



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

5º MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**Relatório de Estágio:
Abordagem Especializada do Doente Crítico**

Ângela Patrícia dos Santos Vieira

Leiria, setembro de 2018



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

5º MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**Relatório de Estágio:
Abordagem Especializada do Doente Crítico**

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

Ângela Patrícia dos Santos Vieira, nº 5160019

Professor Orientador:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Leiria, setembro de 2018

“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.”

Abraham Lincoln

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso só foi possível graças à disponibilidade, afeto e carinho de um conjunto de pessoas, às quais quero deixar um profundo reconhecimento e agradecimento por me acompanharem nesta caminhada, a todos um grande bem hajam.

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, orientação, e ajuda a resolver todos os obstáculos que foram surgindo tornando possível chegar até aqui.

Ao Hugo Duarte, obrigada por ser um excelente colega de trabalho.

À Alexandra Teixeira, companheira desta dura caminhada, obrigada pela motivação e apoio constante.

Um obrigado muito especial à Ana Raquel, à Inês, à Filipa, à Daniela, à Catarina, à Susana e à Ju por serem as melhores amigas que alguém pode ter, estando sempre presentes nos bons e nos maus momentos com as suas palavras calorosas.

Finalmente, um grande obrigado à minha família, em particular, aos meus pais e à minha irmã, pelos momentos que aguentaram a 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

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COSMIN – *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments*

DASH - *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare*

DES - *Debriefing Experience Scale*

DGS – Direção Geral da Saúde

EADaS - Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECG – Escala de Coma de *Glasgow*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EFC - Enfermeiro Facilitador da Comunicação

EVA – Escala Visual Analógica

GPT – Grupo Português de Triagem

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICC – Coeficiente de Correlação Intra Classes

ICN - International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – *The Joanna Briggs Institute*

JCI - Joint Comission International

KMO - *Kaiser Meyer Olkin*

MeSH – *Medical Subject Heading*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSAD - *Objective Strutured Assessment of Debriefing*

PAINAD - *Pain Assesement in Advanced Dementia*

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente

PEE – Plano de Emergência Externo

PEI – Plano de Emergência Interno

PIA – Pressão Intra Abdominal

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SC – Simulação Clínica

SE – Sala de Emergência

SIE – Sistemas de Informação de Enfermagem

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

TOT – Tubo Orotraqueal

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório descreve o processo de desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista à Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para uma abordagem qualificada ao doente crítico, é necessário que o enfermeiro especialista detenha competências científicas, éticas, relacionais e técnicas, de modo a operacionalizar as áreas de prestação de cuidados de gestão, formação e investigação.

Assim, na primeira parte deste trabalho é feita a análise detalhada das atividades realizadas e das competências especializadas desenvolvidas na prática clínica, que me permitiram cuidar do doente em situação emergente, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, gerindo a dor, o bem-estar do doente, a administração de protocolos terapêuticos e a comunicação interpessoal com o doente e família, em diferentes contextos de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, dos quais, Serviço de Urgência Geral, Serviço de Medicina Intensiva e Bloco Operatório.

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como a análise crítico-reflexiva das competências especializadas, tornaram-se muito enriquecedoras e construtivas, contribuindo para o meu crescimento pessoal e sobretudo profissional, levando à melhoria da minha prestação de cuidados em enfermagem na abordagem ao doente crítico.

A segunda parte deste trabalho é constituída uma Revisão Sistemática da Literatura que pretende identificar os instrumentos de medida para avaliar o *debriefing* em estudantes de enfermagem em cenários de simulação clínica.

Palavras- Chave: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Competências; Debriefing.

ABSTRACT

The present work describes the process of development of the competences inherent to the specialist nurse to the Nursing to the Person in Critical Situation. For a qualified approach to the critical patient, it is necessary that the specialist nurse owns scientific, ethical, relational and technical competences, to operationalize the areas of management, training and research.

Therefore, in the first part of this work is performed a detailed analysis of the accomplished activities and specialized competences developed in the clinical practice. This allowed me to treat the patient in critical condition, anticipating the instability and risk of organic failure, managing pain, patient well-being, the administration of therapeutic protocols and the interpersonal communication with the patient and their family in different contexts of nursing care to the person in critical situation, such as, General Urgency Service, Intensive Care Service and Operating Room.

The Master's Course in Nursing to the Person in Critical Situation, as well as the critical-reflexive analysis of the specialized competences, were enriching and constructive in order to contribute not only for my personal growth but also for the professional growth, leading to the improvement of my nursing care in the approach of the critical patient.

In the second part of this work is made the Literature Review, which allows to identify the measurement instruments to avoid the debriefing in nursing students in scenarios of clinical simulation.

