

Proposta de intervenção para padronização da contenção de pacientes em unidade de terapia intensiva de um hospital público: Um relato de experiência

Intervention proposal to standardize patient restraint in the intensive care unit of a public hospital: An experience report

Propuesta de intervención para normalizar la contención de pacientes en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público: Informe de una experiencia

Recebido: 08/02/2024 | Revisado: 26/02/2024 | Aceitado: 29/02/2024 | Publicado: 02/03/2024

Maria Nillane da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6321-5186>
Universidade Estadual do Piauí, Brasil
E-mail: marianillane12@gmail.com

Susane de Fátima Ferreira de Castro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8939-7053>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: susaneffcastro@hotmail.com

Maria do Carmo Santos Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7180-9208>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: maria.lia.santos@gmail.com

Anneht Cardoso Basílio da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7637-7654>
Universidade Federal do Piauí, Brasil
E-mail: annehtbasilio@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo deste relato é narrar a experiência de uma residente de enfermagem ao conduzir um projeto de intervenção com o propósito de padronizar o processo de contenção de pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este estudo descritivo, de natureza qualitativa, adota a abordagem de relato de experiência e abrange o desenvolvimento de uma proposta de intervenção no período de março a dezembro de 2023, fundamentada na metodologia PDCA. A coleta de dados envolveu um Brainstorming com a participação da equipe multiprofissional, respondendo à pergunta: "Quais são os obstáculos para a sistematização da contenção de pacientes na UTI?" As respostas, analisadas por meio de ferramentas de gestão de projetos, como Diagrama de Ishikawa, Matriz GUT e Matriz 5W2H, constituíram a base para os resultados apresentados neste relato. Os resultados incluem a identificação, agrupamento e priorização das causas do problema, culminando na proposta de intervenção com planos de ação para abordar as onze causas- raiz que impedem a sistematização da contenção na UTI. Enfrentar desafios durante a implementação, como a resistência dos colaboradores, a limitação de recursos financeiros e a possível descontinuidade do projeto ao longo do tempo, foi previsto. Em conclusão, a construção bem-sucedida desta proposta destaca a aplicabilidade prática das ferramentas de gestão e suas contribuições substanciais na resolução de problemas. A residente adquiriu habilidades técnicas e comportamentais, demonstrou capacidade de liderança e desenvolveu uma compreensão aprofundada dessas ferramentas ao longo da experiência.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Unidades de terapia intensiva; Assistência de enfermagem.

Abstract

The aim of this report is to narrate the experience of a nursing resident in conducting an intervention project to standardize the process of restraining patients in an Intensive Care Unit (ICU). This descriptive, qualitative study adopts the experience report approach and covers the development of an intervention proposal from March to December 2023, based on the PDCA methodology. Data collection involved brainstorming with the participation of the multi-professional team, answering the question: "What are the obstacles to systematizing patient restraint in the ICU?" The answers, analyzed using project management tools such as the Ishikawa Diagram, GUT Matrix and 5W2H Matrix, formed the basis for the results presented in this report. The results include the identification, grouping and prioritization of the causes of the problem, culminating in the proposed intervention with action plans to address the eleven root causes that prevent the systematization of restraint in the ICU. Challenges were foreseen during implementation, such as employee resistance, limited financial resources and the possible discontinuation of the project over time. In conclusion, the successful construction of this proposal highlights the practical applicability of management tools and

their substantial contributions to problem-solving. The resident acquired technical and behavioral skills, demonstrated leadership ability and developed an in-depth understanding of these tools throughout the experience.

Keywords: Health management; Intensive care units; Nursing care.

Resumen

El objetivo de este informe es narrar la experiencia de un residente de enfermería en la realización de un proyecto de intervención para estandarizar el proceso de contención de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este estudio descriptivo y cualitativo adopta el enfoque de informe de experiencia y abarca el desarrollo de una propuesta de intervención desde marzo hasta diciembre de 2023, basada en la metodología PDCA. La recogida de datos consistió en una lluvia de ideas con la participación del equipo multiprofesional, respondiendo a la pregunta: "¿Cuáles son los obstáculos para sistematizar la contención de pacientes en la UCI?" Las respuestas, analizadas mediante herramientas de gestión de proyectos como el Diagrama de Ishikawa, la Matriz GUT y la Matriz 5W2H, constituyeron la base de los resultados presentados en este informe. Los resultados incluyen la identificación, agrupación y priorización de las causas del problema, culminando en la propuesta de intervención con planes de acción para abordar las once causas fundamentales que impiden la sistematización de la contención en la UCI. Se previeron desafíos durante la implementación, como la resistencia de los empleados, los recursos financieros limitados y la posible interrupción del proyecto con el tiempo. En conclusión, el éxito de la construcción de esta propuesta pone de manifiesto la aplicabilidad práctica de las herramientas de gestión y su importante contribución a la resolución de problemas. El residente adquirió competencias técnicas y de comportamiento, demostró capacidad de liderazgo y desarrolló un profundo conocimiento de estas herramientas a lo largo de la experiencia.

Palabras clave: Gestión sanitaria; Unidades de cuidados intensivos; Cuidados de enfermería.

1. Introdução

A Unidade de Terapia intensiva (UTI) é produto do avanço tecnológico na saúde que surgiu pela necessidade de atender pacientes críticos, cuja gravidade exige um cuidado multidisciplinar e integral. É evolução das salas de recuperação pós-anestésica, e surge no Brasil a primeira vez na década de 70, em São Paulo. No entanto, conforme esse ambiente vai evoluindo vão surgindo preocupações com a garantia da assistência humanizada, já que cada vez mais as mãos humanas vão dando lugar às máquinas (Silva et al., 2021).

A humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um aspecto fundamental que se desenvolve em paralelo ao avanço tecnológico. Embora as máquinas desempenhem um papel crucial na monitorização e suporte vital dos pacientes críticos, a presença humana e o cuidado personalizado são igualmente essenciais para garantir o bem-estar integral do indivíduo (Rodrigues & Calegari, 2016).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), coordenado pelo Ministério da Saúde, desempenha um papel significativo nesse contexto. Lançado em 2001, este programa visa promover a humanização nos serviços de saúde, incluindo as UTIs, através da valorização da relação entre profissionais de saúde e pacientes, da criação de ambientes acolhedores e do estímulo à participação ativa dos pacientes e familiares no processo de cuidado (Figueiredo et al., 2023).

A contenção de pacientes em agitação psicomotora na UTI apresenta uma relação complexa com o tema da humanização da assistência. Por um lado, a contenção pode ser vista como uma medida necessária para garantir a segurança do paciente e dos profissionais de saúde, especialmente em situações de risco iminente de autolesão ou de lesão a terceiros. No entanto, por outro lado, o uso excessivo ou inadequado da contenção pode violar a autonomia e a dignidade do paciente, além de causar desconforto físico e emocional (Júnior et al., 2022).

A realização de procedimentos que visam restringir os movimentos do paciente em agitação psicomotora e distúrbios de atenção, como a contenção, foram culturalmente difundidos com o passar dos anos no ambiente hospitalar, seja por meios físicos, químicos ou mecânicos. Estes procedimentos não estão isentos de riscos e podem trazer inúmeras complicações (Maximo et al., 2019).

A contenção mecânica é o recurso de tratamento mais comum aplicado aos pacientes em delirium. Possui diversos relatos de complicações, como comprometimento físico e lesões, sendo as lesões por pressão as mais prevalentes. Outras complicações incluem impacto psicológico; complicações respiratórias; comprometimento circulatório, como trombose venosa

profunda e cianose de membros; desnutrição e desidratação pela dificuldade na ingestão de alimentos e líquidos; agitação aumentada; e diminuição da mobilidade, resultando na perda de massa muscular (Souza et al., 2019).

