivo da utilização de contenção mecânica;
- Conhecer as alternativas à contenção mecânica apresentadas pelos familiares;
- Analisar o papel do enfermeiro no acolhimento da familiar em UCI/UCM a ótica da família;

Este trabalho encontra-se estruturado em sete capítulos. No primeiro capítulo, a introdução, fazemos uma breve contextualização da problemática, definimos objetivos do estudo, a metodologia e a estrutura do trabalho. O segundo capítulo aborda a pessoa em situação crítica internada em ambiente de cuidados intensivos, as influências do ambiente nas alterações do comportamento como o *delirium* e a sua relação com a utilização de contenção mecânica. Ainda no segundo capítulo exploramos a família que vivencia um processo de transição à luz da teoria de Meleis (2010). No terceiro capítulo completamos o enquadramento teórico com uma breve abordagem sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. No percurso metodológico, descrito no quarto capítulo, explicitamos o tipo de estudo, a população e

amostra, o processo de recolha de dados e instrumento utilizado, a descrição da análise de dados e as considerações éticas. No quinto capítulo fazemos uma caracterização dos participantes do estudo, apresentamos na forma de categorias e subcategorias, analisamos, interpretamos e discutimos os resultados, aflorando daí quatro categorias principais de análise e respetivas subcategorias. No sexto capítulo apresentamos a conclusão e as implicações para a prática de enfermagem, seguido do sétimo, e último capítulo, que integra as referências bibliográficas. Da estrutura deste trabalho fazem, ainda, parte ainda os anexos.

2. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O termo *pessoa*, de acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2019), deriva do latim *persona*, *-ae*, que significa máscara ou personagem. É definido como uma criatura humana, personagem, disposição, personalidade, individualidade um ser moral ou jurídico.

O conceito de pessoa e dignidade adquiram no século passado novos contornos, nomeadamente a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos quando é referido no artigo I que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (Assembleia Geral da ONU, 1948), e previamente com o filósofo Immanuel Kant citado por Quintela (2007), quando aborda o princípio da humanidade e da dignidade:

No Reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade. O que se relaciona com as inclinações e necessidades gerais do homem tem um preço venal; aquilo que, mesmo sem pressupor uma necessidade, é conforme a um certo gosto, isto é a uma satisfação no jogo livre e sem finalidade das nossas faculdades animicas, tem um preço de afeição ou de sentimento; aquilo porém que constitui a condição só graças à qual qualquer coisa pode ser um fim em si mesma, não tem somente um valor relativo, isto é um preço, mas um valor íntimo, isto é dignidade. (p.77)

A pessoa é, assim, um ser com capacidade autónoma de agir, em liberdade e vontade, mas não autossuficiente nem independente, uma vez que se realiza através da sua relação com os outros e com o mundo. Podemos, assim, dizer que a liberdade está relacionada com dignidade. Os enfermeiros seguem padrões éticos profissionais que assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos e, por conseguinte, com o princípio da dignidade da pessoa. Como é referido no artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do

enfermeiro”(Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 62). Watson (1998) refere que como enfermeiros, deve procurar-se no profissional o sentido de dignidade para poder olhar os outros com dignidade.

A dignidade e a humanização dos cuidados estão ligadas, e para a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 89.º do seu Código Deontológico, faz-se referência à humanização dos cuidados:

...o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 144).

A pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, pode vivenciar uma série de processos ou situações que podem ser planeadas ou inesperadas. A situação de doença aguda constitui um evento inesperado na vida da pessoa. A pessoa admitida no hospital proveniente do domicílio, emergência extra-hospitalar e transferências institucionais (como lares), apresentam uma panóplia de situações de doença aguda ou crónica, que podem evoluir para uma situação instabilidade grave. O mesmo acontece no ambiente intra-hospitalar, onde pessoas internadas ou recentemente admitidas nos serviços de urgência, serviços de medicina e cirurgia, bloco operatório, entre outros, estão suscetíveis de evoluir de uma situação de doença estável para uma situação de doença crítica.

Para reconhecer uma pessoa em situação crítica, ou doente crítico, segundo alguns autores será necessário haver uma suspeita de doença crítica. Ostermann & Sprigings (2017) consideram que se deve fazer uma abordagem e tratamento ABCDE (A – Via aérea; B – Respiração; C – Circulação; D – Disfunção Neurológica; E –Exposição), quando existem alterações graves nas funções da respiração, cardíaca, neurológica, refletidas em observações fisiológicas anormais.

Percebemos então, que a pessoa em situação crítica se encontra numa situação suscetível para desenvolver uma alteração grave das suas funções vitais, necessitando portanto de uma atuação organizada, sistemática e rápida. Ostermann et al. (2017), consideram que devemos tratar os problemas que põem a pessoa em risco de vida, antes de passar à próxima parte da avaliação. Além disso, esta avaliação deve preconizar um trabalho coordenado em equipa e de comunicação. Os mesmos autores incidem especificamente que o pedido de ajuda apropriada com antecedência e a

participação de todos os elementos da equipa permitem a realização simultânea de várias intervenções, com o objetivo de manter a pessoa viva, ou de alcançar a sua melhoria clínica.

A pessoa em situação crítica é aquela com risco ou disfunção/falência de órgãos ou sistemas, que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica, que restaurem a estabilidade, evitem complicações e alcancem resultados ideais. Os contextos que respondem eficazmente à situação de doença crítica são as UCI e os serviços de urgência, uma vez que dispõem de recursos humanos, materiais e de organização (Huddleston et al., 2006; Rhoades et al., 2011).

Para dar uma resposta diferenciada à situação crítica da pessoa, foram criadas unidades dedicadas nos hospitais, nomeadamente as Unidades de Cuidados Intensivos. A UCI é uma unidade com uma estrutura específica, equipamento técnico e meios humanos especializados necessários à monitorização e tratamento de doentes em situação crítica com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível. A UCI é, assim, uma unidade independente que se localiza habitualmente próxima aos serviços de urgência e blocos operatórios, de forma a dar resposta rápida aos doentes críticos. As UCI podem ser divididas em gerais/polivalentes e monovalentes, especializadas, como sejam as unidades de cuidados intensivos coronárias e de queimados, entre outras (Vértice, 2011; Ministério da Saúde, 2017).

Com o intuito de definir o que seria uma UCI, Marshall et al. (2017), membros representantes da Federação Mundial das Sociedades de Medicina de Cuidados Críticos e Intensivos, propuseram que uma UCI é um sistema organizado voltado para doentes em situação crítica, constituído por uma equipa médica e por enfermagem especializada, com capacidade de monitorização e suporte fisiológico vital de órgãos com insuficiência aguda temporária. Além disso, a UCI está definida de acordo com a área geográfica de um hospital, sendo uma área de extensão dos serviços e departamentos de emergência, internamento e hospital de dia. Recentemente, e apesar da existência há várias décadas, surgiram em Portugal as UCM, que são, de acordo com a Associação de Cuidados Intermédios Médicos (2012), unidades que permitem a vigilância de doentes com patologia aguda e potencialmente grave ou tendencialmente instável e que não carecessem, porém, de intervenção em ambiente de cuidados intensivos. São normalmente Unidades Polivalentes e, como tal, com uma panóplia de patologias, que exigem da equipa médica e de enfermagem competências

cognitivas, técnicas e humanas que lhes permita intervir eficazmente perante a pessoa em situação crítica.

No documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001), define-se:

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente. (p.17)

Também Florence Nightingale, na sua teoria ambientalista, defendia que os fatores ambientais influenciam o estado de saúde da pessoa. Assim, a limpeza, a iluminação natural, a ventilação, os odores, o calor, os ruídos e o sistema de esgoto, se forem equilibrados pelas enfermeiras, influenciam o modo como a pessoa recupera da doença, e, como tal, deve dar-se prioridade a um ambiente estimulador que permita o desenvolvimento da saúde (Medeiros, Enders, & Lira, 2015).

As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios, pela tipologia de doentes que têm internados, obrigam a que os mesmos sejam submetidos a monitorização contínua e, eventualmente, a suporte mecânico de um ou vários órgãos em falência. Estes equipamentos altamente avançados tecnologicamente fazem, pelas suas características, vários ruídos mecânicos e alarmes próprios da configuração de segurança. No entanto, os níveis de ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos são um problema estudado por vários autores, e para Simons et al. (2018) afetam negativamente o sono e a recuperação dos doentes.

O sono é afetado pelo ruído, pela luz e pelas intervenções de enfermagem. No estudo de Ritmala-Castren et al. (2015) verificou-se que os doentes sem ventilação mecânica invasiva apresentam frequentemente fraca qualidade de sono, comparativamente aos ventilados. Assim, uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem, como concentrar várias atividades/intervenções, permitindo que os doentes tenham ciclos de sono de 90 minutos, pode melhorar a qualidade de sono e, por

consequente, o efeito dos cuidados de enfermagem no mesmo. Com o intuito de perceber se a luz noturna, como fatores ambientais na UCI, alterava o ritmo circadiano nos doentes, Engwall et al. (2017), após a criação de dois grupos, nomeadamente um de controlo e outro de intervenção, verificaram que existiam algumas diferenças. Assim, no grupo de controlo, o ritmo circadiano alterava-se significativamente durante a noite, relativamente ao período diurno, mas não no grupo de intervenção. A temperatura corporal era menor durante a noite para todos os doentes, ou seja, para os dois grupos. Também nos dois grupos os doentes apresentavam um ritmo circadiano natural, e a intervenção cíclica de luz não demonstrou ter um impacto significativo. Por outro lado, Fan et al. (2017) demonstraram que não existe efeito da exposição de luz durante a noite na secreção de melatonina, contudo uma exposição inadequada de luz durante o dia pode contribuir para alterações no ritmo circadiano. Sabemos intuitivamente que o ruído está associado à qualidade do sono, e foi o que Litton et al. (2016) comprovaram ao verificar que a colocação de auriculares nos doentes admitidos na UCI, de forma isolada ou como parte das medidas (*bundles*) de promoção da qualidade de sono, está associada a uma diminuição significativa do risco de *delirium*. Na mesma linha de pensamento, Khan et al. (2017) sublinham que a música é um instrumento de comunicação, que altera o ambiente stressante da UCI, e o *delirium* é uma síndrome altamente predominante e com alta morbidade nas UCI e, por conseguinte, a música pode ser uma forma eficaz e gradual de reduzir o *delirium*.

As pessoas em situação crítica encontram-se numa situação de vulnerabilidade e mais expostas a desenvolver dor e delírio ou *delirium*. Com o intuito de relacionar a dor e o delírio, os autores Chanques et al (2010), verificaram que existe uma significativa relação entre o delírio e a dor e que a avaliação e o tratamento da dor podem ser importantes na prevenção e na gestão do *delirium*. A palavra delírio ou *delirium*, deriva do latim *lira*, que significa trilho e pode ser traduzida como *descarrilamento*. Segundo Miller & Ely (2006), o *delirium* é caracterizado por um distúrbio da consciência e pela presença de desatenção e de pensamento desorganizado. O *delirium* é uma complicação frequente nos doentes adultos em situação crítica, podendo ser caracterizado por um início agudo de disfunção cerebral associada a estado mental flutuante, desatenção e pensamento desorganizado ou um nível alterado de consciência (Ely et al., 2001; Tomasi et al., 2012; Hickin et al., 2017; Barr et al., 2013). Este sintomas, segundo Brummel et al. (2013), deverão ser um desvio do padrão do doente e, como tal, não podem estar associados a outras alterações neurocognitivas preexistentes ou que se encontrem em evolução, tendo em consideração que advêm de uma intoxicação ou de privação de substâncias ou de

medicação, da exposição a substâncias tóxicas, de um estado físico geral ou, ainda, da combinação de dois ou mais dos fatores anteriormente mencionados.

Os sintomas de delírio ou *delirium*, provocam dúvidas nos profissionais de saúde, nomeadamente na clarificação dos conceitos de agitação, delírio e demência, neste sentido Meagher, & Trzepacz (2007), propõem clarificar que a agitação é um sintoma de *delirium* mas que em alguns doentes podem estar agitados sem que apresentem *delirium*, ou seja, a pessoa doente pode estar agitada por apresentar dor ou dispneia. Alguns sintomas de *delirium* são similares à demência, e podem dificultar a sua avaliação. No entanto, os sintomas de demência desenvolvem-se lentamente ao longo de meses e anos, e os sintomas de delírio ocorrem em poucos dias ou horas.

O *delirium* que decorre do internamento em unidade de cuidados intensivos e o *delirium* que ocorre noutros ambientes de cuidados são considerados fisiopatologicamente equivalentes. Para o diagnóstico de delírio ou *delirium* são utilizadas na maioria dos estudos, ferramentas de triagem como o Método de Avaliação da Confusão Mental para Unidade de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) ou a Lista de Verificação de Triagem de Delirium de Cuidado Intensivo (ICDSC). O *delirium* está relacionado com o aumento da mortalidade e da morbilidade, bem como, com as funções cognitivas dos doentes após alta da UCI, por conseguinte, a sua qualidade de vida (Ely et al., 2001; Tomasi et al., 2012). Os enfermeiros de cuidados críticos devem avaliar e gerir o delírio de forma a resolver a situação efetivamente e, prevenir complicações associadas (Ungarian, Rankin & Then, 2019).

De acordo com a European Delirium Association & American Delirium Society (2014):

O delírio é um problema frequente e grave que surge nos doentes agudos e que, apesar de estar associado a taxas mais elevadas de mortalidade, institucionalização e demência, permanece subdiagnosticado. É necessária uma análise cuidadosa da sua fenomenologia para melhorar o diagnóstico e, por conseguinte, atenuar parte do seu impacto clínico.(p.1)

Para o desenvolvimento do *delirium* existem fatores de risco, que Ely et al.(2001) divide em três categorias: a doença aguda, antecedentes e idade do doente, e, fatores iatrogénicos ou ambientais. Os fatores iatrogénicos ou ambientais incluem a imobilização, a privação sensorial, a privação de sono e o isolamento social. A privação do sono aumenta o risco de *delirium* e pode ser causada por níveis elevados de ruído de fundo, ausência de luz, atividades de cuidado ao paciente, ventilação mecânica,

medicação, dor, ansiedade e stress. Estes fatores foram identificados como perturbadores do ciclo de sono-vigília e, por consequentemente, condicionam o *delirium*.

O conhecimento dos fatores de risco, no desenvolvimento do *delirium*, pode abrir espaço para a prevenção sua incidência. Neste sentido, Inouye et al. (1993) propuseram desenvolver um modelo preditivo da ocorrência de *delirium* nos doentes idosos hospitalizados, de acordo com características presentes na admissão, tendo concluído que existem quatro fatores de risco de linha de base independentes para o desenvolvimento do *delirium*, nomeadamente alterações da visão, doença grave, comprometimento cognitivo e uma alta taxa de nitrogénio ureia/creatinina no sangue. Para Kalimisetty, Askar, Fay, & Khan (2017), muitos fatores contribuem para a probabilidade de um doente desenvolver *delirium*, sendo que, para além dos fatores de risco já referidos anteriormente, incluíram também a diminuição da capacidade funcional e a infeção. No entanto, a revisão sistemática desenvolvida por Lindroth, Bratzke, & Purvis (2018), permitiu-lhes concluir que os modelos de previsão de *delirium* identificados eram amplamente heterogéneos na inclusão de variáveis e não eram suficientemente desenvolvidos para serem incorporados na prática.

O *delirium* ou delírio e a dor, como já referimos anteriormente, estão conectados, e nesse sentido cabe ao enfermeiro, pela sua constante proximidade com a pessoa doente, gerir e prevenir a dor. Nos doentes em situação crítica, dada a sua tipologia e condição, torna-se fundamental realizar uma abordagem consistente e diferenciada da dor, isto pelo estado mental alterado, ventilação mecânica, procedimentos e dispositivos invasivos, interrupção do sono e situação de imobilidade (The Joint Commission, 2017).

Para que o enfermeiro tenha uma abordagem consistente necessita de realizar uma monitorização contínua da dor, e para isso deve recorrer a escalas de avaliação normalizadas/protocoladas nas instituições. Nas Unidades de Cuidados Intensivos, e após a revisão da literatura, verificou-se que a escala da dor mais robusta para a avaliação da dor nos doentes em situação crítica incapazes de comunicar é a BPS – *Behavioral Pain Scale* (Escala Comportamental da Dor) (Joffe et al., 2016; Gomarverdi et al., 2019; Kirankumar, 2019; Pinho et al., 2016).

A dor é um fator desencadeador do *delirium* neste sentido, os enfermeiros de UCI e UCM devem ser treinados de modo a intervir eficazmente na adoção de medidas de alívio da dor e da gestão eficaz da sedação e da analgesia (Damico et al., 2018). Nesta linha, Vicent et al (2016), desenvolveram uma

série de recomendações com vista gestão da dor, analgesia e humanização dos cuidados, ao qual denominaram de *eCASH concept*, que significam em inglês, *early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Human care*, podendo ser traduzido para o português como, implementação precoce do conforto através da analgesia, minimização dos sedativos e máximo cuidado humano. Ainda para os mesmos autores, este conceito resume em pleno o que deveria ser o foco de qualquer estratégia de sedoanalgesia da pessoa em situação crítica, e como tal, consiste sobretudo na implementação precoce de uma série de medidas como a finalidade de manter a pessoa confortável, calma e colaborante.

A pessoa em situação crítica, ou doente crítico, manifesta um conjunto de sentimentos, medos e anseios em relação ao seu futuro, e sente-se, segundo Dziadzko et al. (2017), mais à vontade para conversar com enfermeiros do que com médicos, principalmente devido à disponibilidade e à maneira mais simples de explicarem as coisas. Contudo, a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica apresenta incapacidade para falar e por isso pode constituir um efeito stressante com impacto negativo, gerador de sensações e emoções negativas, que Vicent et al (2016) apontam como a vulnerabilidade, frustração e medo. Dziadzko et al. (2017), refere ainda que as pessoas em situação crítica manifestam medo de morrer, alucinações, preocupação em relação ao futuro, nomeadamente sobre a capacidade de recuperar.

A comunicação é de extrema importância na pessoa doente ventilada, pois a incapacidade de comunicar gera ansiedade, frustração e agitação. Os enfermeiros devem por isso preocupar-se com a otimização da comunicação com a pessoa em situação crítica e procurar trabalhar no sentido de encontrar alternativas para a melhorar, diminuindo por isso as experiências e emoções negativas, decorrentes do internamento em UCI e UCM, e que Chamorro & Romera (2016), identificaram a dor e o medo como mais frequentes e relatadas por pessoas admitidas em UCI.

Os fatores ambientais que identificamos, como o ruído, a luz, a privação sensorial e social e a imobilização são fatores perturbadores da saúde da pessoa em situação crítica, nomeadamente na alteração do sono, na dor e, por conseguinte, no risco de desenvolver *delirium*. Perante a situação de agitação ou *delirium* a pessoa pode sofrer outras lesões. A utilização de contenção mecânica tem por objetivo prevenir possíveis complicações que possam advir do *delirium*/agitação nomeadamente, a retirada do tubo endotraqueal, da sonda nasogástrica, a queda, exteriorização de catéter central ou arterial, entre outros dispositivos médicos.

2.1. USO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

O termo *contenção* pode ser definido como algo que limita a liberdade de movimentos de um indivíduo. Apesar de a contenção estar muitas vezes associada à psiquiatria, a mesma tem sido aplicada tanto pela força da lei como em tratamentos médicos, nomeadamente em situações de emergência, ortopédica e geriátrica (Negroni, 2017). O Government of the United Kingdom (2017), através da Lei da Capacidade Mental, de 2005, afirma que a contenção implica que um indivíduo use ou ameace usar a força, através da restrição da liberdade de movimentos de uma pessoa, com o objetivo de fazer algo a que o outro indivíduo se opõe ou que resiste a fazer. No entanto, a mesma lei da capacidade mental explicita que qualquer pessoa que considere usar a contenção deve ter razões objetivas e claras que justifiquem a não maleficência da contenção, nomeadamente no que respeita à proteção da pessoa para não sofrer danos, e adequar a sua utilização sempre pelo menor tempo possível.

Por outro lado, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (2002) define contenção como “Qualquer método (químico ou físico) que restringe a liberdade de movimento, atividade física ou acesso normal ao corpo de um indivíduo”, no entanto, segundo a norma da Direção-Geral da Saúde (2007a, p. 2) a contenção consiste na “restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros”.

Um dos principais motivos que levam à utilização da contenção é, precisamente, a confusão (Demir, 2007). A utilização da contenção é recorrente nos doentes críticos, quer isolada, quer em combinação com a contenção química, e prende-se essencialmente com a prevenção da queda, remoção de dispositivos, como um tubo endotraqueal, um cateter venoso central ou uma linha arterial, e também devido a fatores como medo, ansiedade, dor e alterações do padrão de sono (De Jonghe et al., 2013). Os doentes são elegíveis para a utilização de medidas de contenção quando “manifestem comportamentos que os coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos, recusem tratamento compulsivo, nos termos legais e recusem tratamento vital, urgente” (DGS, 2011, p. 1).

De acordo com a orientação da DGS (2011, p. 3), existem cinco tipos de contenção: a terapêutica; a física; a ambiental; a química ou farmacológica; e a mecânica. A contenção mecânica, segundo a DGS (2011, p. 3), é definida como a “utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente”. A definição da contenção mecânica é confundida com a contenção física em

alguma literatura, nomeadamente na internacional. Investigadores como Turgay, Sari, & Genc (2009) referem que as medidas de contenção mais utilizadas pelos enfermeiros são as de pulso e tornozelo, mas que são aplicadas por vezes sem qualquer prescrição médica. A DGS (2011) recomenda que os profissionais de saúde usem contenções apenas mediante o envolvimento equipa, por forma a que exista comunicação, decisão, reflexão e, portanto, reavaliação das medidas utilizadas. Assim, apesar das recomendações, chamam a atenção para que a tomada de decisão de usar contenções seja criteriosa e decidida em equipa, e, como tal, para que envolva os vários elementos do processo terapêutico, sejam médicos, enfermeiros, familiares ou pessoas doentes. Para a DGS (2011), a aplicação de medidas de contenção deve ser precedida de uma avaliação prévia da sua necessidade, sempre após esgotadas todas as medidas alternativas. A pessoa doente e a família, ou a pessoa significativa da pessoa devem ser informados acerca da adoção das medidas de contenção.

Numa era em que os cuidados estão cada vez mais focados na pessoa como o centro do cuidado, os efeitos que a aplicação da contenção mecânica tem nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica aparecem como controversos. A contenção mecânica tem uma incidência relevante nas unidades de cuidados intensivos, tendo como motivo principal evitar a interrupção de processos terapêuticos. No estudo transversal de Kandeel (2013), as contenções mecânicas eram normalmente utilizadas pelos enfermeiros para segurança, contudo apresentavam complicações no local, como rubor, hematomas e edemas. Também Ertuğrul e Özden (2019), num estudo realizado na Turquia, revelam que o tempo de permanência das contenções mecânicas aumenta as complicações neurovasculares, além disso, o estudo demonstrou que os enfermeiros não fazem verificação regular da contenção no pulso e não avaliam a circulação periférica, sendo, para tal, necessário desenvolver programas de treino, normas e estratégias de follow-up apropriadas, nas unidades de cuidados intensivos. Por isso a DGS (2011) recomenda que deve existir uma reflexão ponderada sobre o uso das contenções, uma vez que existem riscos de lesão associados, nomeadamente físicos, psicológicos e éticos, e, portanto, os profissionais devem estudar alternativas. .