Keywords: Specialist Nurse, Critical Patient, Competences, Debriefing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO 16

- 1. ENSINO CLÍNICO – CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO 16**
- 2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO 20**
 - 2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 20
 - 2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 41
- 3. CONCLUSÃO 64**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 66

PARTE II - INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O *DEBRIEFING* EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA 77

- 1. INTRODUÇÃO 81**
- 2. METODOLOGIA 85**
 - 2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 85
 - 2.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA 86
 - 2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA 88
 - 2.4. EXTRAÇÃO DE DADOS 89
 - 2.5. SÍNTESE DE DADOS 89
- 3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 91**
- 4. CONCLUSÃO 100**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 101

REFLEXÃO FINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS 106

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Características da Amostra 97

QUADRO 2 – Descrição de Domínios, Propriedades e Aspectos 98

QUADRO 3 – Critérios de Qualidade para as Propriedades de Medição 99

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma PRISMA da Pesquisa 88

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio, para obtenção do grau de Mestre, inserido no plano de estudos do segundo semestre do segundo ano do Curso de Mestrado à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

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, 2010). 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 um período essencial na formação de enfermeiros, pois a competência só se desenvolve quando é aplicada. Camara, Guerra e Rodrigues (2007, p. 343) definem como competência o “conjunto de qualidades e comportamentos profissionais que mobilizam os conhecimentos técnicos e permitem agir na solução de problemas, estimulando desempenhos superiores.”

Também Fernandes (2010), referindo-se a esta etapa, preconiza o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade e poder de decisão fundamentadas num pensamento crítico-reflexivo.

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela, cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010), caracteriza os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica como altamente qualificados e prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas devidas, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

Desta forma, procurei refletir no meu desempenho, enquanto futura Enfermeira Especialista, o crescente desenvolvimento técnico e científico, traduzido numa proficiente utilização clínica do mesmo, contribuindo para a melhoria da qualidade e procurando a excelência dos cuidados prestados, baseada numa atitude reflexiva contínua.

O Regulamento n.º 122/2011, da OE, que regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista, considera 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 acima mencionadas, 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. Assim, no presente relatório estão descritas estas competências desenvolvidas durante o ensino clínico, nomeadamente, as de Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

É de salientar que o presente relatório tem por base o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica de 2010, uma vez que à data da realização dos ensinamentos clínicos o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica de 2018 ainda não se encontrava em vigor.

As atividades desenvolvidas durante o ensino clínico serão desenvolvidas tendo por base o conhecimento científico de forma a desenvolver as competências já mencionadas, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência multiorgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, maximizar a intervenção na prevenção, controlar a infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da sua situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil (OE, 2011).

O presente relatório surge então como um instrumento, que permitirá uma reflexão das experiências vivenciadas durante o ensino clínico, os seus contributos futuros não só no âmbito profissional como também pessoal e uma consciencialização da adequabilidade dos conteúdos teóricos lecionados à prática experienciada.

Assim, este trabalho é constituído por uma primeira parte, dividida em dois capítulos. No primeiro é feita a caracterização sumária dos serviços onde decorreram os ensinamentos clínicos e no segundo constam os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas.

O presente relatório é composto por uma segunda parte, onde se insere uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) cujo tema é: “Instrumentos para avaliar o *debriefing* em estudantes de enfermagem em cenários de simulação clínica: Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura”.

PARTE I - RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O presente relatório permite a reflexão e a introspeção das experiências vividas ao longo dos ensinamentos clínicos inseridos no plano de estudos deste Mestrado, bem como os contributos enquanto futura Enfermeira Mestre em Pessoa em Situação Crítica.

1. ENSINO CLÍNICO - CARATERIZAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZACIONAL DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica prevê a realização de três estágios: ensino clínico I – Serviço de Urgência (SU), ensino clínico II – Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e ensino clínico III (opcional), tendo sido o Bloco Operatório (BO) o local por mim escolhido para a realização deste ensino clínico.

O Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, a SMI 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 o desenvolver e aperfeiçoar competências a nível 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.

Os estágios mencionados decorreram no Centro Hospitalar de Leiria (CHL) que integra o Hospital de Alcobaça, o Hospital de Pombal e o Hospital Santo André em Leiria, sendo este último acreditado pela Joint Commission International (JCI).

A missão essencial do CHL passa por prestar cuidados de saúde diferenciados, articulados com os cuidados de saúde primários e com os restantes hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde. Colabora ainda na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegura condições de investigação e de formação profissional aos seus colaboradores.

De modo a que o CHL se torne uma referência em termos de qualidade de cuidados de saúde prestados, com reconhecimento da comunidade e elevada satisfação dos doentes e profissionais, prezam o seguinte quadro de valores: Respeito pela dignidade humana;

Respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa; Prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua atividade; Desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional; Primado do doente;(CHL, 2017).

a) Serviço de Urgência

O SU é um serviço de urgência médico-cirúrgica e tem como área de influência os concelhos de Leiria, Batalha, Marinha Grande, Nazaré, Porto de Mós e Ourém.