As iniciativas de humanização da assistência resgatam a importância de discutir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde, evitando a ocorrência de complicações e/ou eventos adversos. Diante disso, em 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), reafirmando seu compromisso com as metas internacionais de segurança e contribuindo para a qualificação dos processos de assistência à saúde em todo o território nacional (de Sá et al., 2022).

A Meta 6 do PNSP visa reduzir o risco de quedas e lesões. A contenção mecânica é muitas vezes utilizada como uma medida de prevenção de quedas em pacientes em situações de agitação psicomotora na UTI, indo de encontro ao que preconiza a meta. No entanto, essa prática pode aumentar o risco de lesões por pressão devido à imobilização prolongada do paciente. Portanto, há um dilema entre garantir a segurança do paciente em relação a quedas e minimizar o risco de complicações associadas à contenção, como lesões por pressão (de Cavatá Souza et al., 2020).

Além disso, o PNSP incentiva a capacitação dos profissionais de saúde em práticas seguras de contenção e em estratégias alternativas de manejo da agitação, visando reduzir a necessidade de contenção mecânica sempre que possível. Isso pode incluir o uso de intervenções não farmacológicas, como a comunicação terapêutica, a distração e o ambiente calmo e acolhedor (de Oliveira Giroti et al., 2023).

Boa parte dos pacientes críticos apresenta mais de um fator de risco para o desenvolvimento do delirium, tornando o distúrbio um evento bastante comum no ambiente da UTI. Isso se agrava devido à hiperestimulação enfrentada pelo paciente, submetido a procedimentos dolorosos e situações estressantes de forma contínua. A taxa de incidência global do delirium hospitalar varia de 4% a 89%, sendo esta variação atribuída à diversidade da população em cada serviço, à presença de diferentes fatores de risco e às diversas formas de monitoramento utilizadas para identificar o distúrbio nas unidades de saúde (Perpétuo et al., 2023).

O delirium está frequentemente associado à necessidade de contenção, apresentando diversos fatores de risco, como idade avançada e doenças graves. Além disso, pode estar relacionado a outras patologias psiquiátricas, agravando o prognóstico do paciente hospitalizado. Caracterizado como um distúrbio de atenção e consciência, o delirium se desenvolve de maneira aguda e pode assumir diferentes formas clínicas, tais como: hiperativa (com agitação ou agressividade), hipoativa (com redução da atividade psicomotora) ou mista (Souza et al., 2019).

É fundamental que a decisão de utilizar a contenção considere os riscos e benefícios. Além disso, a equipe deve ser treinada para monitorar e mitigar as complicações associadas a essa prática. O uso indiscriminado de contenção culmina no aumento do tempo de internação, impactando negativamente nos custos hospitalares. Essa decisão também envolve questões éticas e legais, uma vez que o uso indevido ou excessivo de contenção pode suscitar questionamentos acerca dos direitos em saúde. Portanto, é necessário garantir que o uso de contenção esteja alinhado com os padrões e diretrizes éticas e regulatórias (Cortinhal & Deodato, 2020).

Desta forma, para viabilizar o uso de contenção, é necessário que a equipe multiprofissional se qualifique em relação às peculiaridades que envolvem o procedimento, tais como: os critérios a aplicação, o material a ser utilizado e a existência de outras formas de tratamento. Esses aspectos devem ser evidenciados em protocolos de atendimento. A utilização de protocolos é um meio para padronizar a maneira como as técnicas e procedimentos são realizados, visando aprimorar o tempo e o esforço empregados, com foco no aprimoramento do cuidado oferecido (dos Santos & Takashi, 2023).

Uma forma de avaliar e aplicar melhorias para processos como esse é o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). Uma abordagem sistemática de melhoria que pode ser aplicada no contexto da saúde, promovendo eficácia e sustentabilidade nas intervenções para alcançar objetivos. Possui as seguintes etapas: planejar (identificar o problema de saúde, estabelecendo

objetivos e metas com o envolvimento das partes interessadas); fazer (implementar a intervenção planejada com a colaboração da equipe); verificar (coletar dados para avaliação, reavaliar e monitorar indicadores de desempenho); e agir (analisar resultados e identificar melhorias, ajustando o plano conforme necessário) (Petermann & Busato, 2022).

Assim, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de uma residente de enfermagem no desenvolvimento de um projeto de intervenção para a padronização do processo de contenção de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. Os objetivos específicos da proposta foram: proporcionar que a contenção de pacientes na UTI fosse realizada conforme os princípios e diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente; evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados ao emprego da contenção; e favorecer a participação multiprofissional na definição de condutas quanto à indicação, realização e monitoramento da contenção na UTI.

2. Metodologia

É um método descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Essa abordagem se caracteriza pela narrativa detalhada e reflexiva de uma experiência singular, na qual o autor expõe minuciosamente os elementos contextuais, suas percepções subjetivas, bem como os aprendizados e reflexões decorrentes do evento em análise (Mussi et al., 2021).

Este relato trata-se do processo de criação, desenvolvimento e conclusão de uma proposta de intervenção que visou padronizar o processo de contenção em uma unidade de terapia intensiva (UTI) utilizando-se como guia metodológico o ciclo PDCA.

A proposta de intervenção se baseia, principalmente, nos princípios da pesquisa aplicada, que visa a resolução de problemas práticos e aplicação de conhecimento em situações do mundo real. Também incorpora preceitos da pesquisa-ação, permitindo uma abordagem colaborativa e reflexiva, na qual pesquisadores e participantes identificam problemas, desenvolvem soluções e avaliam os resultados juntos (de Camargo et al., 2021).

A experiência foi vivenciada por uma Enfermeira residente de um programa de residência multiprofissional em terapia intensiva, entre os meses de março a dezembro de 2023. A instituição que foi sede do projeto possui 50 anos de serviços prestados à população do estado do Piauí na área da saúde pública. Fundado em 1973, o hospital é referência no tratamento de doenças infectocontagiosas; e por mês chega a atender até 1,5 mil pessoas e a internar cerca de 90 pacientes, a maioria teresinenses (60%). Possui 25 leitos de UTI, e em breve irá inaugurar mais 20 leitos. Doenças clínicas também são atendidas, desde que não necessite de intervenção cirúrgica.

Para a elucidação do diagnóstico situacional do problema, identificação de suas raízes e desenvolvimento das demais etapas do projeto de intervenção, convocou-se a equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva (UTI) para uma reunião utilizando a metodologia do *Brainstorming*, uma dinâmica de grupo, que procura mobilizar esforços para encontrar soluções para um determinado problema, através da compilação de ideias geradas pelo contributo espontâneo dos participantes (Corrêa et al., 2021).

Participaram do *Brainstorming*: Enfermeiro (01), Técnicos de Enfermagem (05), Fisioterapeuta (01), Psicóloga (01), Médico (01), residentes de enfermagem (01), psicologia (01) e fisioterapia (01). Inicialmente apresentou-se o problema visualizado no serviço (A não sistematização da contenção de pacientes na UTI), em seguida, explicou-se como seria a dinâmica e suas regras (*Brainstorming Estruturado*). Os participantes tiveram um tempo de 10 minutos para responder a seguinte questão: "Quais os obstáculos para a sistematização da contenção de pacientes na UTI?". A resposta foi individual, cada participante escreveu em um *Post it* a sua opinião e ao final repetiram em voz alta o que escreveram.

Após o lançamento da pergunta disparadora todos os *Post it* foram recolhidos e fixados em um quadro centralizado a vista de todos. Os participantes fizeram uma análise coletiva de todas as ideias geradas durante a sessão, em que se identificou as mais relevantes aos objetivos do projeto.

