



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
“Rumo a um Cuidar Especializado”

Cátia Sofia Pereira Vicente Peres

Leiria, Setembro de 2017



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
“Rumo a um Cuidar Especializado”

Cátia Sofia Pereira Vicente Peres, N° 5150009

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem à
Pessoa em Situação Crítica.

Professor Orientador:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues
Dixe

Leiria, Setembro de 2017

"Não é o trabalho, mas o saber trabalhar, que é o segredo do êxito no trabalho. Saber trabalhar quer dizer: não fazer um esforço inútil, persistir no esforço até ao fim, e saber reconstruir uma orientação quando se verificou que ela era, ou se tornou, errada."

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Este relatório surge como o culminar de uma árdua e longa caminhada. Muitas foram as pedras encontradas pelo caminho que testemunharam momentos de angústia e sofrimento. Momentos estes que só foram possíveis de ultrapassar com a ajuda, o afeto, o carinho e a amizade daqueles que me são próximos e que acreditaram sempre em mim. Agradeço a todos aqueles que fazem parte da minha vida.

A todos aqueles que direta e indiretamente possibilitaram e incentivaram a realização deste relatório, com especial destaque para os enfermeiros orientadores pela partilha de conhecimento e de experiências.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, um obrigado pela paciência, motivação, disponibilidade e orientação, numa altura em que achei que já não seria possível chegar aqui.

Um obrigado muito especial à Ana Paula, à Caty e ao Carlos, por serem os melhores amigos que alguém pode ter, excelentes colegas de trabalho e companheiros de guerra nesta dura caminhada, estando sempre presentes nos bons e nos maus momentos.

Finalmente, um grande obrigado à minha família, em particular, aos meus pais, ao meu marido e à minha filha, por todos os sacrifícios que fizeram para que eu pudesse chegar aqui, pelos momentos que aguentaram na minha ausência e pelo tempo que não lhes dediquei, e que ainda assim me apoiaram e motivaram a seguir este caminho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BO – Bloco Operatório

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPRE - Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EDB – Endoscopia Digestiva Baixa

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Intra-hospitalar

GCS – Escala de Comas de Glasgow

GPT – Grupo Português de Triagem

HDS – Hospital Distrital de Santarém

JBI – Joanna Briggs Institute

MEPSC – Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NE – Nutrição Entérica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEE – Plano de Emergência externo

PEI – Plano de emergência Interno

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PSC – Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SE – Sala de Emergência

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

START - Simple Triage and Rapid Treatment

TOT – Tubo orotraqueal

TSFRC – Técnica de Substituição da Função Renal Contínua

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésico

VM – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVAVC – Via Verde AVC

VVS – Via Verde Sepsis

RESUMO

Este relatório descreve o processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista detém competências científicas, éticas, relacionais e técnicas, que operacionaliza nas áreas de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação. Deste modo, é feita uma análise detalhada das atividades realizadas, bem como, das competências especializadas desenvolvidas na prática clínica em contextos distintos de cuidados de enfermagem, nomeadamente, no Serviço de Urgência Geral, numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Bloco Operatório.

Esta análise crítico-reflexiva acerca das competências comuns e específicas, que se encontra aqui descrita, revelou-se muito construtiva e enriquecedora, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional através da consciencialização das minhas capacidades enquanto futura Enfermeira Especialista, bem como dos domínios que carecem de maior investimento no futuro.

Na segunda parte deste relatório tem lugar uma Revisão Sistemática da Literatura que pretende compreender os benefícios da realização do *Debriefing* após situações de emergência na melhoria da comunicação da equipa de saúde e na melhoria dos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Doente Crítico, Competências, *Debriefing*.

ABSTRACT

This report describes the development process of specialized skills in Critical Care Nursing. In order to provide health support to people in critical situations, Critical Care Nurses must have scientific, ethical, relational and technical skills which are used when providing care or performing management duties, training, and research. Thus, the activities performed have been carefully analysed, as have the specialized skills developed during clinical nursing practice, namely, in the General Emergency Services, in an Intensive Care Unit, and Operating Theatre.

This critical reflexive analysis of common and specific skills, here described, has proven to be extremely productive and enriching, contributing towards my own personal and professional growth by making me more aware of my skills as a future specialist nurse, as well as the areas that I will need to focus on in the future.

In the second part of this report, I have carried out a Systematic Review of the Literature so as to understand the advantages of Debriefing after emergency situations to improve communication among the team of health care providers and also improve the health care provided.

Keywords: Specialist nurse; critical patient; skills; *Debriefing*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO 15

1. ENSINO CLÍNICO: CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO 15

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO 25

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 25

2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 51

CONCLUSÃO 71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 72

PARTE II - EFETIVIDADE DO *DEBRIEFING* APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA MELHORIA DA COMUNICAÇÃO DA EQUIPA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MELHORIA DE CUIDADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

1. DEBRIEFING 82

2. METODOLOGIA 87

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 87

2.2. OBJETIVOS 87

2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA 88

2.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS 89

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 91

CONCLUSÃO 95

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96

**REFLEXÃO FINAL SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O
CUIDAR 100**

ANEXOS

ANEXO I Quadro de PICOD – Apresentação dos Resultados dos Estudos.

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Critérios de seleção e inclusão de acordo com a Estratégia de PICOD 89

QUADRO 2: Quadro de PICOD - Apresentação dos resultados dos estudos (Anexo I)

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Processo de seleção dos estudos. *90*

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado durante o 2º ano, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no âmbito da unidade curricular Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre.

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE), o título enfermeiro especialista (EE) traduz-se num profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico detendo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a). Estas competências envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

O ensino clínico (EC) é considerado um momento fundamental associado ao ensino desenvolvido na escola, pois é durante o ensino clínico que “os alunos, para além de poderem pôr em prática e aprofundar conhecimentos adquiridos na escola, são confrontados com as situações reais do trabalho de enfermagem” assumindo-se como um momento de aprendizagem e de crescimento pessoal (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.92).

Simões, et al (2008, p.92), citando Franco (2000, p.37) referem também que “o processo de colaboração entre as instituições de saúde e as escolas se reveste de particular interesse no ensino clínico de enfermagem para a consolidação dos conhecimentos teóricos, uma vez que a análise das situações reais permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho.”

Ao longo deste relatório será feita uma análise crítica e reflexiva acerca do desenvolvimento de competências distintas do enfermeiro especialista durante os ensinamentos clínicos, onde serão cientificamente fundamentadas as competências

desenvolvidas e descritos os fatores facilitadores e dificultadores do processo de aprendizagem, fazendo referência aos principais contributos na construção da minha identidade profissional enquanto enfermeira especialista.

Desta forma, este relatório de estágio surge como um elemento chave na medida em que permitirá uma introspeção e uma reflexão das experiências vivenciadas no decorrer dos estágios, evidenciando-se como uma mais-valia enquanto futura enfermeira especialista.

Segundo o Regulamento n.º 122/2011, da OE, que regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

Para além das competências supramencionadas, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação. Desta forma, o presente relatório assentará nas competências desenvolvidas durante o ensino clínico, nomeadamente, nas de Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Serão abordadas as atividades desenvolvidas e justificadas à luz do conhecimento científico que tenham contribuído para o desenvolvimento de tais competências, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, maximizar a intervenção na prevenção, controlar a infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil (OE, 2011).

A aquisição de competências advém de um processo de formação teórico-prático que funciona como instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional. Isto é, um processo de transformação individual que atinge a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes).

O principal objetivo foi assegurar a constante atualização e aperfeiçoamento do exercício profissional, enquanto futura enfermeira especialista, proporcionando a valorização pessoal e profissional com vista à qualidade do exercício da enfermagem.

Assim, o relatório será constituído por uma primeira parte que se divide em dois capítulos, sendo que no primeiro será feita uma breve caracterização dos locais de estágio e no segundo serão referidas as competências desenvolvidas no âmbito dos ensinamentos clínicos.

Este relatório teve subjacente uma reflexão sistemática e contínua sobre as práticas desenvolvidas nos campos de estágios. Esta reflexão interveio intencionalmente no processo de construção do conhecimento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Este relatório é ainda composto por uma segunda parte onde foi feita uma revisão sistemática da literatura (RSL) que incidirá na temática “Efetividade do *Debriefing* após situações de emergência na melhoria da comunicação da equipa de saúde e de cuidados”

Finalmente, o relatório termina com uma reflexão final sobre aquisição de competências para o cuidar

PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O presente relatório surge como um instrumento, que permitirá uma introspeção e reflexão das experiências vivenciadas ao longo dos Ensinos Clínicos e seus contributos no âmbito profissional como futura enfermeira especialista.

CAPÍTULO I - CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O EC assume-se como um momento privilegiado na formação do EE, reunindo o saber da *praxis* com o conhecimento científico e permitindo o desenvolvimento de competências para uma prestação de cuidados de excelência. Esta metodologia estimula o estudante a participar ativamente na sua formação, promove a capacidade de trabalhar em equipa e o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo através da introspeção das vivências experienciadas, dificuldades e necessidades sentidas. Fomenta ainda a capacidade de trabalhar em equipa (Simões et al, 2008).

O curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica prevê a realização de três estágios: EC I – Serviço de Urgência (SU), EC II - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e EC III (opcional), tendo sido o Bloco Operatório (BO) o local eleito para a realização deste estágio.

O Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), a UCI e o BO são serviços de eleição que, pelas particularidades de cada um e pelo tipo de doentes que recebe, se constituem como excelentes campos de estágio para desenvolver e aperfeiçoar competências no cuidar do doente crítico. Desta forma, os estágios são elementos fundamentais, permitindo pôr em prática os conhecimentos teóricos adquiridos, bem como, conhecer outras realidades institucionais e profissionais, e refletir acerca das mesmas.

Seguidamente farei uma breve descrição da estrutura física e organizacional dos campos de estágio, caracterizando cada serviço em particular e descrevendo como decorreu o processo de integração em cada um deles.

A) Serviço de Urgência

Os SUMC são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. O SU do HDS funciona como SUMC abrangendo a população dos Concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche e Rio Maior. Dispõe das seguintes especialidades e serviços: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), BO, Imuno-hemoterapia, Diálise e Patologia Clínica.

A equipa de Enfermagem é constituída por setenta enfermeiros, organizados em sete equipas, dos quais três são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. A coordenação e gestão do serviço é da responsabilidade da enfermeira chefe, conjuntamente com duas enfermeiras especialistas, sendo que uma delas assume a coordenação da urgência em geral e a outra coordena a Unidade Médico-Cirúrgica (UMC).

A UMC, embora ainda não tenha sido atribuída uma classificação, é uma unidade alocada ao serviço de urgência que dispõe de meios físicos, técnicos e humanos especializados para os doentes que necessitem de vigilância permanente recebendo o doente em estado crítico. Esta unidade possui dez camas de internamento e um quarto de pressão negativa para as situações clínicas que exijam isolamento.

A distribuição dos enfermeiros por áreas de trabalho é elaborada diariamente pelo chefe de equipa, isto é, o enfermeiro chefe do SU faz um plano semanal onde nomeia os chefes de equipa para cada turno, sendo da responsabilidade deste distribuir os restantes elementos da sua equipa por áreas de trabalho. Este aspeto prende-se com o facto de cada chefe de equipa conhecer bem as capacidades individuais de cada elemento que constitui a sua equipa, tendo autonomia para fazer esta distribuição. A distribuição por turno é feita por áreas de trabalho, estando estipulado catorze enfermeiros nos turnos da

manhã e tarde e nove no turno da noite. Habitualmente, o chefe de equipa não está alocado a uma área específica sendo a sua função apoiar e supervisionar a equipa. As áreas que se assumem como postos de trabalho são: triagem, balcão de verdes e azuis, sala de emergência, pequena cirurgia, ortopedia, sala de tratamentos 2, sala de tratamentos 3, sala de tratamentos 4 e UMC. Existe ainda uma equipa de enfermeiros recém-licenciados que assegura os cuidados aos doentes internados que permanecem no serviço de urgência. Perspetiva-se a integração destes elementos na equipa do SU num futuro próximo.

Durante o ensino clínico realizei a maioria dos turnos na sala de emergência (SE), tendo feito cinco turnos na UMC e dois turnos de gestão. A SE está centralizada permitindo o acesso fácil. O espaço é amplo, permitindo a privacidade dos doentes e, ao mesmo tempo, uma visão constante dos mesmos. A prestação de cuidados na SE é da responsabilidade do enfermeiro distribuído a este posto, que é apoiado pelo enfermeiro alocado à sala de verdes e azuis e pelo enfermeiro que assume a coordenação da equipa de enfermagem. Contudo, com alguma frequência se verificou falta de elementos da equipa tendo o chefe de equipa assumido a SE como área de trabalho.

No que diz respeito à equipa médica, existe um elemento da equipa de medicina interna que é responsável pela observação do doente que dá entrada na SE, embora não exista um critério estabelecido, é o chefe de equipa médica que tem a responsabilidade de atribuir essa área a um dos elementos da sua equipa no início do turno. Relativamente às emergências cirúrgicas e ortotraumatológicas, verifica-se que habitualmente não existe nenhum elemento especificamente designado para a observação destas situações na SE.

Não existe obrigatoriedade formativa para os elementos que assumem a responsabilidade do doente emergente. Sempre que necessário e solicitado, é dado apoio por outras especialidades existentes no hospital, nomeadamente, Cardiologia, Imagiologia, Anestesiologia e os Medicina Intensiva. Não existe um médico permanentemente na SE ainda que esta tenha doentes que sejam da sua responsabilidade. Quando necessário este é chamado através de um intercomunicador.

A SE é constituída por três boxes providas de rampa de oxigénio e de ar comprimido, aspirador, monitor de sinais vitais, seringas impulsoras e ventilador, sendo que uma delas possui um desfibrilhador. Encontram-se ainda à cabeceira do doente três gavetas

organizadas com material de via aérea, ventilação e circulação. O material de entubação traqueal não está à cabeceira do doente, mas sim no interior quer do carro de emergência, quer de uma mala de transporte, que se encontram na SE selados. Desta sala faz ainda parte um ventilador V60 para os doentes que necessitam de ventilação não invasiva (VNI).

No decorrer do estágio, um dos aspetos que presenciei foi o facto de os doentes permanecerem demasiado tempo na SE. Esta deve ser uma sala preparada para admitir doentes inicialmente classificados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida. Idealmente não deve ser utilizada para observação e tratamento de outros doentes (não emergentes) ou para tratamento e estabilização prolongada do doente (DGIES, 2007).

Relativamente aos registos de enfermagem, o SU dispõe de uma aplicação informática denominada ALERT, onde são efetuados todos os registos do doente em urgência. A integração na aplicação foi fácil, pois o programa é de fácil acesso e sistematiza a informação, permitindo a rápida consulta do processo, das prescrições em espera e dos exames que o doente tem para realizar, mostrando o tempo de espera através de um quadro. Relativamente aos registos na UMC, estes são efetuados no SClínico com o qual eu já estava familiarizada uma vez que é a aplicação instituída no SU onde eu exerço diariamente a minha atividade profissional.

O conhecimento do espaço físico, a observação da dinâmica de cuidados, da metodologia de trabalho e da organização da equipa multidisciplinar revelaram-se aspetos fundamentais que facilitaram o meu processo de integração. A consulta da documentação existente no serviço, nomeadamente, instruções de trabalho, protocolos instituídos e projetos futuros em fase de desenvolvimento foram ainda uma mais-valia para uma boa integração no SU.

B) Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Existem diferentes conceções acerca do que é uma UCI. Tendo em conta o paradigma europeu, as UCI são classificadas de acordo com o nível de cuidados prestados, as

técnicas utilizadas e as valências disponíveis. Apesar de diversas conceções, persistem dois aspetos fundamentais que fazem a distinção de uma UCI de qualquer outro serviço hospitalar, sendo eles, o recurso a tecnologia específica, complexa e avançada e o superior nível dos cuidados de saúde prestados, altamente diferenciados, sendo que também o objetivo primordial em termos assistenciais permanece imutável e assenta na prestação de cuidados que promovam a recuperação do doente crítico

A UCI de Castelo Branco iniciou a prestação de cuidados intensivos ao doente crítico em 1984, no 4.º piso junto ao BO. Inicialmente com 5 camas, aumentando posteriormente a sua dotação para 8 camas. Tal como a maioria das UCI, a disposição física das unidades dos doentes é circular, em redor de uma central de monitorização e sala de trabalho adjacente, de modo a permitir uma visualização direta e contínua de todos os doentes, colocados em unidades individuais, separados por cortinados como divisórias e com fácil acesso, atendendo doentes de ambos os sexos.

Como suporte tem uma série de outras áreas adjacentes, dedicadas ao apoio e acondicionamento de materiais e equipamentos, assim como áreas dedicadas à orgânica própria do trabalho dos profissionais de saúde. Dispõe ainda de uma unidade central de climatização e renovação do ar, assim como de adequada iluminação natural, proporcionando níveis ótimos de humidade, temperatura adequada e sem grandes variações. As preocupações com a minimização do ruído desnecessário são igualmente uma prioridade por forma a diminuir a ansiedade e promover o descanso dos doentes.

Cada unidade dispõe, de forma individualizada, de materiais clínicos diversos de uso exclusivo para cada doente, minimizando o risco de infeções cruzadas ao mesmo tempo que acresce segurança à prática da equipa de saúde e confiança do doente. Os equipamentos de uso menos frequente, estão facilmente acessíveis, guardados e organizados num armazém adjacente, que permitem a circulação rápida e com segurança.

Esta UCI recebe doentes críticos que apresentam instabilidade das suas funções vitais e que necessitam de tratamento médico e de cuidados de enfermagem diferenciados, complexos e específicos, com recurso a tecnologia avançada de apoio e vigilância das funções vitais. São recebidos doentes provenientes do distrito de Castelo Branco e frequentemente de outros distritos, com patologia diversa, sendo as mais frequentes:

patologia cardíaca (síndrome coronário agudo, edema agudo do pulmão, insuficiência cardíaca), patologia respiratória (insuficiência respiratória por diversas causas, pneumonias graves com necessidade de suporte ventilatório, trauma torácico), desequilíbrios metabólicos graves (cetoacidose diabética, coma hiperosmolar, desidratações), intoxicações de diferentes etiologias (organofosforados, medicamentosas), patologia neurológica (AVC, Guillan-Barré, esclerose lateral amiotrófica), doentes cirúrgicos (pancreatites, pós-operatórios complicados), outras patologias (lesões renais, infeções sistémicas graves, politraumatizados).

É uma unidade munida de recursos materiais e equipamentos específicos, nomeadamente central de monitorização e registo, ventiladores variados, monitores cardíacos equipados com módulos para estudo hemodinâmico e ventilatório, dois carros de emergência com desfibriladores, *pacings* provisório, aparelho de gasometrias, bombas volumétricas, seringas infusoras, equipamento para técnica dialítica, entre outros.

A UCI dispõe ainda de uma Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEMI) constituída por médico e enfermeiro que dão resposta a todas as situações de emergência no interior da unidade hospitalar.

Na minha perspetiva, a integração num serviço condiciona, de forma significativa, a prestação de cuidados com confiança, segurança e autonomia. Desta forma, considero que o processo de integração assume a máxima importância para o decurso do estágio com sucesso. Este não envolve somente o conhecimento da estrutura física e organizacional, equipamento, normas e práticas diárias no serviço, diferentes atividades desenvolvidas nos diferentes turnos, processo de enfermagem, exames complementares de diagnóstico (ECD), mas também a relação com os restantes serviços hospitalares e o conhecimento técnico-científico.

A Equipa de Enfermagem é constituída por vinte e dois enfermeiros, dos quais quatro são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e dois são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. A distribuição dos elementos é feita diariamente no início de cada turno pelo enfermeiro chefe ou pelo responsável de turno, estando estipulados 5 enfermeiros no turno da manhã, dos quais um desempenha funções no âmbito da reabilitação, 4 enfermeiros no turno da tarde e 3 enfermeiros no turno da

noite. Um dos enfermeiros escalados é ainda responsável pelo acompanhamento das visitas e outro acumula a função de enfermeiro da EEMI.