Os doentes admitidos no SU, são normalmente provenientes do pré-hospitalar, domicílio, referenciados dos centros de saúde das áreas de residência ou dos hospitais pertencentes ao CHL - Pombal e Alcobaça.

O circuito do doente, inicia-se pela Admissão de Doentes e posteriormente pela Triagem e encaminhado para a respetiva área, salvo a exceção da área vermelha que tem entrada direta. As diversas áreas encontram-se estruturadas fisicamente em espaço aberto, permitindo a rapidez de atuação. A localização da sala de emergência(SE)/área vermelha, facilita o acesso rápido do doente, independentemente da sua proveniência.

Faz também parte da estrutura física do SU um Gabinete de Informações e um Gabinete de Informações aos Familiares onde geralmente são comunicadas as más notícias.

Tendo presente a Lei 33/2009 de 14 de julho, o utente admitido no serviço de urgência, do Sistema Nacional de Saúde, tem direito de acompanhamento por uma pessoa identificada. Neste sentido e de forma a humanizar os serviços de saúde e simultaneamente adequar o espaço físico às necessidades dos doentes, o SU permite a permanência de um acompanhante, durante 15 minutos em quatro períodos ao longo do dia sendo o enfermeiro do Gabinete de Informações a gerir este processo.

Após a observação médica do doente e tendo em conta os resultados da mesma, este pode ter alta, ser encaminhado para o internamento, ou transferido para outra unidade hospitalar.

b) Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva é por natureza multiprofissional e multidisciplinar e tem por objetivo primordial prevenir a deterioração, suportar e recuperar funções vitais, de molde

a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Direção Geral da Saúde (DGS) 2013).

O SMI do CHL está situado no 5º piso da torre nascente. É constituído por 13 camas: 10 camas de cuidados intensivos polivalentes (4 das quais em quartos de isolamento com pressão negativa), e 3 camas para doentes do foro neurocrítico (inativas).

A nível de recursos humanos, o SMI é constituído por uma equipa multiprofissional formada por Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Assistente Técnica. Para além da Enfermeira Chefe, a equipa de enfermagem é constituída por 30 enfermeiros (6 no turno da manhã e 5 nos restantes turnos).

Para o CHL (2015, p.5) o SMI “é um serviço dotado de modernas instalações, apetrechado com meios técnicos e humanos de ponta, de forma a poder desempenhar com eficiência as tarefas que lhe estão incumbidas”, e dispõe de capacidades técnicas e terapêuticas para abordar e tratar pessoas com falência orgânica ou multiorgânica por doença ou por traumatismo. É uma sala ampla (“*open space*”), permitindo um contacto visual permanente de todos os doentes.

Apresenta janelas para o exterior com entrada de luz natural, sendo este um aspeto muito positivo no SMI, tal como refere o Ministério da Saúde (2013), a iluminação natural deve ser privilegiada, dado que os ritmos circadianos têm importância fundamental para a recuperação dos doentes.

c) Bloco Operatório

O bloco operatório é transversal às diversas especialidades cirúrgicas do CHL. Fica situado no piso 01, possuindo acesso rápido aos serviços de urgência e imagiologia.

O BO funciona com cirurgias programadas, cirurgias de urgência e com um plano adicional – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia. As cirurgias programadas ocorrem em dias úteis das 8h as 20h, de acordo com a distribuição das salas pelos diferentes serviços, o plano adicional funciona de segunda-feira a sábado e as salas de urgência funcionam 24h por dia.

A equipa multidisciplinar do BO é constituída por médicos das diferentes especialidades, anestesistas, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 60 enfermeiros. Em cada sala estão três

enfermeiros – enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de apoio a anestesia. Para além das salas de cirurgia, asseguram os cuidados em ambas as Unidades de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), a consulta pré – operatória e a visita da dor aguda.

O BO é constituído por dez salas operatórias, sendo estas separadas por um corredor central onde se armazenam os materiais limpos. Cada sala é constituída por uma área de apoio, uma área de desinfeção e a antecâmara.

Fazem parte também do BO duas UCPA. Cada uma tem cinco unidades de cuidados, constituídas por materiais essenciais para prevenir complicações no período pós-operatório imediato (carro de emergência, ventiladores, um monitor por cada unidade, seringa perfusora por cada unidade...), a UCPA 1 funciona 24h por dia e a UCPA 2 funciona apenas em dias úteis.