As soluções foram agrupadas em categorias, identificando os padrões de resposta de forma estruturada através da construção do Diagrama de *Ishikawa*. Priorizaram-se as ideias com base em critérios específicos através do preenchimento da Matriz GUT. São ferramentas de análise utilizadas em gestão, qualidade e resolução de problemas; podem ser usadas em conjunto, proporcionando uma abordagem mais abrangente para a solução de questões organizacionais (dos Reis Inácio, et al., 2023).

Como forma de gerar feedback adicional e aumentar o apoio às ideias, os resultados do *Brainstorming* foram compartilhados com as outras equipes da UTI e com o Setor de Gestão da Qualidade do hospital. A partir das ideias encontradas no *Brainstorming* desenvolveram-se planos de ação que culminaram no desenvolvimento desse projeto de intervenção que teve como objetivo: padronizar o procedimento de contenção física, química e mecânica aplicados ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de média complexidade do estado do Piauí. Utilizando-se como instrumento a ferramenta 5W2H, o plano de ação foi desenvolvido e apresentado como proposta ao hospital.

A Matriz 5W2H é uma ferramenta de gestão que ajuda a planejar e documentar a execução de projetos. Cada letra representa uma pergunta que deve ser respondida para garantir uma compreensão abrangente: *What* (O quê), qual é a tarefa ou atividade específica a ser realizada; *Why* (Por quê), qual é a razão para realizar a tarefa; *Who* (Quem), quem são os responsáveis por executar a tarefa; *When* (Quando), qual é o prazo para conclusão da tarefa; *Where* (Onde), onde a tarefa será executada; *How* (Como), como a tarefa será realizada; *How Much* (quanto custa), quanto custará realizar a tarefa (Batista et al., 2018).

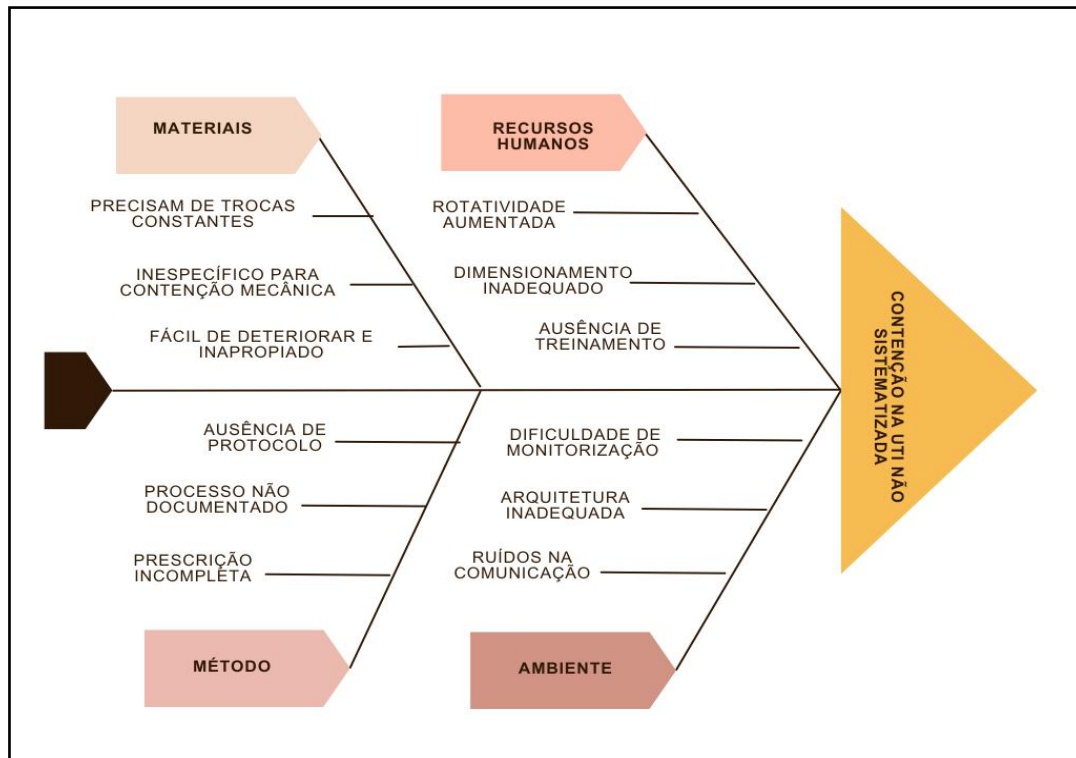
O projeto visou regulamentar uma prática já realizada rotineiramente na instituição, aperfeiçoando-a e adequando-a aos protocolos e diretrizes do SUS, desta forma, não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois se fundamenta na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontaneamente na prática profissional, não revelando dados que possam identificar os sujeitos. Esta pesquisa foi realizada em estrita conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial. Suas etapas serviram como base para elaboração deste relato.

3. Resultados e Discussão

A primeira etapa de um plano de ação é a definição clara do problema a ser solucionado. Esta etapa é fundamental para garantir que o plano de ação esteja alinhado com os objetivos organizacionais e as necessidades específicas que estão sendo enfrentadas. Neste estudo, a definição do problema principal baseou-se na observação de como ocorria o processo de contenção na UTI em que percebeu-se uma incongruência com as diretrizes assistenciais e os preceitos da segurança do paciente, sendo ele a “não sistematização da contenção de pacientes na UTI”.

Como resultado do levantamento, estruturação e agrupamento das causas desse problema construiu-se o Diagrama de *Ishikawa* (Figura 1) representado na imagem abaixo:

Figura 1 - Diagrama *de Ishikawa*- causas da não sistematização da contenção na UTI.



Fonte: Autores.

A partir da construção do diagrama (Figura 1), os participantes do Brainstorming puderam visualizar o problema de forma ampliada, percebendo onde se encontravam os nós críticos do processo e como estes estavam influenciando de forma negativa em sua execução.

A ferramenta tornou-se crucial para a fase do planejamento da intervenção, pois confirmou as hipóteses que já haviam sido consideradas como possíveis causas do problema. De acordo com Higa et al. (2021), ao construir o diagrama em equipe, envolvendo profissionais de diferentes áreas, há uma promoção da colaboração e da diversidade de perspectivas na análise dos problemas, favorecendo a implementação de mudanças bem sucedidas.

Para determinação de prioridades e alocação eficiente de recursos na resolução do problema, os participantes também construíram a Matriz GUT (Quadro 1) apresentado logo abaixo:

Quadro 1 -Matriz GUT- organização dos problemas conforme a ordem de prioridade.

PROBLEMA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	RESULTADO
Prescrição incompleta	Extremamente grave (5)	Necessidade de ação imediata (5)	Vai piorar rapidamente (5)	125
Processo não documentado	Extremamente grave (5)	Necessidade de ação imediata (5)	Vai piorar em curto prazo (4)	100
Dimensionamento inadequado	Muito grave (4)	Muito urgente (4)	Vai piorar em curto prazo (4)	64
Ausência de protocolo	Grave (3)	Necessidade de ação imediata (5)	Vai piorar em curto prazo (4)	60
Ausência de treinamento	Muito grave (4)	Muito urgente (4)	Vai piorar em médio prazo (3)	48
Ruídos na comunicação	Grave (3)	Urgente, merece atenção no curto prazo (3)	Vai piorar em curto prazo (4)	36
Material fácil de deteriorar e inadequado/necessita de trocas constantes	Grave (3)	Urgente, merece atenção no curto prazo (3)	Vai piorar em médio prazo (3)	27
Dificuldade de monitorização	Grave (3)	Pouco urgente (2)	Vai piorar em curto prazo (4)	24
Material inespecífico para contenção mecânica	Pouco grave (2)	Pode esperar (1)	Vai piorar em longo prazo (2)	4
Arquitetura inadequada	Pouco grave (3)	Pode esperar (1)	Não mudará (1)	3
Rotatividade de pessoal aumentada	Pouco grave (2)	Pode esperar (1)	Não mudará (1)	2

Fonte: Autores.