O método de trabalho utilizado é por enfermeiro responsável. A utilização desta metodologia de trabalho, não impede que seja fomentado o espírito de trabalho em equipa, sendo impreterível que cada enfermeiro seja conhecedor da situação dos restantes doentes pelo que a passagem de turno é feita junto dos doentes com toda a equipa reunida. Outro aspeto da organização é o facto de os enfermeiros com rotatividade de horário estarem distribuídos em 5 equipas de quatro elementos o que favorece o espírito de equipa e entreaajuda. Relativamente aos chefes de equipa, este é um cargo temporário pois existe rotatividade, ou seja, com frequência, o enfermeiro chefe altera os chefes de equipa para que todos os enfermeiros desenvolvam competências em gestão e liderança.

A equipa multidisciplinar mostrou-se recetiva e disponível para me acolher enquanto aluna da especialidade, evidenciando-se também como um aspeto motivador de uma boa integração no serviço. O bom relacionamento que se vive na UCI é notório e transparece na qualidade de cuidados que se prestam e no bem-estar no serviço.

Considero ter estabelecido uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, promovendo o bom relacionamento interpessoal, adotando uma postura humilde e empenhada. Para Conceição e Ramos (2004) é assumindo com humildade as nossas dificuldades e avaliando-nos a nós mesmos, conferir-nos-emos competência.

C) Bloco Operatório

O BO é definido como “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (AESOP, 2006, p.20).

O BO da Unidade Hospitalar de Abrantes está situado no piso 2, o que possibilita um acesso privilegiado ao SUMC e Esterilização. Sendo um BO um local onde é realizada cirurgia de urgência é indispensável a proximidade entre estes dois serviços. Da mesma

forma, sendo um dos maiores consumidores de material esterilizado é também necessário uma forte proximidade entre o BO e o serviço de Esterilização, cumprindo deste modo as recomendações técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde.

O BO possui 4 salas operatórias que estão organizadas da seguinte forma: sala zero é uma sala mais pequena e está destinada a técnicas invasivas de cardiologia como a colocação de *pacemaker* definitivo, a sala 2 é a sala destinada a toda a cirurgia de urgência, e as salas três e quatro destinam-se a cirurgia programada do foro ortopédico e ginecológico, bem como, à realização de exames de gastroenterologia que por necessidade de sedação sejam realizados no BO, como são o caso das Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Endoscopia Digestiva Baixa (EDB) e Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica (CPRE).

As salas 2, 3 e 4 possuem uma antecâmara que terá sido utilizada como sala de indução anestésica que neste momento não funciona como tal. Estas possuem ainda uma sala contígua de acesso direto que funciona como armazém de material esterilizado. Todas as salas têm saída para uma zona de sujos e daí para o corredor de sujos que dá acesso à esterilização.

O BO possui ainda uma zona de *transfer* onde é feito o acolhimento do doente, uma área de logística, onde se localiza o gabinete da enfermeira-chefe, o gabinete do administrativo, o gabinete de enfermagem, a copa e ainda uma área do pessoal, que inclui os vestiários.

Adjacente às salas operatórias encontra-se ainda a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) que dispõe de 5 unidades providas de equipamento de monitorização contínua de parâmetros vitais, rampa de oxigénio, rampa de ar comprimido, aspirador e aquecedor corporal, completamente preparadas para receber os doentes no pós-operatório imediato. Existe ainda uma outra sala paralela à UCPA e que funciona também como recobro apenas quando as 5 unidades estão ocupadas.

O BO dispõe de circuitos bem definidos (AESOP, 2012). O doente circula apenas num único corredor entrando e saindo na zona de *transfer*. Os profissionais de saúde utilizam o mesmo corredor de circulação com exceção da zona de entrada e saída e se faz pela zona de *transfer* com acesso aos vestiários. Relativamente ao material esterilizado e

limpo, este entra no bloco através do mesmo corredor de limpos, enquanto o material contaminado sai da sala diretamente para uma zona suja contígua à sala operatória, onde é corretamente acondicionado e encaminhado para a esterilização passando no corredor de sujos. O cumprimento destes circuitos é a base de uma assepsia progressiva. Esta acarreta uma circulação controlada, limitada e com barreiras para o pessoal, utentes e materiais; onde a circulação dos mesmos, ocorre das zonas menos limpas para as mais limpas, e a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2012). O objetivo da assepsia progressiva é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona da incisão cirúrgica (UNAIBODE, 2001).

O facto de pertencer ao CHMT e trabalhar no serviço de urgência, situado junto ao BO, facilitou a minha integração uma vez que já conhecia a equipa de enfermagem. O EC foi orientado pela enfermeira responsável pelo BO, que se encontra a substituir a enfermeira chefe. No primeiro dia foi-me apresentado o serviço, ficando a conhecer melhor a estrutura física e organizacional do BO. Foi-me mostrado o plano de integração de novos enfermeiros que procurei cumprir, tendo servido de orientação durante todo o EC. Tive também acesso aos protocolos instituídos, manuais de normas e procedimentos, bem como, projetos de melhoria contínua.

Durante o EC integrei maioritariamente a equipa de urgência tendo oportunidade de assumir funções de enfermeiro de anestesia e de enfermeiro circulante. Realizei ainda alguns turnos na UCPA e, acompanhei também a enfermeira responsável na gestão do serviço. O facto de ter realizado turnos em todas as áreas de cuidados permitiu uma maior compreensão do funcionamento e dinâmica do serviço desde muito cedo o que contribuiu também para o processo de integração.

CAPÍTULO II - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), aprovado pelo despacho nº 9128/2012, D. R. nº 129, 2ª série de 5 de Julho, tem como principal objetivo, dotar os enfermeiros de competências especializadas que lhes permitam prestar cuidados ao doente em estado crítico.

Entende-se como Enfermeiro Especialista “(...) um profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (OE, 2009, p. 16). Deste modo, espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos e saberes decorrentes da experiência, e intervir de forma holística, com um elevado nível de qualidade, assumindo um papel distinto no seio da equipa multidisciplinar (Leite, 2006).

Segundo Correia (2012, p.173), “a competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades, descritos com maior ou menor pormenor, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente.” Nesta linha de pensamento posso afirmar que o estágio desenvolvido nos diferentes módulos e a reflexão acerca das atividades realizadas conduziu ao desenvolvimento de competências nos domínios do saber-saber, do saber-fazer e do saber-ser, aumentando a valorização pessoal e profissional e a qualidade do exercício da enfermagem.

Assim, o presente capítulo assentará nas competências desenvolvidas durante o ensino clínico, nomeadamente, as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, justificadas à luz do conhecimento científico.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011, da Ordem dos Enfermeiros (OE), que regula as competências comuns do enfermeiro especialista, este deve possuir quatro domínios de competências, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

a) Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

Enquanto enfermeiros somos diariamente confrontados com questões ético-legais. De acordo com o artigo 99º do estatuto da OE, os enfermeiros deverão exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2015, p. 81).

Também no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o artigo 8º defende que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101-102). Desta forma, no desempenhar das nossas funções assumimos diariamente o compromisso de cuidar do outro ao longo do seu ciclo vital, promovendo a qualidade de vida daqueles a quem prestamos cuidados. É durante este cuidar que diariamente refletimos sobre os aspetos ético-legais que envolvem os direitos dos doentes, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelo outro e pelas suas crenças.

A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo indispensável para a manutenção da dignidade que todos os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade do doente nos cuidados (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010). Neste âmbito, constatei que o respeito pela privacidade do doente é uma preocupação constante das equipas multidisciplinares transversal a todos os campos de estágio. Contudo, as características físicas próprias de cada serviço dificultam o

cumprimento desta premissa. No SUMC o número elevado de doentes que ficam internados muitas vezes num espaço reduzido ou em corredor, e sem a existência de cortinas, não garante a privacidade do doente e dificulta o respeito pela intimidade.

Para Cavaco e Sousa (2013) falar de privacidade é também falar da segurança da informação oral e escrita. Nesta perspetiva levantam-se algumas questões éticas relativamente à privacidade das informações clínicas, bem como, à forma como é feita a passagem de turno nos diferentes contextos clínicos.

“A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (OE, 2001a, p.1).

No que diz respeito à passagem de turno, esta é realizada de forma diferente nos vários serviços. Relativamente ao serviço de urgência, o turno é passado tendo em conta a especificidade de cada área de cuidados, ou seja, na UMC, sendo uma unidade que se assemelha a uma unidade de cuidados intermédios, os enfermeiros fazem a passagem de turno num balcão central, em conjunto, para que todos tenham conhecimento da situação clínica de cada doente e, ao mesmo tempo, consigam manter a vigilância contínua dos mesmos. O mesmo acontece para os doentes que permanecem nas salas de tratamentos do serviço de urgência. Relativamente aos doentes que se encontram em corredor, alocados às áreas médica, cirúrgica e ortopédica, a passagem de turno é feita junto de cada doente.

Reconheço que possam existir vantagens quanto a esta metodologia de passagem de turno junto dos doentes, pois a informação transmitida é associada à observação imediata que fazemos do mesmo e não ao número de uma maca ou de uma cama. Contudo, a informação transmitida pode levantar questões éticas que ponham em causa o legislado no artigo 86º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que contempla o respeito pela intimidade, bem como, o artigo 85º do CDE do dever ao sigilo profissional (OE, 2009). Nesta situação, os doentes poderão ter acesso à informação de outros doentes. Os deveres dos profissionais advêm da proteção dos direitos dos utentes. Assim, é da salvaguarda do direito à privacidade, garantir a

limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, e preservar o seu anonimato; e à confidencialidade, enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada, que decorre o dever do sigilo profissional (OE, 2001a).

Na UCIP, a passagem de turno é realizada junto dos doentes no turno da manhã, reunindo as equipas de enfermagem da noite e da manhã e na presença do enfermeiro chefe. Nos restantes turnos, a equipa de enfermagem reúne-se num balcão central permitindo manter uma vigilância constante dos doentes. À semelhança da passagem de turno na UCIP, também na UCPA os enfermeiros passam o turno num balcão central possibilitando a observação permanente dos doentes e dos monitores que indicam os seus parâmetros vitais.

Desta forma, posso concluir que a passagem de turno é um momento muito importante para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem através da reflexão e análise das práticas. A informação transmitida de forma oral e o local onde esta se realiza deverá ter em conta o contexto laboral. De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional, CJ/20 da OE de 2001, não existe um local correto para a passagem de turno. O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros. Esta pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo a informação transmitida na presença do doente ou num gabinete de enfermagem. Acima de tudo há que salvaguardar os direitos dos utentes, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade.

Ainda no âmbito dos direitos dos doentes surge também aspeto importante que foi alvo de reflexão ao longo dos estágios e que se prende com a forma como é transmitida a informação ao doente e à sua família. Prestar a informação ao doente assume-se como um dever. Antes de se efetuar qualquer procedimento, o doente e/ou o seu representante legal deve ser informado, sendo-lhe explicada a necessidade do mesmo, solicitando deste modo o seu consentimento expresso. E cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, utilizando a uma linguagem simples e clara, de forma a explicar as formas de tratamento, bem como, os riscos e benefícios dos mesmos e, facultando ainda tempo para que o doente avalie a informação que lhe foi dada e expresse a sua decisão.

Segundo a Norma nº 015/2013, atualizada a 04/11/2015 pela DGS,

“O consentimento informado, no âmbito da saúde, emana da atenção dada ao princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Implica a integração da pessoa no processo de decisão quanto aos atos/intervenções de saúde que lhe são propostos, numa partilha de conhecimentos e aptidões que a tornem competente para essa decisão de aceitação ou recusa dos mesmos. Mais do que uma formalidade tendente à obtenção de uma assinatura, na forma escrita, deve constituir um momento de comunicação efetiva, numa lógica de aumento da capacitação da pessoa, fornecendo-lhe as ferramentas necessárias à decisão que vier a assumir, sobre uma intervenção de saúde, assumindo que os princípios basilares da beneficência, em que a proposta do ato surge a bem do doente, e da não-maleficência, que implica a ponderação dos riscos e dos benefícios, estão salvaguardados” (DGS, 2015, p.9).

Nos serviços de urgência, frequentemente podemos encontrar doentes a aguardar observação médica, em observação, a aguardar o resultado dos ECD, a cumprir terapêutica, bem como, doentes já internados e aguardar vaga nos serviços de internamento. Este elevado número de doentes, para a escassez de recursos humanos que se verifica, leva a que muitas vezes o enfermeiro não tenha disponibilidade para solicitar um consentimento devidamente informado. Apesar das dificuldades sentidas em contexto de urgência, durante o EC tive o cuidado de informar e esclarecer sempre o doente do procedimento e da necessidade do mesmo de forma a obter o seu consentimento expresso.

Nas situações de emergência, muitas vezes, este consentimento informado e esclarecido transforma-se num consentimento presumido. Segundo a norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da DGS, atualizada a 04/11/2015, o consentimento presumido surge nas situações em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e protelar o ato médico para a obtenção do seu consentimento expresso poderá tornar-se uma ameaça à sua saúde ou vida. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou representante legal, assim que esta se mostre capacitada para decidir. Nestas situações todos os cuidados prestados são efetuados tomando como princípio o benefício direto da pessoa.

Relativamente à UCIP, esta constitui-se como uma unidade de cuidados com características distintas dos restantes serviços. Num ambiente controlado, onde os rácios

se encontram ajustados oferecendo condições para garantir o dever à informação. Contudo, na UCIP o consentimento é essencialmente presumido devido à maioria dos doentes se encontrarem sob terapêutica sedativa. Este é equiparado ao consentimento efetivo e, segundo o Código Penal Português (Ministério da Justiça, 1995), atua no pressuposto de que a pessoa consentiria o procedimento se conhecesse as circunstâncias do mesmo. Quando a pessoa se encontra impedida de prestar o consentimento livre e esclarecido o profissional de saúde atua tendo em consideração o “benefício direto” no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, com conhecimento científico e os deveres deontológicos (Deodato, 2012).

Na minha perspetiva, é inquestionável a importância da presença da família junto do doente na UCIP. As informações fornecidas pelos familiares são também elas importantes para que a equipa possa entender o doente, principalmente quando há barreiras à comunicação verbal. Na unidade onde desenvolvi o EC existe um enfermeiro responsável pelo acolhimento e acompanhamento dos familiares junto do doente. Numa abordagem inicial, prepara-se primeiramente a família para um contacto com o doente, na maioria das situações em coma induzido, e para o facto de estar rodeado de uma série de equipamentos desconhecidos com alarmes sonoros que disparam frequentemente e que aterrorizam os familiares. Consoante cada situação, é explicado que a condição em que este se apresenta é temporária, necessária no momento, mas não definitiva. Desta forma, previne-se o choque originado pelo impacto que todo o ambiente envolvente pode provocar. Esta receção da família é feita no gabinete médico, oferecendo a máxima privacidade e não comprometendo o sigilo, sendo a informação fornecida em equipa, isto é, pelo médico e pelo enfermeiro. Comparando com as realidades e os contextos de trabalho que conheço, bastante diferentes, posso afirmar que esta é uma equipa que prima pela diferença e que sem dúvida será uma das mudanças que tentarei implementar no meu serviço.

Ao longo deste estágio, tive oportunidade de desenvolver competências relacionais, tendo por base a ética e a deontologia profissionais, no cuidado ao doente e à família. O facto de serem admitidos na UCIP doentes em estado crítico torna o período de internamento mais longo, sendo notório o papel de enfermeiro de referência quer para o

doente, quer para a família. Esta relação é muito gratificante na medida em que damos um forte contributo no bem-estar das famílias, minimizando o sofrimento.

Nos cuidados peri-operatórios, o consentimento informado e esclarecido assume-se também como uma preocupação constante. Os doentes submetidos a qualquer intervenção cirúrgica estão especialmente vulneráveis, não só pela situação clínica, mas porque se imaginam numa condição totalmente dependentes, suscetíveis a qualquer tipo de risco ou acidente quando sob efeito de sedação ou anestesia. É da competência do enfermeiro de anestesia fazer o acolhimento do utente no BO, esclarecendo-o relativamente ao percurso até à sala operatória, clarificando-lhe os passos que se seguem, proporcionando-lhe sentimentos de segurança e transmitindo-lhe confiança. O utente assume-se assim como foco dos seus cuidados e da sua atenção. Estas intervenções de enfermagem contribuirão para a redução do medo e da ansiedade sentidas pelo utente.

Neste contexto, tive oportunidade de colaborar no acolhimento do doente na zona de *transfer*, encaminhando-o até à sala. Já na antecâmara (antiga sala de indução anestésica adjacente à sala operatória) tive oportunidade de explicar como é constituída a equipa multidisciplinar, alertar de que irá encontrar uma equipa de profissionais com máscara e barrete cirúrgicos sem identificação visível, os cuidados prestados prévios à anestesia relacionados com a monitorização, fluidoterapia e, também, a necessidade de posicionamento para a anestesia. É após a indução anestésica que o utente perde a sua autonomia e, conseqüentemente, a equipa cirúrgica passa a assumir a responsabilidade de zelar pela sua saúde. Desta forma, é no seio desta equipa que se destaca o papel do enfermeiro de anestesia, sendo o elemento que mantém uma relação de maior proximidade com o utente, assumindo uma posição privilegiada para dar uma resposta às necessidades imediatas do doente, protegendo-o de qualquer dano e responsabilizando-se por este até que ele esteja novamente capacitado para tomar as suas próprias decisões (AESOP, 2012).

Um aspeto que identifiquei como desfavorável e que de algum modo pode comprometer a confidencialidade dos dados prende-se com o facto de se utilizar uma metodologia diferente, com recurso a aplicativos informáticos diferentes e também ao papel, para a realização dos registos de enfermagem num mesmo serviço. Corroborando as vantagens dos sistemas de informação, Silva (2007) refere que os mesmos, independentemente da

aplicação informática, são uma forma de proteção da informação em saúde trazendo ganhos em termos de eficácia, produtividade e acesso à informação. Na mesma linha de pensamento, Cunha, Ferreira e Rodrigues (2010) sublinham também que os principais benefícios do processo informatizado são a maior confidencialidade, segurança e facilidade em obter informação, uma vez que esta pode ser acedida por vários profissionais de forma remota, imediata e simultânea, melhorando a comunicação e possibilitando um cuidado mais eficaz e individualizado.

No SUMC, o processo do doente que se encontra em perfil de urgência está informatizado através da aplicação ALERT não existindo papel com informação clínica a circular junto do doente que facilmente qualquer pessoa poderia ter acesso. Em contrapartida, a partir do momento em que o doente é internado, este fica informaticamente alocado a um serviço de internamento e o enfermeiro deixa de ter acesso a todos os dados. O processo passa então a estar disponível na aplicação Sclinico que ainda não está instalada na urgência, obrigando a uma impressão do mesmo e ao qual fica anexo folha com registos de enfermagem realizados manualmente enquanto o doente permanecer no SU.

Neste âmbito, a UCI dispõe de uma aplicação informática denominada B-ICU.Care concebida especificamente para as UCI. Através deste aplicativo são efetuados todos os registos relativos ao doente desde a sua admissão na unidade. Uma desvantagem é que os restantes serviços hospitalares utilizam a aplicação SClinico sendo necessário recorrer a outro aplicativo para consultar os registos anteriores à admissão na UCI. No entanto, o B-ICU.Care funciona como um integrador de sistemas, reunindo numa só aplicação a informação obtida dos dispositivos médicos, como os sinais vitais, bombas perfusoras e dados laboratoriais. É de fácil acesso e permite a consulta do diário clínico, do plano de cuidados e da terapêutica sendo criados alertas automaticamente quando existe alteração da prescrição médica, o que permite a visualização da mesma mais fácil e rapidamente. Outro dos aspetos vantajosos deste aplicativo é o facto de todos os fármacos com respetivas diluições estarem já introduzidos na sua base de dados, o que faz com que quando o enfermeiro assume que o fármaco é administrado o seu volume em mililitros passa automaticamente a constar nos cálculos para o balanço hídrico. Do mesmo modo, sempre que o clínico faz alterações no ritmo das perfusões ou da fluidoterapia cabe ao enfermeiro validar que tomou conhecimento desta alteração e, a

partir de então, o programa atualizará os volumes fazendo um balanço hídrico preciso no final de cada turno. Como já referi anteriormente, também os dados dos parâmetros vitais do doente caem automaticamente no programa carecendo apenas de validação por parte do enfermeiro de hora a hora. Em termos de plano de cuidados é utilizada uma linguagem CIPE, semelhante a outros programas com os quais já estava familiarizada.