Relativamente ao percurso da pessoa dentro do BO, esta é conduzida em maca/cama até ao BO pelo enfermeiro do serviço de onde provem. Este enfermeiro transmite as informações pertinentes sobre o doente e o respetivo processo ao enfermeiro da UCPA. O doente aguarda na sala de espera pelo médico anestesista, pelo enfermeiro circulante e pelo enfermeiro de anestesia para posteriormente ser encaminhado até a sala de operações.

O conhecimento do espaço físico e sua dinâmica, o conhecimento da metodologia de trabalho, e a consulta dos protocolos e normas existentes foram fulcrais para uma integração bem-sucedida em todos os serviços.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLINICO

Nos parágrafos que se seguem será feita a análise critico-reflexiva das competências desenvolvidas no contexto dos diferentes ensinamentos clínicos.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), define especialista como:

“(...) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”.

Neste sentido, 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, tendo por base o conhecimento científico.

Segundo o Regulamento n.º 122/2011, da Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro deve possuir quatro domínios de competências comuns, 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) Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no 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). Assim, quando desempenhamos as nossas funções assumimos o compromisso de cuidar do outro, promovendo a qualidade de vida daqueles a quem prestamos cuidados. Somos confrontados diariamente com aspetos ético-legais, que envolvem os direitos dos doentes, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade e o respeito pelo outro e pelas suas crenças.

Durante o ensino clínico trabalhei no sentido de exercer a prática de enfermagem com responsabilidade ética e deontológica preocupando-me em exercer de acordo com o Código Deontológico, salvaguardando o sigilo profissional e respeitando as crenças e valores da pessoa e dos seus familiares prestando cuidados livres de juízos de valor.

A confidencialidade e o respeito à privacidade constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiros, a que se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral (Vilas-Boas, 2015). A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo imprescindível que os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade do doente nos cuidados (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010).

Segundo Chambel (2012), o serviço de urgência é despersonalizante, pelo que o doente assim que entra no serviço perde a sua identidade e privacidade. Neste sentido, tentei proporcionar privacidade aquando a prestação de cuidados, cuidando da pessoa de acordo com a sua autonomia, dentro do que a estrutura física permitia, embora por vezes tal se tornasse difícil, pelo grande número de doentes nas diversas áreas e nos corredores, e pelo número reduzido de cortinas ou inexistência das mesmas, comprometendo o respeito pela dignidade da pessoa.

No SMI, sendo um “*open space*” não existem cortinas, existem apenas os biombos de forma a manter a privacidade do doente durante os cuidados. No entanto, constatei que o

respeito pela privacidade do doente é uma preocupação constante das equipas multidisciplinares transversal a todos os campos de estágio.

Quando ao BO, pude constatar que após a anestesia, a pessoa fica dependente dos profissionais de saúde. Assim torna-se fundamental salvaguardar o bem estar, a privacidade da pessoa bem como a confidencialidade e segurança da informação a que lhe diz respeito.

Relativamente à transmissão de informações entre a equipa de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, (2001, p.1), afirma:

“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”

Na mesma linha de pensamento, a OE (2001), defende que a passagem de turno pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, desde que sejam salvaguardados os direitos dos utentes, nomeadamente, o que respeita à privacidade e confidencialidade.

No SU, a passagem de turno é realizada no balcão de cada área, em conjunto, para que todos tenham conhecimento da situação clínica de cada doente e, ao mesmo tempo, consigam manter a vigilância contínua dos mesmos. É realizada através da utilização do ISBAR (Identificação, situação, antecedentes, ação, recomendações). Assim permite a transmissão de informação relativa aos doentes de modo a não haver perda de informação e de esta ser sucinta entre todos os membros das equipas, promovendo a continuidade de cuidados. Tal como sugere a World Health Organization (WHO) (2007), as organizações de saúde devem implementar a sistematização da comunicação, na troca de turnos e entre diferentes unidades do percurso de transferências do utente. Um dos elementos sugeridos são a utilização da técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) (JCI e WHO, 2007). Nos termos da Norma 001/2017, a DGS (2017), por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, refere que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de

cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR, aplicando-se esta técnica a todos os níveis de prestação de cuidados.

As informações transmitidas na passagem de turno podem ser alvo de questões éticas, dado que os doentes poderão ter acesso à informação de outros doentes, violando assim o artigo 107º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que contempla o respeito pela intimidade, bem como, o artigo 106º do CDE do dever ao sigilo profissional (OE, 2015). 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 que decorre o dever do sigilo profissional (OE, 2001).

À semelhança do SU, também na SMI a passagem de turno ocorre no balcão central permitindo manter uma vigilância constante dos doentes no momento da passagem de turno. Na UCPA a passagem de turno é realizada junto dos doentes.

Ainda no que diz respeito à transmissão de informação ao doente e sua família, assume-se como um dever. Neste sentido, antes de 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. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, utilizando a uma linguagem simples e clara, bem como, os riscos e benefícios dos mesmos garantindo que o doente percebeu o que lhe foi dito.