Conforme observado no Quadro 1, o acrônimo GUT deriva das palavras Gravidade, Urgência e Tendência, representando os três critérios pelos quais os problemas são avaliados. Essa priorização permitiu que a equipe focasse em questões críticas que exigissem ação imediata ou a longo prazo, alocando recursos de forma eficiente, com base em decisões estratégicas.

Dessa forma, as causas do problema foram estruturadas na seguinte ordem: 1º- prescrição incompleta, 2º- processo não documentado, 3º- dimensionamento inadequado, 4º- ausência de protocolo, 5º- ausência de treinamento, 6º- ruídos na comunicação, 7º- material fácil de deteriorar e inadequado/necessita de trocas constantes, 8º- dificuldade de monitorização, 9º- material inespecífico para contenção mecânica, 10º- arquitetura inadequada, 11º- rotatividade de pessoal aumentada.

A análise da tendência dos problemas destaca se eles estão piorando, permanecendo estáveis ou melhorando. Isso permite que a equipe se concentre não apenas em solucionar problemas imediatos, mas também em implementar medidas preventivas para evitar a recorrência. A utilização contínua da Matriz GUT pode se integrar a processos de melhoria contínua. À medida que problemas são resolvidos, a equipe pode revisar e atualizar a matriz para abordar novas questões à medida que surgem (de Azevedo Ferreira et al., 2014).

A prescrição incompleta foi enquadrada como causa nº 1 na ordem de prioridade tendo em vista sua gravidade e urgência, pois tratava-se da ausência da prescrição de contenção no prontuário do paciente, especialmente a mecânica. Isso significa que o procedimento por vezes era executado sem o devido alinhamento com a equipe médica.

A aplicação de medidas de contenção deve ser entendida pelos profissionais de saúde como um procedimento remanescente para a segurança do paciente, uma vez que tem um impacto importante na liberdade, autonomia e dignidade do indivíduo, devendo ser considerada como último recurso, depois de esgotadas as medidas alternativas. Porém quando necessária, deve prevalecer uma técnica com a menor restrição possível, e pelo menor tempo possível, respeitando sempre as especificidades de cada doente sujeito ao procedimento (Matos et al., 2021).

Outro fato relacionado a esse problema, diz respeito a indicação e prescrição de contenção química como primeira medida de tratamento para agitação psicomotora, esta por sua vez era prescrita tardiamente, portanto não executada.

A contenção química ou farmacológica deve ser a técnica de primeira escolha, considerando o grau de agitação do paciente. De acordo com o comportamento do mesmo, é possível separar a terapia medicamentosa com base na classe do medicamento, dose, efeitos desejados, início de ação, pico de ação e tempo de meia vida. Sugere-se que para paciente ansioso, agitado, mas com boa comunicação sejam adotadas somente medidas alternativas. A contenção química se inicia a partir do momento que o paciente apresenta-se disruptivo e destrutivo, ainda que não apresente conduta ameaçadora pra si ou para outrem, a via oral é preferível (Schmidt, 2021).

Atribui-se ao médico a responsabilidade legal da prescrição da contenção. Com base em critérios bem definidos e alinhados com a equipe multiprofissional, este indica a forma de contenção mais adequada ao paciente, bem como sua continuidade ou descontinuidade, conforme descrito pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2013).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, cabe aos técnicos e auxiliares de enfermagem a execução da contenção prescrita, sob supervisão do enfermeiro, exceto nos casos de urgência e emergência, e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados (COFEN, 2012).

Para resolução da causa n° 1 do problema desenvolveu-se um plano de ação baseado na ferramenta 5W2H, conforme mostra o Quadro 2 apresentado abaixo:

Quadro 2 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa n°

1.

PROBLEMA: PRESCRIÇÃO INCOMPLETA	
O quê?	Implementação de um programa de melhoria na prescrição médica para contenção na UTI.
Por quê?	Garantir a segurança do paciente, promover a eficácia do tratamento e atender aos padrões de qualidade na UTI.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Coordenação médica da UTI e médicos plantonistas• Coordenação de Farmácia e farmacêuticos• Núcleo de Segurança do Paciente• Núcleo de Educação Permanente
Quando?	Início imediato- implementação completa em um prazo de 30 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva.
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de Causas: realizar uma análise detalhada para identificar as causas subjacentes da prescrição médica incompleta.• Treinamento da equipe médica: desenvolver um programa de treinamento para médicos sobre a importância da prescrição completa e adequada no processo de contenção.• Padronização de Protocolos: Criar protocolos claros e padronizados para a prescrição de medidas de contenção na UTI.• Implementação de Checklist: introduzir um checklist para revisão de prescrições, garantindo que todos os elementos necessários estejam presentes.• Feedback Contínuo: estabelecer um sistema de feedback contínuo para monitorar a adesão aos novos protocolos e identificar eventuais desafios.• Avaliação Periódica: realizar avaliações periódicas para verificar a eficácia das mudanças implementadas e fazer ajustes, se necessário.
Quanto custará?	O custo está principalmente associado ao desenvolvimento do programa de treinamento, atualização de protocolos e possível investimento em tecnologia para apoiar a revisão e monitoramento das prescrições.

Fonte: Autores.

A prioridade n° 2 tratou-se do seguinte problema: processo não documentado. Ou seja, realizava-se o procedimento de contenção, porém não havia registro em prontuário. É extremamente grave e necessita de ações imediatas podendo piorar a curto

prazo se não for solucionado. Para Lobato et al., (2023), registrar todos os procedimentos no prontuário do paciente é essencial para manter um histórico preciso e completo de seu tratamento. Isso facilita a comunicação entre profissionais de saúde, garante avaliações informadas e contribui para a segurança do paciente, além de cumprir padrões éticos e regulatórios.

Para resolução da causa nº 2 desenvolveu-se o plano de ação representado pelo Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa nº 2.

PROBLEMA: PROCESSO NÃO DOCUMENTADO	
O quê?	Estabelecimento de um fluxo de documentação para o processo de contenção.
Por quê?	Garantir transparência, precisão e conformidade com regulamentações, melhorando a comunicação entre profissionais de saúde e promovendo a segurança do paciente.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Coordenação e Direção de Enfermagem• Enfermeiros e técnicos de enfermagem• Núcleo de Segurança do Paciente• Núcleo de Educação Continuada• Comissão de Revisão de Prontuários
Quando?	Início imediato- implementação completa em um prazo de 30 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento do fluxo: criar um passo a passo claro e sucinto da documentação de procedimentos de contenção, detalhando as informações essenciais a serem registradas.• Treinamento da Equipe: conduzir treinamentos regulares para toda a equipe de enfermagem, explicando o novo fluxo e fornecendo orientações práticas sobre a documentação adequada.• Auditorias Internas: Realizar auditorias regulares para garantir a adesão ao protocolo e fornecer feedback à equipe.• Revisão Contínua: Estabelecer um processo contínuo de revisão do protocolo, ajustando-o conforme necessário com base em feedbacks e mudanças nas práticas de saúde.
Quanto custará?	O custo está principalmente associado ao desenvolvimento do protocolo, treinamento da equipe e implementação de ferramentas de auditoria. Estimar recursos financeiros e humanos necessários.

Fonte: Autores.

A causa a ser solucionada em ordem de prioridade nº 3 foi o “dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem”, ou seja, profissionais insuficientes para suprir todos os cuidados referentes ao paciente em processo de contenção. Por vezes esse problema se deu em razão de remanejamentos de profissionais da UTI a outros setores devido a ausência de uma reserva de segurança em caso de faltas, atestados e férias.

O dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem na UTI é crucial para proporcionar monitoramento intensivo, prevenir complicações, responder rapidamente a emergências, oferecer cuidado personalizado, reduzir a sobrecarga de trabalho, promover uma comunicação eficaz e adaptar-se a variações na demanda (da Silva & de Andrade, 2022).