Para concluir, no que respeita às competências do domínio ético e deontológico, que o exercício profissional que respeita estes campos é uma competência comum a todos os enfermeiros, procurando que todos os nossos cuidados respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. O enfermeiro especialista deve ter a capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados de saúde que diariamente suscitam dúvidas, dilemas éticos, adequando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Com base nesta premissa, no decorrer dos estágios procurei desenvolver uma prática profissional e ética na área de intervenção, exercendo uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Procurei ainda ter uma participação ativa na tomada de decisão em equipa, tendo por base o código deontológico e ético e o respeito pelo utente, família e equipa multidisciplinar.

b) Domínio da Melhoria da Qualidade

O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade, em que estão implícitos a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem nos enunciados descritivos, que são alcançadas diariamente com intervenções de enfermagem, autónomas ou interdependentes, traduzindo ganhos em saúde (OE, 2001).

Conhecer o trabalho do enfermeiro é compreender o que faz, como faz e em que condições desenvolve a sua atividade profissional. A realidade dos serviços hospitalares distancia-se muitas vezes daquilo que está preconizado. Frequentemente deparamo-nos com a falta de recursos humanos e materiais, bem como, com espaços físicos reduzidos

e inapropriados para o excesso de doentes que apresentam. Todas estas dificuldades conduzem ao aumento da probabilidade de ocorrência de erros.

De acordo com dados da DGS (2015), a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente relacionada com a política de segurança existente nas instituições de saúde, com a sua organização, havendo evidência clara de que o risco de ocorrerem erros é dez vezes superior nas instituições que descuidam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados. As consequências resultantes de tais incidentes têm repercussões a nível da integridade física, humana e emocional, tanto para os doentes como para as suas famílias. Além disso, traduzem-se também em consequências negativas na reputação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, e visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A sua principal missão incide em potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Neste sentido, as prioridades estabelecidas obrigam ao reforço das seguintes ações: melhoria da qualidade clínica e organizacional através da promoção para a saúde, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DGS, 2015).

Integrado na Estratégia Nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes associados à prestação de cuidados de saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada instituição de saúde é responsável por garantir a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos

calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos (DGS, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 pretende atingir os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, garantir a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras de pressão, garantir a prática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Neste sentido, as Comissões da Qualidade e Segurança existentes em todos os hospitais devem mencionar nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os objetivos estratégicos acima descritos.

A administração de terapêutica é uma atividade inerente aos cuidados de enfermagem que exige a máxima atenção e responsabilidade, podendo resultar em consequências negativas como o agravamento do estado de saúde do doente quando surgem erros na medicação. Nesta perspetiva, Landeiro (2005) salienta que o erro resulta frequentemente de quebras de atenção, associadas a atividades automáticas, repetidas que ocorrem por fadiga ou por distração. Errar é humano e os erros em saúde acontecem e, de modo algum se consegue extingui-los. No entanto, estes devem servir para crescimento e para a melhoria das condições assistenciais. Para Reason (2000), os humanos são falíveis e os erros são expectáveis, mesmo nas melhores instituições. Contudo, as expectativas criadas em torno do serviço de saúde não permitem qualquer falha no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados. É assim da responsabilidade do enfermeiro identificar, analisar e divulgar os eventos no sentido de prevenir erros futuros. Cabe a cada instituição ser responsável pela criação de estratégias de segurança e gestão do risco, através da notificação, padronização e controlo de procedimentos, gestão de equipas e cultura de segurança. As metas delineadas para o final de 2020 objetivam diminuir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de eventos relacionados com erros de terapêutica nas instituições do Serviço Nacional de Saúde e, também, que 90% dos estabelecimentos de saúde implementem práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais (DGS, 2015).

No que diz respeito à prevenção do erro terapêutico, durante o ensino clínico na UCIP pude observar que o serviço dispõe de um sistema que previne a troca de medicação. Toda a terapêutica se encontra organizada e fechada estando disponível mediante registo biométrico. Só pela identificação da impressão digital do enfermeiro e posterior confirmação do nome do doente, nome do médico prescritor e nome do fármaco, dosagem e via de administração, se abre automaticamente a gaveta e o respetivo compartimento com a medicação, encontrando-se os demais fechados. Outro aspeto a referir é o facto de toda a terapêutica estar identificada com etiquetas de cor amarela, em que consta a identificação do doente e do fármaco, bem como, respetiva diluição, dosagem, hora e ritmo de perfusão. Estas etiquetas são impressas a partir do processo clínico, possibilitando uma correta leitura das mesmas, não havendo medicação em curso identificada manualmente, minimizando desta forma a probabilidade de ocorrência de erros. A desvantagem desta forma de apresentação poderia estar relacionada com a necessidade de terapêutica numa situação de emergência. Contudo, para colmatar esta falha existem carros de emergência numa área central, próximos a todos os doentes e com terapêutica urgente disponível.

Ainda neste domínio da prevenção do erro terapêutico, também no SUMC do HDS foram criadas medidas para melhoria contínua da qualidade. Um dos aspetos que considero uma mais-valia e que desconhecia até então consiste na existência de um sistema de segurança para a administração de hemoderivados que evita a ocorrência de erros fatais. As unidades de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma são enviadas do serviço de imunohemoterapia num recipiente fechado que apenas abre mediante leitura dos dados que constam na pulseira de identificação do doente e, ainda, da introdução dos parâmetros vitais e hora de avaliação dos mesmos. As falhas associadas à identificação de doentes são causa de erros com medicação, transfusões, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes (DGS, 2011).

Também no BO se cultiva uma política de seguranças adotando práticas preventivas do erro. Ao longo do EC, tive oportunidade de fazer o acolhimento do doente e preencher a lista de verificação pré-operatória confirmando em voz alta com o doente a identificação do mesmo, verificando a existência de pulseira corretamente preenchida, a inexistência de próteses e adornos, o cumprimento do jejum, bem como, a existência de alergias

conhecidas. Esta verificação é fundamental para a segurança do utente, na medida em que reduz o risco de aspiração associado ao não cumprimento do jejum; reduz o risco de queimadura associado à presença de adornos, e reduz o risco de administração de fármacos aos quais o utente possa desencadear uma reação alérgica. Tive também oportunidade de preencher a Lista de Verificação de Cirurgia Segura que consiste numa ferramenta obrigatória na gestão do risco dentro do BO, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados. Esta lista enumera os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), envolvendo todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzindo-se numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade (DGS, 2010). O seu preenchimento é obrigatório e faz-se através de uma aplicação informática sendo o enfermeiro circulante o responsável pela execução deste registo.

Um dos objetivos estratégicos no âmbito da segurança dos doentes é também a prevenção da ocorrência de quedas. Todos os serviços onde desenvolvi o EC têm implementado a escala de morse. Perspetiva-se que até 2020 95% das instituições de saúde adotem práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas. Outra das metas nacionais incide na diminuição de quedas em 50% em cada ano, face ao ano anterior (DGS, 2015).

À semelhança da prevenção da ocorrência de quedas, também a prevenção da ocorrência de úlceras de pressão é uma medida importante integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. As úlceras de pressão provocam sofrimento no doente, aumentam a prevalência de infeções, minimizando a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, conduzir à morte. De acordo com dados da DGS (2011), estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Estudos epidemiológicos relativos aos cuidados hospitalares em Portugal divulgam que prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%, sendo que nos serviços de Medicina, esta média aumenta para 17,5%. Além das consequências negativas para o doente e família, a ocorrência úlceras de pressão conduz a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para o Serviço Nacional de Saúde. Durante o EC tive oportunidade de fazer a avaliação do risco de úlceras de pressão em todos os contextos assistenciais. Pude verificar que as orientações para o preenchimento

da escala de Braden são criteriosamente cumpridas e instituídas medidas preventivas. Mensalmente, são feitas auditorias aos processos clínicos onde é verificado se as escalas de Braden e de Morse foram corretamente preenchidas e nos tempos preconizados para cada serviço em particular.

Desta forma, posso concluir que as auditorias realizadas são também elas excelentes elementos de avaliação na qualidade dos cuidados. Em todos os serviços tive oportunidade de verificar que são realizadas auditorias aos processos clínicos dos doentes com vista a identificação de falhas nos cuidados e, com base nesses resultados, são criadas medidas corretivas que contribuem para a melhoria da qualidade. Para Toga (2014) este raciocínio é claro sublinhando que a auditoria clínica em saúde é uma mais-valia na melhoria contínua dos cuidados, na gestão do risco e para que o controlo interno da instituição seja eficaz.

A supervisão e análise crítica dos cuidados prestados nos diferentes contextos clínicos, permitiu-me reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a análise das práticas e dos seus resultados e, perante os mesmos, criar e implementar programas de melhoria contínua. Ao longo dos ensinamentos clínicos houve uma preocupação e uma necessidade constantes de recorrer a pesquisa bibliográfica, bem como, a matéria lecionada durante a componente teórica deste curso, permitindo-me refletir e tomar decisões fundamentadas, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados. Segundo o artigo 88º do CDE,

“o enfermeiro procura em todo o seu exercício profissional a excelências dos cuidados, assumindo o dever de analisar regularmente o seu exercício, de forma a detetar não conformidades e consequentemente adotar ações corretivas em prol da melhoria da qualidade”, com o intuito de tomar decisões fundamentadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados (OE, 2009 p.4)

A formação surge também como um pilar fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados. A formação em serviço é também ela uma preocupação quer das instituições quer dos profissionais de saúde, tendo como objetivo a melhoria do desempenho profissional e consequente qualidade dos cuidados de saúde prestados. É, hoje em dia, um dos grandes desafios exigidos aos enfermeiros, devido às sucessivas mudanças, que

conduzem a uma desatualização constante dos conhecimentos técnicos e científicos. Sobre os enfermeiros recai assim a responsabilidade e a preocupação de se atualizarem, necessitando de repensar o seu processo de trabalho, bem como, as competências fundamentais para o desempenho da profissão. De acordo com Menoita (2011) as organizações devem instituir ambientes reflexivos em que a aprendizagem em equipa promova autonomia e ganhos para o desempenho da mesma. Deste modo, a formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática, é transversal às equipas de saúde em geral e constitui um direito e um dever dos profissionais (Paixão & Monteiro, 2009).

Durante os estágios tive oportunidade de consultar o plano de formação anual, particular de cada serviço. Este é elaborado com base nas necessidades formativas manifestadas pelos profissionais da equipa. O enfermeiro especialista tem um papel primordial na atualização de conhecimentos, de forma a conseguir analisar, planear e definir estratégias de resolução, pôr em prática, motivar e avaliar junto da restante equipa. É um elemento importante na área da formação, na medida em que mobiliza conhecimentos, partilha experiências e estimula a mudança, conduzindo ao crescimento e desenvolvimento de uma equipa. É um agente de mudança e de inovação.

c) Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências do domínio da gestão dos cuidados incluem gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adotar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 122, 2011).

Para a OE (2001), a gestão é considerada um domínio da área de competências do enfermeiro que se assume de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados uma vez que estes são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados na prestação dos mesmos.

A gestão de recursos humanos abrange a dotação e cálculo do pessoal, recrutamento, seleção, integração, formação e ainda a avaliação do desempenho. O cálculo das dotações em enfermagem visa estabelecer quantitativa e qualitativamente o equilíbrio entre a equipa de enfermagem e as necessidades de cuidados. A fórmula preconizada é por "Posto de Trabalho" adaptado ao conhecimento minucioso dos movimentos diários, semanais e mensais de cada SU. Deve promover-se a avaliação das horas de cuidados necessárias através de sistemas específicos de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das horas de cuidados necessários.

Devido à grande afluência de doentes no SU, com alguma frequência se encontram doentes nos corredores das urgências que não são considerados "postos de trabalho" para o cálculo das dotações seguras. As áreas que se assumem como postos de trabalho, como já referi anteriormente, são: triagem, balcão de verdes e azuis, sala de emergência, pequena cirurgia, ortopedia, sala de tratamentos 2, sala de tratamentos 3 e sala de tratamentos 4. Contudo, os doentes que se encontram em corredor carecem também eles de cuidados exigindo a presença de enfermeiro que esteja também alocado a outra área de cuidados, aumentando a carga de trabalho.

Um aspeto que considero importante referir é a existência de uma escala de prevenção constituída por enfermeiros da instituição que asseguram a transferência dos doentes entre hospitais. Contudo, julgo que esta escala deveria ter critérios específicos de admissão de entre os quais saliento a formação em SAV e experiência em transporte de doente crítico, o que não se verifica. Pois de acordo com as recomendações para o Transporte de Doentes Críticos "a equipa que acompanha o doente crítico deve ser constituída pela tripulação da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro) ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento" (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.18). Ainda neste contexto, outra lacuna que identifiquei prende-se com a falta de conhecimento acerca da forma como está organizado o saco de transferências visto que este é repostado e selado apenas pelos enfermeiros do SUMC que estejam distribuídos na sala de emergência.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI),

“deve existir uma equipa de profissionais, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes. A prática corrente é o acompanhamento dos doentes pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida” (SPCI, 2008, p. 25).

Desta forma, esta é uma realidade transversal a muitas instituições e já do conhecimento da SPCI, que não sendo uma prática correta deve ser de todo evitada. Não é aceitável qualquer agravamento do estado de saúde de um doente que não esteja diretamente relacionado com a sua situação de doença e que se possa imputar ao transporte. A segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objetivo em todas as fases do transporte (SPCI, 2008). Sendo estes factos já conhecidos de todos, é da responsabilidade das instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a que seja reduzida a probabilidade de ocorrência de complicações inerentes ao transporte do doente crítico. Deve ser assegurada a formação das equipas de transporte e o equipamento deve ser uniformizado para todo o hospital, de modo a que a equipa que transporta o doente já tenha experiência do seu funcionamento (SPCI, 2008).

No SUMC, a gestão de recursos humanos é feita pelo enfermeiro coordenador de turno. Este gere a equipa de enfermagem distribuindo os enfermeiros pelas diferentes áreas do serviço. Por diversas vezes verificou-se a falta de elementos e face às necessidades do serviço, coube ao enfermeiro coordenador convocar elementos ou redistribuir a equipa de modo a assegurar os cuidados em todas as áreas. Na minha perspetiva, esta metodologia de trabalho adotada evidencia-se como uma mais-valia, pois cada chefe de equipa conhece as capacidades e o desempenho de cada elemento em particular pesando isso na distribuição por áreas de cuidados. Por outro lado, a longo prazo pode trazer alguma desvantagem na medida em que sejam distribuídos os elementos por áreas de preferência.

O método trabalho utilizado no SUMC é o individual, que consiste na atribuição de um número de doentes, aos quais o enfermeiro deverá prestar todos os cuidados indispensáveis (Mendes, 2012). Para a autora este é um método de trabalho em que está

implícito o cuidado global ao doente, e a prestação de cuidados de enfermagem individuais a um ou mais doentes num período de tempo, que corresponde normalmente ao trabalho de um turno, considero que este é o método de trabalho que mais se adequa aos serviços de urgência.

Ao longo dos estágios tive oportunidade de realizar turnos em que acompanhei o enfermeiro especialista a desempenhar funções de responsável de turno. O enfermeiro responsável possui competências na área da coordenação dos cuidados sendo-lhe exigido capacidades de gestão, quer dos recursos humanos, quer dos materiais. Assim tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro responsável nas seguintes funções: confirmar o material do serviço, reposição de áreas, pedidos de medicação, contagem de estupefacientes e levantamento destes nos serviços farmacêuticos, e verificação da operacionalidade de equipamentos. Ao nível da gestão acompanhei o enfermeiro chefe na realização e fecho do horário com confirmação do registo biométrico de cada funcionário e na elaboração da distribuição semanal dos enfermeiros por áreas de cuidados.

Relativamente à UCIP, a equipa de enfermagem é constituída por vinte e dois enfermeiros, dos quais quatro são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e dois são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. A distribuição dos elementos é feita diariamente no início de cada turno pelo enfermeiro chefe ou pelo responsável de turno, estando estipulados 5 enfermeiros no turno da manhã, dos quais um desempenha funções no âmbito da reabilitação, 4 enfermeiros no turno da tarde e 3 enfermeiros no turno da noite. Um dos enfermeiros escalados é ainda responsável pelo acompanhamento das visitas e outro acumula a função de enfermeiro da EEMI.

De acordo com a norma para o cálculo das dotações seguras em enfermagem para as UCI, os rácios são estabelecidos com base nas horas de cuidados necessários por dias de internamento (OE, 2014). No entanto, sempre que mais adequado para a segurança dos cuidados deve utilizar-se, em alternativa, o valor de referência correspondente às horas de cuidados necessárias por dia de internamento que está preconizado para cada tipo de unidade, no caso da UCIP é 16,94 (OE, 2014).

Já a SPCI utiliza uma metodologia diferente para o cálculo das dotações seguras em enfermagem. Para a SPCI, as UCI classificam-se em três níveis de cuidados. Esta

classificação é ainda hoje adotada pela DGS, sendo que o cálculo das dotações seguras devem atender aos seguintes rácios:

Nível I – Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior – 1 enfermeiro/3 doentes;

Nível II - Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. – 1 enfermeiro / 1,6 doentes;

Nível III - Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica diferenciada (intensivista) em permanência física 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes – 1 enfermeiro / 1 doente. (OE, 2014).

Perante estas orientações posso concluir que os rácios nem sempre se encontram ajustados, havendo um menor número de enfermeiros para as necessidades de cuidados.

A metodologia de trabalho utilizada na UCIP é o método por enfermeiro responsável. Segundo Pinheiro (1994), no método de trabalho por enfermeiro responsável ou enfermeiro de referência, é atribuída a cada enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados totais ao doente durante as 24 horas, cabendo-lhe a avaliação do processo e dos resultados, pelo que é uma responsabilidade atribuída apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão.

O enfermeiro coordenador gere a equipa de enfermagem no início de cada turno, atribuindo a cada enfermeiro um ou dois doentes, consoante a taxa de ocupação da UCI. Esta distribuição é feita tendo em conta o enfermeiro de referência, isto é, sempre que o enfermeiro que tenha feito a admissão do doente na UCI estiver escalado será o mesmo

que ficará responsável por prestar cuidados a este doente. Isto permite um melhor conhecimento do doente por parte do enfermeiro e, essencialmente, torna-se um aspeto precioso tanto para o doente como para a família que estabelece uma relação desde o início com o enfermeiro de referência que faz o acompanhamento do doente durante todo o internamento na UCIP. Desta forma, considero que este é o método de trabalho que mais se adequa às UCI.

Na UCI é feita uma avaliação da carga de trabalho de enfermagem através da avaliação do *Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS 28). O TISS 28 e *Nursing Activities Score* (NAS) são importantes instrumentos de gestão para o planeamento e avaliação da UCI. Estes índices permitem otimizar os recursos materiais e humanos, reduzir custos efetivos, determinar o grau de gravidade dos clientes e prognóstico de mortalidade. Estudos realizados neste âmbito vêm comprovar a “eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho em enfermagem e sensibilidade para as atividades de enfermagem” (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010, p. 12). Para Queijo e Padilha (2009, p.11), “o NAS apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de enfermagem, superando a abrangência do TISS 28, que somente contempla 43,4%.” Desta forma, o NAS supera a abrangência do TISS 28 ao descrever duas vezes mais tempo despendido nos cuidados de enfermagem. Apesar de ser um instrumento de gestão baseado na duração real das atividades de enfermagem, independentemente da gravidade da doença e necessidade de intervenções terapêuticas, verifica-se que um dos fatores associados à elevada carga de trabalho por este avaliado é a gravidade da doença.

Da aplicação do NAS em formato informático provém também inúmeras vantagens, nomeadamente, a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e o auxílio na tomada de decisão. A sua utilização, conjuntamente com outros indicadores de saúde possibilita o ajuste do número de enfermeiros nas UCI, adequando os recursos às necessidades reais dos doentes. Segundo Severino, Saiote, Martinez, Deodato e Nunes (2010, p. 10), baseados em considerações de Miranda et al. (2003), afirmam que o NAS

“melhora a gestão diária dos recursos humanos nas UCI, aumenta a eficácia das funções do planeamento, custos e auditoria da UCI, e possibilita uma análise mais detalhada das atividades desempenhadas pelos enfermeiros, favorecendo a

identificação das melhorias que podem ser feitas no processo de cuidar e na distribuição de tarefas entre os vários profissionais na UCI.”