De acordo com a norma 015/2013 da DGS (2013, p.9), atualizada a 04/11/2015:

“O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida.”

A necessidade de obter um consentimento baseia-se essencialmente na legitimação da autonomia/liberdade do doente de intervir numa decisão relacionada a si mesmo.

Justifica-se como uma forma de proteção de um direito fundamental, a dignidade de cada indivíduo como pessoa humana na sua autodeterminação (Carvalho, 2012).

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. (norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da DGS, atualizada a 04/11/2015).

Durante o estágio no BO, a preocupação com o consentimento informado e esclarecido foi constante, tendo a possibilidade de verificar se no processo clínico constavam os dois consentimentos informados por escrito – do ato anestésico e outro do ato cirúrgico, averiguando se a pessoa entendeu a informação e qual o procedimento a que vai ser sujeito bem como os seus risco/benefícios inerentes.

Os doentes submetidos a qualquer intervenção cirúrgica estão especialmente vulneráveis, não só pela situação clínica, mas porque se imaginam numa condição totalmente dependente, suscetíveis a qualquer tipo de risco ou acidente quando sob efeito de sedação ou anestesia. Durante este estágio, remetendo para a filosofia dos cuidados, tive presente a Teoria do Conforto de Kolkaba, que define conforto como o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos, físico, psicoespiritual, social e ambiental (Kolcaba, 2003); sendo muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 2009).

Neste sentido, de forma a satisfazer as necessidades de alívio e tornar a experiência do processo cirúrgico menos traumatizante, realizei o acolhimento à pessoa no período intraoperatório, esclarecendo relativamente ao percurso até à sala operatória, clarificando

os passos que se seguem, proporcionando sentimentos de segurança e transmitindo confiança. O utente assume-se assim como foco dos nossos cuidados e da nossa atenção. Na minha opinião é fundamental realizar este acolhimento de forma a desmistificar os medos da pessoa diminuindo assim a sua ansiedade.

Nas situações de emergência, podemos considerar o consentimento presumido. Segundo a norma nº 015/2013 da DGS (2013), 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.

Na SMI constatei que o consentimento é essencialmente presumido devido à maioria dos doentes se encontrarem sob terapêutica sedativa.

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). 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 ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir (norma nº 015/2013 da DGS (2013), atualizada a 04/11/2015).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Na minha opinião, a presença da família junto do doente é importante. Por vezes as informações fornecidas pelos familiares são imprescindíveis para que a equipa de saúde consiga perceber determinados aspetos acerca do doente, principalmente quando existem barreiras à comunicação verbal com o doente.

O CHL criou um gabinete de informações à entrada da urgência, que é da responsabilidade do enfermeiro facilitador da comunicação (EFC), que aí se encontra distribuído. O EFC tem como funções, facilitar a comunicação entre o doente e os seus familiares/pessoas significativas. Pode também registar e transmitir informações pertinentes e importantes à situação clínica, desde que autorizado pelo doente (consciente com poder de decisão), encaminhando para o médico assistente sempre que necessário. A gestão das más notícias é complexa e exige o desenvolvimento de competências comunicacionais, de modo a dar resposta a esta complexidade o serviço dispõe de uma sala para a comunicação das más notícias, que não teve possibilidade de frequentar. Cabe ainda ao EFC, gerir a entrada de visitas nas diversas salas e áreas da urgência, após autorização do enfermeiro responsável por área. O EFC conduz pessoalmente o acompanhante junto do utente. Considero pertinente e relevante a existência deste gabinete pois demonstra a preocupação pela família como foco de cuidados e a importância do envolvimento da mesma neste processo de transição saúde/doença.

Relativamente ao SMI, os familiares são acompanhados por um auxiliar até ao doente. Na minha perspetiva, deveriam ser acompanhadas pelo enfermeiro, para lhes explicar os procedimentos de assepsia antes de entrar na unidade, explicar qual o estado do seu familiar e qual o seu meio envolvente de forma a diminuir o impacto visual aquando da visita. De acordo com Magalhães (2011), sendo este contexto de cuidados propício ao desenvolvimento da relação de ajuda, é fulcral que os enfermeiros apoiem os familiares neste momento de vulnerabilidade, Meleis, citado por Magalhães (2011), diz-nos que a necessidade de os familiares sentirem e estarem ligados sobressai nas explicações das diferentes transições. O sentir-se ligado, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são indicadores importante de uma experiência positiva durante a transição.