Recursos humanos insuficiente é um problema muito grave, então, exigiu a construção de um plano de ação detalhado, descrito no Quadro 4, apresentado abaixo:

Quadro 4 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa n° 3.

PROBLEMA: DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM INADEQUADO	
O quê?	Implementação de Estratégias para Garantir o Dimensionamento Adequado da Equipe de Enfermagem na UTI.
Por quê?	Assegurar a disponibilidade de profissionais suficientes para atender às demandas da UTI, minimizando remanejamentos e garantindo um cuidado contínuo e seguro aos pacientes em contenção.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Coordenação e Direção de Enfermagem• Enfermeiros e técnicos de enfermagem• Gestor de Recursos Humanos
Quando?	Implementação completa em um prazo de 90 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de Demandas: realizar uma análise detalhada das demandas da UTI, considerando variações sazonais, atestados e férias.• Dimensionamento Adequado: estabelecer uma equipe base com um número suficiente de profissionais, incorporando uma reserva de segurança para cobrir ausências planejadas e não planejadas.• Plano de Contingência: Desenvolver um plano de contingência para lidar com ausências inesperadas, incluindo estratégias de remanejamento interno quando necessário.• Treinamento e Capacitação: Oferecer treinamentos regulares para garantir que a equipe esteja qualificada para atuar em diferentes cenários e funções.• Monitoramento Contínuo: Implementar sistemas de monitoramento contínuo para avaliar a eficácia do novo dimensionamento e fazer ajustes conforme necessário.• Feedback da Equipe: Estabelecer canais de comunicação para receber feedback da equipe sobre o dimensionamento e realizar melhorias com base nessas informações.
Quanto custará?	Avaliar os recursos financeiros necessários para contratações adicionais, treinamentos e monitoramento contínuo.

Fonte: Autores.

Em ordem de prioridade n° 4 esteve a “ausência de um protocolo”, ou seja, um documento que descrevesse a atuação multiprofissional da equipe da UTI no processo de contenção. A implementação de um protocolo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é fundamental para garantir a padronização e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes em estado crítico. Segundo Netto, Dias e Goyanna (2016), é um conjunto de diretrizes e procedimentos que visam otimizar a assistência, promover a segurança do paciente e facilitar a tomada de decisões clínicas.

Para a resolução desse problema criou-se o plano de ação apresentado no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público-causa n° 4.

PROBLEMA: AUSÊNCIA DE UM PROTOCOLO DO PROCESSO DE CONTENÇÃO	
O quê?	Desenvolvimento e Implementação do Protocolo Multiprofissional para o Processo de Contenção na UTI.
Por quê?	Estabelecer diretrizes claras e consistentes para a prática de contenção, promovendo a segurança do paciente, a comunicação eficaz e a coordenação multiprofissional.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Coordenadores da UTI.• Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos e demais profissionais envolvidos na contenção.
Quando?	Implementação completa em um prazo de 120 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Levantamento de Evidências: Revisar literatura e diretrizes existentes para embasar o desenvolvimento do protocolo.• Grupo de Trabalho Multiprofissional: Formar um grupo composto por representantes de diferentes profissões para colaborar no desenvolvimento do protocolo.• Definição de Papéis e Responsabilidades: Especificar as funções de cada profissional durante o processo de contenção, garantindo uma abordagem colaborativa.• Treinamento e Capacitação: Desenvolver e ministrar treinamentos para a equipe sobre as diretrizes do novo protocolo.• Implementação Gradual: Introduzir o protocolo em fases, permitindo ajustes conforme necessário.• Avaliação Contínua: Estabelecer mecanismos para avaliação contínua da eficácia do protocolo, como indicadores de qualidade.
Quanto custará?	Avaliar os recursos necessários para desenvolvimento, treinamento e implementação do protocolo.

Fonte: Autores.

A ausência de treinamento voltado ao processo de contenção ocupou o 5° lugar na ordem de prioridade. Os treinamentos na UTI são cruciais para atualizar a equipe, padronizar práticas, aumentar a segurança do paciente, promover integração multiprofissional, capacitar para emergências, desenvolver habilidades técnicas, gerenciar estresse, aprimorar comunicação, garantir conformidade com normas e regulamentações, e elevar a satisfação da equipe (Ribeiro, Souza & Silva, 2019).

Dessa forma faz-se necessário executar esses treinamentos tendo como base o plano de ação criado para resolução desse problema, detalhado no Quadro 6, a seguir:

Quadro 6 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa nº 5.

PROBLEMA: AUSÊNCIA DE TREINAMENTO DO PROCESSO DE CONTENÇÃO	
O quê?	Desenvolvimento e Implementação do Programa de Treinamento em Contenção.
Por quê?	Garantir que a equipe esteja devidamente treinada para realizar procedimentos de contenção, promovendo a segurança do paciente.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Coordenadores da UTI.• Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos e demais profissionais envolvidos na contenção.
Quando?	Implementação completa em um prazo de 150 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de Necessidades de Treinamento: Realizar uma análise das necessidades de treinamento específicas para contenção, considerando as lacunas de conhecimento identificadas.• Desenvolvimento de Conteúdo: Criar material de treinamento abrangente, incluindo protocolos, técnicas de contenção, comunicação eficaz e manejo de comportamentos agressivos.• Agendamento de Sessões de Treinamento: Estabelecer um cronograma de treinamentos, considerando a disponibilidade da equipe, com sessões teóricas e práticas.• Treinamento Prático e Simulações: Incorporar exercícios práticos e simulações para reforçar a aplicação do conhecimento em situações reais.• Feedback e Avaliação: Coletar feedback regular dos participantes para avaliar a eficácia do treinamento e realizar ajustes conforme necessário.• Certificação: Implementar um sistema de certificação para garantir que os profissionais concluam o treinamento com sucesso.
Quanto custará?	Avaliar os custos associados ao desenvolvimento de materiais, espaço para treinamento, remuneração de instrutores e tecnologias necessárias.

Fonte: Autores.

Em 6º lugar na ordem de prioridade permaneceu “ruídos na comunicação”. Referem-se a interferências, barreiras ou distorções que dificultam a transmissão clara e precisa de informações entre os profissionais de saúde. Para Macedo et al., (2020), alguns aspectos desse problema incluem: terminologia variada, interrupções e distrações, comunicação não verbal desconsiderada, falhas em ferramentas de comunicação, hierarquia e barreiras de comunicação.

Esses ruídos na comunicação podem ter impactos significativos na segurança e qualidade dos cuidados prestados na UTI. Dessa forma, para sua resolução desenvolveu-se o seguinte plano de ação (Quadro 7), apresentado logo abaixo:

Quadro 7 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa n° 6.