Existem ainda dilemas na utilização de contenções mecânicas vividos pelas equipas de saúde, que vão desde o desconforto sentido pelos enfermeiros, e das complicações locais provocadas pelo seu uso, à necessidade de manter a pessoa doente em segurança, deve-se diminuir o seu uso, através da participação da família nos cuidados (Freeman et al., 2015; Martinez et al., 2017; Kandeel et al., 2013), uma vez que, a família pode ter um efeito calmante na pessoa doente. A equipa de

enfermagem deve frequentemente criar um ambiente físico mais acolhedor, no sentido de reorientar e providenciar uma sensação de segurança, controlando portanto, os fatores ambientais que podem exacerbar o *delirium* (House,2000).

2.2. A FAMÍLIA QUE VIVENCIA UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO

O conceito de família é definido por Hanson (2005) como dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para suporte emocional, físico ou económico. Os membros da família são definidos pelo próprio, e por isso os enfermeiros que trabalham com famílias devem questionar o doente sobre quem consideram como família e sobre quem devem incluir nos planos de cuidados, com a sua permissão.

De acordo com as *guidelines* dos cuidados centrados na família da Society of Critical Care Medicine, realizadas por Davidson et al.,(2017),

A família é definida pelo paciente, ou em caso de menores e sem capacidade para tomar decisões, pelo seu substituto. Neste contexto, a família pode estar relacionada ou não com o paciente. São, assim, indivíduos com quem o paciente tem uma relação e que o apoiam.

(p.3)

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Conselho Internacional de Enfermeiros define família como sendo uma “Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2010).

A admissão de um doente crítico na UCI envolve frequentemente familiares ou pessoas significativas. A experiência de ter um familiar em situação crítica numa UCI afeta de diferentes formas a família, que necessita perceber quais as suas necessidades e reações do seu familiar doente (Fumis et al., 2015). Nesta admissão aguda, a família vê-se confrontada com um sofrimento e stress inesperados e, “Perante esta situação, o primeiro sentimento que domina a família é a incapacidade, a qual

rapidamente gera impotência, ira, pena, tristeza, raiva, sofrimento, angústia, incerteza e outros sentimentos ” (Nunes, 2008, p. 31).

Perante a admissão, de uma pessoa em situação crítica na UCI, um conjunto de emoções decorrentes do stress surgem na família, O stress é assim uma resposta instintiva a um estímulo, como é a doença crítica da pessoa familiar. O termo *stress* foi estudado pela primeira vez por Selye (1956,p.14), que o definiu como a "Resposta inespecifica do corpo a qualquer exigência". De acordo com, o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, o stress é o “Conjunto das perturbações orgânicas e psíquicas provocadas por vários estímulos ou agentes agressores, como o frio, uma doença infecciosa, uma emoção, um choque cirúrgico, condições de vida muito activa e trepidante, etc.”(Priberam,2020)

Damásio (2010) defende que a emoção é o conjunto das alterações no estado do corpo, associadas a certas imagens mentais que ativaram um sistema cerebral específico. Por outro lado, o sentimento é a experiência das alterações no estado do corpo (processos cognitivos induzidos por substâncias neuroquímicas) justapostas com imagens mentais (memórias, lembranças) que iniciaram o ciclo, ou seja, são percepções compostas do que acontece no nosso corpo e mente quando estamos emocionados. Refere ainda que as emoções e os sentimentos estão intimamente relacionados com a razão, sendo os alicerces da mente.

Vários autores que têm vindo a estudar as emoções defendem que as podemos dividir em grupos. O argumento a favor da existência de um conjunto de emoções nucleares apoia-se nos autores como Ekman (1986), que nos seus estudos sobre expressões faciais identificou quatro expressões comuns e reconhecidas por várias culturas do mundo, que seriam o medo, a ira, a tristeza e o prazer. Plutchik (2005) propôs um modelo curvo em duas dimensões, em que constam oito emoções primárias (tristeza, surpresa, medo, confiança, alegria, antecipação, irritação e nojo). Damásio (2010) refere que as emoções podem ser primárias ou universais (alegria, tristeza, medo, ira, espanto e nojo), e, como tal, surgem na infância com o intuito de reação rápida aos diferentes estímulos. As emoções podem também ser classificadas em secundárias ou sociais, e estas constituem-se por cima das primárias, experimentando-se mais tarde, por implicarem uma avaliação cognitiva das situações e o recurso a aprendizagem feita. Por último, surgem as emoções de fundo, que representam o bem ou mal-estar, a calma ou a tensão.

Decorrente do internamento do familiar numa UCI, a família revela então um conjunto de experiências emocionais e de sofrimento, que são traduzidas em vulnerabilidade. Este processos significativos, e que geram um impacto na vida pessoal, e na dos seus membros e comunidade, são de acordo com Chick e Meleis (1986), uma transição, ou seja um período ou experiência de vida da pessoa, ocorrido entre dois momentos estáveis com momentos de continuidade e descontinuidade. Existe nesta transição um antes e um depois, que leva a uma intervenção e, portanto, a uma complexa interação pessoa-ambiente, que revela o processo e o resultado dos processos (Meleis & Trangenstein, 1994). Mais recentemente, Meleis (2007, p. 470) define transição como “uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades”.

A transição, enquanto processo que dela resulta, pode ser quanto ao tipo, no ponto de vista de Meleis et al., (2000) desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional. A pessoa experiência ao longo do seu ciclo vital, e de forma contínua, mudanças e transições, que resultam na aquisição de novos estilos de vida, novos comportamentos e relações, assim como em diferentes perceções sobre si mesmo no ambiente social. No entanto, no ciclo de vida da pessoa ocorrem mudanças, tanto previsíveis (a ida para a escola, o casamento e o nascimento de um filho) como imprevisíveis (a doença aguda, a morte e a gravidez não planeada), que exigem que a família recorra à sua capacidade de auto-organização e às suas fontes de suporte, de forma a conseguir resolver os problemas (Petronilho, 2007).

A admissão da pessoa em situação crítica num unidade de críticos, seja UCI ou serviço de urgência, constitui uma situação imprevisível, uma vez que “(...) as famílias têm pouco ou nenhum tempo para se prepararem e o resultado pode ser o aumento do stress, crise ou mesmo a disfuncionalidade (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 613). Portanto, a família vivencia uma transição situacional na medida em que o internamento do familiar constitui um evento crítico obrigando à redefinição de papeis e à reorganização familiar. A família necessita de ajuda do enfermeiro de forma a compreender a situação e ter consciência das suas próprias necessidades e vulnerabilidades.

As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição será mais bem-sucedida ao conhecer-se, pois “(...) a compreensão da transição permite aos enfermeiros prestar cuidados de forma mais holística”

(Schumacher & Meleis, 2010, p.12). Este conhecimento sobre a transição (Figura 1) possibilita um desencadeamento da mudança, a antecipação do evento, a preparação para se mover dentro da mudança e, por fim, a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições, simultaneamente.

Ao enfermeiro compete pois esclarecer, apoiar e consciencializar o familiar cuidador relativamente à situação crítica presente, ajudá-lo a compreender o processo de transição que está a vivenciar. O enfermeiro é, assim, o agente facilitador da transição do cliente e da família (Meleis & Trangenstein, 2010), que interage com a pessoa numa situação de saúde-doença, e com a família que vivencia uma transição situacional, apresentando-se a ambos como cliente de enfermagem, integrado num contexto sociocultural.

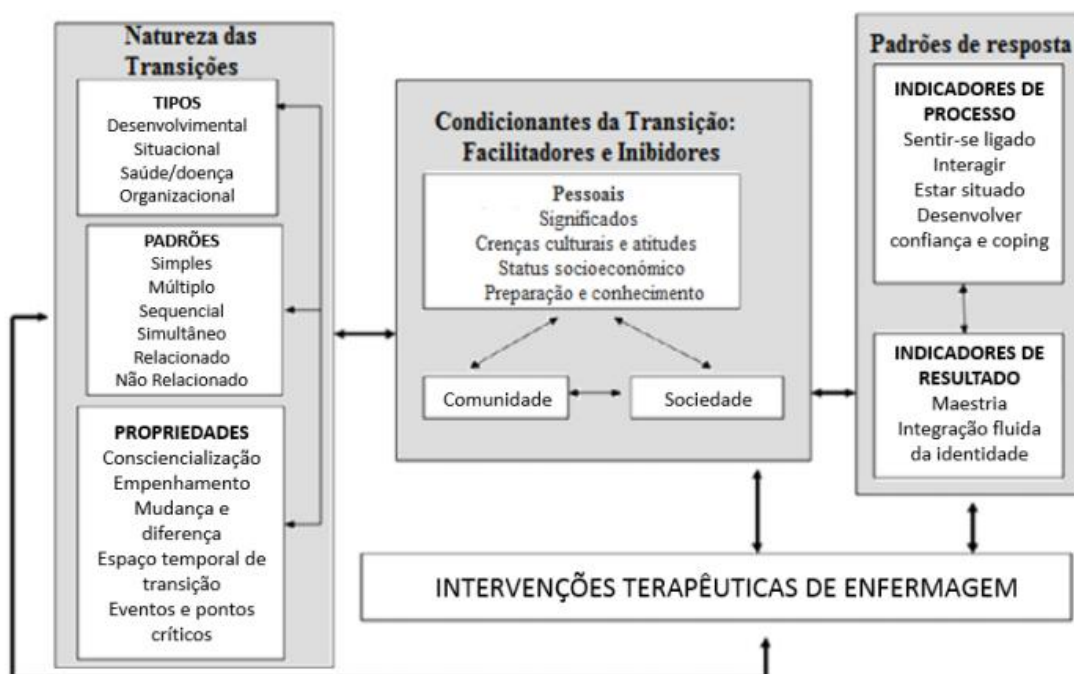


Figura .1. Teoria de médio alcance das Transições Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56) e de Im (2010, p. 419)

2.3. REVISÃO DE LITERATURA

Antes de se realizar a pesquisa, é fundamental definir-se explicitamente a questão de investigação, e, como tal, para definirmos a pergunta de pesquisa, recorreremos à estratégia PICO/D (Quadro 1).

Quadro 1. PICO/D

Intervenção	Comparação	Resultados	Desenho
Perspetiva dos familiares em relação em relação ao uso da contenção mecânica	-	Melhoria do papel da enfermagem na relação a com família	Estudos qualitativos e quantitativos

Deste modo, a questão de investigação para este estudo foi: “Que perspetiva tem a família sobre a contenção mecânica da pessoa em situação crítica?”

A seleção de estudos é uma etapa vital no processo de revisão e deve ser realizada para garantir que os resultados sejam credíveis e úteis, informando sobre a mudança da prática (Fineout-Overholt et al., 2010). Para identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho dos estudos pretendidos. Partindo do descritor *MeSH Browser*, e usando as palavras-chave na sequência *Restraint, Physical AND Adult AND Critical Care AND Family*, realizou-se uma pesquisa (Quadro 2), no dia 20 de Dezembro de 2019, nas plataformas eletrónicas *Ebsco, Scopus e Web of Science*, por dois revisores, de forma independente.

Consideraram-se como critérios de inclusão: disponibilidade em texto *online* integral, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, data da publicação – ano 2003 à data de pesquisa (20/12/2019); Participante – a família do doente crítico adulto (doentes com idade superior a 18 anos); Intervenção – os estudos que analissem a perspetiva ou perceção dos familiares em relação à contenção mecânica; estudos da disciplina de enfermagem; Resultados – apresentassem implicações para a enfermagem relação enfermeiro-família.

Como os critérios de exclusão foram definidos os seguintes: estudos que não abordassem famílias ou membros significativos dos doentes em situação crítica; estudos que não mencionassem conceitos contenções físicas/mecânicas; estudos que não fossem da área de enfermagem.

Quadro 2. Descritores e Operacionalização Booleana da Pesquisa

#	Descritores	Resultados EBSCO	Resultados SCOPUS	Resultados WebOfScience
S1	Restraint, Physical	15,947	14,517	11.713
S2	Adult	7,685,945	7,920,235	7.015.638

S3	Critical Care	259,575	183,992	192.836
S4	Family	1,677,321	1,852,770	2.110.654
S1 AND S2 AND S3 AND S4		19	20	10

Atendeu-se ao protocolo PRISMA (Figura 2) e às recomendações do Joanna Briggs Institute (2017), para o processo de identificação, seleção, elegibilidade, avaliação e inclusão dos estudos, tendo-se selecionado cinco estudos, que constituíram a amostra.

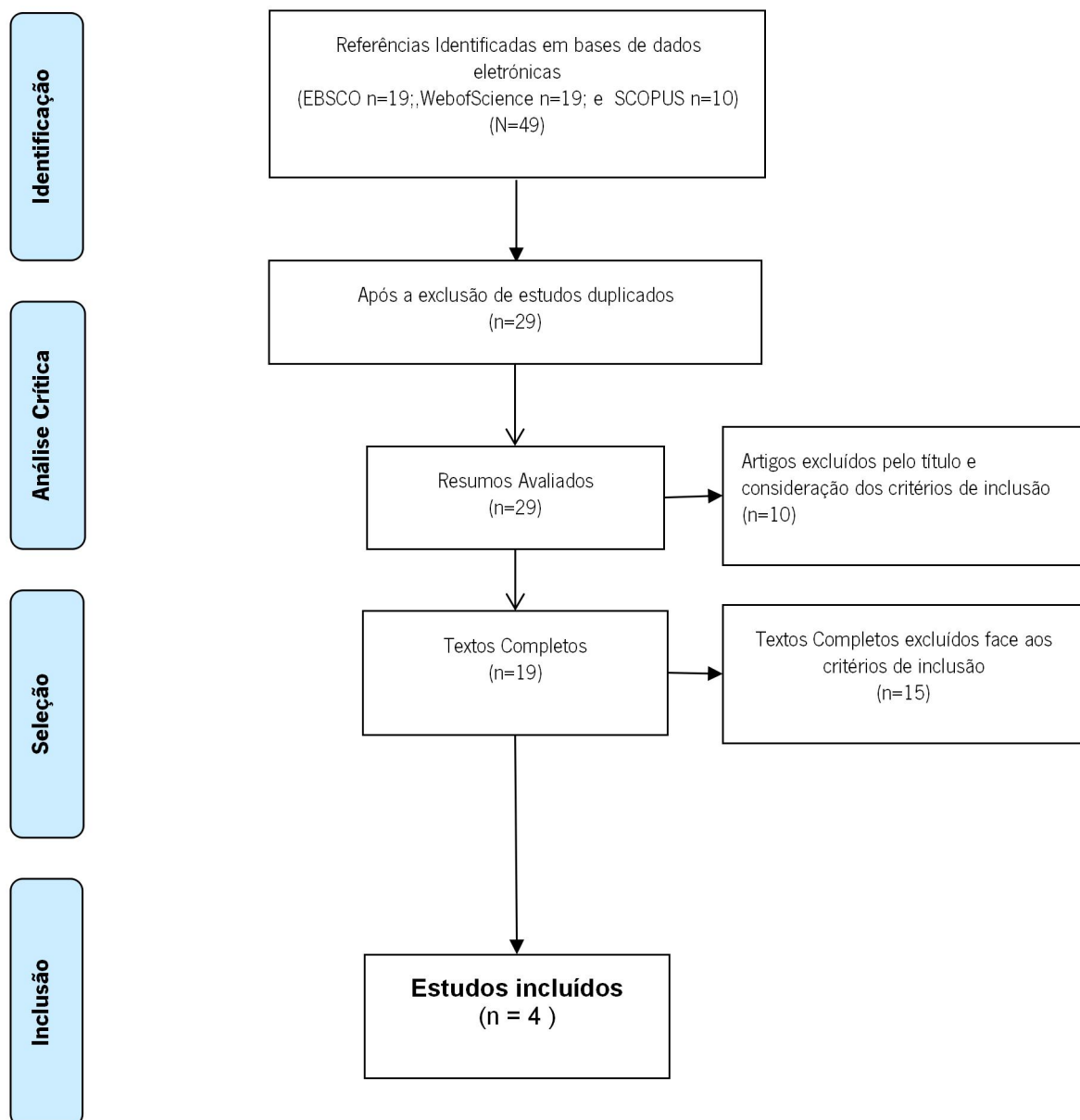


Figura 2. Mapeamento da seleção dos artigos a incluir na revisão – Flowchart

Para que os resultados sejam credíveis e úteis é importante o uso de ferramentas adequadas, garantindo que a avaliação dos estudos, quanto à sua qualidade, seja o mais objetiva possível e independente do avaliador, classificando hierarquicamente os estudos.

Os quadros seguintes (Quadro 3;Quadro 4; Quadro 5) representam os resultados da aplicação de Checklist para estudos de investigação qualitativos (anexo IX), baseados nas recomendações do Joanna Briggs Institute (2017), destinam-se a avaliar determinados tipos de estudos.

Quadro 3. Avaliação da qualidade metodológica das revisões incluídas

Review	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Rose et al. 2016	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Freeman et al. 2018	S	S	S	S	S	S	S	U	S	S	S
Perez et al. 2018	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
%	100	100	100	100	100	100	100	66	100	100	100

Nota: S = sim; N = não; U = não claro

Quadro 4. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos qualitativos

Citação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amatriain et al 2012	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Nota: S = sim; N = não; U = não claro.

Quadro 5. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais

Citação	1	2	3	4	5	6	7	8
Ambrosi et al. 2016	S	S	S	S	S	U	S	S
%	100	100	100	100	100	100	100	100

Nota: S = sim; N = não; U = não claro

Para a extração de dados (Tabela 6, 7, 8 e 9) para a evidência qualitativa, recorreremos às recomendações do modelo adaptado do Joanna Briggs Institute (2014).

Quadro 6. *Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 1*

Título: Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares	
Autor(es): A.I. Pérez de Ciriza Amatriaina, A. Nicolás Olmedoa, R. Goni Viguriaa, E. Regaira Martínez a, M.A. Margall Coscojuela b y M.C. Asiain Erro	
Metodologia	Estudo descritivo
Método	Estudo misto (quantitativo, análise estatística descritiva; qualitativa, entrevista semiestruturada, gravada e transcrita integralmente)
Fenómeno de Interesse	Prevalência da utilização das contenções e a percepção dos doentes e familiares
Contexto	Espanha, Pamplona, Clínica Universitária de Navarra, Unidade de Cuidados Intensivos
Cultural	Adultos de residentes em Espanha
Participantes	101 doentes para análise da incidência e prevalência; 30 doentes internados em Unidade de Cuidados Intensivos e 30 familiares
Análise dos dados	Análise de conteúdo das entrevistas através do método de Hsieh & Shannon
Conclusão dos Autores	A maioria dos doentes estiveram submetidos a contenção física durante um breve período de tempo, tendo-se utilizado um sistema único de contenção de punho. Os doentes com contenção e os seus familiares manifestaram uma diversidade de sentimentos e sensações, sem repercussão negativa no futuro. Em geral, expressaram a aceitação da contenção, mas uma informação mais precisa melhoraria a aceitação. Conhecer a prevalência e a utilização das contenções em Cuidados Intensivos é fundamental para se estabelecer intervenções que reduzam a sua utilização, não menosprezando a manutenção a prestação de cuidados em segurança ao doente.

Quadro 7. *Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 2*

Título: Factors affecting in-hospital informal caregiving as decided by families: findings from a longitudinal study conducted in acute medical units	
Autor(es): Elisa Ambrosi, Catia Biavati, Annamaria Guarnier, Paolo Barelli, Paola Zambiasi, Elisabetta Allegrini, Letizia Bazoli, Paola Casson, Meri Marin, Marisa Padovan, Michele Picogna, Patrizia Taddia, Daniele Salmaso, Paolo Chiari, Tiziana Frison, Oliva Marognolli, Carla Benaglio, Federica Canzan, Luisa Saiani e Alvisa Palese	
Metodologia	Estudo quantitativo transversal
Método	Os dados foram recolhidos por observação direta ou entrevista, de dois investigadores por unidade. Foram aplicadas as escalas de Blayblock Risk Assessment Screening Socre, Escala de Barthel, Braden, Conley. Além disso, os dados referentes ao surgimento de eventos adversos durante o

	internamento do doente, como quedas, contenção mecânica e úlceras de pressão, foram recolhidos diariamente e registados no diário de enfermagem.
Fenómeno de Interesse	Fatores que influenciam os cuidados informais prestados por familiares a doentes idosos
Contexto	12 unidades de cuidados intensivos do norte de Itália
Cultural	Doentes idosos (>65 anos) e familiares adultos residentes em Itália
Participantes	1464 doentes, dos quais 77,10 % tiveram pelo menos um turno onde foram prestados alguns cuidados por familiar(es)
Análise dos dados	Análise estatística descritiva com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)
Conclusão dos Autores	A família desempenha um papel importante nos cuidados ao doente idoso admitido em unidades de agudos, nomeadamente nos turnos da manhã e da tarde. Os doentes que correm o risco de internamentos mais prolongados e de ocorrências de eventos clínicos adversos, como quedas, confusão/agitação, utilização de contenções mecânicas e úlceras de pressão, são mais propensos a receber dos seus familiares cuidados informais. Existem uma relação entre o número de cuidados de enfermagem com a quantidade de turnos, em que a família participa nos cuidados prestados aos doente. Assim, quanto maior for o número de participações na prestação de cuidados informais, menor será número de cuidados formais/enfermagem e vice-versa. Deverá ser considerado como prioridade o estudo dos motivos do cuidado familiar/informal e de se o mesmo deve fazer parte de modelos avançados de envolvimento familiar nos processos de cuidado como estratégia de empoderamento, ou como intervenção compensatória adotada pelas famílias para proteger os seus entes mais frágeis em tempos de contenção de custos.

Quadro 8. *Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 3*

Título: Patient agitation and its management in adult critical care: a systematic review and narrative synthesis	
Autor(es): Samantha Freeman, Janelle Yorke, Paul Dark (2018)	
Metodologia	Revisão Sistemática
Método	Procedeu-se à pesquisa sistemática e seleção da literatura encontrada nas bases de dados CINAHL, British Nursing Index, Cochrane Library, Proquest Ovid incluindo a Embase e Medline. Os estudos selecionados, 24 artigos originais, foram analisados usando uma abordagem estruturada da revisão da narrativa.
Fenómeno de Interesse	Gestão da agitação de doentes adultos internados em UCI, com contenção mecânica e identificação dos riscos e benefícios das estratégias em uso; Riscos de remoção de dispositivos médicos ou auto-extubação.
Contexto	Doentes adultos em Unidade de Cuidados Intensivos

Cultural	Multicultural
Participantes	De acordo com os critérios de inclusão e exclusão
Análise dos dados	A revisão foi realizada tendo em conta a ferramenta The Critical Appraisal Programme (CASP) através de três revisores. Procedeu-se à síntese dos dados através de uma matriz construída para o efeito.
Conclusão dos Autores	A gestão da agitação em Unidade de Cuidados Intensivos deve ter uma abordagem multifatorial. Os profissionais de saúde devem clarificar os conceitos de agitação, ansiedade e <i>delirium</i> , que por vezes se têm confundido e misturado. As tomadas de decisão no sentido de gerir a agitação no doente, como a contenção mecânica, por vezes potencia em vez de controlar. Existem algumas dúvidas quanto à eficácia da contenção, e o seu impacto fisiológico e efeitos a longo prazo precisam de ser mais estudados. A revisão destacou que o risco de auto-extubação está associado à agitação e reforça a ideia de que os profissionais devem investir mais na vigilância do doente. Os autores reconhecem que existe um distanciamento entre a perspetiva dos doentes/ familiares e a dos profissionais de saúde em relação à agitação e à sua gestão.
Comentários dos Revisores	O reconhecimento prévio da agitação, a mobilização precoce do doentes, a terapêutica adequada na prevenção da agitação e o envolvimento da família são fundamentais para a diminuição da utilização da contenção mecânica.