No BO não são permitidas visitas dada a especificidade do serviço, no entanto, no que diz respeito a cirurgias pediátricas, Barros, Pereira, Lages e Lopez, (2009), realizaram um estudo onde afirmam que a ansiedade dos pais demonstra provocar mais ansiedade nas crianças, sendo este facto prejudicial na sua recuperação. No mesmo estudo, concluíram que os pais pensam que a presença durante a indução anestésica reduz a ansiedade, aumentando assim a segurança e conforto da criança. De acordo com o despacho nº 6668/2017 Diário da Republica 2ª serie, nº 148, a ansiedade da criança tende a diminuir

quando existe suporte emocional, assim segundo a o mesmo despacho, o cirurgião e o anestesista responsáveis, devem providenciar para que se reúnam as condições adequadas no sentido do pai ou mãe ou de pessoa que os substitua, esteja presente no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico. No BO do CHL ainda não é possível a presença dos pais na indução anestésica, contudo, realizei um debate, no local do EC, acerca deste tema, de forma a sensibilizar a equipa multidisciplinar para que, futuramente, criem condições de modo a que a presença dos pais no BO seja permitida no CHL.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) têm auxiliado o trabalho dos enfermeiros, nomeadamente no processo de conceção de cuidados e de documentação em enfermagem. A sua estrutura facilita a introdução de dados que caracterizam a condição de saúde das pessoas, apoio na identificação das necessidades e tomada de decisão clínica, facilitando o planeamento dos cuidados, suporta o registo da implementação e a avaliação dos cuidados. Os SIE pretendem beneficiar tanto os profissionais como os clientes, entre outros, na medida em respondem de uma melhor forma à confidencialidade dos dados do processo clínico, dão um melhor apoio à análise e decisão clínica garantindo o acesso à informação atualizada, garantem maior segurança na prescrição de intervenções, e consequentemente, a melhoria na qualidade dos cuidados. Promovem a continuidade dos cuidados e são uma das vertentes consideradas na avaliação da qualidade dos cuidados (Bailas, 2016).

O programa informático utilizado no SU é o SClinico®. O processo do doente encontra-se todo informatizado, permitindo o registo da atividade clínica relacionada com cada episódio de urgência e/ou internamento, agilizando o fluxo de informação entre os diversos profissionais de saúde.

No BO também é utilizado o SClinico®, no entanto com características diferentes. De modo a reduzir a mortalidade e morbilidade relacionada com procedimentos cirúrgicos, este programa tem implementado a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para além do processo informatizado, também existe o processo físico onde constam o consentimento informado e esclarecido assinado, a lista de esterilização bem como os comprovativos de esterilização dos equipamentos utilizados na cirurgia.

Relativamente ao sistema informático em utilização no SMI, o *B-Simple*, foi criado especificamente para integrar métodos e rotinas dos SMI. É um sistema que reúne as informações obtidas a partir dos monitores, das seringas, das bombas infusoras, dados laboratoriais entre outros. Deste modo, todas as informações do doente reúnem-se no seu perfil. 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. Outra vantagem deste aplicativo é o facto de todos os fármacos com respetivas diluições estarem já introduzidos na sua base de dados, permitindo automaticamente os cálculos para o balanço hídrico. Da mesma forma, sempre que o clínico faz alterações no ritmo das perfusões ou da fluidoterapia, quando o enfermeiro toma conhecimento desta alteração, o programa atualizará os volumes fazendo um balanço hídrico preciso no final de cada turno. Em termos de plano de cuidados é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), semelhante a outros programas com os quais já estava familiarizada.

Para concluir, no que respeita às competências do domínio ético e deontológico, o exercício profissional que respeita estes campos é uma competência comum a todos os enfermeiros, procurando que todos os nossos cuidados respeitem os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. As unidades de cuidados intensivos/serviços de urgência têm uma complexidade tecnológica capaz de prolongar a vida. Contudo em alguns casos, o uso de todos os recursos disponíveis para manter o suporte de vida artificial torna-se infrutífero, é um adiar da morte à custa do sofrimento prolongado. Os profissionais da equipa multidisciplinar das unidades de cuidados intensivos confrontam-se muitas vezes com dúvidas angustiantes relacionadas sobre o verdadeiro significado da vida e da morte. Dúvidas acerca de quando avançar e/ou parar nos procedimentos de suporte vital (Moritz et al., 2008). 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.

b) Melhoria da Qualidade

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, regulamento 361/2015 p.17241, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os

mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”.

O CHL é acreditado pela JCI, assim é notória a sua preocupação pela segurança do doente e por todo um processo de melhoria contínua. A uniformização e divulgação de procedimentos, a evidência do cumprimento de políticas institucionais com demonstração de boas práticas e a disponibilização de um sistema de notificação de incidentes estão na base de uma Política de Qualidade dos Cuidados.

No CHL existe um Sistema de Notificação de Incidentes – “HER +” na Intranet, acessível a todos os profissionais, sem caráter punitivo. Todos os profissionais podem notificar a ocorrência dos diferentes tipos de incidentes, independentemente de serem de risco clínico ou não clínico. Após a notificação dos incidentes, o Gabinete de Gestão do Risco Clínico analisa-os, dando a resolução dos mesmos. Segundo a DGS (2015), 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 do ano 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.