PROBLEMA: RUÍDOS NA COMUNICAÇÃO	
O quê?	Implementação de Estratégias para Melhoria da Comunicação na UTI.
Por quê?	Reduzir ruídos na comunicação para promover um ambiente seguro e eficaz de cuidados intensivos.
Quem?	Coordenadores da UTI. Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos e demais profissionais envolvidos na contenção.
Quando?	Implementação completa em um prazo de 180 dias.
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação Inicial: Realizar uma avaliação abrangente dos desafios específicos na comunicação identificando ruídos, barreiras e oportunidades de melhoria.• Desenvolvimento de Protocolos de Comunicação: Criar protocolos claros para comunicação interna e externa, estabelecendo terminologia padronizada e procedimentos consistentes.• Treinamento em Comunicação Eficaz: Implementar treinamentos regulares sobre habilidades de comunicação eficaz, incluindo ênfase em escuta ativa, feedback construtivo e comunicação não verbal.• Ferramentas Tecnológicas: Investir em ferramentas de comunicação eficazes, como sistemas eletrônicos integrados, para garantir acesso rápido e preciso às informações relevantes.• Sessões de Feedback e Melhoria Contínua: Estabelecer sessões regulares de feedback para avaliar a eficácia das estratégias implementadas e fazer ajustes conforme necessário.• Promoção de uma Cultura de Comunicação Aberta: Incentivar uma cultura onde todos os membros da equipe sintam-se à vontade para expressar preocupações, fazer perguntas e contribuir para a comunicação efetiva.• Avaliação de Desempenho Individual e em Equipe: Implementar avaliações regulares do desempenho da equipe, reconhecendo e corrigindo padrões que possam contribuir para ruídos na comunicação.• Canais de Comunicação de Emergência: Estabelecer canais claros e eficientes de comunicação para situações de emergência, assegurando resposta rápida e coordenação efetiva.
Quanto custará?	Estimar os custos associados aos treinamentos, ferramentas tecnológicas e programas de melhoria contínua, considerando investimentos iniciais e custos operacionais.

Fonte: Autores.

A facilidade de deterioração do material usado no processo de contenção e sua inadequação aumentava a necessidade de trocas constantes, sendo esta causa a 7° na ordem de prioridade. Tem relação direta com a causa n° 9 (material inespecífico para contenção) apesar de estarem em ordem de prioridades diferentes fazem parte da mesma subcategoria de problemas, podendo ser solucionados juntos.

Materiais inadequados podem ser difíceis de limpar e desinfetar corretamente, aumentando o risco de infecções hospitalares. Em uma UTI, onde os pacientes muitas vezes têm sistemas imunológicos comprometidos, a prevenção de infecções é crucial. Além disso, podem ser desconfortáveis para os pacientes, levando a lesões na pele, úlceras de pressão ou outras complicações. É importante escolher materiais que sejam suaves, hipoalérgicos e que não causem atrito excessivo na pele do paciente.

Esses problemas apresentam diversas implicações, dentre elas, a má influência na eficiência do processo (materiais que se deterioram facilmente comprometem a eficácia do processo de contenção, resultando em falhas na barreira de proteção); custos operacionais elevados (as trocas constantes implicam em custos operacionais mais altos, que não se limitam apenas à aquisição dos novos materiais, mas também envolvem despesas de mão de obra e tempo dedicado às substituições).

Diante disso, foi elaborado um plano de ação para resolução dos dois problemas, em que suas etapas estão descritas no Quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa n° 7 e n° 9.

PROBLEMA: MATERIAL FÁCIL DE DETERIORAR E INAPROPRIADO/NECESSITA DE TROCAS CONSTANTES/ INESPECÍFICO PARA CONTENÇÃO	
O quê?	Minimizar a necessidade de trocas constantes, melhorando a durabilidade dos materiais de contenção.
Por quê?	Redução de custos operacionais, interrupções nos processos e impactos ambientais, garantindo maior eficácia na contenção.
Quem?	Coordenação de Enfermagem Enfermeiros e técnicos de enfermagem Coordenação do Almoxarifado
Quando?	Implementação completa em um prazo de 210 dias
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Análise da inadequação dos materiais existentes.• Identificação de fornecedores potenciais de materiais mais duráveis.• Estabelecer padrões de manutenção preventiva mais rigorosos.• Implementar programas de treinamento contínuo para a equipe operacional.• Realizar auditorias periódicas para garantir a conformidade com as novas práticas.• Monitoramento contínuo da eficácia e durabilidade.
Quanto custará?	Alocar um orçamento específico para aquisição de materiais. Fundos para treinamento e conscientização da equipe. Reserva para ajustes e melhorias no processo.

Fonte: Autores.

A dificuldade de monitorização do paciente em contenção, listada como a 8ª prioridade, está interligada diretamente com a arquitetura inadequada, que ocupa a 10ª posição. A situação é agravada pelo fato de o hospital não possuir uma central de monitorização dos pacientes, e a maioria dos leitos na unidade são de isolamento, estando distantes uns dos outros. Essa configuração destoa do padrão recomendado para leitos de UTI, que é organizá-los em semicírculo, permitindo que os profissionais possam visualizar todos os pacientes simultaneamente (dos Santos et al., 2023).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a resolução 427 em 2012 que direciona a equipe de enfermagem para o manejo do cuidado e procedimentos no uso da contenção mecânica. O órgão orienta que o procedimento deve ocorrer sob supervisão direta do enfermeiro, devendo ocorrer monitoramento clínico do nível de consciência do paciente, sinais vitais, condições de pele e circulação nos locais e membros contidos, com regularidade de hora em hora. Em casos especiais como pacientes sob sedação, sonolentos, idosos, crianças e adolescentes o monitoramento deve ser rigoroso (COFEN, 2012).

A ausência de uma central de monitorização torna mais desafiador o acompanhamento contínuo dos pacientes em contenção, aumentando a probabilidade de eventos adversos. A disposição inadequada dos leitos de isolamento, divergindo do padrão de semicírculo, dificulta a vigilância eficiente de todos os pacientes, impactando diretamente na qualidade do monitoramento. O plano de ação para resolução desses problemas está descrito no Quadro 9, apresentado a seguir:

Quadro 9 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa n° 8 e n° 10.

PROBLEMA: DIFICULDADE DE MONITORIZAÇÃO + ARQUITETURA INADEQUADA	
O quê?	Melhorar a monitorização eficaz dos pacientes em contenção e corrigir a arquitetura inadequada da unidade hospitalar.
Por quê?	Aumentar a eficácia da monitorização para garantir respostas rápidas e eficientes a situações críticas, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados. Corrigir a arquitetura inadequada para criar um ambiente propício à observação eficiente.
Quem?	<ul style="list-style-type: none">• Departamento de Tecnologia da Informação (TI).• Gestão de Operações Hospitalares.• Equipe de Arquitetura e Engenharia.
Quando?	Implementação completa em um prazo de 365 dias
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação da atual capacidade de monitorização.• Identificação de tecnologias disponíveis no mercado• Pesquisar e adquirir um sistema de monitorização centralizado.• Integrar o sistema com os leitos de isolamento.• Desenvolver e implementar um programa de treinamento para a equipe multiprofissional.• Colaborar com a equipe de arquitetura e engenharia para redefinir a disposição dos leitos de isolamento em um padrão de semicírculo.• Garantir que a mudança não impacte negativamente outras operações hospitalares.
Quanto custará?	Orçamento específico para aquisição e implementação do sistema centralizado. Fundos para treinamento da equipe. Recursos para possíveis ajustes na disposição dos leitos.

Fonte: Autores.

Em última posição na ordem de prioridade esteve o problema de “rotatividade de pessoal aumentada” como uma das causas da não sistematização da contenção na UTI. Com a alta rotatividade, a consistência no treinamento pode ser comprometida. Novos membros da equipe podem não receber treinamento adequado ou podem não estar tão familiarizados com os procedimentos de contenção, levando a variações na aplicação das práticas. A constante entrada e saída de profissionais pode resultar em um conhecimento fragmentado sobre as melhores práticas de contenção. A falta de uma base de conhecimento sólida pode levar a interpretações divergentes e à inconsistência na aplicação dos protocolos.

A rotatividade frequente pode prejudicar o desenvolvimento de uma equipe coesa (Santos, Cansado & Perez, 2021). A confiança mútua e a comunicação eficaz entre os membros da equipe são essenciais para a sistematização de processos complexos, como os de contenção em uma UTI. Novos profissionais precisarão de tempo para se adaptar ao ambiente da UTI, compreender os procedimentos específicos e desenvolver uma compreensão completa das nuances associadas à contenção. Isso pode resultar em períodos prolongados de adaptação e aprendizado.