No que diz respeito ao BO em particular, este é um dos contextos de trabalho mais complexos na área da saúde. Nestas unidades, a equipa multidisciplinar, altamente treinada e qualificada desempenha a sua atividade em complementaridade, manipulando instrumentos de alta tecnologia, em situações de elevado risco, com a responsabilidade de responder às necessidades do doente cirúrgico. A gestão dos recursos humanos e dos materiais é feita pelo enfermeiro chefe. Raramente, essa função é delegada noutro elemento, só mesmo num período de ausência prologada, o que faz com que seja uma sobrecarga de trabalho para o chefe. Sempre que inesperadamente faltam elementos face às necessidades do serviço é também da responsabilidade do enfermeiro chefe convocar elementos ou redistribuir a equipa de modo a assegurar os cuidados em todas as áreas, assumindo muitas vezes uma área de cuidados. Para Assis (2010), a dificuldade que os enfermeiros gestores manifestam em delegar as suas tarefas está diretamente relacionada com o défice de recursos humanos, quer de enfermeiros, quer de assistentes operacionais.

De acordo com o regulamento 101/2015 que define o perfil de competências do enfermeiro gestor, este é descrito como:

“ o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo A Organização dos cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, o gestor de pessoas, de cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (OE, 2015, p. 2)

Deste modo, no âmbito das competências desenvolvidas na área da gestão durante os estágios, tive oportunidade de colaborar em algumas das funções do enfermeiro chefe,

nomeadamente fazer as escalas mensais dos enfermeiros e assistentes operacionais, bem como, elaborar semanalmente os planos de trabalho para ambas as classes profissionais. Esta distribuição semanal exige um profundo conhecimento dos elementos da equipa uma vez que existem elementos que não asseguram algumas áreas. No BO nem todos os enfermeiros assumem funções de enfermeiro instrumentista.

Segundo a OE, para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a satisfação dos doentes e profissionais, é imprescindível que as equipas de enfermagem sejam dotadas com o número de elementos adequado (Oliveira, 2007). No seu parecer sobre a dotação de enfermeiros no BO, a OE (2010) recomenda o preconizado também pela AESOP (2006), isto é, a existência de três enfermeiros por sala aptos a assumir qualquer uma das funções, enfermeiro de anestesia, enfermeiro instrumentista ou enfermeiro circulante. Para a AESOP (2006), as equipas de BO devem ser dotadas de enfermeiros suficientes e perfeitamente aptos a desempenhar qualquer umas das funções anteriormente referidas, contudo, estas devem estar bem definidas para que cada um saiba a qualquer momento o que é esperado de si.

d) Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento de competências técnicas e científicas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família foi para mim um desafio constante. Foi fundamental mobilizar conhecimentos teórico-práticos desenvolvidos durante a componente teórica do curso, realizar pesquisa bibliográfica para adquirir e aprofundar conhecimentos, reflexão e análise de diversas situações com os enfermeiros orientadores. Como refere Abreu (2003, p. 81) “o contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem num ciclo recursivo”.

Vaz e Catita (2002) referem que o enfermeiro necessita de determinadas características que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimento adquirido, mas também com a rapidez, a agilidade e a diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou morte para o doente. Considero que no

decorrer de uma prestação de cuidados à PSC, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, uma grande capacidade de lidar com imprevisto, capacidade de observação e análise, rapidez no estabelecimento de prioridades e ação, é importante a consciencialização da tomada de decisão para a qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, quando falamos em tomada de decisão autónoma em enfermagem rapidamente percebemos que ao longo dos tempos houve uma grande evolução. Para Banning (2007), a tomada de decisão é entendida como um processo que os enfermeiros realizam diariamente quando tecem considerações acerca dos cuidados que prestam e fazem a gestão das dificuldades sentidas. O mesmo autor refere a existência de três modelos distintos de tomada de decisão em enfermagem, sendo eles: o modelo de processamento de informação, o modelo intuitivo-humanista e o modelo de tomada de decisão de O'Neill. O modelo de processamento de informação é o um modelo fundamentalmente biomédico, hipotético-dedutivo, em que o enfermeiro toma a decisão após várias etapas: o reconhecimento da situação, geração de hipóteses, interpretação e avaliação das hipóteses geradas. Neste modelo, ter um conhecimento profundo da história do cliente é fundamental, sendo um processo completamente racional e dedutivo. As suas limitações estão relacionadas com a impossibilidade de ser aplicado em situações de emergência e não considera a experiência do enfermeiro. Relativamente ao modelo intuitivo-humanista, este centra-se na intuição e na experiência do enfermeiro, na medida em que os conhecimentos adquiridos durante a sua prática contribuem para a melhoria das decisões tomadas. É um modelo que aceita o modelo científico – o processo de enfermagem, mas também considera que as decisões têm por base a intuição dos profissionais (Banning, 2007).

Finalmente, o modelo de tomada de decisão de O'Neill que incorpora as conclusões dos dois modelos anteriores. Apresenta uma componente racional, em que o enfermeiro deve investigar, quando possível, a história do cliente, antecipando e controlando possíveis riscos, providenciar os cuidados de enfermagem e gerar hipóteses sobre qualquer modificação ou alteração do estado do cliente, seguido da respetiva intervenção. O conhecimento profundo do cliente funciona como forma de prevenir potenciais riscos. Contudo, e ao longo da experiência profissional o enfermeiro vai adquirindo uma certa sensibilidade para compreender qual a probabilidade do cliente

deteriorar o seu estado de saúde, baseado na sua intuição. Desta forma, este modelo consegue cumprir o melhor dos anteriores modelos, sendo também o mais recente.

Assim, Nunes (2007) clarifica a abrangência desta tomada de decisão quando refere que tomar a decisão mais adequada perante situações complexas nem sempre é fácil. Decidir requer um conhecimento sólido, experiência e visão holística. Exige fundamentalmente uma prática reflexiva, que se contrapõe à prática rotineira dos cuidados. Todas as decisões devem assentar em processos cognitivos, complexos e organizados onde a experiência, o conhecimento e a reflexão se combinam resultando em cuidados de elevada qualidade.

De acordo com a OE (2007, p.14) “O enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado.” Desta forma, como futura enfermeira especialista, considero que o pensamento crítico é o pilar que se impõe na tomada de decisão. Este deverá ser tido em conta encarando a prática como um desafio constante e não como uma sucessão de atos rotineiros. O pensamento reflexivo e crítico deve por si só ser a rotina do enfermeiro especialista.

Foram várias as situações que levaram a momentos de reflexão, partilha de conhecimentos e de experiências que se tornaram uma mais-valia. Uma das situações em que pude dar o testemunho da minha prática esteve relacionada com a transmissão de más notícias numa situação de morte inesperada.

A comunicação de más notícias continua a ser uma área de grandes dificuldades na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Segundo Pereira (2005), são situações que geram perturbações, quer na pessoa que recebe a notícia, quer em quem a transmite, pelo que uma comunicação deste tipo é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e/ou família, mas também pela dificuldade em gerir a situação.

Serra e Albuquerque (2006) realçam a importância de saber comunicar de forma correta uma má notícia, considerando este saber uma ferramenta terapêutica essencial, que

permite à pessoa e/ou família ter acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação necessária, para poderem ser ajudadas e ajudar-se a si mesmas. Existem alguns parâmetros considerados relevantes para as pessoas que recebem más notícias, como a competência do profissional de saúde, a honestidade, a atenção com a pessoa e sua família, o tempo para permitir as perguntas, a divulgação de um diagnóstico direto e compreensível e a utilização de uma linguagem clara e simples. O estabelecimento de uma relação de ajuda baseada na empatia, na demonstração de confiança, na veracidade das palavras utilizadas, na privacidade e a na confidencialidade, são fatores verdadeiramente importantes (Muller 2002). Muitas vezes a informação não-verbal é superior à informação verbal, de forma que utilizar gestos afetivos como o toque pode ajudar a atenuar o impacto da notícia recebida. Segurar a mão da pessoa, tocar no braço de forma intencional é sinal de reconforto, permite demonstrar a compreensão e a compaixão por parte do profissional de saúde, é uma manifestação de que de fato a dor, o medo e o sofrimento da pessoa e sua família é compreendido (Phaneuf, 2002).

A exploração de conhecimentos na área da comunicação de más notícias, conduziu à elaboração de protocolos orientadores neste âmbito. Barbosa e Neto (2006), afirmam que o modelo de comunicação de Buckman, através do protocolo de SPIKES, constitui um paradigma orientador para a transmissão de más notícias. Este protocolo envolve seis etapas, nomeadamente:

- *Setting up* (Preparação e escolha do local adequado) – é fundamental determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista. As más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupção de terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha;

- *Perception* (Descobrir o que o doente já sabe) – o profissional de saúde pede à pessoa que lhe descreva a sua situação de doença, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos. As respostas serão informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;

- *Invitation* (Descobrir o que o doente quer saber) –O profissional de saúde tenta compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado;

- *knowledge* (Dar a notícia) – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo à pessoa para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde. O profissional de saúde tenta certificar-se de que o doente fez uma interpretação correta da situação e verifica qual a sua reação;

- *Emotion* (Responder às emoções e às perguntas do doente) - é uma das fases cruciais que pressupõe a identificação e a validação de emoções. O medo e a angústia são dois sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia traduzindo-se muitas vezes em raiva contra o profissional de saúde. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), respeitando o silêncio e o choro. Respostas dadas devem ser claras e simples, de forma direta e honesta. As informações importantes devem ser comunicadas no início ou no fim da conversa, pois habitualmente a pessoa esquece o meio.

- *Strategy and summary* (Propor um plano de acompanhamento) – consiste na elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento. O profissional de saúde e o doente estipulam pequenas metas a atingir. O doente deve ser encorajado a questionar e a escrever perguntas no domicílio para não esquecer de as expor numa próxima consulta. Uma nova consulta deve ficar agendada (Pereira, 2005).

De acordo com Leal (2009), dar uma má notícia requer perícia, muito treino e tato, características que se adquirem ao longo da vida e que trazem benefícios para todos os envolvidos no processo comunicacional. Diversos autores defendem que o medo sentido pelos profissionais de saúde é um dos maiores obstáculos à transmissão de más notícias. Este receio prende-se com a dor que vão provocar na pessoa/família, no desconforto no momento de comunicar uma má notícia, no facto de poder ser culpabilizado pela família de qualquer falha terapêutica, do problema judicial, do desconhecido, de dizer “não sei”, de expressar as emoções e por fim, medo da própria morte (Fallowfield, 1993; Espinosa et.al, 1996; Ptacek & Eberhardt, 1996).

Durante o EC no BO surgiu uma situação de morte inesperada aquando da colocação de um *pacemaker* definitivo num doente que estava internado há 4 dias a aguardar esta intervenção. Não era uma situação prevista tendo gerado algum desconforto na equipa de enfermagem. Segundo a enfermeira chefe, é raro acontecerem situações de morte no

intraoperatório, no pós-operatório imediato ou durante a realização de exames ou procedimentos invasivos. Esta situação foi discutida em equipa de forma a encontrar a melhor maneira de informar a família. Foi solicitado a presença do filho no BO e disponibilizado um gabinete médico de forma a garantir a privacidade e a proporcionar algum conforto. A notícia de morte foi dada em conjunto com o cardiologista, tendo sido utilizada uma linguagem clara e o toque terapêutico e encorajado a expressão de sentimentos, mostrando disponibilidade para as necessidades do filho naquele momento que eram essencialmente obter respostas para o sucedido. Foi uma situação particularmente difícil por ser de todo inesperada. Contudo, considero que tenha sido feita de forma correta com base nas orientações anteriormente referidas

O facto de ser um serviço “fechado”, por norma sem visitas, onde na maioria dos casos não houve um contacto com os familiares, torna ainda mais difícil quando surgem situações como esta. Para Inaba, Silva e Telles (2005), o enfermeiro destaca-se como um elemento fundamental na comunicação com a família, possuindo capacidades para adequar a informação à situação, recorrendo a uma linguagem simples, clara e objetiva, evitando o uso de termos científicos e validando se a informação foi compreendida. Daquilo que é a minha experiência, estas situações requerem uma disponibilidade total para a família que passa a ser o alvo dos nossos cuidados. São situações delicadas que requerem a presença conjunta do médico e enfermeiro para que ambos, presencialmente, possam dar a notícia de morte e responder a todas as questões que possam ser colocadas naquele momento.

Perante a particularidades próprias de cada um dos serviços, SUMC, UCI e o BO, que exigiram uma prestação de cuidados tão complexos e específicos, tive oportunidade de adquirir e aplicar conhecimentos, desenvolver a capacidade de reflexão e de análise crítica perante determinadas situações, bem como, partilhar experiências com todos os elementos da equipa de enfermagem, traduzindo-se isso em ganhos para todos. Adquirir e sedimentar conhecimentos, identificar lacunas, refletir e partilhar experiências com os enfermeiros orientadores contribuiu para a aquisição de competências especializadas nos cuidados à PSC nos diferentes contextos hospitalares.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este tem como objetivo definir as competências específicas, que juntamente com as competências comuns anteriormente descritas, formam o conjunto de competências clínicas especializadas destes profissionais.

Neste subcapítulo é feita uma reflexão acerca das competências específicas desta especialidade, que foram desenvolvidas ao longo do EC nos diferentes campos de estágio.

a) Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Os cuidados prestados à pessoa vítima de doença crítica são altamente especializados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas da vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista à sua recuperação total. Exigem uma observação, colheita e procura de dados, de forma contínua e sistematizada, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2010).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica é a peça fundamental na resposta às necessidades específicas do doente crítico, na prestação de cuidados seguros e qualificados. A pessoa em situação crítica necessita de rápida e eficaz resposta da equipa de saúde, sendo a equipa de enfermagem essencial na sua abordagem. O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Artigo 4.º, n.º 2).

Em situações de emergência as intervenções de enfermagem são realizadas de forma interdependente, agindo em complementaridade de funções com outros profissionais de saúde (Pereira, 2008). Foram várias as situações de emergência onde pude onde pude prestar cuidados ao doente crítico, identificando e estabelecendo prioridades de atuação seguindo o algoritmo da abordagem primária e secundária ao doente. Uma das situações de emergência em que tive oportunidade de intervir foi uma situação de PCR (paragem cardiorrespiratória). Deu entrada na sala de emergência um doente do sexo masculino, 64 anos de idade, que estava internado na cirurgia por um quadro de pancreatite aguda. Terá feito o primeiro levante no internamento e fez PCR. As manobras de SAV (suporte avançado de vida) terão sido iniciadas no internamento e esta era uma situação em que estávamos à espera uma vez que houve contato telefónico a informar que iria descer um doente em PCR para a sala de emergência. O doente entra na SE em manobras. Rapidamente se organizou a equipa permanecendo o médico a assegurar a via aérea e assumindo funções de *team leader*. Assumi as compressões e a enfermeira orientadora terá ficado responsável pela monitorização e pelas drogas. O doente terá sido desfibrilhado sete vezes e as drogas foram administradas nos tempos preconizados. Em termos de equipa fomos-nos substituindo de modo a prevenir a exaustão. No final da reanimação fizemos um *debriefing* para refletir os aspetos positivos da mesma tendo salientado a organização e o trabalho em equipa. O *debriefing* é um método de discussão e análise das situações vivenciadas que permite compreender as decisões tomadas num determinado evento. Em situações de reanimação, esta é uma estratégia de desenvolvimento de competências e construção da equipa, onde são identificadas as dificuldades sentidas pela mesma e por cada um dos seus elementos (Mellick & Adams, 2009).

Para Massada (2002), o êxito da uma reanimação depende da qualidade de conhecimentos, do nível e eficiência da formação e dos recursos disponíveis, bem como da articulação entre os elementos da equipa. O facto de estar ali na qualidade de aluna e ser o meu primeiro turno na SE poderia ter interferido na dinâmica da equipa. Esta situação permitiu-me demonstrar conhecimentos e experiência em SAV. Como aspetos negativos salientei o facto de o relógio da SE estar avariado tornando-se difícil controlar o tempo nestas situações. Outro aspeto que a meu ver não é funcional prende-se com a inexistência de material de entubação na unidade do doente que permita assegurar a via aérea rapidamente em situações como estas. O material de entubação, bem como as

drogas usadas em reanimação encontram-se dentro do carro de emergência e numa mala de transporte intra-hospitalar, ambos selados, dificultando o acesso às mesmas com alguma rapidez. Ainda do ponto de vista crítico, considero que este doente não deveria ter descido do serviço de internamento para a SE em manobras, mas sim ter sido reanimado no local uma vez que tinha reunidas as condições para tal (enfermeiros, médico com especialidade de medicina interna e carro de emergência no serviço). Do ponto de vista ético, também considero que tenha sido comprometida a privacidade do doente uma vez que este desceu até à SE completamente exposto, passando por corredores e elevadores onde circulam doentes, visitas e profissionais de saúde. A instituição hospitalar deveria criar uma equipa de emergência intra-hospitalar conforme preconizado pela DGS (2010) para atuar em situações como esta.

A SE deve ser uma sala preparada para admitir doentes triados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida. Não deve ser utilizada para observação e tratamento de doentes não emergentes ou para tratamento, ou mesmo, para estabilização prolongada do doente (DGIES, 2007). Ao longo do EC no SUMC apercebi-me de que os doentes permanecem demasiado tempo na SE havendo muita dificuldade em drena-los para outras áreas após estabilização. Esta dificuldade prende-se com o facto de não haver permanentemente um médico na SE para tomar a decisão de transferir o doente.

A SE é ainda utilizada para se efetuarem alguns tratamentos tais como a redução de luxações sob sedação com midazolam e colocação de drenos torácicos. Acontece ainda com frequência descerem doentes do internamento para fazer VNI (Ventilação não invasiva) na SE. Uma das situações que presenciei foi a admissão de uma doente do sexo feminino, 89 anos, dependente total nas atividades de vida e com úlceras de pressão na região sagrada e no calcâneo direito que terá descido do serviço de medicina onde estava internada por infeção respiratória para fazer VNI na SE. Quando questioneei a orientadora relativamente a esta decisão foi-me dito que são situações que surgem com frequência e sobre as quais a equipa tem refletido e demonstrado o seu desagrado dado a ocupação da sala com situações que não são de todo emergentes, contudo isso passa por uma decisão médica.

Na UMC tive oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não invasiva adquirindo conhecimentos nesta área e evidenciando

conhecimentos acerca da utilização de monitores, ventiladores e bombas perfusoras. Tive também oportunidade de acompanhar o doente crítico sob ventilação mecânica à TAC e ao BO, assegurando o nível de cuidados.

Entende-se como doente crítico a pessoa que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. (SPCI, 2010). O doente crítico encontra-se num ambiente clínico e fisiológico em constante mudança, sendo assim a monitorização hemodinâmica é um elemento chave no cuidado ao doente crítico, proporcionando um auxílio inquestionável para um diagnóstico e para um tratamento adequado de monitorização e terapêutica (SPCI, 2007). A PSC corre risco de falência multiorgânica, onde a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula, podendo pequenas alterações induzir grandes instabilidades e, conseqüentemente, ocorrer agravamento do seu estado. Segundo Vaz e Catita (2000), o enfermeiro ao prestar cuidados ao doente crítico, executa-os de forma contínua e com elevada qualidade, permanecendo atento às necessidades do doente. Segundo o regulamento 124/2011, estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação do doente, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

Ao longo deste ensino clínico desenvolvi competências no cuidar do doente submetido a ventilação mecânica sendo uma área de investimento através da consulta bibliográfica bem como da partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores.

Tive oportunidade de colaborar de forma ativa no desmame ventilatório de vários doentes. Como refere Nunes (2009) o desmame ventilatório, deve acontecer o mais precoce para diminuir o risco de complicações que elevam as taxas de morbilidade, mortalidade e conseqüentemente o aumento dos custos hospitalares. De acordo com Freitas, Saddy, Amado e Okamoto (2007), retirar o doente da ventilação mecânica pode ser mais difícil que mantê-lo. O enfermeiro é fundamental em todo este processo este deve estar atento às condições fisiológicas do doente, posicionamento de forma a melhorar a complacência pulmonar, aspiração de secreções e ensinar o doente a respirar e tossir eficazmente (Menezes, Carvalho & Gois, 2013).

Tive algumas situações emergentes com necessidade de intubação orotraqueal e pude colaborar nas mesmas. Considero ter sido uma área que explorei maioritariamente de forma compreender os modos ventilatórios e conseguir adequá-los a cada situação clínica em particular, bem como, compreender os ajustes dos parâmetros ventilatórios em função dos valores da gasometria apresentados. Ao longo dos turnos foi feita uma reflexão diária com os enfermeiros orientadores que me permitiu adquirir e validar algum conhecimento nesta área tornando se, sem dúvida, uma mais-valia.