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 administração de medicação. Errar é humano e os erros em saúde acontecem e, de modo algum se consegue extingui-los, no entanto, consegue-se diminuir a sua incidência, se os profissionais de saúde estiverem despertos para estas falhas.

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 (Orientação 018/2011, 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: *Sing in* – Antes da indução anestésica; *Time out* – Antes de iniciar a incisão da pele; *Sing out* – antes do doente sair da sala de operações; envolve todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzindo-se numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade (DGS, 2010)

Durante o ensino clínico presenciei a uma situação de “*near miss*” ou seja, um quase erro, em que duas ampolas muito semelhantes estavam no mesmo compartimento de unidose, apenas quando a enfermeira aspirou a ampola percebeu que não era da mesma cor da ampola que pretendia aspirar. Após esta situação os carros de medicação foram revistos, e todos os enfermeiros foram alertados, via e-mail, para a possibilidade de encontrarem ampolas semelhantes, de medicação diferente, no mesmo compartimento de medicação, no sentido de prevenir o erro.

De acordo com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DGS, 2015) – a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão de todas as atividades.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo de grupo, tendo como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis,

suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas sim a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de política institucional de identificação de riscos específicos havendo evidência clara de que o risco de ocorrerem erros é dez vezes superior nas instituições que descure 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. (Despacho n.º 1400A/2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, tem como principal missão 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).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Integrado na Estratégia Nacional e coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS para a Qualidade da Saúde, visa a 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). Este plano 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. Neste sentido, geri sempre a minha prestação de cuidados reduzindo a probabilidade de ocorrência do erro humano, preveni riscos relacionados com o ambiente e promovi um meio físico seguro.

Um dos indicadores de qualidade dos serviços passa pela prevenção de úlceras de pressão, no SMI é avaliado este risco uma vez por dia através da escala de *Braden*, no turno da manhã, sendo uma grande percentagem das avaliações de alto risco. Tal como nos diz *Mattia et al. (2010)*, os doentes críticos internados em SMI para além dos fatores extrínsecos, apresentam fatores intrínsecos que aumentam o risco de desenvolver uma úlcera de pressão, tais como a imobilidade, alterações a nível sensório-motor; e da nutrição, alterações hematopoiéticas, diabetes, disfunção circulatória, incontinência fecal e urinária e fármacos vasoativos. Neste sentido, todas as camas têm colchões de pressão alternada, aspeto fundamental para a prevenção de úlceras de pressão, mas ainda assim tive sempre em atenção de verificar em todos os turnos se os colchões estavam a funcionar adequadamente e recorri à utilização de medidas preventivas de modo a reduzir ou minimizar lesões.

No SU a realidade é diferente, devido à grande afluência do serviço e falta de vagas em internamento, constatei que o tempo de permanência dos doentes no serviço, muitas vezes ultrapassa os quatro dias. O facto de estarem deitados em maca não lhes proporciona o conforto desejável, levando assim a um grande risco de aparecimento de úlceras de pressão. Neste sentido, prestei cuidados preventivos, adotando as medidas adequadas de forma a contrariar o seu aparecimento, tendo em conta o procedimento interno de prevenção de úlceras de pressão.

Relativamente ao risco de úlcera de pressão, no BO não é avaliado este risco, sendo que todos os doentes são considerados de alto risco. Assim tive sempre em atenção a utilização de medidas preventivas de modo a reduzir ou minimizar lesões, como os posicionamentos de acordo com o alinhamento corporal e a proteger os pontos de pressão recorrendo ao uso de dispositivos de gel. *Scarlatt, Michel, Gamba e Gutiérrez (2011)*, corroboram esta ideia afirmando que as úlceras de pressão são um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados no período peri operatório e por isso todos os doentes devem ser considerados de alto risco para o desenvolvimento de úlceras de

pressão, devendo sempre serem utilizadas medidas preventivas. No entanto, existe um grupo de enfermeiros no BO a trabalhar no sentido de desenvolver uma escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

À semelhança da prevenção de úlcera de pressão, também a prevenção de queda está integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este risco não é avaliado na SMI nem no BO dado que a maioria dos doentes estão sob sedação e curarização, ou não realizam levante. No SU o risco de queda é avaliado aos doentes que estão em macas, através da escala de Morse, quando o doente apresenta elevado risco é aplicado um autocolante na pulseira de identificação de modo a que os profissionais fiquem mais despertos e tomem medidas preventivas de forma a prevenir quedas. 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).