Apesar de ser considerado um problema pouco urgente e sem perspectivas de mudança, mereceu um plano de ação a longo prazo, descrito no Quadro 10, apresentado a seguir:

Quadro 10 - Plano de ação para padronização do processo de contenção de pacientes em UTI de um hospital público- causa nº 11.

PROBLEMA: ROTATIVIDADE DE PESSOAL AUMENTADA	
O quê?	Reduzir a rotatividade de pessoal na UTI criando m programa de <i>onboarding</i> e <i>offboarding</i> .
Por quê?	Reduzir a rotatividade melhora a consistência nos cuidados e a segurança do paciente. Facilitar a integração de novos membros da equipe e proporcionar uma saída estruturada.
Quem?	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Recursos Humanos. • Coordenação da UTI • Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos e demais profissionais envolvidos na contenção. • Núcleo de Educação Permanente
Quando?	Implementação completa em um prazo de 365 dias
Onde?	Unidade de Terapia Intensiva
Como?	<ul style="list-style-type: none"> • Análise da taxa atual de rotatividade. • Identificação de áreas críticas que contribuem para a rotatividade • Desenvolvimento de estratégias para retenção de talentos. • Implementação de programas de treinamento contínuo. • Estabelecimento de protocolos padronizados de contenção. • Monitoramento contínuo da taxa de rotatividade e eficácia dos novos protocolos. • Conduzir análise de saídas para entender motivos e padrões. • Identificar áreas de insatisfação e oportunidades de melhoria. • Desenvolver benefícios e incentivos para aumentar a satisfação e retenção. • Fornecer acesso fácil a manuais e recursos de treinamento online. • Incluir treinamentos sobre políticas da UTI e cultura organizacional. • Atribuir um mentor para cada novo colaborador, proporcionando orientação e suporte. • Oferecer oportunidades de integração social para promover o senso de pertencimento. • Coletar feedback contínuo dos novos colaboradores para aprimorar o programa de <i>onboarding</i>. • Rever o programa de <i>offboarding</i> para garantir que os colaboradores que estão saindo proporcionem feedback valioso. • Incorporar informações do processo de saída para aprimorar o onboarding e identificar possíveis causas de rotatividade
Quanto custará?	Orçamento para programas de retenção e benefícios. Investimento em plataformas de treinamento online. Recursos para desenvolvimento e implementação dos protocolos padronizados.

Fonte: Autores.

As atividades delineadas no plano de ação resultarão na obtenção de indicadores, por meio dos quais será possível quantificar tanto a eficácia quanto a qualidade da implantação dos processos propostos. A título exemplificativo, destaca-se a avaliação da taxa de adesão dos profissionais ao protocolo de contenção e a análise da incidência de eventos adversos vinculados à utilização da contenção. A aplicação de indicadores de qualidade permitirá à instituição agir de maneira diligente diante de eventualidades adversas ou inconvenientes relacionados ao processo, implementando aprimoramentos ou ajustes nos planos de ação.

Dentre as potenciais dificuldades e riscos para a implementação dos planos de ação, destacam-se: resistência por parte dos colaboradores, uma vez que se trata de um processo inovador que modificará a rotina do setor; escassez de recursos financeiros, pois qualquer plano de ação requer a aquisição de recursos materiais e a realocação de recursos humanos, implicando em investimentos necessários; e a possibilidade de descontinuidade das etapas do projeto ao longo do tempo, visto que todos os planos requerem atualização contínua, treinamento da equipe e monitoramento de seus indicadores, demandando uma dedicação intensa de todos os envolvidos.

Para lidar com as dificuldades associadas à equipe, foi atribuída ao Núcleo de Segurança do Paciente e Gestão de Qualidade a responsabilidade de conduzir a implementação dos planos de ação e monitorar os indicadores pertinentes, além de

atualizá-los conforme necessário. No que concerne aos desafios financeiros, foi ressaltado aos gestores a vantagem de padronizar os processos como estratégia para reduzir os custos relacionados à assistência, sem demandar despesas substanciais, uma vez que os materiais e profissionais já existentes no setor são capazes de viabilizar tais mudanças. Isso se deve ao fato de que os benefícios de regularizar os processos superam os impactos negativos, tanto para os pacientes quanto para a instituição.

4. Considerações Finais

Nas conclusões deste estudo, destacam-se a relevância e os desdobramentos do relato de experiência da residente de enfermagem no desenvolvimento do projeto de intervenção voltado à padronização do processo de contenção de pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A construção bem-sucedida desta proposta, fundamentada em ferramentas de gestão como PDCA, Matriz GUT, Matriz 5W2H e Diagrama de Ishikawa, evidencia não apenas a capacidade de aplicação prática dessas ferramentas, mas também a contribuição significativa para a resolução de uma problemática específica.

Ao utilizar o ciclo PDCA para padronizar o processo de contenção na UTI, a residente lidou com diversas dificuldades que exigiram uma abordagem cuidadosa e estratégica, como a resistência por parte de alguns profissionais de saúde em relação à mudança. Muitos estavam acostumados com as práticas existentes e temiam os impactos das mudanças na rotina de trabalho. Foi necessário um esforço extra para comunicar os benefícios da padronização e envolver a equipe no processo de implementação.

Outra dificuldade foi a subjetividade na identificação e classificação das causas durante a construção do Diagrama de Ishikawa. O processo de Brainstorming para gerar ideias e hipóteses sobre as causas dos problemas muitas vezes envolveu opiniões e perspectivas divergentes, o que tornou desafiador chegar a um consenso sobre quais fatores eram mais relevantes e importantes.

Na construção da Matriz GUT, uma das dificuldades foi em relação à definição dos critérios para atribuição de notas à gravidade, urgência e tendência dos problemas identificados. Nem sempre foi fácil determinar com precisão esses aspectos, especialmente considerando a complexidade e as múltiplas dimensões do processo de contenção.

Além disso, ao tentar classificar os problemas com base nesses critérios, surgiu a dificuldade de atribuir notas de forma objetiva e consistente. A subjetividade envolvida na avaliação de cada critério dificultou a obtenção de um consenso entre os membros da equipe, o que por vezes gerou discordâncias e dificuldades na priorização dos problemas.

Ao tentar utilizar a Matriz 5W2H para desenvolver os planos de ações encontrou-se algumas dificuldades específicas, principalmente relacionadas ao aspecto do "quando". Uma das principais dificuldades foi definir o momento ideal para implementar cada uma das ações propostas. Nem sempre foi claro se as ações deveriam ser realizadas simultaneamente, em sequência ou em etapas diferentes. Decidir o momento adequado para cada ação exigiu uma análise cuidadosa das prioridades, recursos disponíveis e impacto potencial sobre o processo de contenção.

Outra dificuldade foi assegurar que as ações propostas fossem implementadas de forma consistente e contínua ao longo do tempo. Definir prazos claros e responsáveis pela execução de cada ação foi essencial. Algumas ações propostas estariam sujeitas a restrições temporais impostas por políticas institucionais ou regulamentações externas. Isso limitou a flexibilidade na definição do "quando" para implementação das ações e exigiu uma adaptação cuidadosa dos planos às exigências legais e administrativas.

O foco no problema central, representado pela não sistematização do processo de contenção de pacientes na UTI, permitiu a identificação e análise aprofundada das causas raiz. A construção de planos de ação direcionados às causas fundamentais propiciou uma abordagem holística na resolução do desafio, abordando todas as facetas do problema.

A experiência tornou possível para a residente de enfermagem, o desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais, capacidade de liderança e profundo entendimento das ferramentas de gestão ao articular e implementar o

projeto de intervenção. A aplicação das ferramentas de gestão mencionadas revelou-se essencial para o planejamento estratégico, a execução eficiente e o controle rigoroso do processo de intervenção.