Saliento também as aprendizagens desenvolvidas no âmbito da colaboração em técnicas mais diferenciadas, nomeadamente, a colocação de CVC (cateter venoso central), colocação de linha arterial, toracocentese, colocação de eletrocater, avaliação da PIA (pressão intra-abdominal) e colocação de CVC para realização de técnica dialítica contínua.

Vigiei o estado neurológico do doente no sentido de despistar sinais de hipoperfusão cerebral, avaliando a Escala de Glasgow, o diâmetro, simetria, reatividade pupilar. Considero que desenvolvi as intervenções de enfermagem mais adequadas a esta condição, aplicando os conhecimentos adquiridos nas situações mais complexas de prestação de cuidados, através de uma complementaridade entre os conhecimentos teóricos que possuía anteriormente e a pesquisa bibliográfica efetuada, de forma a tornar-me cada vez mais um profissional prestador de cuidados baseados num conhecimento aprofundado do indivíduo em situação de risco.

Como já referi anteriormente no âmbito das aprendizagens desenvolvidas, os cuidados ao doente submetido a terapêutica de substituição renal contínua constituíram-se desde início como um objetivo de estágio. Para a conclusão deste objetivo foi feita pesquisa bibliográfica frequente, bem como, um acompanhamento por parte dos orientadores que estiveram sempre presentes e mostraram que é uma área que dominam.

As UCI são unidades hospitalares que se destinam ao atendimento de doentes de alto risco, que dispõe de equipamentos específicos, recursos humanos especializados e com acesso a tecnologias de diagnóstico terapêutico. Ainda assim, e com tais recursos, existe alta incidência de doentes que desenvolvem IRA, associadas às elevadas taxas de mortalidade (Santos & Marinho, 2013). A técnica dialítica mais usada na UCI é a hemodiafiltração veno-venosa contínua que constitui uma opção de tratamento para os

doentes em estado crítico, cuja condição hemodinâmica é excessivamente instável para tolerar a espoliação rápida de líquidos e eletrólitos associada à hemodialise intermitente. Reconheço que esta técnica requer muita prática, sendo que a preparação de todo o sistema é extremamente complexa. Os conteúdos lecionados na unidade curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, no 1º ano do curso MEPSC foram indispensáveis para a minha atuação nesta situação. O trabalho desempenhado pelos enfermeiros, envolvidos na prestação de cuidados ao doente submetido a TSFRC, é altamente complexo e requer uma aprendizagem contínua. Assim sendo, só os enfermeiros com formação específica conhecem os procedimentos particulares da técnica e conseguem cuidar melhor destes doentes (Langford, Slivar, Tucker, & Bourbonnais, 2008).

A formação aos enfermeiros deve abranger informação em fisiopatologia da falência renal, terapias de substituição da função renal, princípios de diálise, tipos e locais para acessos vasculares, gestão de fluidoterapia, anticoagulação e exames complementares de diagnóstico. Para além do referido, a formação dos enfermeiros deveria passar também, pela aprendizagem no manuseamento dos equipamentos de diálise, saber dar início, manter e terminar a TSFRC e como solucionar os problemas que possam ocorrer durante o procedimento.

Durante o EC no BO tive oportunidade de prestar cuidados aos doentes na UCPA. A UCPA consiste num espaço criado para o cuidado ao doente submetido a um ato anestésico, equipado com unidades altamente especializadas, com meios técnicos e humanos competentes e vocacionados para a monitorização, vigilância e cuidados intensivos durante um curto período de tempo, mas crítico, imediatamente após a intervenção cirúrgica (AESOP, 2012). O enfermeiro na UCPA direciona a sua atenção para a prevenção de complicações decorrentes da anestesia ou da cirurgia, deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis, promovendo o equilíbrio fisiológico e o retorno das capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto (AESOP, 2006).

Nesta unidade de cuidados, de forma a identificar e responder prontamente a focos de instabilidade, prestei cuidados ao doente identificando e estabelecendo prioridades de atuação, tendo presente o algoritmo de avaliação primária e secundária.

Um aspeto a salientar é a preocupação constante dos enfermeiros no controlo da dor no pós-operatório imediato. Não é aplicado nenhum protocolo de analgesia uma vez que a

UCPA tem médico anestesista permanentemente sendo solicitado a prescrição de analgesia sempre que o doente manifesta dor.

Durante as intervenções cirúrgicas, colaborei nas funções de enfermeiro de anestesia onde preparei, identifiquei e administrei fármacos sob supervisão do enfermeiro orientador e do anestesista. Toda a terapêutica é validada com o anestesista e verbalizada em voz alta prevenindo erros na sua administração. Colaborei ainda na monitorização do doente, colocação de acessos venosos, colheita de sangue para tipagem, algaliação, posicionamento para o ato cirúrgico e colocação do eletrodo neutro. Este deverá ser colocado num dos membros, o mais próximo do local a operar e tendo o cuidado de o manter seco e bem aderente à pele minimizando o risco de queimaduras.

O enfermeiro circulante é na maioria das situações o enfermeiro responsável pela sala. Desempenha um papel fundamental na medida em que exerce uma vigilância apertada de todo o ambiente envolvente, do doente e da equipa, minimizando deste modo a ocorrência de erros e garantida a segurança de todos. Enquanto enfermeira de circulação colaborei com o enfermeiro instrumentista fornecendo material necessário na mesa de instrumentação e na gestão dos materiais inerentes ao procedimento cirúrgico (contagem de compressas colocadas na mesa de instrumentação e confirmação das mesmas antes do encerramento da ferida cirúrgica). Tive também oportunidade de efetuar o registo informático relativo à cirurgia segura.

A comunicação é parte essencial do cuidado de enfermagem centrada no cliente. Encontra-se presente em todas as interações com o doente e família, sejam elas no sentido de informar, apoiar, confortar ou atender às suas necessidades básicas. As qualidades, os comportamentos e as técnicas de comunicação terapêuticas caracterizam o profissionalismo na relação de ajuda (Cianciarullo, 2003).

No âmbito da relação estabelecida entre enfermeiro/doente as competências comunicacionais distinguem-se como aspetos basilares no processo de relação e, por isso, torna-se importante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e, sobretudo, implementem nas suas práticas quotidianas habilidades de comunicação.

No contexto do cuidar, a comunicação exige o estabelecimento de um relacionamento significativo entre o enfermeiro e o doente. É através do processo de comunicação que o enfermeiro faz o acolhimento do doente, procura dados fidedignos sobre o mesmo, a sua situação clínica, as suas necessidades, sentimentos e pensamentos e oferece elementos

para que ele desenvolva a sua capacidade de autocuidado e para a satisfação das suas necessidades (Stefanelli, 2005).

Deste modo, podemos afirmar que as competências dos enfermeiros em comunicação interpessoal são uma componente fundamental do seu papel e um pré-requisito essencial para a prestação cuidados de enfermagem de qualidade.

O doente em situação crítica assume uma condição particular na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidos, seja por dificuldade ou incapacidade na expressão oral, ou por incapacidade em exprimir as necessidades de forma verbal ou não verbal, como podemos verificar em situações de alteração de estados de consciência (Saraiva & Martinho, 2001). Neste sentido, no decorrer dos ensinamentos clínicos procurei desenvolver conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, e relacionar, de forma terapêutica, o respeito pelas crenças e pela sua cultura.

Para que a comunicação com o doente transmita compreensão, respeito, consideração, tem de ser suportada por uma relação acolhedora, afetuosa, calorosa, revelando conversão interior e ao outro pela interiorização das atitudes de empatia, autenticidade e aceitação incondicional ou valorização positiva, por conseguinte torna-se essencial um ambiente privado para transmitir confiança e confidencialidade.

Inaba, Silva e Telles (2005) afirmam que o enfermeiro se destaca como um elemento fundamental na comunicação com a família, possuindo capacidades para adequar a informação ao estado geral do doente e a transmitir esta mesma informação recorrendo a uma linguagem simples, clara e objetiva, evitando o uso de termos científicos e validando se a informação foi compreendida. Quando o doente permanece no serviço de urgência, múltiplas vezes, os seus familiares abordam os enfermeiros com frequência durante os horários de visita questionando-os relativamente à situação do seu familiar. É assim testemunhada a necessidade dos familiares em comunicar com os enfermeiros para procurar informação, esclarecer dúvidas, bem como, escutar palavras acolhedoras, receber atenção e ter satisfeita a sua necessidade de conforto.

Os doentes são o foco de atenção dos nossos cuidados na medida em que, na sua maioria se encontram numa situação de doença súbita ou num estado de agudização da

doença crónica. Facilmente negligenciamos o apoio à família. Nesta perspetiva Wright e Leahey (2002) afirmam que as necessidades experimentadas pelos familiares são muitas vezes tidas como não urgentes já que se tende a valorizar as necessidades do indivíduo doente. Esta falta de informação vai contribuir para aumentar os níveis de *stress* e de ansiedade dos familiares. Ao longo dos ensinamentos clínicos procurei sempre comunicar com o doente e família de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação empática e de ajuda, promovendo a participação ativa dos familiares na prestação de cuidados ao doente, com respeito pelos valores e crenças do doente.

Ao longo dos estágios surgiram algumas dificuldades no que respeita ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz, nomeadamente com doentes que apresentem barreiras à comunicação, tornando-se uma motivação para o investimento nesta área.

Os serviços de urgência, devido ao excesso de doentes tornam-se locais onde é dada menos relevância às técnicas de comunicação. Como consequência deste elevado número de doentes com necessidade de cuidados urgentes à responsabilidade de cada enfermeiro, por vezes, é difícil para o enfermeiro mostrar disponibilidade e despende tempo necessário para uma comunicação eficaz.

Já na UCIP se encontra uma realidade bem diferente. A vivência de uma situação de doença grave assume contornos de crise quer para o doente quer para a sua família. Além de um aumento da vulnerabilidade diretamente motivada pela doença e pelo ambiente que o rodeia, o doente admitido na UCIP experiencia sentimentos de medo. Do mesmo modo, também para o familiar do doente, a quantidade de equipamentos que lhes são desconhecidos, o som dos alarmes frequentes, associados à situação crítica em que se encontra o seu familiar geram níveis de ansiedade. Curtis e White (2008) afirmam que a sobrecarga emocional imposta à família nestes contextos e o risco de destabilização do sistema familiar que lhe está subjacente impõem uma responsabilidade acrescida aos enfermeiros, a avaliação da família onde a PSC se insere. Assim sendo, os enfermeiros são responsáveis por delinear uma estratégia de intervenção que suporte a família na gestão da crise, preservando o seu equilíbrio e, consequentemente, potenciando o seu contributo na recuperação da PSC. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem à PSC mobilizar conhecimentos e habilidades

múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

As maiorias dos doentes internados nas UCIP encontram-se sob suporte ventilatório invasivo através da presença de um tubo endotraqueal, e também sob terapêutica sedativa. Estes aspetos constituem-se como barreiras à comunicação.

Cavaco, José e Lourenço (2013) salientam a existência de inúmeros estudos que afirmam que as pessoas sujeitadas a ventilação mecânica invasiva descrevem a comunicação como uma experiência negativa durante o internamento. A ventilação mecânica por meio de um tubo endotraqueal altera o normal funcionamento do aparelho fonético, impedindo a pessoa de produzir qualquer tipo de som, levando a que a fala, forma mais comum de comunicação verbal, fique comprometida. Por vezes, surge também a necessidade de se sedar o doente ventilado, pela sua própria condição de saúde e para promover a adaptação ao ventilador, alterando o seu nível de consciência e a sua função neuromuscular, limitando deste modo o recurso a determinadas estratégias de comunicação. Esta condição em que o doente se encontra surge como uma fonte de *stress*, somado à sua condição de saúde e às dificuldades em comunicar as suas necessidades. Cabe ao enfermeiro criar alternativas de forma a promover a comunicação.

Cavaco, José e Lourenço (2013) referem que existem diversas estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, passíveis de serem criteriosamente escolhidas e adaptadas às necessidades e potencialidades de cada pessoa, quando em situação crítica. Perante as diferentes formas de comunicação – verbal e não verbal – o enfermeiro poderá identificar a estratégia que melhor se adapta à circunstância atual da pessoa com barreiras à comunicação: sinais sim-não, VOCAs, gestos, acenos com a cabeça, leitura de lábios, aperto de mãos, expressão facial, papel e caneta, uso do alfabeto, quadro de palavras e imagens, linguagem corporal e toque. A formação e a disponibilidade para a aplicação de cada uma das estratégias referidas assumem-se como prioridades no cuidar.

Desta forma, para prestar cuidados de excelência, acordo com o regulamento 124/2011, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de

comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação” e possuir capacidade para adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (OE, 2011). Deve ser avaliada a capacidade de cada doente comunicar para melhor adaptar a estratégia de comunicação a utilizar e a família deve ser incluída e auxiliada na utilização destas mesmas estratégias para comunicar com o doente. Será o uso eficiente e eficaz de cada uma destas estratégias que contribuirá inequivocamente para o bem-estar, segurança e respeito pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva (Matos & Mendes, 2011).

À semelhança das dificuldades sentidas na comunicação com o doente ventilado, surge também como um desafio constante para o enfermeiro a avaliação da dor em cuidados intensivos. A avaliação da dor nos doentes sob ventilação mecânica invasiva foi um cuidado que procurei desenvolver no decorrer dos ensinamentos clínicos. Mesmo os clientes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor devido à presença do tubo orotraqueal (TOT). Nestas situações a dor pode ser identificada através da observação de alterações nos sinais vitais, como tensão arterial elevada, taquicardia, polipneia, dilatação pupilar, esgar de dor ou aumento da atividade motora com fuga ao estímulo.

De acordo com o Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro, fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar é uma competência específica do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica (OE, 2011).

À luz dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à PSC,

“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” fazendo “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor” (OE, 2011, p. 6).

E fazer uma correta gestão da dor inclui, não apenas as medidas no sentido de diminuir ou eliminar a mesma, mas também atuar na sua prevenção. É da competência do enfermeiro intervir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis

considerados aceitáveis pelo doente. Partindo da premissa que a prestação de cuidados de enfermagem visa a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções, sejam estas da esfera autónoma ou interdependentes, necessárias de forma a diminuir ou eliminar a dor. Assim, utilizei as diversas escalas na avaliação da dor em doentes conscientes, nomeadamente, a escala visual analógica, a escala numérica, escala qualitativa e a escala de faces, tendo recorrido a técnicas não só farmacológicas sob prescrição médica, mas também não farmacológicas para alívio da dor, de entre as quais saliento os posicionamentos e a aplicação de gelo local. As intervenções farmacológicas realizadas tiveram por base o recurso a protocolos, de modo a responder com rapidez e segurança a complicações resultantes da implementação dos mesmos, indo de encontro ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, relacionada com a gestão de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011b).

Ainda neste âmbito do desenvolvimento de competências na avaliação da dor, avaliar a dor em doentes sedados e sob ventilação mecânica invasiva surgiu como uma aprendizagem. Houve necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica e às orientações dos enfermeiros para fazer uma correta avaliação da dor. Nestes doentes é utilizada a *Behavioural Pain Scale* (BPS) que consiste numa escala baseada observação da expressão facial, dos movimentos dos membros superiores e da adaptação à ventilação mecânica.

Numa UCI, o grau de sedação do doente é também um aspeto fundamental a ser avaliado. A sedação tem como objetivo providenciar estabilidade fisiológica, sincronia com o ventilador e conforto, contudo, esta não está isenta de riscos se administrada em quantidade elevada ou reduzida. Assim, identificar estratégias apropriadas de otimização da sedação é um objetivo importante, não só para reduzir os riscos inerentes à reduzida sedação, mas também para reduzir a duração e otimizar os ganhos da ventilação mecânica (Grap, Munro, Hummel., Junior, Mckinney & Sessler, 2009). Neste âmbito, tive oportunidade de utilizar a escala de Ramsay para avaliação do grau de sedação nestes doentes. Esta escala está numerada de 1 a 6, sendo 1 o menor grau de sedação atribuído ao doente agitado ou ansioso e 6 o maior nível de sedação que classifica o doente sem resposta (Turgut, et al. 2017).

b) Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima

A catástrofe é definida no artigo 3º da Lei 27/2006, de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, com um acidente grave ou uma serie de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

As catástrofes podem ser classificadas em três grupos, sendo esta classificação internacionalmente aceite, sendo elas: catástrofes naturais, catástrofes tecnológicas e catástrofes sociais. Independentemente da definição de catástrofe utilizada, é consensual que em todas elas a destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos (ICN, 2009).

O ICN e a Organização Mundial de Saúde (OMS) delinearão um conjunto de competências a ser desenvolvidas pelos enfermeiros em cenários de catástrofe (ICN, 2009). Estas competências foram traçadas para o enfermeiro de cuidados gerais, contudo, as mesmas deverão ser desenvolvidas em níveis pós-graduados. O objetivo destas mesmas competências será servir guia orientador, de forma a existir uma maior conformidade a nível internacional, e nos países em que as competências de enfermagem na catástrofe ainda não foram desenvolvidas, ou ainda se encontram numa fase de desenvolvimento. Deste modo, estas situações de tamanha complexidade, obrigam a que cada enfermeiro seja detentor de um corpo de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder de forma atempada e adequada, evidenciando-se como elemento chave em situações de catástrofe e de crise. As suas habilidades no âmbito da prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança, entre outras competências podem ser postas em prática numa variedade de situações de catástrofe (ICN, 2009).

No decorrer de uma catástrofe ou emergência multi-vítima, o hospital pode assumir dois papéis diferentes, o de vítima de uma catástrofe, e o de resposta a uma catástrofe, sendo este último que habitualmente a comunidade espera do hospital. De acordo com Childers (2010), estabelecimentos de saúde são instalações essenciais à comunidade,

pois esta depende delas como apoio e recurso, não só para providenciar cuidados de saúde, como muitas vezes para satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água e abrigo. Para o mesmo autor, os hospitais são também considerados como locais vulneráveis devido ao grau de dependência dos doentes que aí se encontram pelo que é fundamental a existência de um Plano de Emergência Interno (PEI) onde estejam bem definidas as orientações sobre a decisão de evacuação da unidade.

Uma situação de exceção pode provir de vários vetores, tais como acidentes rodoviários, fenómenos naturais como sismos, cheias, incêndios, ou ainda eventos de risco, os quais terão em inerência e face à sua especificidade, pessoas vítimas de uma situação de trauma.

Pela imprevisibilidade, mas concomitante possibilidade de ocorrência de situações de exceção e ou emergência multi-vítimas, é fundamental às instituições do sistema nacional de saúde a contribuição para a redução da mortalidade e morbidade. Nomeadamente através da realização cíclica de uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (DGS, 2010). Uma situação de exceção pode decorrer de qualquer dos riscos eminentes, sejam estes naturais, ambientais, tecnológicos, sociais ou provocados pelo ser humano. Tais situações não ocorrem diariamente, no entanto podem surgir a qualquer momento, sendo explícita a necessidade de um Plano de Emergência Externo (PEE), que em conjunto com PEI, permita a aquisição e melhoria de conhecimentos neste tipo de situações.

A emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de urgência e a prestação dos cuidados de saúde. Situações destas exigem um conjunto de procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo uso dos recursos disponíveis OE (2011). Considerando que o hospital é o local que recebe as vítimas de uma catástrofe, este deve ter definido um PEI que possibilite uma intervenção rápida e eficiente numa situação de catástrofe.

Neste âmbito, o Grupo Português de Triage (GPT) criou uma folha de registo manual que é utilizada no SU para a triagem de vítimas em situação de catástrofe. É uma triagem feita em dois momentos triagem primária e a triagem secundária, com o objetivo de triar rapidamente, o maior número de vítimas, baseando-se no método “Simple Triage and Rapid Treatment” (START), recorrendo a discriminadores simples como se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea e, neste caso qual a frequência respiratória que apresenta, e ainda qual o tempo de preenchimento capilar e frequência cardíaca. A triagem secundária decorre de forma contínua e precisa baseando-se no “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS), o qual consiste na obtenção da frequência respiratória, avaliação do estado de consciência com recurso à Escala de Comas de Glasgow (GCS) e a pressão arterial sistólica, sendo cada parâmetro avaliado de 0 a 4 e sendo a pontuação da TRTS igual à soma dos valores de cada parâmetro fisiológico calculado, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 12 pontos. Até 10 é atribuída uma prioridade 1 ou imediata, ao valor 11 é fornecida prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente, sendo 0 considerado morto.