Quadro 9. Extração de Dados para evidência qualitativa do Estudo 4

Título:	Physical restraints in intensive care - An integrative review
Autor(es):	Dawn Perez, Kath Peters, Lesley Wilkes, Gillian Murphy (2018)
Metodologia	Revisão integrativa da literatura
Método	No sentido de explorar as experiências em relação às contenções mecânicas em UCI, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL, Proquest, Medline, PubMed, and Cochrane.
Fenómeno de Interesse	Contenção mecânica, experiências relativamente à utilização.
Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos
Cultural	Europa, Ásia e Estados Unidos da América
Participantes	Doentes, família e enfermeiros
Análise dos dados	Os dados foram avaliados utilizando uma escala de qualidade, adaptada de Walsh e Downe. Os resultados analisados foram sintetizados em temas

	principais.
Conclusão dos Autores	<p>As contenções mecânicas têm uma alta prevalência nas Unidades de Cuidados Intensivos de todo o mundo e são utilizadas no sentido de manter e prevenir as interferências no tratamento. A maioria dos clínicos concorda que a utilização de contenções mecânicas tem um impacto negativo nos enfermeiros, nos doentes e nas suas famílias. Existem, ainda, um défice de educação, treino e protocolos para os enfermeiros que são os primeiros decisores, tanto na aplicação como na remoção das contenções mecânicas. Não existe também informação suficiente acerca das experiências dos doentes que estão submetidos a contenção mecânica, e, ainda, em relação às famílias dos doentes que experienciam essa transição. Assim, será necessária ainda mais investigação, no sentido de implementar estratégias para minimizar o uso das contenções mecânicas em UCI e perceber as experiências dos familiares, doentes e enfermeiros.</p>

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

Desde Nightingale até aos tempos modernos, a Enfermagem tem vindo a assumir-se como profissão e disciplina, no entanto, este percurso deveu-se sobretudo ao desenvolvimento das próprias teorias, que são o suporte para uma prática fundamentada e autónoma. O crescimento da disciplina de Enfermagem ganha o seu verdadeiro significado quando o conhecimento é passível de ser aplicado na prática e quando desta mesma prática emergem conhecimentos para uma construção teórica. Na visão de Kérouac et al. (1996) a prática centra-se no cuidado à pessoa (indivíduo, família, grupo e comunidade), que está em constante interação com o ambiente e que vive experiências de saúde.

O enfermeiro é, assim, um profissional com um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao cliente (Decreto-Lei n.º 161/96). Neste seguimento, o conceito de competência é descrito, por Fleury (2001), como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, um grupo de capacidades humanas que justificam um elevado desempenho. A competência está assim alicerçada a um conjunto de recursos, fundamentados na inteligência e na personalidade das pessoas. A prática de enfermagem é mais do que o cumprimento de múltiplas tarefas, requerendo uma agudeza intelectual considerável do exterior, que parece indicar intuição, característica dos enfermeiros mais experientes ou peritos, ou seja, como referem Kérouac et al. (1996), uma ação acertada, pensada, refletida, que responda às necessidades da pessoa. O enfermeiro perito ou especialista é, de acordo com a definição do Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (REPE), o profissional “habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Decreto-Lei n.º 161/96). As competências específicas do enfermeiro especialista emergem das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o Estatuto da OE passou a identificar no artigo 40.º título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Dada, ainda, na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, a necessidade cuidados especializados em áreas emergentes, e pelo próprio contexto de intervenção, encontra-se

dividida em quatro áreas, entre as quais a área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Situação Crítica apresenta-se assim como uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica. Assim, de acordo com o artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, fazem parte das suas competências específicas nomeadamente:

- a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamizar a resposta em situações de emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade dada a situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.1. CUIDADO À PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

O internamento em UCI implica a ocorrência de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e, como tal, de processos de transição de saúde-doença mais complexos e direcionados. Nesse sentido, o enfermeiro especialista, de acordo com as suas competências específicas explanadas no artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, deve cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia essa transição. O enfermeiro especialista, na sua experiência numa unidade de cuidados intensivos, antecipa focos de instabilidade, aplicando protocolos complexos, nomeadamente nas alterações do estado de consciência, na hipotensão e na taquipneia, que podem representar uma sépsis (Singer et al., 2016). O ambiente da unidade de cuidados intensivos, pela panóplia de equipamentos de monitorização, suporte mecânico e tecnologia, provoca na família e na pessoa um conjunto de alterações emocionais, psicossociais, espirituais que necessitam de ser prontamente identificadas. A medidas invasivas decorrentes de procedimentos terapêuticos provocam alterações fisiológicas no corpo da pessoa, com conseqüente mal-estar e dor. A gestão da dor é um direito da pessoa e está significativamente relacionada com o *delirium* (Chanques et al., 2010). O enfermeiro, assim, posiciona-se em vantagem do ponto de vista da relação terapêutica, tanto com a família como com a pessoa, uma vez que, de acordo com o anexo II do artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, fazem parte das suas competências e conhecimentos as estratégias de comunicação e, por conseguinte, a

promoção da relação de ajuda, a gestão de emoções e dos processos psicológicos decorrentes da situação crítica, ou mesmo da morte e possível doação de órgãos.

3.2. ENFERMEIRO DINAMIZADOR DA RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

No sentido de proteger o território nacional da eminência ou ocorrência de uma catástrofe, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 87/2013 aprovou o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, desenvolvido pela Autoridade Nacional de Proteção Civil (2013), que permite uniformizar e focalizar as ações a desenvolver, nomeadamente na coordenação operacional e técnica, dos meios a utilizar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar. Na Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006, no artigo 3.º, podemos encontrar as definições dos conceitos de *acidente grave* e de *catástrofe*, da seguinte forma:

1 - Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.

2 - Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.

Dada a ausência de enquadramento legislativo e de definição clara na Lei de Bases da Proteção Civil, o Instituto Nacional de Emergência Médica clarifica o conceito de exceção, como o “contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012, p. 12).

Por outro lado, a emergência é definida como uma

...situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que, afetando-lhe ou podendo potencialmente afetar algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida. (OE, 2009, p. 2)

Se o Plano Nacional de Emergência for ativado, uma série de ações de resposta são tomadas e desenvolvidas de imediato, considerando-se assim a fase de emergência, nomeadamente a emergência pré-hospitalar e o transporte de vítimas, que é coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, denominado de INEM, com a função de coordenar todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem e as evacuações primárias e secundárias, a referenciação e o transporte para as unidades de saúde adequadas (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2013).

O enfermeiro especialista em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica, pelo seu perfil de competência, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018, cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe. Várias vezes, o enfermeiro desta especialidade é confrontado tanto em ambiente extra-hospitalar como em serviços de urgência dos hospitais, com situações de exceção. Uma das situações mais frequentes que ocorrem são os acidentes rodoviários envolvendo várias vítimas, em que o enfermeiro tem de ter a capacidade e competência para garantir as condições de segurança, realizar uma adequada triagem e dar resposta à situação com cuidados adequados, preservando o local da ocorrência de indícios de crime.

3.3. PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

A admissão de pessoas em situação crítica em serviços de urgência e o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios apresenta-se como um potencial risco na contração de infeções, uma vez que, dada a tipologia destas pessoas, os cuidados e procedimentos são muitas vezes invasivos. De acordo com o relatório anual epidemiológico do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD), a taxa de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde em Unidades de Cuidados Intensivos é de 8,3%. Assim, quando falamos em Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), referimo-nos a “infeções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associadas à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados” (DGS, 2007b, p. 5).

A preocupação crescente das IACS ultrapassa fronteiras e apresenta-se como um tema discutido tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pelo CEPCD, que estimou que surgem, todos os anos na Europa, mais de 2,6 milhões de novos casos de infeção relacionados com os cuidados de saúde, com uma carga cumulativa estimada na incapacidade por anos de vida, sendo superior aos relatórios de 32 doenças transmissíveis comunicadas (Cassini et al., 2016). De todas as pessoas em situação crítica que estão internadas em UCI, por mais de dois dias, cerca de 6% apresentam pneumonia, 4%, infeção no sangue, e 2%, infeção do trato urinário. Assim, 97% das pneumonias estão associadas à intubação endotraqueal, 37 % das infeções no sangue, à presença de cateter, e 98% das infeções urinárias estão relacionadas com a presença de cateter urinário/vesical (ECDC, 2019).

O enfermeiro especialista na PSC deve estabelecer estratégias pró-ativas e de liderança, no sentido de diminuir as infeções relacionadas com a intubação endotraqueal (PPCIRA, 2018), nomeadamente conhecendo e cumprindo os *Bundles* ou *Feixes*, desenvolvidos pelo PPCIRA, que segundo a DGS (2017) são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Num dos feixes de intervenção, e a título de exemplo, temos a norma 021/2015 da DGS (2017), feixe de intervenção de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Neste sentido, faz parte das competências do enfermeiro especialista em enfermagem da PSC, de acordo com o anexo II do Regulamento n.º 429/2018, que o enfermeiro deve salvaguardar o cumprimento dos procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção, nomeadamente através da aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que se destinam a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, garantindo a segurança dos profissionais e das pessoas utentes.

4. PERCUSO METODOLÓGICO

A obtenção de conhecimento obedece a um conjunto de procedimentos que nada mais são do que o caminho ou a metodologia. Esta metodologia constitui uma estratégia e orientação geral do trabalho e direciona o investigador a abordar o seu estudo de forma quantitativa ou qualitativa. Neste capítulo abordaremos o tipo de estudo, a população e a amostra, o instrumento de recolha de dados, bem como o processo de recolha e subsequente análise de dados. Ainda neste capítulo são abordadas as questões éticas relativas ao estudo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

No sentido de compreender o fenómeno no seu ambiente natural recorreu-se a uma abordagem qualitativa, em que Vilelas (2017) refere haver uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, sendo o ambiente natural a fonte direta da recolha de dados, e o pesquisador, o instrumento-chave. A abordagem qualitativa insere-se num paradigma naturalista do significado, ou na perspetiva de interpretação que determinado fenómeno representa para os indivíduos (Fortin, 2009).

Dado que o objetivo deste estudo é compreender a perspetiva ou o significado que as famílias das pessoas em situação crítica têm em relação às contenções mecânicas, optámos por utilizar uma abordagem qualitativa. Este estudo é do tipo descritivo, na medida em que descreve a realidade e interpreta os factos sem interferir nos mesmos. Neste sentido, Vilelas (2017) refere que o investigador se aproxima da realidade, procura descrever e documentar as propriedades importantes das pessoas ou os fenómenos que sejam passíveis de ser submetidos a análise.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de todos os elementos, ou seja, um todo que tem propriedades que se pretendem investigar, com características comuns num determinado espaço (Vilelas, 2017). No caso da população deste estudo, considerámos todos os familiares ou pessoas significativas que visitaram a pessoa em situação crítica com contenção mecânica, numa unidade de cuidados intensivos e/ou unidade de cuidados intermédios de um hospital do norte de Portugal.

Nesse sentido, para possibilitar o processo de recolha de dados recorreremos a uma amostra, ou seja, a uma parte da população que represente a generalidade, que Vilelas (2017) refere ser uma porção relativamente reduzida de unidades, que obtenham conclusões semelhantes se eventualmente estudarmos o total da população. Também de acordo com Fortin (2009), e sendo este estudo de abordagem qualitativa, considerámos que a amostra é não aleatória e, portanto, o tamanho da amostra não se faz através de avaliações estatísticas como ocorre na investigação quantitativa, de acordo com ações que permitem alcançar o objetivo do estudo. Por isso, neste estudo, e de acordo com Vilelas (2017), a amostra é não probabilística intencional, visto ser mais adequada para estudos qualitativos, além de que as unidades escolhidas são de acordo com as características consideradas relevantes pelo investigador.

A amostra deste estudo foi constituída por 14 familiares ou pessoas significativas de pessoas em situação crítica, das quais dez familiares de PSC em unidades de cuidados intensivos, e por quatro familiares de PSC em unidade de cuidados intermédios, de um hospital do norte de Portugal, em que o critério de inclusão principal foi a utilização de contenção mecânica de pulso e/ou tornozelo no controlo da atividade física da pessoa em situação crítica. Também como critérios de inclusão as famílias ou membros significativos visitaram o seu membro familiar doente, internado na unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermédios. E ainda, as contenções mecânicas incluídas nesta pesquisa foram de pulso/punho, passíveis de ser aplicadas nos tornozelos, que respeitem as normas do hospital e as recomendações do fabricante. Foram excluídos deste estudo outro tipo de contenções mecânicas, nomeadamente cintos pélvicos, luvas de proteção, que no entanto não observámos durante a investigação.

4.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A escolha correta dos instrumentos de recolha de dados define a qualidade da direção da investigação e, por conseguinte, os seus resultados. Para Fortin (2009) e Vilelas (2017), os recursos e os instrumentos de medida utilizados pelo investigador no processo de investigação, no sentido de conhecer os fenómenos e de extrair deles informações, são os instrumentos de recolha de dados e devem estar adequados ao objetivo do estudo e às suas questões de investigação.

Entendemos que para este tipo de estudo, a entrevista semiestruturada será o método mais adequada, dado ser uma forma específica de interação social. Segundo Vilelas (2017), a vantagem essencial da

entrevista reside no facto de serem os próprios atores sociais quem proporciona os dados relativos às atitudes e expectativas, bem como opiniões e desejos, os quais são impossíveis de ser observados de fora, pela sua natureza. Também na perspetiva de Fortin (2009), quando o investigador pretender compreender a perspetiva e a experiência que um participante tem em relação a um fenómeno, recorre principalmente à entrevista semiestruturada.

Como o objetivo deste estudo foi conhecermos as perspetivas que as famílias têm em relação a um fenómeno, a entrevista, constituída por um guião com perguntas descritivas, permitirá descobrir os significados atribuídos pelas mesmas, como se pode analisar no anexo I.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As boas práticas de investigação e de pesquisa devem obedecer a um conjunto de questões éticas e morais por parte do investigador. Segundo Vilelas (2017), toda a investigação envolvendo seres humanos pode pôr em causa uma série de direitos e liberdades da pessoa, que, como investigadores, teremos de ter em conta, nomeadamente os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, bem como ao tratamento justo e equitativo. Neste sentido, e de forma a garantir a proteção dos participantes e dos direitos humanos, seguiu-se o princípio legal fundamental do consentimento informado livre e esclarecido, para participação em investigação, de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) . Este consentimento foi elaborado segundo o guião disponibilizado pela ARSN e através do Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), no contexto da Investigação Clínica, que se podem ver no (anexo II). Além disso, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) (anexo VII), bem como submetido e aprovado pela comissão de ética da instituição onde decorreu a investigação (anexo VI), além da apresentação e aprovação do projeto à enfermeira-chefe (anexo V) e ao respetivo diretor do serviço de UCI/UCM (Anexo IV).

Previamente à sua realização, este estudo foi submetido e aprovado pela unidade orgânica promotora, a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (anexo III), bem como a submissão e correspondente aprovação pelo conselho de administração do local onde foi realizada a investigação (anexo VI).

A recolha de dados foi realizada aos familiares/pessoas significativas de pessoas em situação crítica internadas nos serviços de Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Intermédios de um hospital do norte de Portugal. No momento precedente à entrevista foram realizadas as devidas apresentações do investigador do estudo (identificado com cartão da universidade e da ordem dos enfermeiros). Além disso, foram prestadas todas as informações aos participante e entregue o consentimento informado em duplicado (Anexo II), permitindo a sua participação livre e esclarecida e de forma voluntária. Em relação à participação no estudo foi explicado aos participantes que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento da investigação, sem que isso representasse prejuízo para os participantes ou para os familiares de pessoas em situação crítica. Toda a informação recolhida em formato audio foi conservada de acordo com o RGPD e que será apenas utilizada no decorrer do estudo, assegurando a sua confidencialidade e anonimato (anexo VIII).

4.5. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento e análise de dados na abordagem qualitativa recai mais sobre a dinâmica social e holística, sem que haja controlo parte do investigador, embora seja necessário uma sensibilidade, experiência e conhecimento. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo “é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações” (p. 140). E para Vilelas (2017), a análise de conteúdo é o método mais frequentemente adotado no tratamento de dados nas investigações de abordagem qualitativa e pressupõe o uso de técnicas de interpretação da comunicação com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mesmas mensagens.

A análise de conteúdo é um processo sistemático e, como tal, obedece a uma série de etapas ou polos cronológicos, que Bardin (2008) distingue como: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. No sentido de melhorar a eficácia e, por conseguinte, a qualidade do tratamento de dados, vai ser utilizada a ferramenta de análise de conteúdo suportada por *software webQDA versão 3.0*.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo refere-se aos procedimentos adotados na análise dos dados. Apresentam-se em primeiro as categorias e subcategorias que surgiram da análise de dados, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2008).

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM ESTUDO

Para melhor compreender os participantes do estudo, procedemos à sua caracterização sociodemográfica. A amostra, como se pode constatar na tabela 1, foi constituída por 14 familiares ou pessoas significativas de uma pessoa em situação crítica.

Tabela 1. *Dados sociodemográficos dos participantes*

Participante	Género	Idade	Ano/Grau de Escolaridade	Grau de Parentesco	Unidade de admissão da PSC
F1	Masculino	25	9.º	Irmão	Intermédios
F2	Feminino	72	4.º	Esposa	Intensivos
F3	Feminino	43	6.º	Filha	Intensivos
F4	Masculino	37	Licenciatura	Neto	Intensivos
F5	Masculino	52	6.º	Filho	Intensivos
F6	Feminino	81	4.º	Esposa	Intensivos
F7	Feminino	55	4.º	Esposa	Intensivos
F8	Feminino	46	6.º	Filha	Intensivos
F9	Feminino	78	3.º	Esposa	Intensivos
F10	Masculino	45	4.º	Marido	Intermédios
F11	Feminino	19	9.º	Neta	Intermédios
F12	Feminino	71	4.º	Cunhada	Intermédios
F13	Feminino	67	4.º	Esposa	Intensivos
F14	Feminino	59	4.º	Mãe	Intensivos

Quanto ao género dos participantes, verificamos que dez participantes, representando 71 % são do sexo feminino e quatro (29%) são do sexo masculino (Gráfico 1).

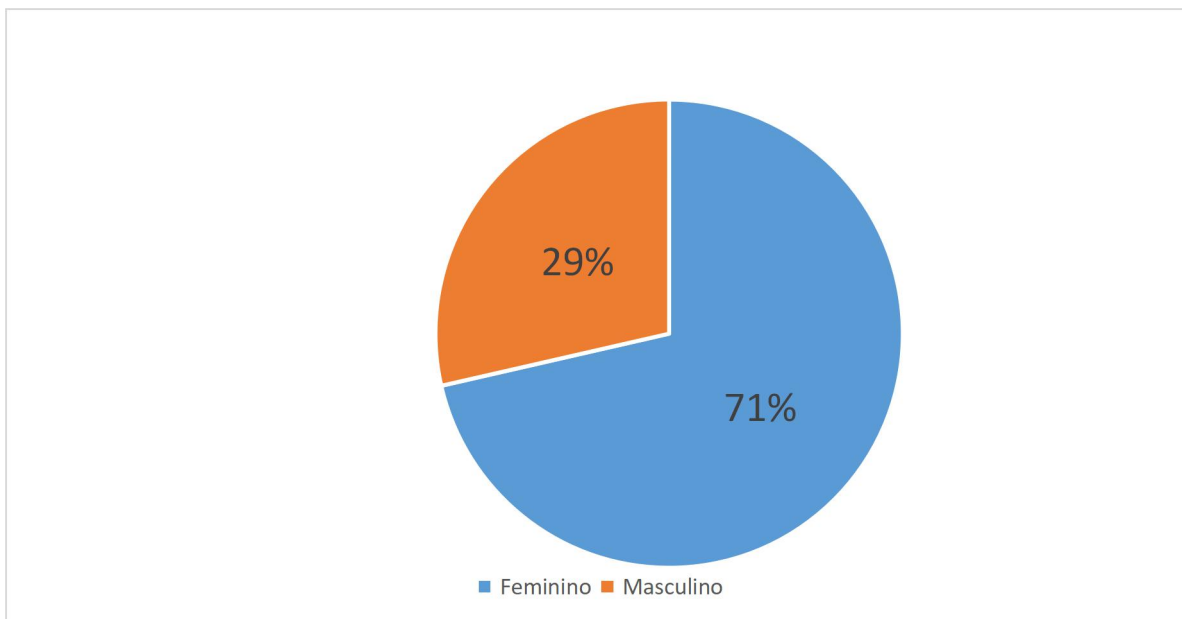


Gráfico 1. Género dos Participantes

No que reporta à idade dos participantes verifica-se que dois participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos; três participantes entre os 36 e os 45 anos; três participantes entre os 46 e os 55 anos; um participante, entre os 56 e os 65 anos; três participantes encontram-se entre os 66 e os 75 anos, e, por fim, dois participantes têm idades compreendidas entre os 76 e os 85 anos (Gráfico 2).

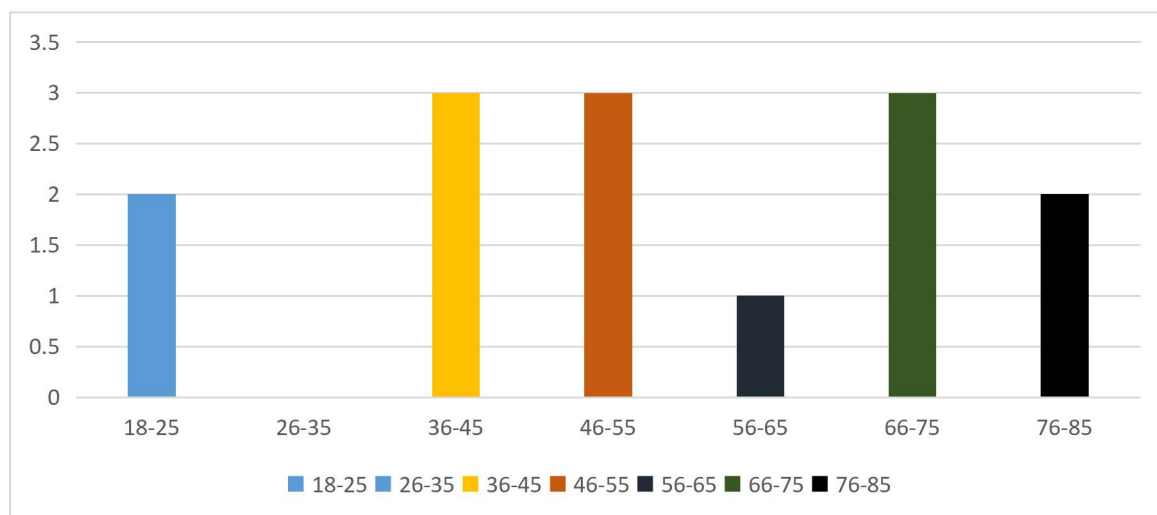


Gráfico 2. Frequência das Idades

No que respeita ao grau/ano de escolaridade dos participantes no estudo, metade dos participantes têm o 4.º ano de escolaridade, apenas um tem o 3.º ano de escolaridade, e um outro participante tem o grau de Licenciatura, com o 6.º ano há três participantes e com o 9.º ano, dois participantes (Gráfico 3).