Por fim, ressalta-se a importância deste relato de experiência como contribuição para a literatura científica e prática profissional em enfermagem, pois a sistematização do processo de contenção não apenas promove a segurança dos pacientes na UTI, mas também impacta positivamente a qualidade da assistência. Sugere-se ainda à comunidade científica a realização de novas pesquisas sobre a efetividade prática dessas ferramentas de administração no contexto da saúde, especialmente estudos que evidenciem os desfechos concretos de planos de ação elaborados, implementados e revisados por equipes de saúde, utilizando como base as ferramentas de gestão de projetos.

Referências

- Baptista, A., Gonçalves, H. H. B. A. Q., de Souza Andrade, A., Dias, G. I. J., Ramos, J. M. Q., Menezes, C. B. A., & Baptista, V. F. (2018). Matrizes GUT e 5W2H: Suas aplicações em um contexto socioambiental. *Revista Tecnologia & Cultura*, (31), 55-64.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2012, 7 de maio). Resolução COFEN Nº 427 de 15 de maio de 2012. Recuperado em 12 de dezembro de 2023, de http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2013, 12 de novembro). Resolução CFM Nº 2.057 de 20 de agosto de 2013. Legisweb. Recuperado em 12 de dezembro de 2023, de <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=261677>.
- Corrêa, L. V. M., Aragão, B. D., Sarmento, I. G., Machado, P. R. G., & Rocha, A. C. R. (2021). Brainstorming: compartilhamento de informações—Um Relato de Experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 22799-22806.
- Cortinhal, V., & Deodato, S. (2020). Responsabilidade do enfermeiro na restrição física numa unidade de cuidados intensivos: revisão scoping. *Cadernos de Saúde*, 12, 65-65.
- da Silva, R. C. F., & de Andrade, A. R. (2022). Dimensionamento de enfermagem e o uso de indicadores em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 17, e9889-e9889.
- de Azevedo Ferreira, M., de Oliveira, U. R., & de Almada Garcia, P. A. (2014). Quatro ferramentas administrativas integradas para o mapeamento de falhas: um estudo de caso. *Revista Uniabeu*, 7(16), 300-315.
- de Camargo, C. C. O., de Oliveira, G. S., & Batista, H. F. F. (2021). Breves considerações teóricas sobre a pesquisa-ação. *Revista Prisma*, 2(1), 140-153.
- de Cavatá Souza, T., da Rosa Monteiro, D., & Tanaka, R. Y. (2020). Cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(10), e8909109224-e8909109224.
- de Oliveira Giroti, S. K., Longhi, F. A., Rabito, L. B. F., da Silva, F. M. V., dos Santos Silva, V. R., Rodrigues, M. K. G., & Dellaroza, M. S. G. (2023). Conhecimento da enfermagem sobre as medidas de prevenção e controle do delirium no idoso hospitalizado. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 608-623.
- de Sá, J. D. S., de Araújo Rocha, M., Jorge, E. R. R., Viana, L. C., Moreira, M. H., Godoy, J. S. R., & Mourão, I. S. S. (2022). Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: resgate histórico e reflexões. *Research, Society and Development*, 11(5), e37811528502-e37811528502.
- dos Reis Inácio, L. C., Avelino, S. F., Sanjulião, L. R. K. A., Reis, M. J., de Oliveira Borges, V., Piantino, L. F. M., & da Silva, H. M. (2023). Ferramentas básicas da qualidade: folha de verificação, estratificação, fluxograma, diagrama de Ishikawa, diagrama de Pareto, matriz GUT e 5W2H. *Revista de Gestão e Secretariado*, 14(10), 17413-17427.
- dos Santos, E. O., & Takashi, M. H. (2023). Implantação dos protocolos de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva-revisão integrativa. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 12(2), 260-276.
- dos Santos, F. S., da Silva Leocádio, A., Pinheiro, É. C. N. M., & da Fonseca Santos, K. S. (2023). Engenharia em unidades hospitalares—estudo de caso da adequação e ampliação da UTI do Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Leste, em Manaus/AM. *Brazilian Journal of Development*, 9(11), 29618-29642.
- Figueiredo, J., Fernandes, A. M. M., dos Santos, M. F., Prado, K. D. S. C., de Paula Ferreira, É., Fernandes, M. N. D. M. M., & Fernandes, C. D. M. M. (2023). Política nacional de humanização nas ações do acolhimento dos profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva. *Nursing*, 26(304), 9901-9906.
- Higa, C. M. L., Siqueira, F. R. R., Tair, L. S. P., & Benites, P. T. (2021). Incidente de queda com dano: diagrama de Ishikawa e plano de ação. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3231-3239.
- Júnior, J. C. F., dos Santos, L. C. A., Ribeiro, W. A., Lima, L. A. C., de Oliveira, M. D., de Jesus, F. B., & de Paula, E. (2022). Contenção mecânica x humanização: contributos da enfermagem para o cuidado na saúde mental no âmbito hospitalar. *Brazilian Journal of Science*, 1(6), 52-57.
- Lobato, R. M. C., de Assunção, S. P., Da Silva, J. L. P., de Araújo, A. P. V., Lima, M. S. C., de Campos Elache, P. A., & Cravo, J. M. (2023). Alinhando qualidade e segurança: estratégias de excelência na gestão de prontuários. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar*, 4(1), e414666-e414666.
- Macedo, T. R., Rocha, P. K., Silva, M. F. D., Julca, C. S., Carneiro, E. D. S., & Anders, J. C. (2020). Comunicação e cultura de segurança na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 20(2), 73-9.

- Matos, R. C., Cruz, A., Ferreira, B., Gonçalves, C., Correia, D., Almeida, E., & Quesado, A. (2021). Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 111-123.
- Maximo, P. A., Dos Santos, T. S., Santos, G. S., & da Silva, M. A. X. M. (2019). A importância da contenção mecânica e a avaliação permanente da equipe de enfermagem/The importance of mechanical content and the permanent evaluation of the nursing team. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(2), 1172-1212.
- Mussi, R. F. D. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista praxis educacional*, 17(48), 60-77.
- Netto, J. J. M., de Araújo Dias, M. S., & Goyanna, N. F. (2016). Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. *Saúde em redes*, 2(1), 65-72.
- Perpetuo, L. H., Ferreira, W., da Silva, D. J., Jurno, M. E., & Vale, T. C. (2023). Incidence Rate and Factors Associated with Delirium and Subsyndromal Delirium in Patients with COVID-19 in an Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Medicine*, 12(11), 3789.
- Petermann, X. B., & Busato, I. M. S. (2022). O Ciclo PDCA como estratégia para melhoria contínua dos serviços de atenção básica do SUS. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 16(25), 96-107.
- Ribeiro, B. C. O., de Souza, R. G., & da Silva, R. M. (2019). A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva–revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 2(3), 167-175.
- Rodrigues, A. C., & Calegari, T. (2016). Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 20 (1).
- Santos, V. A., Cansado, G. M. B. L., & Perez, I. M. P. (2021). Fatores contribuintes para o estresse em enfermeiros da unidade de terapia intensiva. *Revista Científica da Faculdade Quirinópolis*, 3(11), 496-505.
- Schmidt, R. F. C. (2021). Contenção do paciente agitado no Departamento de Emergência. *JBMEDE-Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 1(2), e21011-e21011.
- Silva, B. C., martins, G. D. S. M., Silva, M. R. L., Chaves, R. G. R., Silva, A. R. A., & Ferreira, R. K. A. (2021). A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Facit Business and Technology Journal*, 1(31).
- Souza, L. M. D. S., Santana, R. F., Capeletto, C. D. S. G., Menezes, A. K., & Delvalle, R. (2019). Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
- Souza, R. A. D., Santos, L. S. C., Devezas, A. M. L. D. O., & Soares, R. A. D. Q. (2019). Caracterização de pacientes com Delirium internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 64, 47-54.