De forma a atuar prontamente numa situação de catástrofe, no SUMC do HDS pode verificar que existem *Kit's* de catástrofe na SE, numerados, e constituídos por tubos para colheita de sangue, etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, de modo a dar resposta a uma situação desta índole. Contudo, no que diz respeito ao plano de emergência e catástrofe, este é ainda um projeto em construção a cargo de um grupo de trabalho constituído por médicos e enfermeiros. De acordo com o Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro, é da competência do enfermeiro especialista intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima (OE, 2011). A não existência deste plano é uma realidade que inquieta a chefia do serviço notando-se um esforço acrescido para levar a cabo este projeto.

Relativamente ao ensino clínico na UCIP posso afirmar que no decorrer do mesmo não surgiu nenhuma situação que exigisse alterações urgentes no normal funcionamento do serviço. Porém, pude discutir e refletir acerca desta temática com os enfermeiros orientadores que relataram a existência de situações anteriores que levaram à abertura de camas extra na UCIP.

No BO tive oportunidade de verificar que existe uma escala de prevenção de enfermeiros apenas para o turno da noite de forma a dar resposta a uma situação de emergência que obrigue ao funcionamento de todas as salas operatórias.

Considero que o conhecimento sobre a atuação em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima é essencial para um enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC, devendo tê-lo sempre presente e manter-se atualizado, de modo a que em caso de necessidade, consiga intervir adequadamente perante uma situação deste tipo.

c) Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Multiorgânica

De acordo com a DGS (2008), a infeção associada aos cuidados de saúde, é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e aos custos associados. Por se tratar de uma problemática a sua prevenção é fundamental (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Segundo Rocha (2011), no SU nem sempre é possível obedecer a práticas padronizadas e sistematizadas, podendo ocorrer a não obediência das normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente, conduzindo muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares. É um espaço propício ao desenvolvimento de infeções devido à grande afluência de doentes, onde o espaço entre os mesmos é reduzido e se utilizam equipamentos de monitorização e avaliação de sinais vitais em vários doentes. Assim sendo, a infeção hospitalar está associada à contaminação, principalmente de materiais e equipamentos.

Durante os ensinamentos clínicos considero que foram prestados os cuidados cumprindo as medidas de prevenção e controlo da infeção. Pude observar a descontaminação dos equipamentos e limpeza da respetiva unidade após a saída do doente tanto na SE como na UMC. Em ambos os sítios, cada unidade dispõe de uma solução alcoólica para lavagem das mãos, de equipamento de proteção individual e ainda de um contentor de lixo, com abertura por meio de um pedal, para resíduos de risco biológico.

Apenas a UMC dispõe de um quarto de isolamento. Em reflexão com a enfermeira orientadora deparei-me com um problema que é também comum à minha realidade diária. Quando surgem doentes no SU que necessitam de isolamento não está definido o espaço para esse efeito, sendo o mesmo feito com recurso ao uso de cortinas ou mesmo de biombos.

Quando se fala em infeção associada aos cuidados de saúde, esta assume particular relevância na pessoa em situação crítica na medida em que o recurso a técnicas invasivas e o uso de terapêutica imunossupressora e antibioterapia, contribuem para o aumento do risco de infeção. Deste modo, a UCIP é um local propício ao desenvolvimento da infeção uma vez que os doentes que aí se encontram, pela instabilidade hemodinâmica, exigem a realização de múltiplos procedimentos invasivos que quebram a barreira natural que separa o microrganismo do ambiente interno, havendo uma maior suscetibilidade para a infeção. Podem entender-se como dispositivos médicos invasivos que contribuem para o aumento das taxas de infeção nas UCI os tubos orotraqueais, os CVC, cateteres arteriais, cateteres para monitorização de PIC (pressão intracraniana), sondas vesicais, drenos torácicos, entre outros.

Durante o estágio considero que foram prestados os cuidados cumprindo as medidas de prevenção e controlo da infeção. A unidade do doente dispõe de material de uso clínico mediante níveis estabelecidos, material de proteção individual, equipamento de monitorização contínua, dois contentores de lixo permitindo a separação de lixo comum e lixo contaminado e, ainda, um computador onde são efetuados todos os registos relativos àquele doente. Cada cama dispõe também de uma solução de base alcoólica para descontaminação mãos. Todo o material após a saída do doente da UCI é desperdiçado prevenindo a infeção cruzada. Pude observar a descontaminação dos equipamentos e limpeza da respetiva unidade após a saída do doente. Todos estes procedimentos estão protocolados e são cumpridos minuciosamente.

Segundo a DGS (2007), 30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. Na UCIP existem três zonas de lavagem das mãos numa área central às unidades dos doentes e cada uma delas tem afixado na parede as orientações para uma correta lavagem das mãos, bem como, um temporizador para que a lavagem das mãos seja efetuada no tempo preconizado.

Ao longo do EC na UCIP apercebi-me de que a prevenção da infeção é uma preocupação comum à equipa multidisciplinar. De acordo com a Norma nº 021/2015 da DGS, atualizada a 30/05/2017, a pneumonia associada à intubação é a infeção adquirida com maior frequência nas UCIP, sendo responsável pelo aumento de dias sob ventilação mecânica e, conseqüentemente, aumento do tempo de internamento hospitalar, consumo de terapêutica antimicrobiana, contribuindo deste modo para elevadas taxas de mortalidade. Tive oportunidade de observar e desenvolver a minha prática de acordo com as orientações descritas nos “feixes de intervenções” estabelecidos pela DGS que visam a prevenção da Pneumonia associada à intubação, onde os cuidados passam pela elevação da cabeceira a 30°, a lavagem da boca com clorhexidina e a substituição dos circuitos respiratórios apenas quando estes se encontram visivelmente sujos.

Uma prática diária é também a lavagem do corpo do doente com clorhexidina nos primeiros cinco dias desde a sua admissão, só posteriormente, se faz a higiene com gel comum.

No que respeita à prevenção da infeção relacionada com o CVC pude observar que a realização do penso cumpre também as orientações da DGS, sendo apenas trocado quando visivelmente sujo ou não aderente, ou 48 horas após a sua realização no caso do penso oclusivo e sete dias após a sua execução se penso transparente. A desinfecção da pele é sempre realizada com clorhexidina a 2% em álcool.

No que diz respeito ao BO, este é um serviço onde a prevenção da infeção é também uma preocupação constante. A sua estrutura física é particularmente desenhada para a manutenção de condições de assepsia máxima.

De acordo com Fragata (2010), a infeção no local cirúrgico deve-se a causas como desinfecção local inadequada, má técnica cirúrgica, deficiente profilaxia antibiótica, concluindo que as infeções podem ser altamente reduzidas, quando feito profilaxia antibiótica adequada e ministrada até 60 minutos antes da incisão e nunca utilizados por mais de 24 a 48 horas. O mesmo autor defende também que medidas como a assepsia local, a técnica cirúrgica adequada, a manutenção da temperatura dos doentes e o controle da glicemia, bem como a correta preparação da pele e o uso de tricotomia mais próximo da cirurgia possível e sem recurso a lâmina, contribuem definitivamente para uma melhoria dos resultados, diminuindo significativamente a taxa de infeção.

O ambiente no BO, o vestuário dos profissionais, os campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica são fatores intraoperatórios que condicionam o aparecimento da infeção do local cirúrgico (DGS, 2013). A utilização de vestuário próprio e o cumprimento das regras de fardamento contribui para o controlo de infeção e consequentemente para uma assepsia progressiva.

No decorrer do EC no BO tive oportunidade de identificar alguns aspetos do não cumprimento das normas de fardamento relacionado com a utilização de adornos, bem como, a não utilização de máscara e barrete cirúrgico no interior das salas operatórias. E, nestas ocasiões, houve sempre o cuidado por parte de um elemento da equipa de enfermagem que delicadamente alertou para a importância do fardamento na prevenção da infeção, sendo corrigida de imediato a situação.

Durante este EC no BO considero que foram prestados os cuidados cumprindo as medidas de prevenção e controlo da infeção. Pude observar a descontaminação dos equipamentos e limpeza das salas após a saída do doente para a UCPA, cumprindo rigorosamente os protocolos instituídos. Todas as salas e corredores dispõem de soluções alcoólicas para higienização das mãos.

Procurei também respeitar circuitos definidos dentro e fora das salas de forma a minimizar a possibilidade de infeção. Conhecer e cumprir estes circuitos é um aspeto indispensável para o estabelecimento de uma assepsia progressiva. Esta acarreta uma circulação controlada, limitada e com barreiras para o pessoal, utentes e materiais; onde a circulação dos mesmos ocorre das zonas menos limpas para as mais limpas, e a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2012). O objetivo da assepsia progressiva é obter um nível de assepsia o mais elevado possível na zona da incisão cirúrgica (UNAIBODE, 2001).

Um aspeto que considero menos favorável está relacionado com a localização do armazém avançado. Este armazém é onde se encontra todo o material de consumo clínico fornecido pelo aprovisionamento e que pela própria arquitetura do BO se encontra numa área que obriga à passagem pelas salas de limpeza de material usado e corredor de “sujos”. Contudo, perante este constrangimento relacionado com falta de espaço, é notória a preocupação da equipa de enfermagem em utilizar o acesso ao armazém por meio de uma sala que não esteja a funcionar.

Sabe-se que ao longo dos anos com a constante evolução tecnológica houve um aumento de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico de caráter invasivo. Estes têm contribuído para a ocorrência de infecções hospitalares, traduzindo-se em graves problemas como o aumento da morbidade e da mortalidade, bem como, o aumento das despesas em saúde. Desta forma, é da competência do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC, considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas técnicas invasivas, orientar a sua prática baseada em medidas eficazes na prevenção e controlo de infeção (OE, 2010). Considero ter desenvolvido esta competência ao longo dos ensinamentos clínicos, uma vez que tive sempre presente o impacto que as IACS têm nos cuidados de saúde, estando desperta para possíveis mudanças na atuação dos profissionais e atualizando os meus conhecimentos nesta área. Nesta linha de pensamento, a higiene das mãos integra o conjunto de precauções básicas, constituindo uma medida relevante na prevenção e controlo da infeção (DGS, 2013). Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, verificar o cumprimento da mesma e disponibilizar as soluções alcoólicas em locais estratégicos acessíveis a todos.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros procuram compreender claramente e dar sentido à experiência vivida, tanto das pessoas alvo dos seus cuidados, como também das suas próprias vivências enquanto cuidadores no sentido de melhorar as práticas. Na assistência à PSC, pela natureza dos cuidados a prestar, podem surgir diferentes vivências nos profissionais. A instabilidade que caracteriza o doente crítico, exige cuidados diferenciados, com a respetiva competência para garantir um adequado nível assistencial.

O EC desenvolvido nos diversos campos assistenciais, sendo eles o SU, a UCI e o BO, mostrou-se uma experiência bastante enriquecedora, abrindo um leque de conhecimentos em áreas de cuidados diferenciados, permitindo assim a consciencialização da importância de uma prática baseada na evidência e motivando o investimento pessoal de forma a responder prontamente à complexidade e exigência daqueles que são os cuidados de qualidade. Foram campos de prestação de cuidados bastante exigentes e motivadores, que permitiram o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao longo dos EC apercebi-me de como é possível desenvolver um trabalho de qualidade, no respeito pelos princípios e numa total atenção à pessoa doente e à sua segurança, mesmo em locais onde as condições de trabalho estão longe de serem as ideais. Saliento a importância da existência de equipas de enfermagem detentoras de uma base de conhecimentos sólidos e de um rigor nos procedimentos, muitas vezes com necessidade de adaptação, criatividade e flexibilidade de acordo com as condições existentes de modo a dar resposta às necessidades dos doentes.

A elaboração deste relatório tornou-se uma mais-valia pela consciencialização das atividades e das aprendizagens desenvolvidas ao longo deste ensino clínico. Adquirir e sedimentar conhecimentos, identificar de lacunas, refletir e partilhar experiências contribuíram para a aquisição de competências especializadas nos cuidados à PSC, que só foi possível com o acompanhamento dos enfermeiros orientadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assis, C. (2010). O Enfermeiro Gestor: que dificuldades. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16-X.
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 2ªed. Lisboa. ISBN: 972-9171-65-3.. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 2ªed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 9729171-65-3.
- Banning, M. (2007). A Review of Clinical Decision Making: Models and Current Research. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 187-195.
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo. Nº4. p. 44-50.
- Cavaco, S. & Sousa, P. (2013). Passagem de turno em enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*. 115. 13-18
- Childers, A. (2010). Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. Tese de Doutoramento, consultada em Setembro de 2017 em http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=all_dissertation.

- Cianciarullo, T. (2003). *Instrumentos Básicos Para O Cuidar - Um Desafio Para a Qualidade de Assistência* (1ª edição). São Paulo: Ed. Atheneu.
- Conceição, F. & Ramos, P. (2004). Experiência Profissional. O Caminho para a Competência. *Revista Sinais Vitais*. N. °55. p.6-14.
- Correia, M.C. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. p.173.
- Cunha, A. P., Ferreira, J. J. M., Rodrigues, M. A. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência - III - N° 1*, p. 7-16.
- Curtis, J. R. & White, D. B. (2008). Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest* N.° 134, consultado em Junho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18842916>
- Deodato, S. (2010). *Direito da Saúde*. Coimbra. Edições Almedina.
- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde [DGIES] (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Março. Lisboa
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Cirurgia Segura Salva Vidas*. Circular normativa N.18/DDQS/DQCO de 22/06/2010. Consultado em 6 de Fev. de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Consultado em Setembro de 2017 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Circular Normativa N°

- 15/DQS/DQCO DATA: 22/06/2010. Consultado em 6 de Fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Circular normativa N.024/2013 de 23/12/2013. Consultado em 6 de Fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 consultado em 8 de Maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Consultado em 22 de Agosto de 2017 em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Associada ao Cateter Venoso Central. Norma nº 022/2015 de 16/12/2015. Consultado em 3 de Julho de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Consultado em 3 de Julho de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. Dossier: erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26 (6), p. 564-70.
- Freitas, E., Saddy, F., Amado, V., Okamoto, V.. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Nº33(Supl 2): p. s128- s136.
- Grap, M., Munro C.L., Hummel R.S., Junior, Mckinney J.L. & Sessler (2009). Effect of backrest elevation on the development of ventilator-associated pneumonia. *AJCC*. 14(4):325-32.

- Inaba, L. C., Silva, M. J., & Telles, S. C. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipa de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP* Vol. 39, N.º 4, 423-429.
- Landeiro, M. J.L. (2005). *O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Langford, S., Slivar, S., Tucker, S., & Bourbonnais, F. (2008). Exploring CRRT Practices in ICU: A survey of Canadian Hospitals. *CACCN*, pp. 18-23. Consultado a 7 de Novembro de 2016 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18416357>.
- Leite, L. (2006). Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências: O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento profissional. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros – O Enfermeiro e o Cidadão: compromisso (d)e proximidade. Consultado em Agosto de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>
- Massada, S. (2002). *Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave: normas de Orientação Clínica e Administrativa*. 1ª Ed. Porto: Grupo de Trauma do Hospital S. João. ISBN: 972-9027-98-6.
- Matos, T. & Mendes, A. (2011). *Comunicação com o Doente Ventilado: Competências e estratégias*. Consultado em 21 de Julho de 2017 em <http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id>.
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço – um contributo para o desenvolvimento de competências*. 1ª ed. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-989-8269-15-7.
- Muller, P. (2002). Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. *PostgraduateMedicine*, pp. 1-6.

- Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Revista Nursing*. Lisboa. p. 7-11.
- Oliveira, J. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados - Perspetiva do Conselho Diretivo. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº24, 13-17.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. *Parecer CJ/20*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN 972- 99646-0-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre segurança de doentes. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 22, 16-22.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Delegação, Tomada de decisão. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. (2012b). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Vasa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.a série – Nº123 - 26 de junho de 2015.

- Ordem dos enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica n.º 124; Diário da república, 2.ª série, nº35; Fevereiro; Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem, nº233; Diário da Republica, 2ªsérie, Dezembro; Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, nº48; Diário da Republica, 2ªsérie, Março; Lisboa.
- Paixão, H., Monteiro, R. (2009). Formação em Serviço: das Motivações aos Contributos para o Desenvolvimento Profissional. *Revista Sinais Vitais*, 87, p. 41-43.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, p.633.
- Pereira, M. A. (2005). *Má Notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. Florianópolis: Texto e Contexto – Enfermagem. Março. p.33
- Pereira, D. (2008). Reestruturação da sala de emergência. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Nº 27. (7-8): 903-906.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39
- Ptacek, J.T.& Eberhardt, T.L. (1996). *Breaking bad news - A review of the literature*. JAMA; 276(6):496-502 Consultado em 13 de Julho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8691562>
- Queijo, A, & Padilha, K. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Vol. 43. P 1018-25. Consultado 8 de Julho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns>

- Reason, J. (2000) - Human error: models and management. *British Medical Journal*. Education and debate. Vol.320. p.768-770.
- Santos, E & Marinho, C. (2013). Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(3), 181-189.
- Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Revista Nursing*. Junho p. 8-14. Consultado em 2 de Agosto de 2017 em <http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>
- Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). *A transmissão de más notícias: uma reflexão*. Psiquiatria Clínica. Vol. 27. pp. 75-82
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S. & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, nº 16. Acedido em 17 de Agosto de 2017 em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/9208>
- Silva, N. P. (2007). *Análise e estruturas de sistemas de informação*, 1ª ed. São Paulo: Érica.
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, IIª Série (6), 91-108.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] & Ordem dos Médicos [OM] (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole. ISBN: 85- 204-2196-2.
- Turgut, N., Karacalar, S., Akdas, Tekin, E., Odacılar, O. a, Öztürk A. C., ... Ali A. (2015). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação

com midazolam-remifentanil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(4):347-354.

Vaz, C. & Catita, P. (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Revista Nursing*, nº148. Lisboa. p. 14-17.

Union Nationale Des Associations D'infirmiers De Bloc Opératoire Diplômés D'État - UNAIBODE, (2001). *Práticas e Referências de Enfermagem de Bloco Operatório. Desenvolver uma Cultura da Qualidade*. Loures: Lusociência, 378. ISBN 972-8383-24-X.

Writht, L.& Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (3ª ed). São Paulo: Roca. ISBN: 978-857-2413-46-6.

PARTE II - EFETIVIDADE DO *DEBRIEFING* APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA NA MELHORIA DA COMUNICAÇÃO DA EQUIPA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MELHORIA DE CUIDADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

RESUMO

O *debriefing* consiste numa reflexão e discussão acerca de uma experiência permitindo explorar o seu sentido, debatendo os aspetos positivos e identificando quais os aspetos a melhorar. Apesar das evidências favoráveis que destacam seus benefícios, muitos profissionais colocam barreiras à sua implementação na prática clínica. O objetivo desta RSL é rever sistematicamente a efetividade do *debriefing* realizado por profissionais de saúde após situações de emergência em adultos, na melhoria da comunicação dentro da equipa de emergência e dos cuidados prestados.

Esta RSL obedeceu à estratégia PICOD - Participantes (P): Profissionais de Saúde; Intervenção (I): *Debriefing* após situações de emergência; Comparação (C): comunicação em equipa e cuidados prestados em situações sem *debriefing* e situações em que foi feito *debriefing*; Resultados (O): Melhoria da comunicação em equipa e melhoria dos cuidados prestados. Desenho do estudo (D): Estudos experimentais e quasi-experimentais. Incluíram-se artigos escritos em inglês, português e espanhol, publicados, nas bases de dados PubMed, Medline e CINHALL através dos seguintes descritores: *debriefing*, *effectiveness*, *teamwork*, *health professionals*, *emergency*, *communication* utilizando o operador booleano AND. A qualidade metodológica dos artigos foi efetuada tendo por base as grelhas da JBI e realizada por dois investigadores.

Dos 164 artigos apenas 2 apresentaram os critérios de inclusão e qualidade metodológica demonstrando benefícios da realização do *debriefing* tanto para a equipa de saúde como para o doente.

As conclusões demonstram que a realização do *debriefing* após situações de emergência é vantajosa, contribuindo não só para a melhoria da comunicação e do desempenho da equipa de saúde, como também para a melhoria dos cuidados prestados, sendo no entanto necessário realizar mais estudos primários nesta área.

Palavras chaves: *Debriefing*, efetividade, trabalho em equipa, profissionais de saúde, emergência, comunicação.