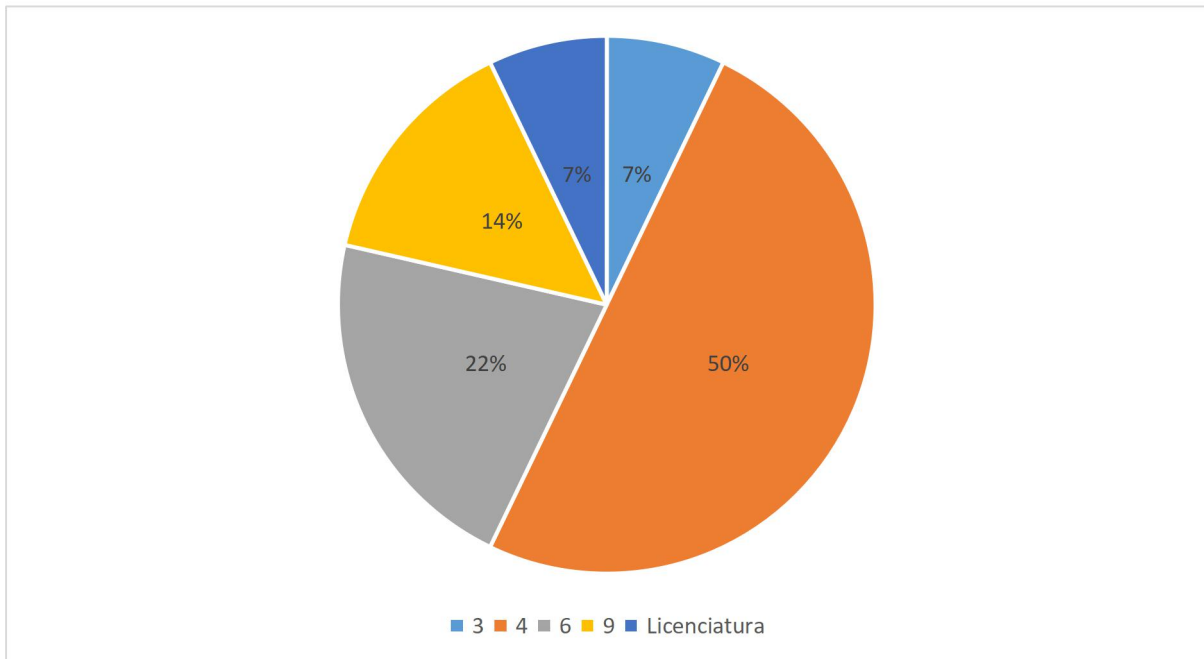


Gráfico 3. Ano de Escolaridade

No que compete ao grau de parentesco dos participantes relativamente à pessoa em situação crítica, cinco participantes incluídos no estudo são esposas, três dos participantes, filha(o), dois neto(a), um participante marido, uma cunhada, um irmão e uma mãe (Gráfico 4).

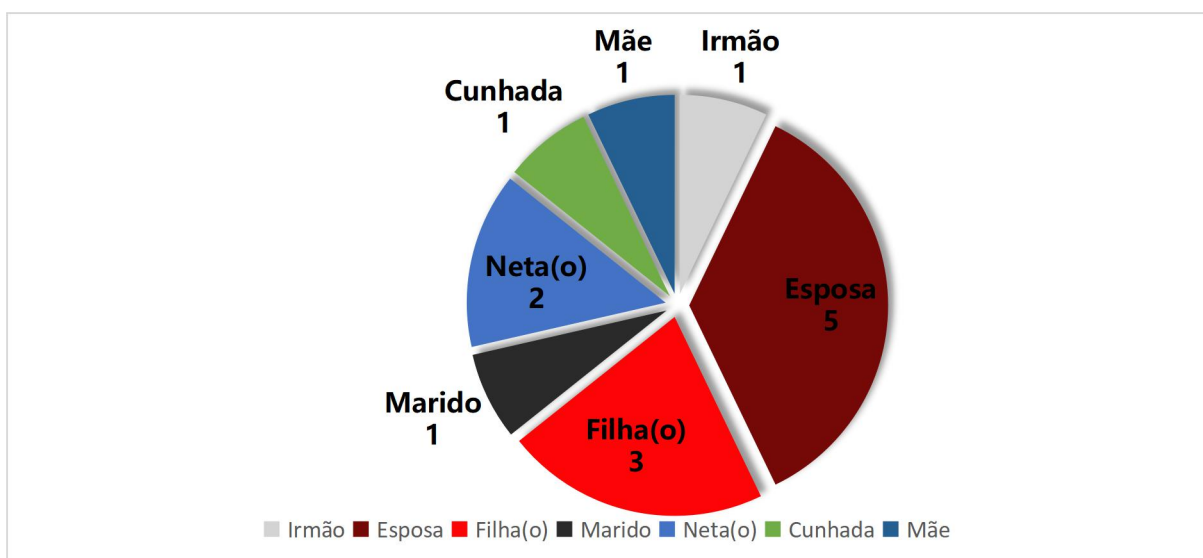


Gráfico 4. Grau de parentesco

5.2. CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

O estudo explora e descreve a perspetiva dos familiares de pessoas adultas em situação crítica em relação à utilização de contenção mecânica. Após a análise do corpus documental afluíram quatro categorias: (i) **Resposta psicológica da família**; (ii) **Tomada de decisão do enfermeiro**; (iii) **Alternativa(s) à contenção mecânica**; (iv) **Família como parceira nos cuidados de enfermagem**. O Quadro 10 ilustra a matriz de redução de dados, permitindo, assim, uma visão global das categorias e das subcategorias.

Quadro 10. Matriz de redução de dados

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Resposta psicológica da família	Emoções/Sentimentos Negativos	Angústia Aflição Tristeza Compaixão Apreensão Terror Repugnância Embotamento afetivo
	Emoções/Sentimentos Positivos	Serenidade Otimismo Esperança
Tomada de decisão do enfermeiro	Alteração do comportamento	Controlar a agitação Nervosismo Promover a calma
	Manutenção do tratamento em segurança	Prevenção da exteriorização de dispositivos Benefício nos resultados do tratamento Risco de Queda Redução da Carga de Trabalho dos Enfermeiros
Alternativa(s) à contenção mecânica	Desconhecimento de alternativas	Falta de informação/literacia Proposta procura de alternativas
	Intervenções de enfermagem	Comunicação com a pessoa Afeto/Carinho Vigilância Presença da família
	Medidas farmacológicas	Sedação

Família como parceira nos cuidados de enfermagem	Relação terapêutica	A comunicação com a família e satisfação dos cuidados de enfermagem Família na tomada de decisão das contenções mecânicas
	Presença da Família	Capacitação da família na comunicação com a PSC Normas de visita em UCI Suporte Emocional

No sentido de apresentar e discutir os resultados, consideramos recorrer a excertos das narrativas seguidos da reflexão sobre os mesmos. Contudo, para manter a coerência, relativamente a todos os elementos do texto decorrente das narrativas, adotamos os seguintes códigos:

- Negrito, no sentido de assinalar as categorias e subcategorias;
- Para a identificação de cada um dos familiares/pessoas significativas utilizamos a letra F seguida do respetivo número (1 a 14), e a unidade onde estava admitido o doente crítico, U - Unidade de Cuidados Intensivos e I - Unidade de Cuidados Intermédios;
- Citações em itálico e entre aspas para salientar o discurso direto dos participantes;
- Reticências para destacar momentos de hesitação, dúvidas ou reflexão;
- Para assinalar um corte na narrativa utilizamos o [...], que no entanto não traduz um significado importante para a interpretação e análise de dados. No sentido de organizar e sistematizar a informação recolhida, recorreremos a um quadro onde se explanam as categorias à esquerda, e na mesma linha, mas em segunda coluna, as correspondentes categorias, e as unidades de registo, na terceira coluna. Este quadro, no ponto a seguir, será subdivido de acordo com as categorias, de forma a proceder à análise, interpretação e discussão dos resultados.

5.3. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a fase da apresentação de resultados, iniciaremos a análise, interpretação e discussão dos resultados, refletindo e fundamentando sobre os mesmos à luz melhor evidência disponível. Neste sentido, prosseguimos para a análise da categoria **resposta psicológica da família** (Quadro 11).

O facto de um familiar ter um ente querido numa Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédia provoca uma resposta psicológica, e se o mesmo estiver com contenção mecânica, agrava a sensação do seu estado. A família da pessoa em situação crítica com contenção manifesta uma diversidade de

sentimentos e de sensações (Amatriain et al., 2012). Além disso, a admissão inesperada de um familiar numa UCI numa situação de ameaça de vida está intrinsecamente relacionada com emoções intensas como medo, stress e ansiedade nas famílias. Existe, assim, um potencial risco de alteração do bem-estar psicológico destas famílias, sendo por isso necessário prevenir as sequelas relacionadas com o internamento na UCI, reduzindo portanto a Síndrome de pós-cuidados intensivos (Garrouste-Orgeas et al., 2017; Davidson, Aslaskson, Long & Puntillo, 2017). Neste sentido, de acordo com as práticas baseadas na evidência, existe uma necessidade constante de centrar os cuidados na família, que sirvam de guia para os cuidados de enfermagem (Davidson et al., 2017). O diários de UCI têm sido uma das estratégias adotadas nas unidades, com foco nos cuidados centrados no doente-família (Garrouste-Orgeas et al., 2017).

Quadro 11. Resposta psicológica da família em relação às contenções mecânicas

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Resposta psicológica da família	Emoções/Sentimentos Negativos	Angústia (F11I) Aflição (F13U) Tristeza (F2U,F6U,F8U,F7U) Compaixão (F1I, F2U) Apreensão (F4U) Terror (F8U) Repugnância (F3U) Embotamento afetivo (F14U)
	Emoções/Sentimentos Positivos	Serenidade (F10I,F14U) Otimismo (F5U) Esperança (F12I)

A **resposta psicológica da família**, em relação às contenções mecânicas pode representar uma ambivalência de sentimentos e emoções, positivos ou negativos. Das narrativas que apoiam a subcategoria **emoções/sentimentos negativos** surgem sentimentos de angústia quando o participante, ou familiar, visita a pessoa em situação crítica e refere que “*senti uma angústia, sei lá, pela minha avó estar assim naquele estado*” (F11I). O impacto das contenções mecânicas provoca nos participantes um efeito de preocupação, o “*primeiro impacto é uma situação complicada porque a pessoa está doente, está debilitada*” (F4U), manifestando também uma aflição “*Não sei, sei lá... foi assim... aflição*” (F13U), revelando, na maioria das vezes, um desconhecimento por parte dos participantes em relação à contenção mecânica. Este desconhecimento é frequentemente motivo de

ambivalência de sentimentos: “*não sei explicar bem, não é... não gostei, do que vi não gostei e acho que... não sei... dá um aspeto de... como é que eu hei de dizer...(.) de preso!!!*” (F3U); “*uma mistura de sentimentos horríveis... não é... meu pai... é meu pai... e... se ele estivesse nem que fosse sedado... não é... mas estivesse quieto e não, não... mas ele mexe-se e ele ali... mas é horrível..*” (F8U). O principal sentimento/emoção manifestado pela maioria dos participantes do estudo foi a tristeza: “*Uma emoção grande... uma tristeza...*” (F6U); “*muita tristeza mesmo*” (F8U); “*uma tristeza profunda ver... vieram muitas coisas... muitas ideias à cabeça*” (F7U); “*Tristeza, muita tristeza e... pena*” (F2U); chegando mesmo a demonstrar compaixão: “*Senti um bocado de pressão nele... era o que ele se queixava mais, que não estava bem isso*” (F11). O turbilhão de emoções causado pela situação de contenção mecânica é tão intenso que uma das participantes, identificada como mãe da pessoa em situação crítica, apresentou um certo embotamento afetivo: “*Não senti nada, se estava amarrado é porque era necessário estar amarrado... [...] não me causou nenhum impacto...*” (F14).

Comparativamente com os nossos resultados, que apontaram para um conjunto de emoções negativas face à situação crítica e à contenção mecânica da pessoa, também no estudo desenvolvido por Beesley e colaboradores (2018), aproximadamente um terço dos membros da família experiente ansiedade após a admissão na UCI do seu familiar, e muitos membros da família, também desenvolvem depressão e stress pós-traumático. A situação crítica aliada à contenção da pessoa exacerba as emoções negativas da família. Os resultados deste estudo são semelhantes aos resultados obtidos por Amatriain e colaboradores (2012), revelando que a maioria dos participantes experienciou sentimentos negativos como dor e pena, como resposta à contenção mecânica.

Também no estudo de Choi, Donahoe & Hoffman (2016) verificou-se que existe uma variabilidade de fatores de stress, provocados pela vivência da pessoa em situação crítica súbita, potenciadores de baixa autoestima, distúrbios do sono e fadiga nos familiares. Um outro estudo, desenvolvido por Matt, Schwarzkopf, Reinhart, König & Hartog (2017), com o objetivo de identificar os fatores de stress e os recursos relevantes utilizados por familiares de doentes críticos, revelou que na maioria das situações, os familiares apresentaram sobrecarga, stress pós-traumático, ansiedade e depressão, bem como sentimentos de desamparo e de incerteza, presentes mesmo após a alta hospitalar.

Corroborando os estudos anteriores, sobre o impacto psicológico nas famílias, a revisão sistemática da literatura levada a cabo por Johnson e colaboradores (2019), cujo o objetivo pretendia avaliar a

ansiedade, depressão e perturbação de stress pós-traumática nos familiares significativos de doentes críticos, incluiu 40 estudos primários com resultados compatíveis com elevados níveis de ansiedade, depressão e stress pós-traumático nos familiares de pessoas em situação crítica.

Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção das complicações na família decorrentes do internamento de uma pessoa em situação crítica, e, como tal, deve ser o elemento facilitador da transição, identificando recursos internos e desenvolvendo estratégias de *coping*. De acordo com Choi e colaboradores (2016), os enfermeiros estão numa posição inigualável para fornecer informações e apoio que podem ser inestimáveis para a família. Os enfermeiros também podem incentivar os cuidadores familiares a equacionar tempo para atender às próprias necessidades de saúde física durante a fase aguda de experiência do familiar em UCI.

Por outro lado, e de forma oposta, surge da análise das narrativas uma subcategoria, denominada de **emoções/sentimentos positivos**. As contenções mecânicas provocam serenidade: *“Não senti nada, porque antes disso fui informado. [...] pronto e a gente tem de compreender, um bocadinho que é o trabalho deles, e a gente tem de compreender (F10I); “Não senti nada, se estava amarrado é porque era necessário estar amarrado” (F14U)*. O sentimento de otimismo também se manifesta, e as narrativas dos familiares referem que *“antes de entrar na sala alguém alertou para esse facto. A partir daí, a gente já vê as coisas com outros olhos, por assim dizer” (F5U)*. Para além do otimismo e da serenidade, uma participante acredita na recuperação da pessoa em situação crítica, e as contenções não influenciam nessa crença, assim *“a gente está sempre com aquela fé ... eu estou sempre com aquela fé que vai melhorar” (F12I)*.

Os achados deste estudo são concordantes com os resultados da investigação conduzida por Amatriain e colaboradores (2012), em que quase todos os familiares que visitaram a pessoa em situação crítica submetida a contenção mecânica relataram que a situação não lhes provocou nenhuma reação ou sentimento negativo. Além disso, os familiares expressaram que a contenção era algo normal e apenas usado como medida de segurança para pessoa, e que outras medidas ou procedimentos, como a colocação de drenos a entubação lhes causaram maior impacto em comparação com a contenção mecânica.

Para a **tomada de decisão do enfermeiro** na aplicação das contenções mecânicas na pessoa em situação crítica (Quadro 12), os participantes consideram que deverá existir uma **alteração do comportamento**.

Quadro 12. Tomada de decisão do enfermeiro na aplicação das contenções mecânicas na pessoa em situação crítica

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Tomada de decisão do enfermeiro	Alteração do comportamento	Controlar a agitação (F3U,F7U,F10I,F11I,F14U) Nervosismo(F4U) Promover a calma(F6U)
	Manutenção do tratamento em segurança	Prevenção da exteriorização de dispositivos (F1I,F2U,F4U,F5U,F7U,F8U,F10I,F12I,F14U) Benefício nos resultados do tratamento (F1I,F3U,F4U,F6U,F12I) Risco de Queda (F9U) Redução da Carga de Trabalho dos Enfermeiros (F12I)

As narrativas dos participantes sugerem que a contenção mecânica é aplicada pelos enfermeiros com o objetivo de controlar a agitação: *“eles têm as justificações deles, que eles não param quietos, e têm que os amarrar. É a única explicação que nos dão. Só dizem isso”* (F3U); *“Talvez porque os vejam mais agitados...”* (F7U); *“podem ter algum... sei lá... um impulso ou... tipo da pessoa não gostar de estar ali tentar sair”* (F11I); *“em caso de eles estarem excitados”* (F14U). Um dos participantes refere que o motivo pelo qual os enfermeiros decidem aplicar as contenções mecânicas está relacionado com o nervosismo da pessoa em situação crítica: *“por essa instabilidade e nervosismo quando se entera da situação em que está”* (F4U). Numa das narrativas, o participante considera que as amarras são utilizadas pelos enfermeiros para que os familiares em situação crítica fiquem *“mais calmos...”* (F6U).

A gestão da agitação em Unidade de Cuidados Intensivos deve ter uma abordagem multifatorial, e, como tal, os profissionais de saúde devem clarificar os conceitos de agitação, ansiedade e *delirium*, que por vezes se têm confundido e misturado. As tomadas de decisão no sentido de gerir a agitação no doente, como a contenção mecânica, por vezes potenciam em vez de controlar. Akansel (2017) refere que os enfermeiros recorrem à contenção para controlar o comportamento da pessoa. Na perspetiva de Turgay e colaboradores (2009), a evolução da condição de saúde, especificamente a evolução

positiva do comportamento da pessoa em situação crítica é a justificação mais relevante para a suspensão e remoção da contenção mecânica. Contudo, a eficácia da contenção é controversa e o seu impacto fisiológico e os efeitos a longo prazo precisam de ser mais estudados (Freeman, Yorke, & Dark, 2018).

Por outro lado, a **tomada de decisão do enfermeiro** na aplicação das contenções mecânicas na pessoa em situação crítica está associada à **manutenção do tratamento em segurança**. A principal razão narrada pelos participantes reside no facto de as contenções evitarem ou prevenirem a exteriorização de dispositivos por parte da pessoa em situação crítica. As narrativas que apoiam a perspetiva dos participantes do estudo são: *“para ele não tirar a máscara e assim...”* (F11); *“não mexerem no que está feito... senão eles tiram tudo”* (F2U); *“e eliminar várias... várias situações que tenham, alguns tubos”*(F5U); *“por exemplo ventilação... e pode pôr em risco o normal funcionamento desses aparelhos médicos”* (F4U); *“aquela coisa de puxarem as sondas... e essas coisas assim, penso eu”* (F7U); *“se ele tiver que colocar a novamente a tubagem toda, é bem mais doloroso depois para ele”* (F8U); *“e para eles não tirem soro, medicação que estejam a tomar”* (F10I); *“se não os amarrar eles tiram tudo o que têm... tiram o oxigénio, tiram tudo... é por isso que os enfermeiros os prendem”* (F12I); *“para não tirem os fios... aquilo tudo... é a razão porque eles os amarram”* (F14U).

Assim, os participantes consideram que o enfermeiro justifica o procedimento adotado (contenção mecânica) porque vê comprometida a continuidade de cuidados, designadamente, o tratamento farmacológico, a oxigenoterapia e a monitorização contínua. Achados similares ao nosso estudo foram os encontrados na investigação de Turgay e colaboradores (2009), sendo a manutenção de dispositivos médicos o principal motivo para aplicar a contenção mecânica. Por outro lado, o estudo realizado por Akansel (2017) descreve como principal motivo que os enfermeiros encontram para manter a contenção mecânica da pessoa em situação crítica, por um lado, a prevenção da deslocação ou a remoção de equipamento médico e, por outro, a promoção da segurança da pessoa em situação crítica. A título de exemplo, o risco de auto-extubação, frequentemente, associado à agitação, reforça a ideia da necessidade de maior vigilância dos profissionais de saúde, sendo para Freeman, Yorke & Dark (2018), a gestão da agitação uma das principais preocupações para enfermeiros e familiares da pessoa em situação crítica.

Também na perspetiva dos participantes, as contenções mecânicas têm como intuito um resultado benéfico para as pessoas em situação crítica, prevalecendo nessa perspetiva o valor ético do princípio da beneficência. A esse título os participantes narram que *“é para o bem dele”* (F11), *“para não perturbar o estado de tratamento”* (F4U), *“e foi para bem dele”* (F6U), *“não é para mal do doente... é para bem do doente”* (F12I).

No entanto, e apesar da perspetiva dos participantes estar alinhada com o princípio ético da beneficência, os autores Yönt, Korhan, Dizer, Gümüş & Koyuncu (2014), apuraram que os enfermeiros expressaram dificuldade em decidir usar a contenção mecânica, tendo experimentado dilemas éticos principalmente em relação aos princípios éticos de não maleficência e beneficência.

A tomada de decisão em aplicar a contenção mecânica também está ligada, como referem os participantes à prevenção de acidentes, destacando o risco de queda: *“Acho que é para ele não cair da cama abaixo”* (F9U).

Numa meta-análise e revisão sistemática de Oliver e colaboradores (2006), com o objetivo de conhecer estratégias de prevenção das quedas e fraturas nos hospitais e lares, concluiu-se que em cinco estudos, aquando da remoção da contenção mecânica, não houve evidência que apoiasse a incidência de quedas e fraturas. Assim, a tomada de decisão do enfermeiro em aplicar a contenção mecânica surge, muitas vezes, em situações de emergência. Nesse sentido, como referem Yönt e colaboradores (2014), a razão pela qual é assumida a decisão de restringir movimentos, através da contenção mecânica, deve-se ao facto dos profissionais não conseguirem assumir uma presença física contínua. Os mesmos autores encontraram no estudo que os motivos para aplicar a contenção mecânica listados pelos enfermeiros estavam relacionados com a prevenção de queda da cama e com comportamentos autolesivos (Yönt et al. 2014). Da mesma opinião comunga Akansel (2017) que quase todos os enfermeiros que participaram no seu estudo concordam que as práticas de contenção mecânica reduzem as taxas de queda dos leitos hospitalares. Além disso, os enfermeiros concordam que a pessoa submetida a contenção permite que os profissionais de saúde possam trabalhar com segurança.