ABSTRACT

The debriefing is a process where the team reflects on and discusses an experience so that they may understand its meaning, discuss positive aspects and identify any issues that need improvement. Despite the positive evidence highlighting the benefits of debriefing, many professionals are against implementing it in the clinical practice. The aim of this SRL is to systematically review the effectiveness of debriefing carried out by health professionals after emergency situations with adults, in improving communication among the members of the emergency team as well as improving the care provided.

This SRL followed the PICOD strategy - Participants (P): Health Professionals; Intervention (I): Debriefing after emergency situations; Comparison (C): team communications and care provided in situations where there was no debriefing and in situations where debriefing was carried out; Outcome (O): Better team communication and improvement in the care provided. Study Design (D): Experimental and quasi-experimental studies. I have included articles written in English, Portuguese and Spanish, published in the PubMed, Medline and CINHALL data bases, using the following descriptors: debriefing, effectiveness, teamwork, health professionals, emergency, communication, and the Boolean operator AND. Two researchers assessed the methodological quality of the articles based on the JBI grids.

In the 164 articles found only 2 studies showing the inclusion criteria and methodological quality also expressed the benefits of debriefing both for the health care team as well as the patient.

The conclusions reached show that debriefing after emergency situations is advantageous and contributes not only towards improving communication among health care team members and their performance, but also improves the health care provided. however, it is necessary to carry out more primary studies in this area.

Keywords: debriefing, effectiveness, teamwork, health professionals, emergency, communication.

1. DEBRIEFING

O *debriefing* é uma discussão e análise de um evento. Possibilita a exploração e discussão de todos os factos durante uma experiência, salientando os aspetos positivos e identificando quais os aspetos a melhorar, o que poderia ser feito de forma diferente, bem como, sugestões de melhoria para acontecimentos futuros (Lederman, 1992). Consiste numa modalidade particular de *feedback*, sendo maioritariamente aplicado em situações de aprendizagem experiencial, nomeadamente na simulação de tarefas.

Existem algumas definições de simulação na área da saúde, contudo, saliento a definição de Fanning e Gaba (2007) também mencionada por Flato e Guimarães (2011), que caracterizam a simulação como um processo de ensino que substitui o encontro com o doente por uma prática com modelos artificiais, criando cenários em ambientes de cuidados muito próximos da realidade, com o objetivo de analisar e refletir as ações realizadas de forma segura. Desta forma, o *debriefing* é um conceito amplamente utilizado no contexto educacional, em que se incute no aluno a capacidade de reflexão após determinada situação, seja esta análise individual ou em grupo. Assim, o termo *debriefing* facilmente nos remete para o conceito de “reflexão após experiência”.

Debriefing é um conceito que tem crescido ao longo dos anos, no campo do ensino médico, sendo já uma prática comum nas universidades norte-americanas e europeias e, também, em crescente evolução no Brasil (Awtrey, Fobert, Jones, Stefanidis, Acker & Greene, 2010; Fraser, Wright, Girard, Tworek, Paget, Welikovich, Flato & Guimarães, 2011). No âmbito da simulação e ensino na área da saúde destacam-se a realização de procedimentos em manequins de treino, como intubação orotraqueal, manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, punções venosas, entre outras. Posteriormente, após a execução da técnica segue-se a reflexão acerca do desempenho dos executantes. Esta reflexão, tem como objetivo melhorar o desempenho dos principiantes, seja de forma individual ou em equipe, distinguindo-se como uma valiosa ferramenta de aprendizagem.

Também Flato e Guimarães (2011) referem que o *debriefing* tem sido uma técnica de aprendizagem aplicada a situações de emergência simuladas, situações estas que se caracterizam por uma maior complexidade de cuidados, implicando a realização de atividades rápidas e coordenadas com a finalidade de melhorar o desempenho individual de cada elemento e em equipa, traduzindo-se este aspeto na melhoria do desempenho do trabalho em equipa.

Ao longo dos últimos anos, o *debriefing* tem sido alvo de estudos de forma a provar a sua eficácia na melhoria do trabalho em equipa e, conseqüentemente, da comunicação entre os membros de uma equipa e, também, na melhoria dos cuidados ao doente. Foram desenvolvidas técnicas de treino com recurso a simulações multidisciplinares e em equipa, direcionadas para temáticas como liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e, ainda, o papel de cada membro na equipa.

Para Lee, Allen e Daly (2012) e Bagnasco, Tubino, Piccotti, Rosa, Aleo, Pietro, *et al* (2013), esta técnica tem como principal objetivo detetar e minimizar os erros, desenvolver competências, aperfeiçoar técnicas, treinar procedimentos complexos, bem como, identificar falhas de conhecimento na área de atuação dos profissionais de saúde, permitindo assim melhorar os cuidados ao doente em situações futuras.

O esclarecimento de incidentes em situações reais é semelhante ao *debriefing* realizado após situações simuladas. Foi com base numa situação real de PCR durante o EC, em que imediatamente a seguir analisamos e discutimos em equipa os pontos fortes e os aspetos a melhorar, que surgiu a ideia de desenvolver esta temática para esta RSL.

Diversos autores, como Mullan, Wuestner, Kerr, Christopher e Patel (2013), defendem que a realização do *debriefing* em contextos reais tem um enorme valor quando realizado após situações críticas. Discutir em tempo real é, acima de tudo, uma oportunidade de aprender e melhorar os cuidados ao doente, analisando o que correu bem e o que pode ser feito para melhorar trabalho em equipa e, conseqüentemente os cuidados. A capacidade da equipa para os pormenores da situação estão ainda presentes e todos os detalhes são analisados. Nesta perspetiva, Maloney (2012) enfatiza que o *debriefing* deve acontecer logo após o incidente,

Mullan et al.,(2012) definiram o *debriefing* como uma discussão simples das ações dos participantes e processos de pensamento para encorajar a reflexão e a assimilação do aprendizado na prática afirmando que pode ajudar a identificar melhorias na qualidade dos cuidados. Estudos realizados neste campo relatam que médicos e enfermeiros dos serviços de urgência experimentam elevados níveis de stress, identificando como agentes geradores de stress o ambiente no local de trabalho, agressão/violência por parte dos doentes, situações de morte ou a reanimação de crianças, jovens e adultos em estado crítico (Healy & Tyrrell, 2011).

Os SU são a porta de entrada do hospital. Diariamente recebem doentes em estado crítico, pelo que é fundamental que médicos e enfermeiros estejam capacitados para assistir a pessoa em situação crítica. Situações desta natureza, pela sua complexidade, exigem alguma reflexão por parte dos profissionais de saúde. Segundo Papaspyros, Javangula, Adluri, O'Regan (2010), o *briefing* e o *debriefing* são técnicas amplamente utilizadas em contexto de BO, sendo aplicados antes e depois dos procedimentos cirúrgicos, independentemente de ocorrer ou não um incidente crítico. Este método objetiva reduzir as barreiras de comunicação e incentivar a abertura entre os profissionais da equipe de saúde. Assim, permite que todos os profissionais de saúde reflitam e expressem as suas dúvidas, adquirindo uma vertente educativa, como um momento de aprendizagem e partilha.

Berenholtz, Schumacher, Hayanga, et al. (2009), afirmaram que o *debriefing* pode centrar-se na resolução de problemas, visando identificar e discutir falhas, deficiências de equipamentos e / ou problemas relacionados com a segurança do doente. Todo o processo é breve, cerca de três minutos para cada sessão. Este método foi relatado como utilizado para melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar e o trabalho em equipe na sala de operações.

Um estudo realizado acerca da perceção da equipa relativamente ao apoio com experiências com o *debriefing*, em que foi aplicado um questionário com oito questões a todos os profissionais do serviço de urgência, os participantes responderam que não haver suporte adequado diariamente (66%) e, afirmam também a não existência de suporte de apoio perante situações críticas. Apenas 41% dos entrevistados estiveram envolvidos e o fator tempo foi identificado como o maior obstáculo para *debriefing* (94%). A morte pediátrica foi identificada como a situação mais solicitada para

debriefing (90%). Para aqueles que anteriormente participaram num *debriefing* (41%), todos responderam com comentários positivos. Os comentários foram 100% positivos. Daqueles que especificaram tipos de suporte eles gostariam de ter, 75% identificaram o *debriefing* como um método preferido de suporte.

Mullan, Wuestner, Kerr, Christopher e Patel (2012), realizaram um estudo acerca do *debriefing* após situações de PCR em idade pediátrica. O estudo incluiu todos os elementos da equipa de reanimação. Foram realizados 63 (26%) *debriefings* em 241 reanimações. As necessidades de *debriefing* foram significativamente maiores em situações que culminaram com a morte da criança (88%). O tempo médio para o início do *debriefing* foi de 33 minutos após as situações de PCR, e a sua duração de 10 minutos. Sendo que o team leader da equipa de reanimação assumiu a condução do *debriefing* na maioria das situações. Foram ainda identificados como temas em debate o trabalho em equipa, a cooperação / coordenação, a comunicação e a consciência da situação. Neste estudo de Mullan et al., (2012) está patente a ideia de que a reflexão não é morosa e pode trazer alguns ganhos se for feita logo após o incidente crítico.

Para Rudolph, Simon, Raemer, et al. (2008), o *debriefing* após situações de emergência permite aos profissionais de saúde envolvidos analisar os seus pensamentos e ações, identificar lacunas conhecimento e, finalmente, melhorar o seu desempenho futuro. Também Wolfe, Zebuhr, Topjian, et al (2014) associam o *debriefing* à melhoria da qualidade da reanimação cardiorrespiratória. Organizações na área da saúde como a *American Heart Association* incentivam o uso do *debriefing* na prática rotineira dos cuidados (Bhanji, Mancini, Sinz et al, 2010).

Apesar dos benefícios do *debriefing* descritos anteriormente, Tannenbaum e Cerasoli (2013) e também Eppich, Cheng (2015), referem não existir um consenso relativamente a um modelo de *debriefing* ideal nem à sua aplicação em contexto real da prática clínica exigindo a necessidade de realização de mais estudos nesta área.

Especialistas em estudos acerca do *debriefing* na área da saúde, de entre os quais saliento Zinns, Mullan, O'Connell, Ryan e Wratney (2017) criaram uma mnemónica que abrange vários domínios relevantes para o desenvolvimento de um *debriefing* após eventos críticos ocorridos no serviço de urgência. A mnemónica *REFLECT* traduz-se numa ajuda do ponto de vista cognitivo, cujo o significado é: R – Rever o evento

crítico, E – Encorajar a participação da equipa, F – *Feedback* focado no trabalho em equipa, L – Ouvir e ensinar a promover um ambiente seguro de aprendizagem e partilha de experiências; E – enfatizar os pontos-chave da situação de emergência, C – Comunicar efetivamente utilizando uma linguagem clara, T - Transformar, utilizar dicas ou estratégias para melhorar o desempenho profissional em futuras situações de emergência. Estas atividades delineadas promovem a participação ativa da equipa e uma das vantagens é o tempo reduzido para a sua aplicação, 10 minutos ou menos. Quanto à viabilidade do REFLECT para a estrutura do *debriefing*, estudos realizados neste âmbito relataram uma melhoria geral com o auxílio REFLECT (de 63% a 83%, $P < 0,01$), com melhorias significativas observadas no componente T- transformar (13% a 69%, $P = 0,01$), ou seja, na criação de dicas e estratégias para uma melhoria no desempenho em futuras situações de emergência

Desta forma podemos concluir que diversos estudos realizados ao longo dos anos têm vindo a destacar a importância do *debriefing* realizado após situações de emergência.

2. METODOLOGIA

De seguida descrevem-se os passos seguidos na metodologia desta RSL.

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Com a finalidade de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno e mediante esta revisão sistemática de literatura, procurou-se compreender quais são os benefícios da realização do *debriefing* após situações de emergência, tanto para o doente através da melhoria dos cuidados, como para a equipa de profissionais de saúde e melhoria Cuidados.

2.2. OBJETIVOS

O principal objetivo deste estudo foi rever sistematicamente a efetividade do *debriefing* realizada por profissionais de saúde após situações de emergência em adultos, na melhoria da comunicação dentro da equipa de emergência e dos cuidados prestados.

Desta forma, a realização desta RSL foi elaborada a partir da seguinte questão de investigação: O *debriefing* realizado por profissionais de saúde após situações de emergência em adultos, é efetivo na melhoria da comunicação dentro da equipa de emergência e dos cuidados prestados?

Para a realização deste estudo, a questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia de PICOD (population, intervention, comparison, outcome e design). De acordo com Landa-Rairez e Arredondo-Pantaléon (2014), a estratégia anteriormente referida evidencia-se como uma ferramenta especializada para a formulação de questões de investigação, servindo do mesmo modo de fio condutor para a pesquisa, conduzindo à criação de estudos de qualidade superior que permitam sustentar o estudo.

2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa é a componente chave de um estudo de RSL. Para Fortin (2009), é fundamental a definição dos termos adequados e pesquisa que a tornam mais sensível do que específica garantindo assim que se consiga toda a evidência científica no universo acessível da ciência.

A definição dos critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1) teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada. Para a definição de critérios foi utilizada a metodologia de PICOD.

QUADRO 1 - Critérios de inclusão de artigos segundo a estratégia PICOD

P	Participantes	Profissionais de Saúde independentemente dos estudos terem só enfermeiros, só médicos ou os dois, incluindo, ou não, outros profissionais técnicos nomeadamente cardiopneumologistas.
I	Intervenção	<i>Debriefing</i> após situações de emergência em adultos, reais ou simuladas, independentemente da situação ou cenário que deu origem à situação de emergência.
C	Comparação	comunicação em equipa e cuidados prestados em situações sem <i>debriefing</i> e situações em que foi feito <i>debriefing</i>
O	<i>Outcomes</i> (Resultados)	Melhoria da comunicação em equipa e melhoria dos cuidados prestados, independentemente da forma de avaliação destes <i>outcomes</i>
D	Desenho	Estudos experimentais e quasi-experimentais.

Para Santos, Pimenta e Nobre (2007), a pesquisa da evidência científica requer uma estrutura lógica, no sentido de facilitar e maximizar o seu alcance. Deste modo, a pesquisa deve conter a seleção de termos de busca (palavras-chave), operadores booleanos e a combinação dos componentes da estratégia PICO.

A pesquisa para esta RSL foi efetuada durante vários dias, entre os meses de Julho e Agosto de 2017. Foram incluídos artigos escritos em inglês e português,

independentemente do ano de publicação. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Medline e CINHALL. Foram igualmente incluídos aqueles que constavam das referências bibliográficas dos estudos encontrados, desde que cumprissem os mesmos critérios. A pesquisa foi feita com base em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e em Medical Subject Headings (MeSH) *debriefing, effectiveness, teamwork, health professionals, emergency, communication*.

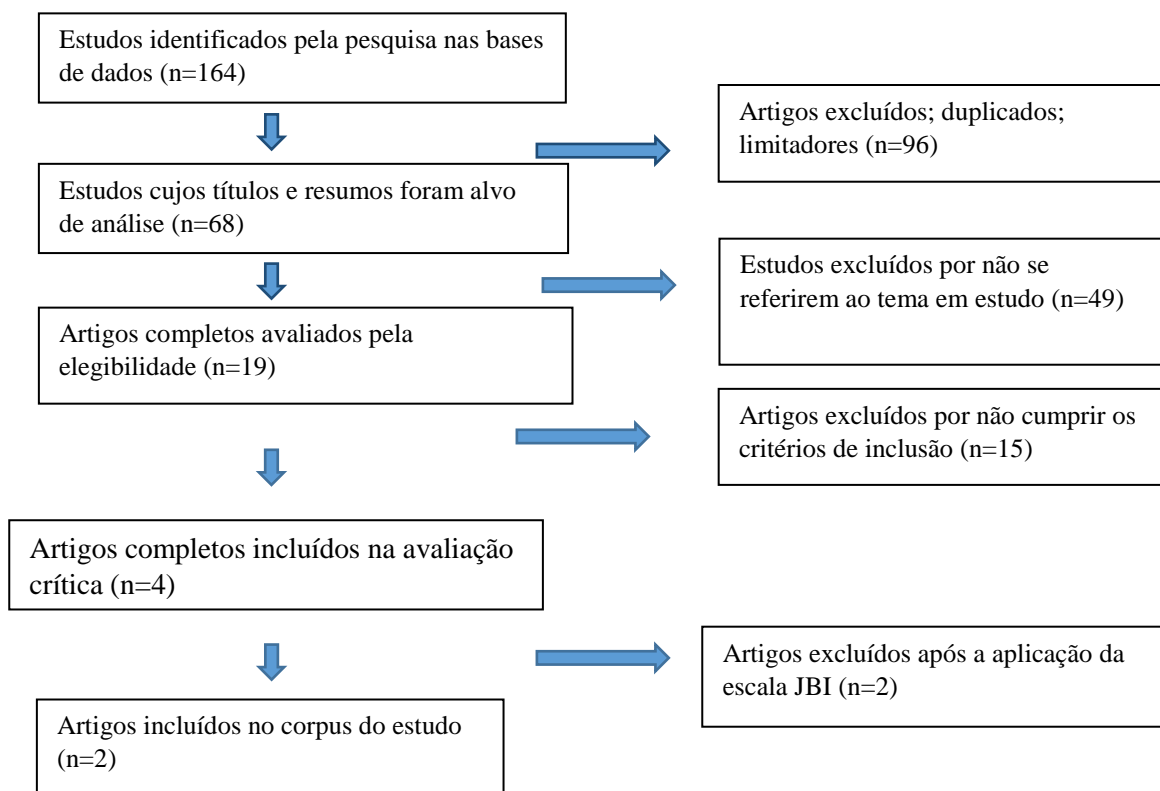
Estes descritores foram pesquisados nas bases de dados utilizando o operador booleano AND. Na estratégia de pesquisa foram tidos em conta os seguintes critérios: estudos em inglês, português e espanhol, disponíveis gratuitamente nas bases de dados anteriormente referidas e sem qualquer limite temporal.

Dos estudos identificados pela pesquisa foram removidos os estudos repetidos. De seguida procedeu-se à análise dos títulos e dos resumos dos mesmos e foram excluídos os que por esta leitura não apresentavam os critérios de inclusão definidos no protocolo (PICOD). Foram igualmente excluídas as revisões sistemáticas da literatura, por se pretenderem estudos primários.

2.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ARTIGOS

Após a constituição da amostra dos estudos para análise foi necessário proceder à avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Para o realizar existem vários instrumentos dependendo do tipo de estudos. Nesta revisão sistemática a qualidade metodológica foi avaliada por dois avaliadores independentes que utilizaram a grelha do Instituto Joanna Briggs (JBI). De entre os estudos localizados pela pesquisa, foram selecionados apenas 2 para o corpo deste trabalho. O processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado no Quadro 2.

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos.



3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após aplicação da metodologia de pesquisa anteriormente descrita, foram selecionados 2 estudos que serão alvo de análise neste ponto, sendo eles:

- *Improving cardiopulmonary resuscitation quality and resuscitation training by combining audiovisual feedback and debriefing;*
- *Examining the Effectiveness of Debriefing at the Point of Care in Simulation-Based Operating Room Team Training.*

No anexo I encontra-se o quadro de apresentação dos resultados dos estudos.

A literatura mundial é ainda escassa no que respeita à realização da técnica de *debriefing* após situações de emergência, reais ou simuladas, em adultos, independentemente do que motivou a situação de emergência. Desta forma, devido à escassez de estudos houve bastante dificuldade em encontrar artigos que respondessem à questão inicial. Sendo uma temática pouco estudada e no âmbito do doente em idade adulta foram selecionados dois estudos que permitiram mostrar alguns ganhos relativamente à melhoria do desempenho profissional e, conseqüentemente, melhoria dos cuidados ao doente.

O primeiro estudo (*Improving cardiopulmonary resuscitation quality and resuscitation training by combining audiovisual feedback and debriefing*) pretende demonstrar a eficácia do *feedback* e do *debriefing* na melhoria das manobras de reanimação. A realização de manobras reanimação cardiorrespiratória de alta qualidade aumenta a sobrevivência do doente vítima de PCR, desta forma de acordo com as diretrizes da American Heart Association (2010) devem ser realizadas compressões de alta qualidade, ou seja, numa frequência mínima de 100/minuto, profundidade de 5cm, retorno total do tórax após cada compressão, minimizando as interrupções e evitando o excesso de ventilações. Segundo Dine, Ronna e Gerst (2008), existem estudos têm demonstrado que a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar é frequentemente fraca durante a reanimação em contexto real. Desta forma, este estudo permitiu compreender

que recorrendo a um método de treino simulado conjuntamente com uma técnica que esclarecimento imediato, o “debriefing”, é possível melhorar o desempenho dos prestadores de cuidados, traduzindo-se em ganhos para as vítimas de PCR.

Da análise estatística dos dados podemos concluir que no grupo “*debriefing*”, a percentagem de participantes que realizam compressões de profundidade adequada aumentou após o *debriefing*, de 38% a 68% ($p = 0,015$), não se evidenciando uma melhoria significativa. No grupo “*feedback*”, a conformidade e a profundidade melhoraram de 19% para 58% ($p = 0,002$), não se evidenciando também uma melhoria significativa. Isto demonstra que não houve uma melhora significativa nas taxas de compressões adequadas para cada grupo individualmente. Contudo, a combinação de ambas as técnicas melhorou significativamente a conformidade da taxa de compressão de 45% a 84%. Desta forma, podemos concluir através da análise deste estudo que o *debriefing* ou o *feedback* por si só melhoraram a qualidade da reanimação, mas apenas a combinação de ambos levou a melhorias significativas no desempenho dos profissionais de saúde. Nesta linha de pensamento podemos afirmar que as técnicas de *feedback* e *debriefing* podem ser muito uteis no treino das equipas de urgência.

À semelhança do artigo anterior, também o segundo estudo (*Examining the Effectiveness of Debriefing at the Point of Care in Simulation-Based Operating Room Team Training*) retrata uma situação de aprendizagem baseada na simulação. A prática simulada tornou-se uma estratégia frequentemente utilizada, tendo vindo a evoluir ao longo dos últimos anos com o objetivo de melhorar o trabalho em equipe e a segurança do doente. Devido à sua natureza experiencial, exige uma análise e discussão da situação pois sem um esclarecimento efetivo, a utilidade deste formato é muito limitada.

Para Fanning e Gaba (2007), o *debriefing* é claramente aceite como um pilar fundamental da aprendizagem baseada na simulação. O principal objetivo do *debriefing* é envolver os participantes na análise crítico reflexiva e na discussão acerca do seu desempenho durante a execução dos cenários simulados (Rall, Manser & Howard, 2000).

Até ao momento, a maioria das iniciativas envolvendo simulação de alta-fidelidade ocorreram em cenários criados, isto é, o exercício desenvolve-se numa configuração clínica simulada. E o *debriefing* é geralmente conduzido num local próximo com acesso

a meios audiovisuais que permitam a reprodução das filmagens, e onde os participantes podem estar confortavelmente sentados e discutir ideias entre si, enquanto observam as imagens. Esta configuração disponibiliza um maior tempo, permitindo aos participantes ter tempo suficiente para expor a sua experiência.

Os BO são unidades orgânicas e funcionais constituídas por um conjunto integrado de meios físicos, humanos e técnicos e destinam-se à realização de intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, exames e outros procedimentos invasivos que necessitem de elevado nível e controlo de assepsia e/ou de anestesia para a pessoa a quem se destinam estes cuidados, com o objetivo de restabelecer ou conservar a sua saúde.

Com a análise deste artigo pretendeu-se demonstrar a eficácia das sessões de *debriefing* no desenvolvimento de competências profissionais e no trabalho em equipa e, conseqüentemente, na melhoria dos cuidados ao doente (Chauvin & Page, 2006). O objetivo principal do estudo foi examinar até que ponto as características críticas das discussões de *debriefing* efetivas foram observadas durante as sessões de prática simulada em contexto operatório.

Promover o trabalho em equipe entre os profissionais da saúde tornou-se uma importante prioridade que se traduz em ganhos para o doente. BO é um local muito específico, que exige uma complexidade de cuidados diferenciados, onde se podem identificar falhas na comunicação entre a equipa multidisciplinar (Lingard, Espine & Whyte, 2004).

A criação das sessões de grupos interativos foram utilizadas com sucesso para promover atitudes e interações em equipa em várias instituições, mas o treino interdisciplinar baseado em simulação de alta fidelidade pode oferecer algumas vantagens significativas (Smith, Johannsson & Sadler, 2005).

De acordo com Beaubien e Baker (2004), e também, Hamman (2004), o recurso à utilização de um cenário realista e o *debriefing* pós-ação permite que os participantes, neste caso a equipa multidisciplinar do BO, desempenham as suas funções num ambiente realista onde possam desenvolver capacidades em equipe. Além disso, o ambiente simulado permite que as equipas realizem e aprendam com as suas ações. Rosenstein e O'Daniel (2006) defendem ainda que as equipas podem ser submetidas a eventos críticos, com situações de emergência, capacitando-as para uma melhor resposta

na medida em que a experiência anterior poderá influenciar positivamente a prestação de cuidados ao doente.

Relativamente à análise estatística deste artigo pode concluir-se que durante as sessões de *debriefing* parte das sessões revelaram que das mesmas foram demonstradas de forma efetiva ou altamente efetiva 6 das 10 características, nomeadamente no que respeita à: criação de estratégias e sugestões de melhoria; Estabelecimento de estratégias não-verbais facilitadoras da interação grupal, tal como contato visual adequado; Recurso a perguntas abertas para facilitar a resolução de problemas; Pensamento divergente de forma a estimular a interação entre os participantes; Tempo e ritmo da sessão considerado apropriado e Esclarecimento da situação sempre que não foi perceptível.

O uso de estratégias não-verbais para melhorar o envolvimento ativo dos participantes e esclarecimentos estavam entre as características demonstradas de forma mais eficaz durante o *debriefing*. Foram observados quatro itens relacionados com a análise crítica e com os aspetos reflexivos do *debriefing* como sendo os menos efetivos.

No que diz respeito ao *debriefing* final, a demonstração positiva de características relacionadas ao resumo de conteúdo e intenções de melhoria de desempenho foi observada em 10 sessões. Embora não seja completamente ineficaz, observou-se menos ênfase nas características relacionadas com a reflexão e *feedback* sobre o próprio processo de esclarecimento e como isso poderia ser melhorado.

Cada sessão simulada foi conduzida num ambiente real cumprido os tempos preconizados para as cirurgias. As maiores limitações na realização do *debriefing* foram de facto o fator tempo, a dinâmica da sala e o recurso limitado à tecnologia audiovisual no local.

Os resultados deste estudo fornecem evidências claras de que uma abordagem estruturada para o *debriefing* é extremamente importante quando o tempo e a flexibilidade são substancialmente limitados (McDonnell, Jobe & Dismules, 1997). Um guia de facilitador torna-se particularmente importante quando os participantes não são altamente experientes no uso de discussões de *debriefing*. A experiência na abordagem dos esclarecimentos foi limitada. Consequentemente, um guia e prática contribuíram para maior facilidade e eficácia. Assim, o uso regular de um guia consistente também

pode contribuir para aumentar a eficácia do *debriefing* como um método e consequentemente o conhecimento e as habilidades (Gururaja et al, 2008).

Outro aspeto para esclarecimento efetivo observado neste estudo foi a criação de um ambiente de aprendizagem seguro, contribuem para estabelecer relacionamento entre elementos da equipa, comunicar expectativas claras e fornecer garantias adequadas para confidencialidade. A importância dessas características não deve ser subestimada. Elementos mais experientes desempenharam um papel importante no apoio a novos membros da equipa, demonstrando espírito de equipa e ajuda.

Os resultados deste estudo sugerem que todas as características identificadas para o *debriefing* efetivo são importantes espectáveis na prática baseada na simulação quando realizada em contexto real. Os resultados da análise de videogravação demonstraram que várias características mais facilmente alcançadas, entre as quais destaco o relacionamento interpessoal e a utilização das aprendizagens na prática diária.

CONCLUSÃO

Dado à escassez de estudos acerca desta temática, tal como referido anteriormente, considero que a esta RSL tenha sido uma mais-valia para a consciencialização da importância da realização do *debriefing* no cuidar do doente crítico, alertando para a necessidade urgente de estudos neste âmbito.

Naquilo que é a minha prática diária, num serviço de urgência médico-cirúrgica, onde é comum ocorrerem a qualquer momento situações de emergência, posso afirmar que enquanto equipa e de forma informal, muitas vezes até inconscientemente, temos necessidade de refletir em conjunto após estas situações para percebermos o que foi feito, como foi feito e em que aspetos podemos melhorar futuramente. Isto não é mais do que uma sessão de *debriefing* após uma situação de emergência. Esta reflexão em equipa permite-nos melhorar a comunicação, aprender aspetos da mesma relacionados com os comandos do team leader, avaliarmo-nos de forma positiva salientando sempre os aspetos positivos e incluindo os elementos mais novos nesta partilha de experiências. Fazemo-lo como uma forma de aprendizagem que traz ganhos não só para nós enquanto enfermeiros, mas também enquanto pessoas, com necessidade de exteriorizar aquilo que sentimos nestes momentos, e essencialmente para o doente, na medida em que práticas como esta conduzem a melhores cuidados em situações idênticas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Awtrey, C., Fobert, D., Jones, D., (2010). The Simulation and Skills Center at Beth Israel Deaconess Medical Center. *J Surg Educ.* 67, 255-7.
- Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P., ... Passalacqua, D., (2013). Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs.* 21(3):168-72.
- Beaubien, J.& Baker, D (2004). The use of Simulation for Training Teamwork Skills in Health Care: How Low Can You Go? *Qual Saf Health Care.*13 Suppl 1:i51-6.
- Berenholtz, S., Schumacher, K., Hayanga, A., Simon, M., Goeschel, C., Probnovost, P. J., ... Welsh, R. J. (2009). Implementing Standardized Operating Room briefings and debriefings at a Large Regional Medical Center. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(8), 391-397.
- Bhanji F, Mancini ME, Sinz E, Rodgers, D, McNeil, M., Hoadley, T., ... Hazinski, M. (2010). Part 16: Education, Implementation, and Teams: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.*122, S920–S933.
- Chauvin, S. & Page, J., (2006). Evaluation of the System for Teamwork and Patient Safety (STEPS). *Agency for Healthcare Research and Quality.* 1 U18 HS016680.
- Dine C., Gersh, R., Leary, M., Riegel, B., Bellini, L. & Abella, B.,(2008). Improving Cardiopulmonary Resuscitation Quality and Resuscitation Training by Combining Audiovisual Feedback and Debriefing. *Crit Care Med.* 36(10), 2817-22.

- Eppich, W. & Cheng, A., (2015). Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Simul Healthc.*10, pp. 106–115.
- Fanning, R., & Gaba, D. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Society for Simulation in Healthcare*, 2(2), 115-125.
- Flato, U. & Guimarães H., (2011). Educação Baseada em Simulação em Medicina de Urgência e Emergência: A Arte Imita a Vida. *Revista Brasileira Clin Med São Paulo*, 9, pp. 360-4.
- Fortin, M. (2009). O Processo de investigação (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Fraser, K., Wright, B., Girard, L., Tworek, J., Paget, M., Welikovich, L., McLaughlin, K. (2011) Simulation training improves diagnostic performance on a real patient with similar clinical findings. *Chest*. 139(2):376-381.
- Gururaja, R., Yang, T, Paige, J., & Chauvin, S. (2006). Examining the Effectiveness of Debriefing at the Point of Care in Simulation-Based Operating Room Team Training. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*: Agency for Healthcare Research and Quality.3.
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in Emergency Departments: Experiences of Nurses and Doctors. *Emerg Nurse*. 19 (4):31-7.
- Landa-Rairez, E. & Arredondo-Pantaléon, A. (2014). Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncologia*, 11 (2-3), pp.259-270.
- Lederman, H. (1992). Debriefing: Toward a Systematic Assessment of Theory and Practice. *Simul Gaming*, 23:145-60.
- Lee, P., Allen, K & Daly, M. (2012). A 'Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? *BMJ Qual Saf*. (1):84-8.

- Lingard, L., Espine, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G., Reznick, R.,..., Grober E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, 13(5):330-4.
- Maloney, C. (2012). Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatric Nursing*, 38(2), 110-113.
- McDonnell, L., Jobe, K. & Dismules, R. (1997). *Facilitating LOS Debriefings: A Training Manual*. NASA Technical Memorandum. Ames Research Center, March, pp.43.
- Mullan, P., Wuestner, E., Kerr, T., Christopher, D. & Patel, B., (2012). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*.84 (7):946–951.
- Papaspyros, S., Javangula, K., Adluri, R., O'Regan, D. (2010). Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 10(1):43-47.
- Rall, M., Manser, T. & Howard, S. (2000). Key elements of debriefing for simulator training. *European Journal of Anaesthesiology*, 17 (8): 516–517.
- Rosenstein, A. & O'Daniel, M. (2006). Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J Am Coll Surg*. 203:96–105.
- Rudolph, J., Simon, R., Raemer, D. & Eppich, D. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med*, 15(11):1010-6.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 15 (3): 508-511. ISSN 1518-8345.
- Smith, T., Johannsson, H. & Sadler, C. (2005). Trials of labour: can simulation make a difference to obstetric anaesthetic training? *Curr Anaesth Crit Care*, 16:289-296.

- Stefanidis, D., Acker, C. & Greene, F. (2010). Performance goals on simulators boost resident motivation and skills laboratory attendance. *J Surg Educ*, 67:66-70.
- Tannenbaum, S. & Cerasoli, C., (2013). Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-analysis. *Hum Factors*. 55 (1), pp. 231–245.
- Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A., Nishisaki, A., Niles, D., Meaney, P., ... Sutton, R. (2014). Interdisciplinary ICU Cardiac Arrest Debriefing Improves Survival Outcomes. *Crit Care Med*. 42, pp. 1688–1695.
- Zinns, L., Mullan, P., O'Connell, K., Ryan, L., Wratney, A. (2017). An Evaluation of a New Debriefing Framework: REFLECT. *Pediatric Emergency Care*.0(0), pp.1-6.
- Zinns, L., O'Connell K., Mullan, P, Ryan, L., Wratney, A. (2015). National Survey of Pediatric Emergency Medicine Fellows on Debriefing after Medical Resuscitations. *Pediatric Emergency Care*, 31, pp. 551–554

REFLEXÃO FINAL SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDAR

O desenvolvimento de competências do enfermeiro passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática.

Fazendo uma análise retrospectiva daquilo que foi o meu percurso de aprendizagem ao longo do curso MEPSC, emana um conjunto de sentimentos e vivências que posso afirmar terem sido extremamente gratificantes, quer para o meu crescimento profissional, quer para o meu crescimento pessoal.

Deste modo, este relatório descreve um caminho percorrido “rumo a um cuidar especializado”, onde foram muitos os ganhos em termos de aquisição de conhecimentos, partilha de experiências e aprendizagens, que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, e cujos *outcomes* se refletem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Só com o conhecimento atualizado e consolidado se consegue prestar cuidados de excelência.

É importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas. De acordo com o referido pela ordem dos enfermeiros (2002), nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional, nem o exercício profissional pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade.

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade à PSC chegou ao seu *terminus*, no entanto, a aprendizagem permanece num *continuum*, assumindo o compromisso de dar continuidade aos saberes adquiridos, mantendo a atualização constante de forma a constituir uma referência para os meus pares.

ANEXOS

ANEXOS I

Quadro de PICOD – Apresentação dos resultados dos estudos.

QUADRO 2. Quadro de PICOD – Apresentação dos resultados dos estudos.

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Dine, C.J. et al, 2008.</p> <p><i>Improving cardiopulmonar y resuscitation quality and resuscitation training by combining audiovisual feedback and debriefing.</i></p>	<p>80 enfermeiros divididos aleatoriamente em dois grupos, sendo o grupo atribuído por meio de envelopes distribuídos individualmente, que continham no seu interior o grupo de destino:</p> <p>Grupo “<i>debriefing</i>” constituído por 34 enfermeiros;</p> <p>Grupo “<i>feedback</i>” constituído por 31 enfermeiros.</p> <p>Foram excluídos do estudo 15 enfermeiros devido à colheita de dados estar incompleta. As características de ambos os grupos, como a idade, o género e os anos de experiência profissional foram considerados insignificantes. No entanto, o grupo do “<i>feedback</i>” teve mais formação no ano anterior enquanto que o grupo “<i>debriefing</i>” é maioritariamente constituído por enfermeiros que trabalham em UCI</p>	<p>Feedback audiovisual em tempo real durante manobras de reanimação em PCR simulada</p> <p>Debriefing após manobras de reanimação em PCR simulada. Cada um dos grupos foi submetido a 3 testes de PCR simulada. O grupo de “<i>feedback</i>” recebeu feedback audiovisual em tempo real durante o segundo e terceiro ensaios. O grupo “<i>debriefing</i>” realizou ressuscitação cardiopulmonar sem feedback. Ambos os grupos receberam esclarecimentos individuais curtos após o segundo episódio de ressuscitação cardiopulmonar. A qualidade das manobras foi registada por um desfibrilador sensível de ressuscitação cardiopulmonar que mede o número de compressões torácicas, a profundidade de depressão do tórax e a força exercida durante a compressão enviando mensagens de feedback audiovisual em ambos os grupos durante os três ensaios. Uma taxa de compressões adequada foi definida como 90-110 compressões / min e uma profundidade adequada como 38-51 mm.</p>	<p>Foi feita uma comparação dos dados obtidos por cada grupo, em cada teste de simulação, permitindo fazer-se uma comparação entre: a variação das compressões antes e depois do <i>debriefing</i> e antes e durante do feedback audiovisual.</p>	<p>No grupo “<i>debriefing</i>” a percentagem de participantes que fornecem compressões adequadas aumentou após a sessão de <i>debriefing</i>, de 38% a 68% (p = 0,015).</p> <p>No grupo de “<i>feedback</i>”, a conformidade com profundidade melhorou de 19% para 58% (p = 0,002).</p> <p>Estatisticamente não houve uma melhoria significativa em qualquer intervenção isolada.</p> <p>A combinação de <i>feedback</i> e <i>debriefing</i> melhorou a taxa de compressões adequada de 45% a 84% (p = 0,001)</p>	<p>Estudo prospetivo, randomizado</p>

QUADRO 2. Quadro de PICOD – Apresentação dos resultados dos estudos (continuação).

Estudo	P	I	C	O	D
<p>Gururaja, R.P. et al (2008)</p> <p><i>Examining the Effectiveness of Debriefing at the Point of Care in Simulation-Based Operating Room Team Training</i></p>	<p>Os participantes incluídos no estudo foram a equipa de profissionais de saúde de um bloco operatório num hospital académico, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgiões, • Médicos Internos da Especialidade de Cirurgia; • Enfermeiros Circulantes e de Anestesia, • Anestesistas. 	<p>Aplicação do STEPS (Sistema de Eficácia do Trabalho em Equipe e Segurança do Paciente). Cada participante realizou de pelo menos uma das 11 sessões de treino realizadas durante um período de 30 dias, com a duração diária de aproximadamente 3 horas. A sessão consistiu em dois cenários críticos de alta fidelidade, baseados em simulação, seguidos por uma discussão.</p> <p>Foi criada uma sala de operações virtual com um manequim portátil operado por computador com um modelo de colecistectomia laparoscópica inanimada. Cada sessão de treinamento foi gravada na íntegra.</p> <p>Debriefing Pós-Ação Cada sessão simulada incluiu dois <i>debriefing</i> pós-ação imediatamente após a conclusão de um cenário.</p>	<p>Cada sessão de treino foi gravada em vídeo e incluiu duas discussões de <i>debriefing</i>, conseguindo completar duas avaliações independentes para 20 discussões de <i>debriefing</i>.</p> <p>10 dos 11 vídeos da sessão de treino satisfizeram os critérios de inclusão para análise.</p> <p>Todos os vídeos foram marcados pelos mesmos dois avaliadores independentes dentro de um período de 1 semana.</p>	<p>Várias características foram alcançadas, entre a quais destaco o relacionamento interpessoal e a utilização das aprendizagens na prática diária.</p> <p>6 das 10 características do <i>debriefing</i> foram demonstradas de forma efetiva ou altamente efetiva: (intervalo, 3,06-3,83):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de estratégias não-verbais; • Equipamentos usados e materiais de ensino / aprendizagem efetivamente para melhorar a aprendizagem; • Solicitar estratégias e ideias para melhoria; • Perguntas abertas para facilitar a resolução de problemas, o pensamento divergente e a interação entre os participantes; • Conteúdo esclarecido • Sessão a um ritmo apropriado 	<p>Um estudo experimental prospetivo</p>