Por outro lado, a contenção, numa das narrativas, está associada ao rácio enfermeiro-pessoa em situação crítica, ou seja, à redução da carga de trabalho dos enfermeiros: *“nos hospitais não pode ser, que eles não têm só um doente”* (F12I). No entanto, e analisando esta única narrativa que refere que

os enfermeiros aplicam contenções para redução da carga de trabalho, verificamos num estudo de Kandeel e colaboradores. (2013) que apenas um grupo reduzido de enfermeiros (cerca de 1,4%) utilizava a contenção para compensar o rácio reduzido de enfermeiro-pessoa em situação crítica.

Após a análise das narrativas emergiu a categoria **alternativa(s) à contenção mecânica** (Quadro 13), e desta categoria surge uma subcategoria que se apresenta como **desconhecimento de alternativas**. Os participantes justificam frequentemente a falta de informação: “*que eles não podem fazer grande coisa... não sei se há alguma coisa que eles possam fazer...*” (F2U); “*e não haverá muitas alternativas a fazer nesse sentido*” (F5U); “*eu não sei... não sei o que há...*” (F9U); “*Eu acho que não*” (F11I); “*não sei se há outros métodos de fazer... sem serem amarrados, não é?!...*” (F13U); “*não estou a ver dentro desse assunto se há alternativa, se não há.*” (F14U).

Ao encontro das narrativas, também os autores Amatriain e colaboradores (2012) verificaram que os familiares referiram que não tinham conhecimento para apresentar alternativas e que, paradoxalmente, as alternativas propostas referiam-se também a contenções mecânicas. Apesar de os participantes desconhecerem alternativas à utilização deste tipo de contenção, sugerem que deveriam existir propostas: “*se podem, achava bem que o fizessem*” (F2U); “*Eu acho que devia haver*” (F12I).

Também Freeman e colaboradores (2018) concluíram que o reconhecimento prévio da agitação, a mobilização precoce do doentes, a terapêutica adequada na prevenção da agitação e o envolvimento da família são fundamentais para a diminuição da utilização da contenção mecânica. Assim, e também de acordo com os nossos achados, os enfermeiros devem apostar na clarificação dos conceitos de agitação e confusão, bem como na aplicabilidade de modelos como as últimas *guidelines* de 2018 relativas às práticas clínicas sobre a gestão da dor, agitação/*delirium* na pessoa em situação crítica admitida em Unidade de Cuidados Intensivos, constituídas por uma lista de 37 recomendações sobre a dor, agitação/*delirium*, imobilidade (mobilização/reabilitação) e sono (distúrbios dos sono)

Quadro 13. Alternativa(s) à utilização de contenção mecânica

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
-------------------	----------------------	----------------------------

Alternativa(s) à contenção mecânica	Desconhecimento de alternativas	Falta de informação/literacia (F2U,F5U,F9U,F11I,F13U,F14U, <i>Proposta procura de alternativas (F2U,F12I)</i>
	Intervenções de enfermagem	Comunicação com a pessoa (F3U) Afeto/Carinho (F6U) Vigilância (F1I,F7U,
	Medidas farmacológicas	Sedação (F8U,F10I)

Os enfermeiros, na opinião dos participantes no estudo, devem constituir uma alternativa à utilização da contenção mecânica, através das próprias **intervenções de enfermagem**. Das intervenções de enfermagem reportadas pelos participantes, a comunicação verbal e não verbal com a pessoa em situação crítica parece ser fundamental: *“Falar melhor com o doente, estar sempre... incentivar para ele não estar muito agitado... eu sei que não há tempo para essas coisas, mas eu acho que devia ser assim, do que estar a fazer o que fazem...”* (F3U). Uma das participantes refere que os enfermeiros devem *“dar carinho...”* (F6U), apesar de reconhecer, como familiar, que *“mais do que o que eu lhe dou não... que eles não conseguem dar mais do eu lhe dou...”*(F6U). Por outro lado, os enfermeiros devem reforçar a vigilância, para diminuir a utilização da contenção mecânica, *“deviam de estar mais em cima dos doentes”* (F1I), e por isso *“o doente precisaria de mais vigilância, talvez...”* (F7U).

Dois dos participantes referem que as **medidas farmacológicas**, como a sedação, seriam a alternativa viável, contudo mesmo assim preferem as contenções mecânicas em detrimento dos fármacos: *“Acho que não existe mais nada, só os sedativos. Mas não vão estar sempre a sedar os doentes. Não é? Têm de ver como reagem .”* (F8U) e *“se não for amarras tem de os por a dormir, não é, por isso, penso eu... em certas ocasiões é melhor amarras do que pô-los a dormir. Porque quando vimos cá vê-los e os vemos a dormir....!”*(F8U).

As medidas farmacológicas também são utilizadas no tratamento prevenção do *delirium* da pessoa em situação crítica, no entanto devem ser objeto de revisão prévia à sua utilização, dado que vários fármacos podem causar ou potenciar o *delirium*. Assim, as intervenções farmacológicas não impedem consistentemente o *delirium* ou melhoram os resultados, como a diminuição da mortalidade hospitalar, o número de dias sem ventilação, tempo de permanência na UCI e a função cognitiva. Para Devlin e colaboradores (2018), as pessoas em situação crítica e as famílias manifestam, habitualmente,

preferências por níveis de sedação mais profundos, apesar de não serem considerados os mais defendidos pela maioria dos clínicos. Ainda os mesmos autores defendem que a incerteza (recomendação condicional, dada a fraca qualidade de evidências) acerca do custo eficiência da sedação ligeira tem sido considerada, apesar de ser aceitável tanto por clínicos como pelos doentes, sendo viável a sua utilização.

As alternativas propostas nas narrativas dos participantes estão, também, em concordância com as recomendações da DGS (2011 pp. 2-3), a saber:

A presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;

A contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;

Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;

Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;

Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;

Tratamento farmacológico.

O paradigma da prestação de cuidados centrados na família tem vindo a crescer nas últimas décadas, dado o reconhecimento da sua importância para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa que vivencia uma transição saúde-doença. Assim, e pela análise das narrativas, emerge uma categoria que consideramos fundamental neste estudo, a **família como parceira nos cuidados de enfermagem**. As famílias que acompanham a pessoa em situação crítica desempenham um papel de parceria nos cuidados de enfermagem, uma vez que antecipam e alertam para eventos adversos, como a agitação/confusão, contenção mecânica e/ou alteração das funções orgânicas, comparativamente com pessoas em situação crítica que não têm famílias tão presentes (Ambrosi et al., 2016). Desta categoria, **família como parceira nos cuidados de enfermagem** (quadro 14), emanam duas subcategorias essenciais desta parceria, sendo a primeira a **relação terapêutica** com a família, e a segunda, a

presença da família à cabeceira, como facilitador do processo de transição da pessoa em situação crítica.

Quadro 14. Família como parceira nos cuidados de enfermagem

categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Família como parceira nos cuidados de enfermagem	Relação terapêutica	A Comunicação com a família e satisfação dos cuidados de enfermagem (F3U,F4U,F5U,F6U,F7U,F8U,F9U,F10I,F11I,F12I,F14U) Família na tomada de decisão das contenções mecânicas (F1I,F2U,F13U)
	Presença da Família	Capacitação da família na comunicação com a PSC (F6U,F7U,F8U,F13U) Normas de visita em UCI (F11I,F12I,F14U) Suporte Emocional (F2U,F3U,F7U,F10I)

A **relação terapêutica** que os enfermeiros estabelecem com a família que vivencia uma transição (situacional) é crucial para que a família integre e aceite a condição de saúde atual da pessoa em situação crítica. Compete assim ao enfermeiro, através das suas intervenções, criar condições e estratégias de *coping* para que a família obtenha um resultado desejado. Na relação terapêutica os enfermeiros, através de competências de comunicação, compreendem as verdadeiras preocupações e necessidades e obtêm facilmente a satisfação e aprovação da família. Neste sentido, a comunicação com a família e a satisfação dos cuidados de enfermagem estão estritamente conectados, processo este que é passível de ser confirmado através das seguintes narrativas: *“Eu acho que uma boa conversa, um gesto um carinho também conta muito e para mim conta, para mim conta... [...] comunicar logo, antes de entrar... Comunicar! Comunicar-me acerca dos aparelhos, se tocar para não ficar alarmada... mas nunca explicaram que ele estava amarrado”*(F3U); *“família tem aqui um papel preponderante... porque o máximo de informação prestado aos clínicos relativamente ao doente no sentido de perceberem quem é, e que tipo de pessoa tem pela frente, porque nem todos os doentes são iguais (...) [...] o principal disto tudo é tratar as pessoas como humanos e explicar a situação... o porque da pessoa estar amarrada... Estou quase seguro que ninguém se vai opor, percebendo qual é a ideia de ter o doente amarrado”* (F4U); *“estou minimamente informada, e sei das coisas... o que tem*

que ser feito e o que não tem” (F14U); “eu falei com o enfermeiro... e o enfermeiro senhor XX olhe quem aqui está”.(F9U)

Por outro lado, a falta de comunicação gera nos participantes desconfiança, ao ponto que um dos participantes diz *“Perguntar-nos as coisas como elas estão para a gente não estranhar...” (F12I)*, o que significa que a familiar que integrou o estudo necessitava de pelo menos mais informação sobre a contenção adotada, algo corroborado por outros participantes: *“Mas isso... (...) não dizem... (...) não dizem (...) (F6U) e “Não me disseram... nesse dia.. .não me disseram que o meu marido estava amarrado... eu é que cheguei lá dentro e vi o meu marido com os braços presos (...) aí senti-me um pouco magoada, por chegar e ver o meu marido com os braços presos e não saber o motivo porquê.” (F7U)*. Esta última perspetiva é partilhada por outro participante: *“é alertar a pessoa, como é óbvio [...] se eu chegasse e o visse amarrado e não tivesse conhecimento prévio.... para mim seria... ficava a pensar... o que é que se passa aqui? (F5U)*.

Os participantes são da opinião que existe falta de comunicação, pois referem *“Não sabia que estava amarrada...” (F11I)*. Foi questionada a participante de como deveria proceder o enfermeiro: *“Tentar não desanimar a pessoa porque se calhar se eu soubesse que ela estava assim, se calhar já não me dava tanta vontade... de ir ver” (F11I)*

A satisfação em relação aos cuidados de enfermagem está estritamente relacionada com a comunicação com a família, exemplo disso são as seguintes narrativas: *“eu fui muito bem recebida, porque me explicaram logo que o meu pai estava amarrado e o porquê de estar amarrado. E está protegido, nada o está a magoar. Fui informada, fui alertada, explicaram-me tudo, e acho que... foram cinco estrelas, nesses aspetos... [...] Senti-me bem e senti-me informada, se lá... acolhida por eles...sabia perfeitamente o que ia encontrar...” (F8U); “nunca chegam a esse ponto de não informar a família. Percebe? Porque eles já estão preparados para isso. Porque isto é um hospital, tem pessoas formadas e sabem muito bem o impacto que tem quando a família não é informada.” (F10I)*

Um estudo recente vem ao encontro dos resultados encontrados neste estudo, na medida em que, consideram que as famílias valorizam os profissionais atenciosos, a presença/apoio da família e a capacidade de comunicação, como fatores determinantes na evolução positiva do estado emocional da pessoa em situação crítica (Dziadzko, Dziadzko, Johnson, Gajic, & Karnatovskaia, 2017).

A equipa de enfermagem tem a responsabilidade de criar condições de forma a diminuir as experiências negativas da família da pessoa em situação crítica. Ainda, em concordância com os nossos resultados, no estudo transversal de Frivold, Stettebo, Heyland, & Dale (2018) verificou-se que as famílias das pessoas em situação crítica internadas em Unidade de Cuidados Intensivos referiam que, apesar de estarem satisfeitas com os cuidados prestados ao doente e com as competências técnicas dos enfermeiros, a comunicação com os familiares seria uma competência a desenvolver. As estratégias sugeridas pelos familiares passariam pelo acompanhamento telefónico, possibilitando, desta forma, a clarificação de dúvidas e de informação relativas à especificidade do contexto particular de uma Cuidados Intensivos..

Outras estratégias de comunicação foram também apresentadas no estudo de Mistraletti et al. (2019), nomeadamente através da introdução de ferramentas, como um *website*, brochuras e posters, que informem os familiares sobre a unidade de cuidados intensivos, sobre como está estruturada e sobre o circuito da pessoa em situação crítica; tal auxiliará os familiares a perceber melhor os cuidados prestados. A melhor compreensão possivelmente desempenha um fator de proteção contra as reações de ansiedade-depressão e síndrome pós-traumático, e poderá ajudar os familiares a sentirem-se menos sozinhos e menos instáveis relativamente às experiências emocionais. Assim sendo, os materiais informativos podem também significar uma vantagem para os profissionais de saúde, dado que transparecem e inspiram confiança no seu trabalho desenvolvido. A comunicação clara e objetiva entre os enfermeiros e os familiares de pessoas em situação crítica é assim um aspeto fulcral na relação terapêutica e contribui significativamente para a satisfação do cuidados.

Perante a incapacidade de a pessoa em situação crítica poder usar do seu direito de autodeterminação, pelo estado de doença em que se encontra, compete ao substituto por si determinado previamente, ou posteriormente, tomar decisões. Nesta condição, dada a incapacidade da PSC participar nas escolhas de tratamentos, a família desempenha o papel primário de tomada de decisão acerca das opções de tratamento (Davidson et al., 2017). Uma das situações que com frequência acontece nas pessoas em situação crítica são as alterações do comportamento, que estão ligadas por vezes à necessidade de aplicar contenções mecânicas. Nesse sentido, o substituto e a entidade com poder de decisão é projetado para a família, e, de acordo com as narrativas, emerge uma unidade de registo denominada Família na tomada de decisão das contenções mecânicas. Os familiares narram que “*era mesmo tirar-lhes as amarras e dar-lhe mais atenção*” (F11), “*Desamarrá-lo e pô-lo mais à vontade, para a gente*

se sentir bem” (F2U), por outro lado, um participante refere que *“prefiro que ele esteja amarrado e não desligue os fios que o estão a fazer viver, do que não estar amarrado e tirar aquilo tudo e já não irem a tempo às vezes de lhe ligar outra vez as coisas...”* (F14U). Uma das participantes explica que *“Não sei, mas também estar a desamarrar um bocado só para dez minutos que a gente está lá dentro, ou quarto de hora... acho que não vale a pena estar a desamarrá-los para a gente entrar lá para dentro não é...”* (F13U).

Da análise das narrativas, verificamos que coexiste uma dupla perspetiva da família em relação à sua tomada de decisão para que se removam as contenções mecânicas aquando da visita. Por um lado, uma parte das opiniões dos participantes refere que remover as contenções mecânicas diminuía sobretudo a sua sensação de desconforto, mas, noutro sentido, a opinião diverge e os participantes referem que as contenções devem manter-se sobretudo por prevenção da exteriorização dos dispositivos e pelo tempo de visita, que é curto.

O enfermeiro deve, por isso, incentivar a participação informada da família como parte integrante dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, que, pelas circunstâncias do internamento do seu familiar em UCI, pode ver confundida a sua decisão. Neste papel, os autores Netzer & Sullivan (2014) referem que estes decisores enfrentam enormes encargos e desafios cognitivos que podem levar a um raciocínio desajustado e a uma tomada de decisão errada, também denominado de viés cognitivo, caracterizado pelo padrão sistemático de desvio da norma ou racionalidade no julgamento, levando por conseguinte a que os decisores desenvolvam a Síndrome de Cuidados Intensivos da Família. Esta morbilidade que é fruto da resposta a um membro em situação crítica aguda inicia em muitas famílias quando as mesmas passam as portas das UCI. Os familiares da PSC apresentam ainda de privação do sono, stress, ansiedade e conflitos familiares.

Assim, a tomada de decisão da família ou pessoa significativa em remover ou conter a pessoa em situação crítica deve ser, como já verificámos, o mais clara, compreensiva e rigorosa possíveis, uma vez que, estando a família sobre uma situação que lhe causa uma resposta psicológica complexa, pode comprometer os processos cognitivos e levar a tomadas de decisão menos equilibradas. Como tal, devemos identificar, definir rigorosamente e metodicamente esta síndrome do sofrimento e dos membros da família do doente crítico internado em UCI.

Por isso, incluir as famílias numa parceria nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, para além de fomentar a relação terapêutica entre profissional de saúde e familiar, possibilita obter indicadores de resultado mais desejados e significativos. Nesta linha de pensamento,

os investigadores Cody, Sulluivan-Bolyai, & Reid-Ponte (2018), nos achados, perceberam que as famílias encontraram benefícios nas rondas junto à cama dos doentes em UCI, quando realizadas com consistência, permitindo que as mesmas se sintam conectadas (através da sua participação confidente e confortável) com a equipa de saúde, de tal forma que referiam que parecia preencher um vazio, mesmo quando a equipa de saúde não sabia quais as reais condições de saúde. No entanto, quando as rondas junto à cama do doente não eram feitas de forma consistente, existiam quebras de comunicação e sentimentos de ansiedade, frustração e raiva. Deste modo as famílias precisam de ser incluídas na tomada de decisão com honestidade, consistência e informação fácil de assimilar.

Passamos agora, à apresentação dos resultados da **família como parceira nos cuidados de enfermagem**, e mais concretamente à subcategoria **presença da família**. A presença da família num ambiente complexo como são as Unidades de Cuidados Intensivos e as Unidades de Cuidados Intermédios constitui um desafio brutal, se o objetivo for integrá-la nos cuidados à pessoa em situação crítica. Nas conclusões obtidas por Dziadzko et al. (2017), as pessoas em situação crítica relatam que a presença da família na Unidade de Cuidados Intensivos é uma importante fonte de apoio psicológico.

Assim, torna-se fundamental que as intervenções de enfermagem sejam cada vez mais voltadas para as necessidades da família, de tal forma que, das informações recolhidas nas entrevistas aos participantes, são relatadas dificuldades inerentes ao processo de comunicação: *“Não sei se lhe poderia fazer alguma coisa... eu fazia tudo... nesta santa hora que lhe tirasse o tubinho que ele tem na boca para ele poder falar...”* (F6U); *“não sei se ele me escuta se não...((choro), mas ontem ele reagiu e apercebeu-se que eu estava ao lado dele”* (F7U); *“Não sei se ele sente, se não sente... então... preferi sair, não falar... mas acho que ele deve sentir alguma coisa porque notei-o bem mais agitado.. .por isso preferi sair para não prejudicar a evolução dele.”* (F8U); *“É assim, ele também não fala... com o aparelho não fala...”* (F13U).

As dificuldades inerentes ao processo de comunicação entre a família e a pessoa foram também estudadas por Barth et al. (2016), que refere que os fatores de stress de maior impacto, de acordo com a perceção dos familiares, são o estado de coma e as dificuldades na comunicação entre pessoa e membro familiar. Tais fatores não favorecem a interação das famílias com a pessoa em situação crítica e, portanto, é impossível para o familiar estimular a pessoa na sua recuperação.

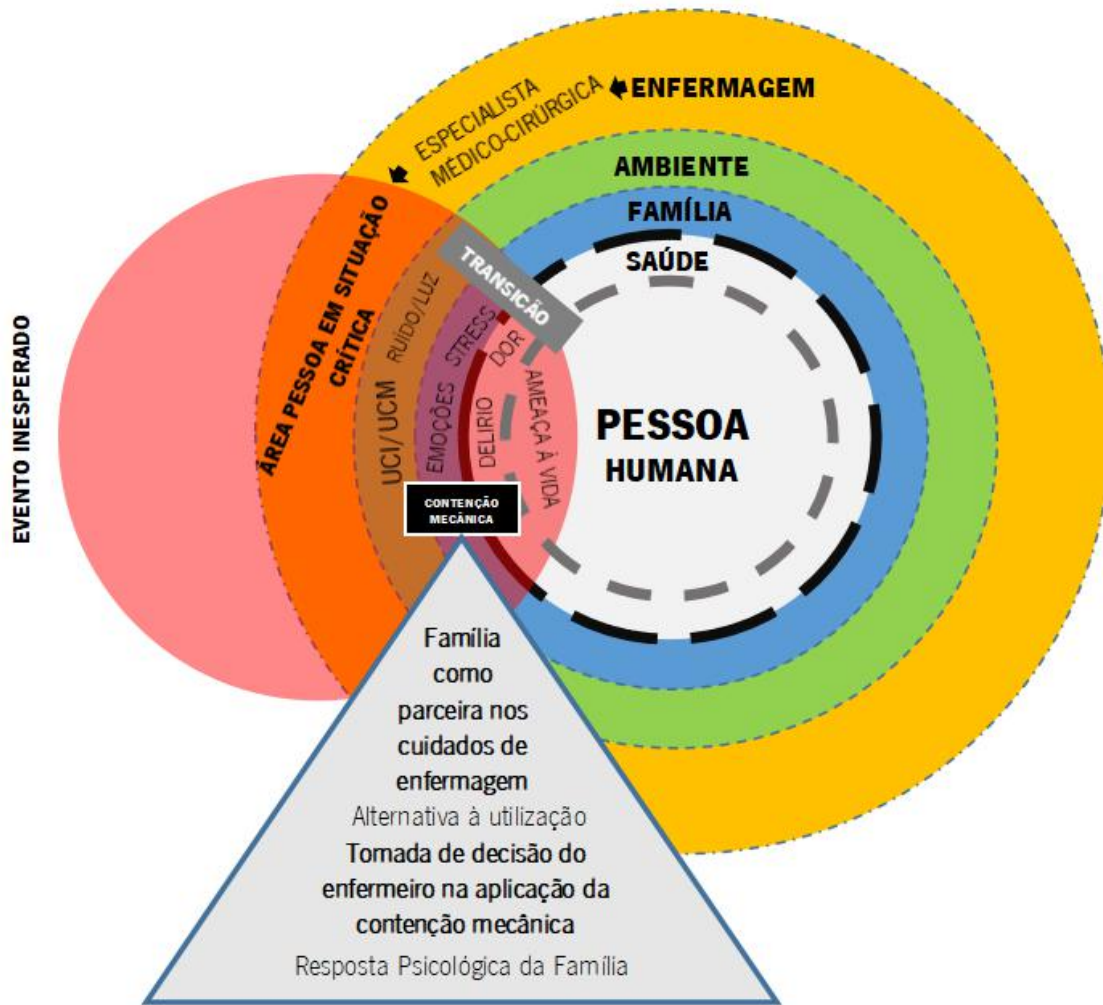
As visitas à pessoa admitida em UCI, regra geral, têm normas muito específicas e restritivas. As narrativas dos participantes que visitam a PSC em Unidade de Cuidados Intermédios sugerem que as visitas são fundamentais para o bem-estar da pessoa: “*Eu acho que se estivessem aqui todos que para ela....(..)*” (F11I); “*Eu acho que as pessoas em vir aqui vê-la como temos vindo todos os dias à vez que já põem tranquila. Que há pessoas que vão para um hospital e estão para ali abandonados, estão desprezados*” (F12I). Por outro lado, uma das participantes que visita a PSC em UCI refere expressamente que “*era ficar ao lado dele... [...]. Poder estar ao lado dele, quando ele acordasse, talvez ele se acalmasse mais e já não fosse tirar os fios todos e tentar tirar aquilo tudo [...]. Eu acho que ele ficava mais calmo, acordando e vendo ali uma pessoa, certamente que iria tirar aquele fio todo... ou se tentasse tirar... eu ao pé dele não deixava tirar nada [...]. Se fosse possível estar cá, eu acho que conseguia que ele não tirasse fios, não tirasse nada*” (F14U). De forma contrária, uma das participantes refere que o tempo de visita prejudica o seu familiar, ao ponto que refere “*Não, porque ele ficava pior. Ele (choro)... dorme mal, mas nestes casos. Sei lá, não sei.*” (F9U), e por isso fica mais nervoso e inquieto, ao mesmo nível que uma outra diz “*por isso preferi sair para não prejudicar a evolução dele.*” (F8U).

Os achados encontrados no nosso estudo relativamente às normas de visita podem ser comparáveis com o conceito de “curar o ambiente”, que está incluído na liberalização das normas de visita, e corresponde também a iniciativa de cuidados centrados na família. No *core* deste conceito está o local onde ocorre a relação individual entre os membros da família e os profissionais de saúde. Nesta relação, os membros familiares são considerados parceiros ativos fundamentais e indispensáveis no processo de enfermagem, abandonando a ideia de sujeitos passivos nos cuidados (Jakšová, Sikorová, & Hladík, 2016). A inclusão de familiares nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica pode melhorar tanto os cuidados como a comunicação entre pessoas em situação crítica, familiares e equipa multidisciplinar (Smithburger et al., 2017).

Outros autores, como Rosa et al., (2017), concluíram que as visitas dos familiares com horário mais extenso estiveram associadas à redução da ocorrência de *delirium* e à diminuição do tempo de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. Percebe-se, então, que a família tem um papel fundamental na redução das alterações do comportamento da pessoa em situação crítica e, por conseguinte, na utilização da contenção mecânica.

A importância da presença dos familiares em UCI, está refletida na narrativa “*se fosse possível estar cá, eu acho que conseguia que ele não tirasse fios não tirasse nada*” (F14U), podem apresentar-se também como alternativa à contenção mecânica, que, não podemos esquecer, constitui um evento sentinela, e por isso devem ser considerados prioritários na segurança dos cuidados. As famílias, além de parceiros nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, podem ser elementos fundamentais na sinalização de eventos. Khan et al. (2017) sugere que as famílias podem ser parceiras úteis na elaboração de relatórios de segurança hospitalar. A maioria dos hospitais, em prol da sua segurança e da melhoria contínua da qualidade, utilizam sistemas voluntários de comunicação de incidentes hospitalares, acessíveis aos profissionais, e tipicamente excluem os doentes e as famílias. No entanto, os familiares que participaram ativamente na segurança relataram eventos não detetados ou documentados, incluindo eventos adversos evitáveis. Como resultado da parceria estabelecida com os familiares na segurança verificou-se o aumento das taxas de erro e eventos adversos detetados.

Por fim no sentido traduzir a perspetiva da família em relação à utilização de contenção mecânica na pessoa em situação crítica, para simplificação e estruturação deste estudo, recorreremos a dois diagramas sinópticos, que passamos a apresentar na (figura 3) e (figura 4).



Perspetiva da família em relação à utilização da contenção mecânica

Figura 3. Diagrama Sinóptico perspectiva da família e interposição metaparadigmática de enfermagem

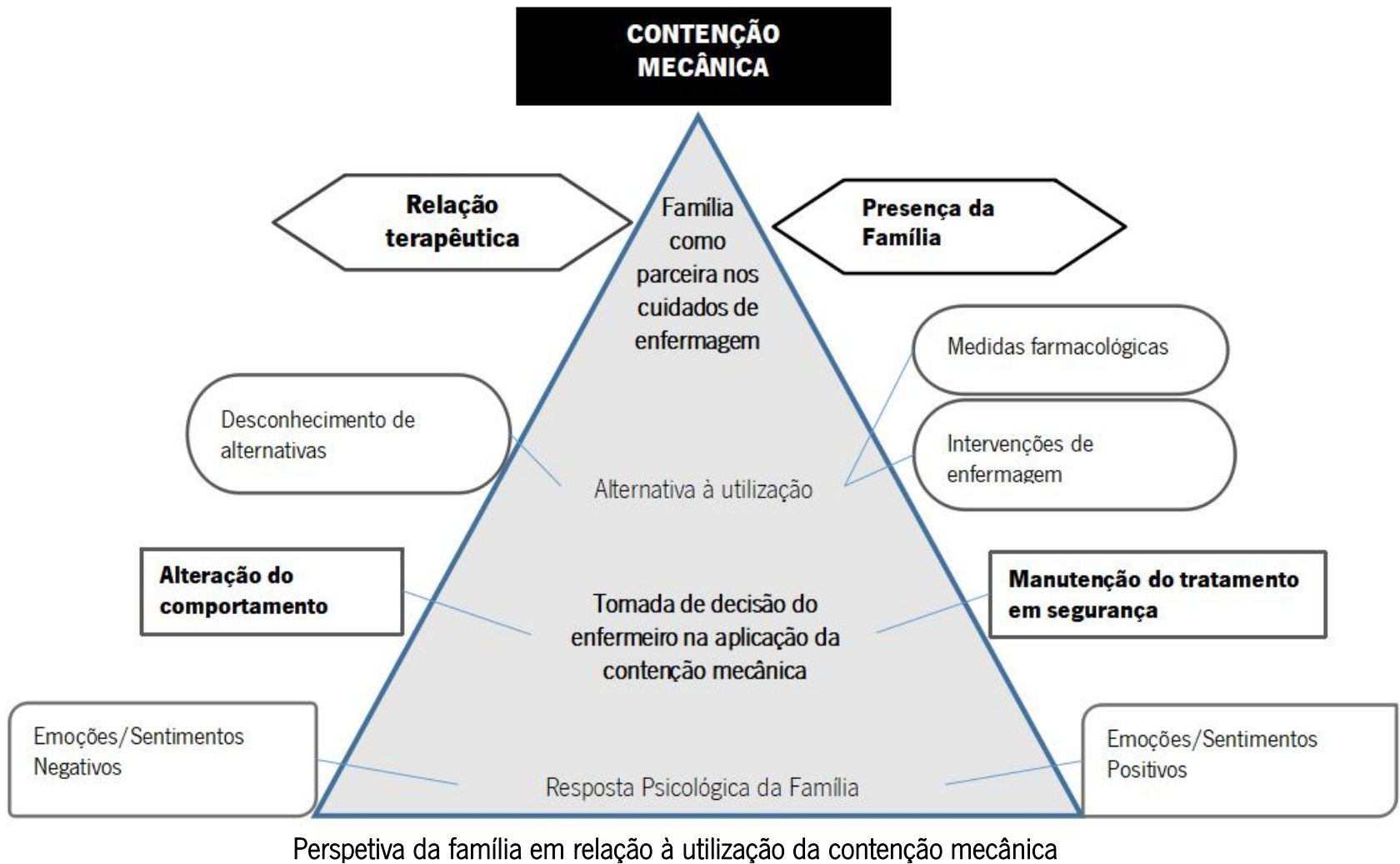


Figura 4. Diagrama sinótico da perspectiva da família em relação à utilização de contenção mecânica

6. CONCLUSÃO

O internamento inesperado da pessoa em situação crítica, numa Unidade de Cuidados Intensivos ou Unidade de Cuidados Intermédios, constitui um momento traumático para a família interferindo em toda a dinâmica familiar, causando dor, sofrimento e stress. A pessoa em situação crítica, e que se encontra numa Unidade de Cuidados Intensivos é uma pessoa, que corre risco de vida. Perante esta situação crítica de incerteza e imprevisível, percebemos que o processo de transição torna-se ainda mais difícil, tanto para a pessoa que se encontra internada, como para a família que vivencia um momento traumatizante.

A pessoa em situação crítica, pelo estado de vulnerabilidade em que se encontra e por se encontrar desprovida do seu ambiente natural, fica mais exposta a desenvolver alterações psicológicas, físicas, biológicas e sociais, que dificultam a sua adaptação à nova experiência de saúde-doença. Do conjunto de alterações a que a pessoa está sujeita, verificamos que o sono, o bem-estar, o ruído, a imobilidade, a dor, a sedação e a analgesia influenciam significativamente o comportamento da pessoa.

Um dos principais motivos para a utilização da contenção mecânica prende-se com as alterações do comportamento da pessoa, nomeadamente o *delirium*. O *delirium* continua a ser uma síndrome desafiadora com efeitos a longo prazo nas pessoas em situação crítica, nas famílias, nas equipas de saúde, nos hospitais e nos custos da saúde. Um maior conhecimento do *delirium* permite intervir de forma a prevenir e minimizar as complicações do *mesmo*, baseando-se numa abordagem pró-ativa no sentido de reduzir o seu impacto e as sequelas a longo prazo. Nesse sentido, destacamos a necessidade dos enfermeiros entenderem, avaliarem, prevenirem, identificarem e resolverem o *delirium* precocemente.

A contenção mecânica é utilizada tendo em vista o conforto e a segurança da pessoa e a continuidade dos tratamentos e dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro não toma a decisão em colocar uma contenção mecânica num doente de ânimo leve, esta é uma decisão refletida. A contenção mecânica é um procedimento que deve implicar a avaliação do risco clínico prévio e que deve ser aplicada depois de serem esgotadas todas as alternativas, tanto pelos riscos que a sua utilização implica, como pelo atentado à autonomia e à liberdade da pessoa.

O estudo de investigação desenvolvido permitiu analisar a perspetiva da família acerca do uso de contenção mecânica na pessoa em situação crítica. Da análise efetuada verificamos que surgem

sentimentos ambivalentes nas famílias aquando da utilização da contenção mecânica, nomeadamente angústia, tristeza e, por outro lado, otimismo e esperança. As famílias consideram que o enfermeiro toma a decisão de usar a contenção mecânica porque a pessoa tem alguma alteração do comportamento, como nervosismo e agitação, e, para benefício da pessoa, para manter o tratamento em segurança, prevenindo assim a exteriorização de dispositivos e o risco de queda. No entanto, a maioria dos familiares desconhece alternativas à contenção, e os que apresentam alternativas propõem permanecer mais tempo junto do familiar, e, sedação ou intervenções de enfermagem, que impliquem comunicação, suporte emocional e vigilância da pessoa em situação crítica.

As famílias são o parceiro essencial no cuidado à pessoa que experiênciam uma situação crítica, e, como tal, as instituições de saúde devem refletir sobre as suas políticas, no sentido de providenciar uma maior presença destes familiares à cabeceira da pessoa em situação crítica, ou seja, proporcionar um aumento do “tempo de visita”. A presença da família, além de minimizar as sequelas provocadas no sistema família-pessoa, possibilita que a mesma funcione como elemento de segurança nos cuidados e como alternativa à própria utilização da contenção mecânica. No entanto, e de acordo com os nossos achados, para garantir uma adequada presença da família, os enfermeiros devem capacitar as famílias na comunicação com a pessoa em situação crítica, nomeadamente nos submetidos a ventilação mecânica, garantindo que as mesmas reduzam as barreiras ao toque terapêutico e ao suporte emocional com o seu familiar.

Para que da prática emanem conhecimentos é necessário que os enfermeiros façam uma reflexão sobre a mesma, ou seja, não importa apenas o saber fazer, mas a compreensão reflexiva da ação, com o objetivo de alcançar o bem interno e a meta da excelência. Assim, torna fundamental que a equipa de enfermagem reflita sobre a efetiva necessidade de contenção mecânica de forma contínua, quais as alternativas possíveis e que mantenha uma comunicação efetiva e permanente com a família, no sentido de minimizar complicações na pessoa / família e garantir a sua satisfação e a qualidade dos cuidados prestados.

Existe ainda pouca investigação que avalie os efeitos do uso da contenção mecânica na pessoa / família, como tal, propomos a realização de mais estudos de investigação nesta área no sentido de compreender a problemática em estudo e com base nos resultados obtidos intervir de forma eficaz no

pessoa/família garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados e minimizando as consequências do uso da contenção mecânica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelgalel, E. F. (2016). Dexmedetomidine versus haloperidol for prevention of delirium during non-invasive mechanical ventilation. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 32(4), 473-481. doi: 10.1016/j.egja.2016.05.008
- Akansel, N. (2017). Physical Restraint Practices Among ICU nurses in one University Hospital in western Turkey. *Health Science Journal*, 1. Disponível em <http://www.hsj.gr/medicine/physical-restraint-practices-among-icu-nurses-in-one-university-hospital-in-western-turkey.pdf>
- Allegranzi, B., Kilpatrick, C., Storr, J., Kelley, E., Park, B. J., & Donaldson, L. (2017). Global infection prevention and control priorities 2018-22: a call for action. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1178-e1180. doi:10.1016/s2214-109x(17)30427-8
- Amatriain, A. I., Olmedo, A., Viguria, R., Martínez, E., Coscojuela, M. A., & Erro, M. C. (2012). Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 77-86. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.004
- Ambrosi, E., Biavati, C., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E. ... & Palese, A. (2016). Factors affecting in-hospital informal caregiving as decided by families: findings from a dgd. *31*(1), 85-95. doi:10.1111/scs.12321
- Autoridade Nacional da Proteção Civil. (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Acedido em 12 de novembro, 2019. Disponível em http://www.proci.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Assembleia Geral da ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (217 [III] A). Paris. Acedido em 4 de janeiro, 2019. Disponível em <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Associação de Cuidados Intermédios Médicos. (2012). *Cuidados Intermédios em Perspectiva*. Acedido em 5 de janeiro, 2019. Disponível em <https://www.acim.pt/revista/cip-volume-i/>
- Balas, M. C., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H., Disbot, M., & Fuchs, B. (2012). Management of Delirium in Critically Ill Older Adults. *Critical Care Nurse*, 32(4), 15-26. doi:10.4037/ccn2012480
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barth, A. A., Weigel, B. D., Dummer, C. D., Machado, K. C., & Tisott, T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323-329. <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>
- Barr, J., Fraser, J., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41, 263-306.

- Beesley, S. J., Hopkins, R. O., Holt-Lunstad, J., Wilson, E. L., Butler, J., Kuttler, K. G., ... Hirshberg, E. L. (2018). Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. *Critical Care Medicine, 46*(2), 229-235. doi:10.1097/ccm.0000000000002835
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., ... & Waterhouse, C. (2004). British Association of Critical Care Nurses Position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care, 9*(5), 199-212. doi:10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x
- Brummel, N. E., Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Boehm, L., Pun, B. T., & Ely, E. W. (2013). Implementing Delirium Screening in the ICU. *Critical Care Medicine, 41*(9), 2196–2208. doi:10.1097/ccm.0b013e31829a6f1e
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H.P., Ducombe, T., ... & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine, 13*(10), e1002150. doi:10.1371/journal.pmed.1002150
- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J.M., Jung, B., de Lattre, S., Carr, J., ... Jaber, S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain, 151*(3), 711-721. doi:10.1016/j.pain.2010.08.039
- Chamorro, C., & Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva, 39*(7), 442–444. doi:10.1016/j.medin.2015.05.005
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Disponível em <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Choi, J., Donahoe, M. P., & Hoffman, L. A. (2016). Psychological and Physical Health in Family Caregivers of Intensive Care Unit Survivors: Current Knowledge and Future Research Strategies. *Journal of Korean Academy of Nursing, 46*(2), 159. doi:10.4040/jkan.2016.46.2.159
- Cody, S. E., Sullivan-Bolyai, S., & Reid-Ponte, P. (2018). Making a Connection: Family Experiences With Bedside Rounds in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse, 38*(3), 18–26. doi:10.4037/ccn2018128
- Damásio, A. (2010). *Self comes to mind*. New York: Vintage Books, a division of Random House.
- Damico, V., Cazzaniga, F., Murano, L., Ciceri, R., Nattino, G., & Dal Molin, A. (2018). Impact of a Clinical Therapeutic Intervention on Pain Assessment, Management, and Nursing Practices in an Intensive Care Unit: A before-and-after Study. *Pain Management Nursing, 19*(3), 256–266. doi:10.1016/j.pmn.2018.01.007
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., ... & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine, 45*(1), 103-128. doi:10.1097/ccm.0000000000002169

- De Jonghe, B., Constantin, J. M., Chanques, G., Capdevila, X., Lefrant, J. Y., Outin, H., & Mantz, J. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1), 31-37. doi:10.1007/s00134-012-2715-9
- Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 205/1996 – Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 30 de julho, 2019. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Demir, A. (2007). Nurses' Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 38–45. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00141.x
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... & Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. doi:10.1097/ccm.0000000000003299
- DGS (2007a). *Circular Normativa N.º 8/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007: Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 2 de junho, 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf>
- DGS (2007b). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Acedido em 5 de janeiro, 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- DGS (2011). *Orientação N.º 021/2011 de 06/06/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 30 de julho, 2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>
- DGS (2013). *Norma n.º 29/2012 de 29/12/2012, atualizada em 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 4 de janeiro, 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infeccao1.aspx>
- DGS (2017). *Norma 021/2015 de 16/12/2015, atualizada em 30/05/2017: Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 6 de janeiro, 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Dziadzko, V., Dziadzko, M. A., Johnson, M. M., Gajic, O., & Karnatovskaia, L. V. (2017). Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 47, 68-74. doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.04.009

- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1986). A new pan-cultural facial expression of emotion. *Motivation and Emotion, 10*(2), 159–168. doi:10.1007/bf00992253
- Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouye M.D., S. K. (2001). Delirium in the Intensive Care Unit: An Under-Recognized Syndrome of Organ Dysfunction. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 22*(02), 115–126. doi:10.1055/s-2001-13826
- Engwall, M., Fridh, I., Jutengren, G., Bergbom, I., Sterner, A., & Lindahl, B. (2017). The effect of cycled lighting in the intensive care unit on sleep, activity and physiological parameters: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing, 41*, 26–32. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.009
- Ertuğrul, B., & Özden, D. (2019). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. *Australian Critical Care*. doi:10.1016/j.aucc.2019.03.002
- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units*. In: ECDC. *Annual epidemiological report for 2017*. Stockholm: ECDC. Acedido em 14 de janeiro, 2020. Disponível em https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf
- European Delirium Association & American Delirium Society. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine, 12*(1), 141. doi: 10.1186/s12916-014-0141-2
- Falloon I. R. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 2*(1), 20–28.
- Fan, E. P., Abbott, S. M., Reid, K. J., Zee, P. C., & Maas, M. B. (2017). Abnormal environmental light exposure in the intensive care environment. *Journal of Critical Care, 40*, 11–14. doi:10.1016/j.jcrc.2017.03.002
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-Based Practice, Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part II. *AJN, American Journal of Nursing, 110*(9), 41-48. doi:10.1097/01.naj.0000388264.49427.f9
- Fink, R. M., Makic, M. B. F., Poteet, A. W., & Oman, K. S. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing, 34*(5), 301–308. doi:10.1097/dcc.000000000000128
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista De Administração Contemporânea, 5*(spe), 183–196. doi: 10.1590/s1415-65552001000500010
- Fortin, M. F., Côté, J. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, A. P. (2003). *A Emergência da Consciência Bioética e o Cuidar*. Dissertação de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal.

- Freeman, S., Hallett, C., & McHugh, G. (2015). Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 78-87. doi:10.1111/nicc.12197
- Freeman, S., Yorke, J., & Dark, P. (2018). Patient agitation and its management in adult critical care: A integrative review and narrative synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1284-e1308. doi:10.1111/jocn.14258
- Frivold, G., Slettebø, Å., Heyland, D. K., & Dale, B. (2017). Family members' satisfaction with care and decision-making in intensive care units and post-stay follow-up needs-a cross-sectional survey study. *Nursing Open*, 5(1), 6-14. doi:10.1002/nop2.97
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Faria, P. P., & Schettino, G. (2015). Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*, 30(2), 440.e1–440.e6. doi:10.1016/j.jcrc.2014.11.022
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., ... & Timsit, J. F. (2017). The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1). doi:10.1186/s13063-017-2283-y
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Camarate: Temas e Debates Circulo de Leitores.
- Gomarverdi S., Sedighie L., Seifrabiei M. A., & Nikooseresht M.(2019). Comparison of two pain scales: Behavioral pain scale and critical-care pain observation tool during invasive and noninvasive procedures in intensive care unit-admitted patients. *Iranian J Nursing Midwifery Res* ;24:151-5. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18
- Government of the United Kingdom. (2007). *Mental Capacity Act 2005: Code of Practice*. London: TSO. Acedido em 21 de dezembro, 2019. Disponível em https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf
- Hatchett, C., Langley, G., & Schmollgruber, S. (2010). Psychological sequelae following ICU admission at a level 1 academic South African hospital. *SAJCC*, 26(2). Disponível em <https://www.ajol.info/index.php/sajcc/article/view/70114/58263>
- Hanson, Shirley M.H.(2005).*Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria,Práticas e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.p.497.
- Hickin, S., White, S., & Knopp-Sihota, J. (2017). Delirium in the Intensive Care Unit– A Nursing Refresher. *Canadian Journal Of Critical Care Nursing*, 28(2), 19-23. Acedido a 31 de agosto de 2019. Retirado de <https://www.caccn.ca/files/CJCCN/28-2-2017%20CJCCN.pdf>
- House, R. M. (2000). Delirium and agitation. *Current Treatment Options in Neurology*, 2(2), 141–149. doi:10.1007/s11940-000-0015-0
- Huddleston, S. & Furguson, S. (2006). *Emergências Clínicas* (3.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.

- INEM (2012). *Situação de Exceção: Manual TAS*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido em 2 de dezembro, 2019. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Inouye, S. K., et al. (1993). A Predictive Model for Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients Based on Admission Characteristics. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 474. doi:10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00005
- International Council of Nurses (2020). ICNP Browser: termo família. Acedido em 2 de janeiro, 2020. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Garrouste-Orgeas, M., Flahault, C., Fasse, L., Ruckly, S., Amdjar-Badidi, N., Argaud, L., ... & Timsit, J. F. (2017). The ICU-Diary study: prospective, multicenter comparative study of the impact of an ICU diary on the wellbeing of patients and families in French ICUs. *Trials*, 18(1). doi:10.1186/s13063-017-2283-y
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Camarate: Temas e Debates Circulo de Leitores.
- Gomarverdi S., Sedighie L., Seifrabiei M. A., & Nikooseresht M. (2019). Comparison of two pain scales: Behavioral pain scale and critical-care pain observation tool during invasive and noninvasive procedures in intensive care unit-admitted patients. *Iranian J Nursing Midwifery Res* ;24:151-5. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18
- Government of the United Kingdom. (2007). *Mental Capacity Act 2005: Code of Practice*. London: TSO. Acedido em 21 de dezembro, 2019. Disponível em https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf
- Jeziarska N., Borkowski B., & Gaszyński W. (2014). Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther*, 46, 42-5. doi:10.5603/AIT.2014.0009
- Joanna Briggs Institute (2014). JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research. Acedido em 25 de novembro, 2019. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBC_Form_CriticalApp_IntCrit.pdf
- Joanna Briggs Institute (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2017 edition. Acedido em 20 de setembro, 2019. Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>
- Joffe, A. M., McNulty, B., Boitor, M., Marsh, R., & Gélinas, C. (2016). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. *Journal of Critical Care*, 36, 76-80. doi:10.1016/j.jcrc.2016.05.011

- Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., ... Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically-Ill Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. doi:10.1513/annalsats.201808-540sr
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Joint Commission Resources.
- Kalimisetty, S., Askar, W., Fay, B., & Khan, A. (2017). Models for Predicting Incident Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review. *Journal of patient-centered research and reviews*, 4(2), 69-77. doi:10.17294/2330-0698.1414
- Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 79-85. doi:10.1111/nhs.12000
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S. A.
- Khan, A., Coffey, M., Litterer, K. P., Baird, J. D., Furtak, S. L., Garcia, B. M., ... & O'Toole, J. K. (2017). Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 372. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.4812
- Khan, S. H., Wang, S., Harrawood, A., Martinez, S., Heiderscheit, A., Chlan, L., ... & Khan, B. (2017). Decreasing Delirium through Music (DDM) in critically ill, mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*, 18(1). doi:10.1186/s13063-017-2324-6
- Kirankumar, D. H. (2019). BEHAVIOURAL PAIN SCALE TO ASSESS PAIN IN SEDATED AND CONSCIOUS PATIENTS. *International Journal of Medical and Biomedical Studies*, 3(7). doi:10.32553/ijmbs.v3i7.369
- Langley, G., Schmollgruber, S., & Egan, A. (2011). Restraints in intensive care units – A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 67–75. doi:10.1016/j.iccn.2010.12.001
- Lei n.º 27/2006. *Diário da República n.º 126/2006 – Série I*. Lisboa: Assembleia da República. Acedido em 6 de janeiro, 2019. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Leigh, V., Stern, C., Elliott, R., & Tufanaru, C. (2019). Effectiveness and harms of pharmacological interventions for the treatment of delirium in adults in intensive care units after cardiac surgery. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(10), 2020–2074. doi:10.11124/jbisrir-d-18-00010
- Lindroth H., Bratzke L., Purvis S., Brown, R., Coburn, M., Mrkobrada, M., ... & Sanders, R. Systematic review of prediction models for delirium in the older adult inpatient. *BMJ Open* 2018, 8, e019223. doi:10.1136/bmjopen-2017-01922

- Litton, E., Carnegie, V., Elliott, R., & Webb, S. A. R. (2016). The Efficacy of Earplugs as a Sleep Hygiene Strategy for Reducing Delirium in the ICU. *Critical Care Medicine*, 44(5), 992–999. doi:10.1097/ccm.0000000000001557
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Pončíková, V. (2018). PERCEPTION OF INTENSIVE CARE STRESSORS BY PATIENTS, NURSES AND FAMILY. *Central European Journal Of Nursing And Midwifery*, 9(1), 758-766. doi:10.15452/CEJNM.2018.09.0002
- Lockwood, C., Stannard, D., Munn, Z., Porritt, K., Carrier, J., Rittenmeyer, L., ... & Salmond, S. (2018). The patient/significant other experience of physical restraint in acute care settings. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(3), 622-627. doi:10.11124/jbisrir-2017-003457
- Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36–47. doi: 10.4037/ccn2017531
- Marshall, J. C., et al. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. doi:10.1016/j.jcrc.2016.07.015
- Matt, B., Schwarzkopf, D., Reinhart, K., König, C., & Hartog, C. S. (2017). Relatives' perception of stressors and psychological outcomes – Results from a survey study. *Journal of Critical Care*, 39, 172-177. doi:10.1016/j.jcrc.2017.02.03
- Medeiros, A., Enders, B., Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (3), 518- 524. Doi: 10.5935/1414-8145.20150069
- Meagher, D., & Trzepacz, P. T. (2007). Phenomenological Distinctions Needed in DSM-V: Delirium, Subsyndromal Delirium, and Dementias. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19(4), 468–470. doi:10.1176/jnp.2007.19.4.468
- Meleis A.I. (2007). *Theoretical nursing: development e progress* (4.^a ed., p. 832). Philadelphia: Lippincot.
- Meleis A.I., Sawyer L.M., Im E.O., Hilfinger Messias D.K., & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000, 23(1), 12-28.
- Meleis A.I., & Trangenstein P.A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A.I., et al. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory*. *Advances in Nursing Science* (Vol. 23, 1, pp.12-28).

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Mendes, A. P. (2019). Critical health-disease transition in the family: Nursing intervention in the lived experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 154-161. doi:10.1590/0034-7167-2018-0616
- Miller, R., & Wesley Ely, E. (2006). Delirium and Cognitive Dysfunction in the Intensive Care Unit. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 27(3), 210–220. doi:10.1055/s-2006-945532
- Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa. Acedido em 10 de agosto,2019. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-1-0-agosto-2017.pdf>
- Mistraletti, G., Mezzetti, A., Anania, S., Maddalena, A. I., Del Negro, S., Giusti, G. D., ... & Bocci, M. G. (2019). Improving communication toward ICU families to facilitate understanding and reduce stress. Protocol for a multicenter randomized and controlled Italian study. *Contemporary Clinical Trials*, 105847. doi:10.1016/j.cct.2019.105847
- Negróni, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 99-104. doi:10.1016/j.ejpsy.2017.05.001
- Netzer, G., & Sullivan, D. R. (2014). Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(3), 435–441. doi:10.1513/AnnalsATS.201309-3080T
- Nunes, I. (2008). *Participação da Família nos cuidados ao utente internado num Serviço de Ortopedia: Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., ... & Gosney, M. A. (2006). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 334(7584), 82. doi:10.1136/bmj.39049.706493.55
- Oliveira, D. et al. (2008). Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 28,36-41.
- Ostermann, M., & Sprigings, D. (2017). The critically ill patient. *Acute Medicine—A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies, 5th Edition*, 1-8. doi:10.1002/9781119389613.ch1
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2018). Physical restraints in intensive care – An integrative review. *Australian Critical Care*. doi:10.1016/j.aucc.2017.12.089
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa* (pp. 30-42). Coimbra: Formasau.
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2016) *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf
- Plutchik, R. (2005). *Emotions and life*. Washington: American Psychological Association
- Priberam Informática, S. (2019). Consulte o significado / definição de pessoa no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, o dicionário online de português contemporâneo. Acedido em 30 de agosto, 2019. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/pessoa>
- Priberam Informática, S. (2020). Consulte o significado / definição de stress no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, o dicionário online de português contemporâneo. Acedido em 2 de janeiro, 2020. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/stress>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 6 de janeiro, 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Pun, B. T., Balas, M. C., Barnes-Daly, M. A., Thompson, J. L., Aldrich, J. M., Barr, J., ... & Ely, E. W. (2018). Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle. *Critical Care Medicine*, 1. doi:10.1097/ccm.0000000000003482
- Quintela, P. (2007). *Immanuel Kant :Fundamentação da metafísica dos costumes* (p. 77). Lisboa: Edições 70.
- Regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 35/2011 – Série II*. Acedido em 30 de julho, 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação

- crónica. *Diário da República n.º 35/2018 - Série II*. Acedido em 30 de julho, 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 87/2013. Diário da República n.º 240/2013 – Série I. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/87/2013/12/11/p/dre/pt/html>
- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Colin, G. (2011). *Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência*. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6.ª ed., pp. 230-251). Loures: Lusociência.
- Ritmala-Castren, M., Virtanen, I., Leivo, S., Kaukonen, K.-M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Sleep and nursing care activities in an intensive care unit. *Nursing & Health Sciences*, 17(3), 354–361. doi:10.1111/nhs.12195
- Rosa, R, et al. (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Ciencia y enfermería*. 21. 37-47. doi:10.4067/S0717-95532015000300004.
- Rosa, R. G., Tonietto, T. F., da Silva, D. B., Gutierrez, F. A., Ascoli, A. M., Madeira, L. C., ... Teixeira, C. (2017). Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1660 – 1667. doi:10.1097/ccm.0000000000002588
- Rose, L., Dale, C., Smith, O. M., Burry, L., Enright, G., Fergusson, D., ... & Mehta, S. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5(1). doi:10.1186/s13643-016-0372-8
- Segatore, M., Adams, D. (2001). Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 – Interventions. *Orthopaedic Nursing*. 20(2), 61-73.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Simons, K. S., Verweij, E., Lemmens, P. M. C., Jelfs, S., Park, M., Spronk, P. E., ... de Jager, C. P. C. (2018). Noise in the intensive care unit and its influence on sleep quality: a multicenter observational study in Dutch intensive care units. *Critical Care*, 22(1). doi:10.1186/s13054-018-2182-y
- Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-810. doi: 10.1001/jama.2016.0287
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Kane-Gill, S. L., & Alexander, S. A. (2017). Perceptions of Family Members, Nurses, and Physicians on Involving Patients' Families in Delirium Prevention. *Critical Care Nurse*, 37(6), 48-57. doi:10.4037/ccn2017901
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- The Joint Commission. (2017). *New and revised standards related to pain assessment and management*. Acedido em 5 de janeiro, 2018. Disponível em https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_Enhances_Pain_Assessment_and_Management_Requirements_for_Accredited_Hospitals1.PDF.
- Tomasi, C. D., Grandi, C., Salluh, J., Soares, M., Giombelli, V. R., Cascaes, S., ... Dal Pizzol, F. (2012). Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *Journal of Critical Care, 27*(2), 212 – 217. doi:10.1016/j.jcrc.2011.05.015
- Turgay, S., Sari, D., & Genc, R. E. (2009). Physical Restraint Use in Turkish Intensive Care Units. *Clinical Nurse Specialist, 23*(2), 68-72. doi:10.1097/nur.0b013e318199125c
- Ungarian, J., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2019). Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective? *Critical Care Nurse, 39*(4), e8-e21. doi:10.4037/ccn2019591
- Vertice, E. (2011). *Cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*: Madrid: Editorial Vértice.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vincent, J.-L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., ... Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine, 42*(6), 962–971. doi:10.1007/s00134-016-4297-4
- Watson, J. (1988). *Nursing Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Yönt, G. H., Korhan, E. A., Dizer, B., Gümüş, F., & Koyuncu, R. (2014). Examination of Ethical Dilemmas Experienced by Adult Intensive Care Unit Nurses in Physical Restraint Practices. *Holistic Nursing Practice, 28*(2), 85-90. doi:10.1097/hnp.0000000000000013

ANEXOS

Anexo I

Guião da Entrevista a Familiares

Guião de Entrevista a Familiares

			Data	
Nº	F	Unidade de Admissão da Pessoa		
Família		em Situação Crítica		

Dados Sociodemográficos dos participantes

Género		Ano/Grau Escolaridade	
Idade		Grau de Parentesco	

Objetivo geral: conhecer as perspetivas dos familiares da pessoa em situação crítica em relação à utilização de contenções mecânicas, em Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos, de um hospital do norte de Portugal.

Objetivos específicos:

- Identificar os efeitos psicológicos e emocionais que a utilização de contenção mecânica provoca nos familiares da pessoa em situação crítica com alterações do comportamento; ;
- Analisar a perceção dos familiares acerca do objetivo da utilização de contenção mecânica;
- Conhecer as alternativas à contenção mecânica apresentadas pelos familiares;
- Analisar o papel do enfermeiro no acolhimento da familiar em UCI/UCM a ótica da família.

Perguntas (P)

1. Quando visitou o seu familiar e o viu “amarrado”, o que é que você e/ou a sua família sentiram?
2. Na sua opinião,o que leva os enfermeiros a colocar “amarras” no Sr. (nome do da pessoa)?
3. Na sua opinião,o que é que os enfermeiros devem fazer para não utilizarem as “amarras”?
4. Como é que acha que o enfermeiro deve proceder perante a visita e o desconhecimento do familiar que o Sr. (nome da pessoa) se encontra amarrado?
5. Na sua opinião, de que forma você e a sua família poderão contribuir para que o doente permaneça mais calmo e confortável? Apresente sugestões

Anexo II

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

É livre para abandonar o estudo a qualquer momento, e portanto a sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os profissionais de saúde ou lhe traga qualquer inconveniente quer no tratamento e/ou cuidado ao seu familiar internado.

Título do estudo: Doente Crítico Adulto: Perspetiva Familiar acerca da aplicação das contenções mecânicas

Enquadramento: Eu, Davide Fernando Teixeira de Carvalho, casado, maior, aluno de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, com numero 36324, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Braga e da Co-orientadora Professora Odete Araújo venho por este meio solicitar a vossa prestigiada colaboração, na qualidade de familiar da pessoa em situação crítica, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação.

Explicação do estudo

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro, p. 8656)³.

A família representa uma base de suporte fundamental no processo de saúde/doença do doente crítico que esta ajuda a manter a saúde física e mental do individuo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de stresse associado à vida na comunidade.⁴

A contenção mecânica (Amarra) é uma indicação para doentes com comportamentos violentos com desordens mentais, tais medidas representam, concomitantemente aos seus objetivos terapêuticos de proteção da vida e da integridade física dos doentes⁵. A contenção mecânica (Amarra) refere-se ao ato que permite diminuir a

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³ Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

⁴ Falloon, Ian R. H. (2003). *Family Interventions in mental disorders: efficacy and effectiveness*. World Psychiatric: Official Journal of the World Psychiatric Association. 20-28p.

⁵ Segatore, M.; Adams, D. (2001). *Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 – Interventions*. Orthopaedic Nursing. Vol. 20, n.º 2, p. 61-73.

capacidade de movimentação da pessoa e pode executar-se através do método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento (Joint Commission,2015)⁶.

O investigador principal, realizará um questionário de cinco perguntas abertas, na qual o entrevistado, familiar da pessoa em situação crítica terá a liberdade de resposta. A entrevista será gravada com recurso a um telemóvel e os ficheiros de áudio gravados numa pasta segura (*encriptada*), criada apenas para o efeito. A entrevista de carácter único, de duração aproximada de 15 minutos, será realizada em sala própria, numa Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios, de um Hospital do Norte de Portugal. Nesta entrevista apenas estarão presentes o entrevistado familiar da pessoa em situação crítica, e o entrevistador, sem qualquer interrupção para que a entrevista/questionário decorra na normalidade confortavelmente.

Para ser entrevistado o familiar da pessoa em situação crítica, deve ter uma série de requisitos, nomeadamente ter um familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios, e com a amarras (contenção mecânica).

Todas as gravações serão destruídas num prazo de 6 meses.

Condições e financiamento: O investigador não recebe qualquer financiamento pelo estudo e todos custos do mesmo são assumidos pelo próprio. A participação neste estudo tem carácter voluntária do familiar da pessoa em situação crítica, não tendo lugar a qualquer pagamento pela sua participação e ausência de prejuízos. A qualquer momento o familiar da pessoa em situação crítica pode abandonar o estudo, ou a entrevista, seja em que fase que o mesmo se encontre, sem que isso o prejudique.

Confidencialidade e anonimato:

Como mencionado anteriormente para realizar a entrevista o investigador vai recorrer a um telemóvel para realizar gravação de áudio, e guardará o mesmo ficheiro numa pasta protegida. A esta pasta apenas terá acesso o investigador e o entrevistado familiar da pessoa em situação crítica, se o pretender, contudo apenas ao seu respetivo ficheiro de áudio.

Os dados da entrevista em áudio serão convertidos integralmente para texto e todas as conversões serão guardadas na mesma *pasta* em formato texto. O entrevistado tem o direito de a qualquer momento remover permanentemente os dados.

Para garantir a máxima confidencialidade durante a entrevista o nome do doente crítico será substituído por um pseudónimo ou nome fictício, que não pode corresponder ao nome real, nem ao número de cama.

⁶ Joint Commission.(2015). Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures. Consultado em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>

Mais, informo que o **estudo teve o parecer favorável** quer da Comissão Científica, Pedagógica, quer da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) da Universidade do Minho, bem como, da comissão de ética da saúde do presente hospital.

Os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me (Davide Fernando Teixeira de Carvalho, investigador principal do estudo e aluno de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho e da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Disponibilizo o meu constato: Telemóvel 919930539 ou email: davidecarvalho@outlook.com).

Obrigado pela sua colaboração,

Assinatura/s:

.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo III

Carta de Apoio Institucional da UM – Escola Superior de Enfermagem



Braga, 30 de maio, 2019

CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA UMINHO

Prezados(as) Senhores(as),

Como Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE-UMinho) venho manifestar e atestar o apoio institucional da ESE-UMinho ao projeto do estudante Davide Fernando Teixeira de Carvalho, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, intitulado “Doente Crítico Adulto: Perspetiva dos Familiares acerca do uso de contenções mecânicas”, sob orientação da Professora Maria Fátima Dias Braga e da Professora Doutora Odete Sofia Silva Lomba Araújo, tal como requerido pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

A Presidente

ANA PAULA
MORAIS DE
CARVALHO
MACEDO

Assinado de forma digital por ANA PAULA MORAIS DE CARVALHO MACEDO
Dados: 2019.06.01 08:48:41 +01'00'

Ana Paula Macedo

Anexo IV

Requerimento/Parecer dirigido ao Diretor do Departamento de Emergência, Urgência e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo

Registo N°

ASSUNTO: Pedido de Autorização para a realização de Investigação

Exmo. Sr. Director do

Departamento de Emergência, Urgência e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Eu, Davide Fernando Teixeira de Carvalho, aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Saúde Trás-os-Monte e Alto Douro, sob a orientação da Professora Maria Fátima Dias Braga e da Professora Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a recolha de dados no âmbito da dissertação de mestrado "Doente Crítico Adulto: Perspetiva dos Familiares acerca do uso de contenções mecânicas".

No cumprimento das normas e recomendações constantes da Declaração de Helsínquia e posteriores as emendas até Seul 2008, das diretrizes sobre Boas Práticas Clínicas da EMEA (Londres 2000), Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa envolvendo Seres Humanos da OMS (Genebra 2002), Diretrizes Éticas Internacionais para Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e da instituição não será posto em causa. Para além disso, será entregue em duplicado e a explicação do consentimento informado às famílias, para que possam aceitar livremente integrar este estudo. Garantimos, ainda, que as dinâmicas das unidades em estudo não sofrerão qualquer alteração decorrente da nossa presença no momento de recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,



Davide Carvalho

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me assegurado que os dados recolhidos são apenas utilizados para esta investigação com garantias de confidencialidade e anonimato dados pelo investigador. Desta forma, eu abaixo-assinado, autorizo a realização do projeto de investigação de Davide Fernando Teixeira de Carvalho.

Penafiel, 10 de Julho de 2019



(Dr Estevão Lafuente)

Anexo V

Requerimento/Parecer dirigido à Enfermeiro(a) Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Registo N° RH 3066 6242 5 PT

ASSUNTO: Pedido de Autorização para a realização de Investigação

Exm(o)(a). Srª. Enfermeira Chefe da

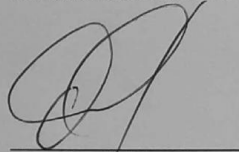
Unidade de Cuidados Intermédios do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Eu, Davide Fernando Teixeira de Carvalho, aluno do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Saúde Trás-os-Monte e Alto Douro, sob a orientação da Professora Maria Fátima Dias Braga e da Professora Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo, venho por este meio solicitar a vossa **autorização para a recolha de dados no âmbito da dissertação de mestrado "Doente Crítico Adulto: Perspetiva dos Familiares acerca do uso de contenções mecânicas"**.

No cumprimento das normas e recomendações constantes da Declaração de Helsínquia e posteriores as emendas até Seul 2008, das diretrizes sobre Boas Práticas Clínicas da EMEA (Londres 2000), Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa envolvendo Seres Humanos da OMS (Genebra 2002), Diretrizes Éticas Internacionais para Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009), Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 e e do RGPD 2016/679.

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e da instituição não será posto em causa. Para além disso, será entregue em duplicado e a explicação do consentimento informado às famílias, para que possam aceitar livremente integrar este estudo. Garantimos, ainda, que as dinâmicas das unidades em estudo não sofrerão qualquer alteração decorrente da nossa presença no momento de recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,



Davide Carvalho

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me assegurado que os dados recolhidos são apenas utilizados para esta investigação com garantias de confidencialidade e anonimato dados pelo investigador. Desta forma, eu abaixo-assinado, autorizo a realização do projeto de investigação de Davide Fernando Teixeira de Carvalho.

Penafiel, 10 de Julho de 2019

Custódia P.

Anexo VI

Parecer do Conselho Administração, da Comissão Ética de Saúde e do Diretor de Enfermagem do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Exmo. (a) Senhor(a)

Davide Fernando Teixeira Carvalho

Rua de Codeçal a Minhoteira, 133

4610-694 Refontoura Felgueiras

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: 24/2019 PROC. Nº:	17-06-2019 25 JUN. 2019* 07852

ASSUNTO: Estudo Investigação Clínica

Exmo. (a) Senhor (a)

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação Científica subordinada ao tema
"Doente Crítico Adulto: Perspetiva dos Familiares acerca do uso de contenções mecânicas".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS, nas
condições referidas no mesmo,

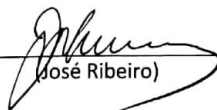
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 12-06-2019 foi autorizado a realização do
estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no
Serviço de Formação, o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director,


(José Ribeiro)

Anexo VII

Parecer favorável da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)
da UM

Se tiver lugar a recolha de produtos biológicos, esta deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei 12/2005 de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º1 do Art. 17.º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD e complementado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de Maio de 2018, e que substitui a atual diretiva e lei de proteção de dados (o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR.

Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com registos ou amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

constar no Consentimento Informado (CI) relativo a matéria de confidencialidade e proteção de dados, da qual se salientam os aspetos a seguir apresentados:

Quem tem acesso aos dados pessoais^{1,2,3}: Os responsáveis do estudo poderão necessitar de dar acesso aos registos médicos e registos do estudo a representantes autorizados. Os dados pessoais e processos clínicos apenas poderão ser consultados pelo Investigador Responsável, autoridades reguladoras nacionais e estrangeiras, e comissões de ética. Quando necessário para o seguimento dos fins do estudo, também podem ser acedidos, através do(a) Investigador(a) Responsável, pelos seus representantes autorizados, especificamente monitores e auditores, mantendo os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho. Nunca será pedido um acesso indiscriminado aos registos clínicos e afins, nem nunca tal acesso será realizado; isto é, será apenas colhida a informação relevante e necessária para este estudo. Neste contexto, todo e qualquer acesso cumprirá com todas as garantias aqui descritas. Os investigadores que trabalham com amostras humanas, ou com a recolha e análise de dados pessoais e/ou médicos/clínicos, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais, e sobre os resultados individuais ou demais, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Divulgação ou publicação dos resultados^{1,2,3}: Os resultados gerais do estudo poderão ser publicados, respeitando-se todas as garantias descritas.

Prazo de conservação dos dados^{1,2,3}: O prazo será limitado ao mínimo necessário para assegurar o seu devido processamento e análise de forma a cumprir os objetivos do estudo e seguindo a legislação, finda a conclusão da finalidade do estudo, não havendo qualquer transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional.^{1,2,3} Segue-se o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE.), que entrou em vigor a 25 de maio de 2018. A Lei 58/2019, publicada em Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08, assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (RGPD).

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

² Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018:

http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abb4b

³ <https://dre.pt/home/-/dre/123815982/details/maximized>

Nos termos do n.º 2 do artigo 35.º e da alínea c) do n.º 1 do artigo 39.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais considera-se autorizado nos seguintes termos:

- O acesso aos ficheiros dos dados do estudo (base de dados do estudo e ficheiro com a chave de pseudonimização) deve ser feito através de *password* robusta;
- A chave da pseudonimização só deve ser conhecida pelo investigador principal e o ficheiro deverá ficar unicamente guardado em computador do serviço onde é realizada a recolha dos dados;
- O IR fica responsável pela garantia da destruição da chave de pseudonimização dos titulares de dados do estudo, findo o prazo estabelecido para a sua conservação (até 3 anos após a conclusão do estudo).

Os participantes não deverão incorrer em qualquer custo acrescido, incluindo pagamento de taxas moderadoras, pela sua participação no projeto. Qualquer meio complementar de diagnóstico que não seja suportado pelo centro hospitalar, e/ou outro, onde for realizado o estudo, como parte da prática clínica corrente no processo de diagnóstico ou tratamento, deverá ser apoiado através de financiamento próprio do estudo.

Se se pretende que o(s) questionário(s) e/ou colheita de dados seja aplicado(s) via contato telefónico, e/ou que o consentimento informado seja verbal, do próprio e do adulto responsável, o guião da entrevista deverá ser fornecido em anexo ao processo. O guião deverá encontrar-se em conformidade com as guidelines fornecidas por Singer & Frankel (1982) (Informed consent procedures in telephone interviews. *Am Sociol Rev*, 47(3), 416-427), não violando os preceitos da WHO ou CIOMS. O procedimento será aceitável se a investigação não envolver o mínimo risco para os intervenientes, a alteração do processo de consentimento informado não vai prejudicar os direitos e bem-estar dos indivíduos, e sempre que necessário e/ou solicitado, serão fornecidas informações pertinentes adicionais aos indivíduos após a participação e/ou o envio do Consentimento Informado.

Se forem realizadas entrevistas gravadas (vídeo ou áudio) estas deverão ser mantidas durante um tempo limitado à sua transcrição e devida análise e deverão ser subsequentemente destruídas, não sendo utilizadas para outros fins.

As contenções mecânicas a incluir são de pulso/punho, passíveis de ser aplicadas nos tornozelos, que respeitem as normas do hospital e as recomendações do fabricante. Serão excluídas deste estudo outro tipo de contenções mecânicas, nomeadamente cintos pélvicos, luvas de proteção.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram seguidos os seguintes documentos comprovativos:

- Protocolo de investigação com enumeração dos dados a recolher, cronograma e guião de entrevista
- Declaração do orientador no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade
- Curriculum vitae abreviado dos investigadores
- Declaração de apoio institucional
- Pedido de parecer à CES do Centro Hospitalar
- Pedido de autorização a Enfermeira Chefe e Diretor de serviço
- Termo de responsabilidade do IR destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR

Considerações/Orientações gerais de natureza formativa

A realização de projetos de investigação deverá ter em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização da entidade onde o projeto será realizado, e deverão ser seguidas as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários. Deverá ser seguido o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). O Regulamento (UE) 2016/679 é o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, estabelecendo as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa, uma empresa ou uma organização, de dados pessoais relativos a pessoas na EU.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado, recomenda-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde e/ou da ARS Norte na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Recomenda-se o referencial relativo ao documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica de 17 de outubro de 2018 que incide sobre procedimentos a adotar para o cumprimento do estabelecido no RGPD, no contexto da investigação clínica em geral, embora que mais especificamente sobre a informação a

Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			x	
Requerimento dirigido ao Presidente da CE	X			Presente
Outros: O projeto carecerá de Parecer/Autorização ética local das unidade de saúde onde forem realizados os recrutamentos e/ou obtidos os dados clínicos dos pacientes participantes no estudo de investigação.				
Autorizações e/ou Pareceres de Comissões de Ética			x	
Acordo Financeiro			X	
Apólice de Seguro			X	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	x			Presente declaração do orientador

⁴⁸ Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

⁴⁹ Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

⁵⁰ Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia⁵¹; a Convenção de Oviedo⁵² e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)⁵³. Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN⁵⁴ e através do "Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica"⁵⁵. Acessos via:

⁵¹http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁵²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

⁵³<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

⁵⁴<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

⁵⁵http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto de Tese de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Os objetivos do estudo são: i) Identificar quais os efeitos emocionais e psicossociais que a utilização de contenções mecânicas provoca nos familiares da pessoa em situação crítica com alterações do comportamento; ii) Analisar a perceção dos familiares acerca do objetivo da utilização de contenção mecânica; iii) Compreender como os familiares da pessoa em situação crítica contribuem para o bem-estar do doente crítico internado numa UCI/UCM.

Trata-se um estudo descritivo, cuja amostra será "constituída por famílias ou pessoas significativas de pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos e unidade de cuidados intermédios num hospital da região, Norte de Portugal, em que o critério de inclusão principal será a utilização de contenção mecânica de pulso e/ou tornozelo no controlo da atividade física da pessoa crítica. As famílias ou membros significativos terão de ter visitado o seu membro familiar doente internado na unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermédios."

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 15 de outubro de 2019

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital
por MARIA CECÍLIA DE
LE MOS PINTO ESTRELA
LEÃO
Dados: 2019.10.15 12:47:28
+01'00'

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Lucília Nunes

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto *	X			Adequado
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá *	X			Carta de apoio institucional Adequada
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante *	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável *	X			Presente
Modelo de Consentimento Informado****	X			Adequado.
Declaração de Compromisso de Confidencialidade	x			Presente



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 033/2019

Título do projeto: *Doente Crítico Adulto: Perspetiva dos Familiares acerca do uso de contenções mecânicas*

Equipa de investigação: Davide Fernando Teixeira de Carvalho, Professora Maria Fátima Dias Braga e Professora Doutora Odete Sofia Silva Lomba Araújo

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Saúde Trás-os-Monte e Alto Douro

Outras Unidades: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

PARECER

De acordo com a documentação apresentada, o projeto insere-se no âmbito de um projeto de Tese de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Trata-se um estudo descritivo, cuja amostra será "constituída por famílias ou pessoas significativas de pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos e unidade de cuidados intermédios num hospital da região, Norte de Portugal, em que o critério de inclusão principal será a utilização de contenção mecânica de pulso e/ou tornozelo no controlo da atividade física da pessoa crítica. As famílias ou membros significativos terão de ter visitado o seu membro familiar doente internado na unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermédios."

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a respetiva "Grelha de verificação e avaliação ética", considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 15 de outubro de 2019

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital
por MARIA CECÍLIA DE
LEMOS PINTO ESTRELA
LEÃO
Dados: 2019.10.15 12:47:28
+01'00'

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

Relatora: Lucília Nunes

Grelha de verificação e de avaliação ética

(Processo submetido em suporte eletrónico - documentos recebidos assinalados com X e respetiva avaliação ética)

Documentos	Sim	Não	Não se aplica	Avaliação Técnico-ética
Requerimento e/ou ofício e/ou pedido de apreciação de projeto *	X			Adequado
Informação do Responsável pela Unidade/Diretor de Serviço sobre apoio e/ou enquadramento/cabimento do projeto na Unidade/Serviço em que decorrerá *	X			Carta de apoio institucional Adequada
Protocolo do estudo, incluindo, se aplicável, os instrumentos de recolha de dados e/ou informação para o participante *	X			Protocolo do estudo elaborado de acordo com os requisitos e normas éticas de boas práticas em experimentação com humanos.
Curriculum Vitae abreviado do Investigador Responsável *	X			Presente
Modelo de Consentimento Informado****	X			Adequado.
Declaração de Compromisso de Confidencialidade	x			Presente

Informação sobre financiamento para o cumprimento do projeto, incluindo, se aplicável, cabimento/inscrição no orçamento da Unidade/Serviço em que decorrerá e/ou com fonte de financiamento nacional/internacional			x	
Requerimento dirigido ao Presidente da CE	X			Presente
Outros: O projeto carecerá de Parecer/Autorização ética local das unidade de saúde onde forem realizados os recrutamentos e/ou obtidos os dados clínicos dos pacientes participantes no estudo de investigação.				
Autorizações e/ou Pareceres de Comissões de Ética			x	
Acordo Financeiro			X	
Apólice de Seguro			X	
Informação do Orientador da Tese sobre apoio e/ou enquadramento do projeto	x			Presente declaração do orientador

* Documentos obrigatórios de acordo com as normas orientadoras para submissão de processos a apreciar pelo Conselho de Ética da UMinho.

* Documentos obrigatórios de acordo com o funcionamento da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB).

* Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação de acordo com a Declaração de Helsinquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)*. Guião na elaboração do consentimento informado é disponibilizado pela ARSN² e através do "Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica"³. Acessos via:

¹http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

³<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

⁴<http://www.arsnorte.min-saude.pt/consentimento-informado/>

⁵http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29_publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c7c716abbb4b

Justificação do Parecer

Trata-se de um projeto de Tese de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Os objetivos do estudo são: i) Identificar quais os efeitos emocionais e psicossociais que a utilização de contenções mecânicas provoca nos familiares da pessoa em situação crítica com alterações do comportamento; ii) Analisar a perceção dos familiares acerca do objetivo da utilização de contenção mecânica; iii) Compreender como os familiares da pessoa em situação crítica contribuem para o bem-estar do doente crítico internado numa UCI/UCM.

Trata-se um estudo descritivo, cuja amostra será "constituída por famílias ou pessoas significativas de pessoas em situação crítica internadas em unidades de cuidados intensivos e unidade de cuidados intermédios num hospital da região, Norte de Portugal, em que o critério de inclusão principal será a utilização de contenção mecânica de pulso e/ou tornozelo no controlo da atividade física da pessoa crítica. As famílias ou membros significativos terão de ter visitado o seu membro familiar doente internado na unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados intermédios."

As contenções mecânicas a incluir são de pulso/punho, passíveis de ser aplicadas nos tornozelos, que respeitem as normas do hospital e as recomendações do fabricante. Serão excluídas deste estudo outro tipo de contenções mecânicas, nomeadamente cintos pélvicos, luvas de proteção.

Não se declaram existirem conflitos de interesse.

Documentos recebidos no órgão institucional de ética da UMinho

Foram seguidos os seguintes documentos comprovativos:

- Protocolo de investigação com enumeração dos dados a recolher, cronograma e guião de entrevista
- Declaração do orientador no compromisso na orientação e/ou Termo de Responsabilidade
- Curriculum vitae abreviado dos investigadores
- Declaração de apoio institucional
- Pedido de parecer à CES do Centro Hospitalar
- Pedido de autorização a Enfermeira Chefe e Diretor de serviço
- Termo de responsabilidade do IR destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR

Considerações/Orientações gerais de natureza formativa

A realização de projetos de investigação deverá ter em consideração as regras de conduta e diretivas de boas práticas no âmbito da investigação clínica com seres humanos. Deverá ser solicitado Parecer e/ou Autorização da entidade onde o projeto será realizado, e deverão ser seguidas as diretivas nacionais e/ou locais, de cada lugar de recolha, como aplicável, incluindo de Unidades Hospitalares e/ou Unidades de Saúde onde será realizado o estudo, e/ou onde serão recolhidas as amostras e/ou dados e/ou aplicados os questionários. Deverá ser seguido o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, com entrada em vigor em 25 de maio de 2018, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. O Regulamento (UE) 2016/679 é o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia (UE) relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, estabelecendo as regras relativas ao tratamento, por uma pessoa, uma empresa ou uma organização, de dados pessoais relativos a pessoas na EU.

Salienta-se o respeito pelas normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Diretiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001.

Quando aplicável o Consentimento Informado, recomenda-se as normas e/ou documentos-guia da Direção Geral de Saúde e/ou da ARS Norte na elaboração do mesmo. A inclusão dos participantes em qualquer um dos âmbitos de investigação considerados num Projeto de Investigação está subjacente o seu consentimento escrito (Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro; Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto). O preenchimento e assinatura do formulário de consentimento informado, livre e esclarecido, deverá ser feito em duplicado, garantindo a privacidade e confidencialidade dos dados pessoais e o direito a recusar/abandonar o estudo sem sofrer qualquer penalização.

Recomenda-se o referencial relativo ao documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica de 17 de outubro de 2018 que incide sobre procedimentos a adotar para o cumprimento do estabelecido no RGPD, no contexto da investigação clínica em geral, embora que mais especificamente sobre a informação a

constar no Consentimento Informado (CI) relativo a matéria de confidencialidade e proteção de dados, da qual se salientam os aspetos a seguir apresentados:

Quem tem acesso aos dados pessoais^{1,2,3}: Os responsáveis do estudo poderão necessitar de dar acesso aos registos médicos e registos do estudo a representantes autorizados. Os dados pessoais e processos clínicos apenas poderão ser consultados pelo Investigador Responsável, autoridades reguladoras nacionais e estrangeiras, e comissões de ética. Quando necessário para o seguimento dos fins do estudo, também podem ser acedidos, através do(a) Investigador(a) Responsável, pelos seus representantes autorizados, especificamente monitores e auditores, mantendo os pressupostos da Lei 21/2014 de 16 de abril, alterada pela Lei 73/2015 de 27 de julho. Nunca será pedido um acesso indiscriminado aos registos clínicos e afins, nem nunca tal acesso será realizado; isto é, será apenas colhida a informação relevante e necessária para este estudo. Neste contexto, todo e qualquer acesso cumprirá com todas as garantias aqui descritas. Os investigadores que trabalham com amostras humanas, ou com a recolha e análise de dados pessoais e/ou médicos/clínicos, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais, e sobre os resultados individuais ou demais, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Divulgação ou publicação dos resultados^{1,2,3}: Os resultados gerais do estudo poderão ser publicados, respeitando-se todas as garantias descritas.

Prazo de conservação dos dados^{1,2,3}: O prazo será limitado ao mínimo necessário para assegurar o seu devido processamento e análise de forma a cumprir os objetivos do estudo e seguindo a legislação, finda a conclusão da finalidade do estudo, não havendo qualquer transferência de dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional.^{1,2,3} Segue-se o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE.), que entrou em vigor a 25 de maio de 2018. A Lei 58/2019, publicada em Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08, assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (RGPD).

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

² Documento CEIC sobre o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) no contexto da Investigação Clínica” de 17 de outubro de 2018:

<http://www.ceic.pt/documents/20727/0/Documento+CEIC+sobre+o+Regulamento+Geral+de+Prote%C3%A7%C3%A3o+de+Dados+%28RGPD%29+publica%C3%A7%C3%A3o/ced81411-5fe4-46f5-a613-c716abbb4b>

³ <https://dre.pt/home/-/dre/123815982/details/maximized>

Nos termos do n.º 2 do artigo 35.º e da alínea c) do n.º 1 do artigo 39.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, o tratamento de dados pessoais considera-se autorizado nos seguintes termos:

- O acesso aos ficheiros dos dados do estudo (base de dados do estudo e ficheiro com a chave de pseudonimização) deve ser feito através de *password* robusta;
- A chave da pseudonimização só deve ser conhecida pelo investigador principal e o ficheiro deverá ficar unicamente guardado em computador do serviço onde é realizada a recolha dos dados;
- O IR fica responsável pela garantia da destruição da chave de pseudonimização dos titulares de dados do estudo, findo o prazo estabelecido para a sua conservação (até 3 anos após a conclusão do estudo).

Os participantes não deverão incorrer em qualquer custo acrescido, incluindo pagamento de taxas moderadoras, pela sua participação no projeto. Qualquer meio complementar de diagnóstico que não seja suportado pelo centro hospitalar, e/ou outro, onde for realizado o estudo, como parte da prática clínica corrente no processo de diagnóstico ou tratamento, deverá ser apoiado através de financiamento próprio do estudo.

Se se pretende que o(s) questionário(s) e/ou colheita de dados seja aplicado(s) via contato telefónico, e/ou que o consentimento informado seja verbal, do próprio e do adulto responsável, o guião da entrevista deverá ser fornecido em anexo ao processo. O guião deverá encontrar-se em conformidade com as guidelines fornecidas por Singer & Frankel (1982) (Informed consent procedures in telephone interviews. *Am Sociol Rev*, 47(3), 416-427), não violando os preceitos da WHO ou CIOMS. O procedimento será aceitável se a investigação não envolver o mínimo risco para os intervenientes, a alteração do processo de consentimento informado não vai prejudicar os direitos e bem-estar dos indivíduos, e sempre que necessário e/ou solicitado, serão fornecidas informações pertinentes adicionais aos indivíduos após a participação e/ou o envio do Consentimento Informado.

Se forem realizadas entrevistas gravadas (vídeo ou áudio) estas deverão ser mantidas durante um tempo limitado à sua transcrição e devida análise e deverão ser subsequentemente destruídas, não sendo utilizadas para outros fins.

Se tiver lugar a recolha de produtos biológicos, esta deverá ter em conta os princípios para obtenção e conservação de material biológico (Art. 18.º) da Lei 12/2005 de 26 de janeiro. O tratamento das informações de saúde recolhidas terá em consideração os princípios aplicáveis aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica, definidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015.

Informações pessoais tratadas não deverão ser identificáveis, mas sim irreversivelmente anonimizadas (Art. 3.º da LPDP), e todos os dados obtidos no âmbito de um Projeto de Investigação estão ao abrigo de medidas técnicas e organizativas adequadas que dão cumprimento ao disposto no Art. 14.º e Art. 15.º da LPDP. Aplica-se ainda o disposto no n.º 1 do Art. 17.º da LPDP relativamente ao sigilo profissional. Quando não for possível a anonimização dos dados, estes deverão codificados de acordo com uma chave específica, acessível apenas aos investigadores do estudo, e que dificulta a identificabilidade dos participantes, tal como especificado na Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD e complementado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de Maio de 2018, e que substitui a atual diretiva e lei de proteção de dados (o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. Os dados obtidos deverão ser conservados de forma a permitir a identificação dos seus titulares apenas durante o período necessário para a prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior, tal como definido no Art. 5.º, n.º 1, alínea e), da LPDP.

O Modelo de declaração de compromisso e confidencialidade utilizado pelo IR deverá ser seguido e assinado por outros investigadores ou colaboradores na investigação, conforme aplicável, destinado a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade e boas práticas dadas pelo(a) IR.

Sempre que necessário, os membros da equipa de investigação deverão assinar uma Declaração de Interesses e Incompatibilidades de acordo com o Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

Neste contexto, assume-se que os investigadores que trabalham com registos ou amostras humanas, ou com a análise de dados, estão obrigados a manter sigilo profissional sobre os dados pessoais e sobre os resultados ou demais obtidos, segundo a ética profissional, nunca devendo, por isso, fazer uso dos mesmos a não ser para o fim a que se destinam. Esta obrigação mantém-se em efeito após término do projeto de investigação.

Anexo VIII

Declaração de Compromisso e Confidencialidade

Declaração de Compromisso e Confidencialidade

Eu, Davide Fernando Teixeira de Carvalho, investigador responsável do projeto acima referido, declaro ter conhecimento de todos os dados e informações constantes no presente projeto e que me responsabilizo pelo seu conteúdo e veracidade. Comprometo-me ainda, a assumir a liderança científica do projeto e as responsabilidades da sua boa execução, garantindo a confidencialidade no processo apresentado. O projeto não envolve a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição ou aplicação de tecidos e células de origem humana.

Braga, 2019



Davide Fernando Teixeira de Carvalho

Anexo IX

Checklist para estudos de investigação qualitativos baseados nas recomendações do Instituto Joanna Brigg

Estudo 1

Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares

Amatriain et al., 2012

Questões	Sim	Não	Pouco claro	Não Aplicável
1. Há congruência entre a perspetiva filosófica indicada e a metodologia de investigação?	x			
2. Há congruência entre a metodologia de investigação e a questão de investigação ou os objetivos?	x			
3. Há congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados na colheita de dados?	x			
4. Há congruência entre a metodologia de investigação e a representação e a análise dos dados?	x			
5. Há congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados?	x			
6. Há uma afirmação/frase que permita situar culturalmente o investigador?	x			
7. A influência que o investigador exerce sobre a investigação e vice-versa é explicitada?	x			
8. Os participantes, e respetivas opiniões, estão adequadamente representados?	x			
9. A investigação seguiu todos os pressupostos éticos preconizados, há evidência de que o estudo tenha sido aprovado por uma comissão de ética?	x			
10. As conclusões apresentadas no relatório de investigação derivam da análise e interpretação dos dados?	x			

Adaptado de "JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research" (JBI, 2017)

Estudo 2

Factors affecting in-hospital informal caregiving as decided by families: findings from a longitudinal study conducted in acute medical units

Ambrosi et al., 2016

Questões	Sim	Não	Pouco claro	Não Aplicável
1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	x			
2. Os assuntos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	x			
3. A exposição foi medida de maneira válida e confiável?	x			
4. Critérios objetivos e padrão foram usados para medir a condição?	x			
5. Foram identificados fatores indutores de viés?	x			
6. As estratégias para minimizar o viés foram descritas?			x	
7. Os resultados foram medidos de maneira válida e fiável?	x			
8. Foi utilizada a análise estatística apropriada?	x			

Adaptado de "JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies" (JBI, 2017)

Estudo 3

Patient agitation and its management in adult critical care: a systematic review and narrative synthesis

Freeman et al., 2018

Questões	Sim	Não	Pouco claro	Não Aplicável
1. Foi formulada claramente e explicitamente a pergunta da revisão?	x			
2. Os critérios de inclusão dos estudos foram apropriados à pergunta da revisão?	x			
3. A estratégia de pesquisa sistemática foi adequada?	x			
4. A fonte e os recursos para a pesquisa dos estudos foram adequados?	x			
5. Os critérios para avaliação dos estudos foram apropriados?	x			
6. A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada por 2 ou mais revisores independentemente?	x			
7. Foram usados métodos para minimizar erros na extração dos dados	x			
8. Foram apropriados os métodos utilizados para combinar os resultados?	x			
9. A probabilidade de vieses de publicação foi avaliada?			x	
10. As recomendações para políticas e/ou a prática foram fundamentadas pelos dados reportados?	x			
11. As diretivas para novas revisões foram adequadas?	x			

Adaptado de "JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses" (JBI, 2017)

Estudo 4

Physical restraints in intensive care - An integrative review

Perez et al., 2018

Questões	Sim	Não	Pouco claro	Não Aplicável
1. Foi formulada claramente e explicitamente a pergunta da revisão?	x			
2. Os critérios de inclusão dos estudos foram apropriados à pergunta da revisão?	x			
3. A estratégia de pesquisa sistemática foi adequada?	x			
4. A fonte e os recursos para a pesquisa dos estudos foram adequados?	x			
5. Os critérios para avaliação dos estudos foram apropriados?	x			
6. A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada por 2 ou mais revisores independentemente?	x			
7. Foram usados métodos para minimizar erros na extração dos dados	x			
8. Foram apropriados os métodos utilizados para combinar os resultados?	x			
9. A probabilidade de vieses de publicação foi avaliada?	x			
10. As recomendações para políticas e/ou a prática foram fundamentadas pelos dados reportados?	x			
11. As diretivas para novas revisões foram adequadas?	x			

Adaptado de "JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses" (JBI, 2017)