No decorrer dos estágios tive necessidade e preocupação constantes de recorrer a pesquisa bibliográfica, bem como, a conteúdos lecionados durante a componente teórica deste curso, permitindo-me refletir e tomar decisões fundamentadas, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados. Segundo o artigo 109º 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 mudanças de atitude promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2015).

c) Domínio da Gestão de 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).

O regulamento 101/2015 que define o perfil de competências do enfermeiro gestor, 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. É considerado 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 à pessoa, 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).

A OE (2001), considera que o domínio da gestão é considerada da área de competências do enfermeiro e assume-se com grande relevância 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.

De acordo com a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a dotação adequada de enfermeiros e o seu nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo para isso serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. No entanto, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento nº 533/2014).

Assim, 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 varia de acordo com os diferentes serviços. Deve promover-se a avaliação das horas de cuidados necessárias através dos diferentes sistemas de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das horas de cuidados necessários.

No SU a equipa de enfermagem é constituída por 82 enfermeiros, sendo distribuídos 15 por cada turno nas diversas áreas (Triagem: 1; Vermelha: 1; Laranja: 3; Amarela: 4;

Verde: 3; Verde 2: 1; Roxa (área de Orto trauma): 1; Gabinete de Informações: 1, e Coordenador: 1. Os coordenadores são um grupo de enfermeiros previamente definidos pelo enfermeiro chefe. É de salientar que a área Verde 2 é a antiga área de contingência que funciona das 8:00 horas às 20:00 horas, para o atendimento exclusivo de doentes independentes cuja cor de triagem atribuída é verde ou azul. Também o gabinete de Informações só funciona 16 horas/dia, das 8:00 às 24:00 horas. Esta distribuição de recursos humanos é realizada pelo enfermeiro chefe, no entanto, em detrimento da afluência de doentes, o coordenador mobiliza os recursos (entre as diversas áreas), de modo a colmatar as necessidades do serviço. O método de trabalho utilizado é o método individual.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de colaborar com o Enfermeiro Coordenador na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), dispoendo as equipas dos serviços de urgência de profissionais com competências de enfermagem a pessoa sem situação crítica, deverão ser estes a exercerem as funções de chefes de equipa, o que não se verifica no CHL, pois o cargo de enfermeiro coordenador é atribuído aqueles que demonstrem perfil e competências para esta função (CHL, 2014), nomeadamente, um tipo de liderança emergente, capaz de alcançar resultados e simultaneamente satisfazer os seus pares. Assim a maioria dos coordenadores é reconhecida pela sua personalidade e não pela sua formação.

Colaborei na reposição do *stock* de medicamentos, realizei pedidos à farmácia de medicamentos sujeitos a justificação clínica, na verificação dos prazos de validade, na gestão, manutenção e acondicionamento dos materiais e equipamentos do serviço. Esta função na área de gestão foi uma nova competência adquirida no meu processo de aprendizagem dado que no dia-a-dia não exerço estas funções.

No SMI, a distribuição é efetuada diariamente no turno da manhã, e não é tido em conta a pontuação obtida através do *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28* (No turno da tarde, cada enfermeiro, tem que efetuar o preenchimento do *TISS 28* na plataforma *B-Simple*). De acordo com Júnior, Salgado e Chianca (2012) o *TISS 28* é um instrumento desenvolvido para calcular a gravidade do doente e a carga de trabalho de enfermagem em unidade de tratamento intensiva, com base na quantificação de intervenções terapêuticas médicas e de enfermagem. Assim, verifiquei que o objetivo do preenchimento do *TISS 28* não é cumprido, levando a discrepâncias em termos de horas

de cuidados de enfermagem.

O SMI têm um rácio enfermeiro/doente flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial. Na prestação direta dos cuidados de enfermagem aos doentes, tal como referido na Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomendam-se os rácios mínimos de 1 enfermeiro para 2 doentes. Este rácio foi sempre verificado na SMI do CHL.

Já a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), utiliza uma metodologia diferente para o cálculo das dotações seguras em enfermagem. Para a SPCI, as Unidades de Cuidados Intensivos classificam-se em três níveis de cuidados. Esta classificação é ainda hoje adotada pela DGS, sendo que o cálculo das dotações seguras deve 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).

Com o intuito de alcançar os objetivos relacionados com a gestão, acompanhei a enfermeira coordenadora do SMI, tanto na gestão de recursos humanos como matérias: contabilização e pedido de estupefacientes; contabilização de material esterilizado;

reposição de armários, carros de apoio e de emergência; pedido de esterilização e farmácia; gestão dos medicamentos que carecem de justificação; gestão das trocas dos enfermeiros; verificação das temperaturas do meio ambiente e frigoríficos; Tive ainda a possibilidade de colaborar com a senhora enfermeira chefe, Luísa Santos, na elaboração de horários da equipa de enfermagem e na realização da distribuição dos enfermeiros pelos doentes.

O BO 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.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014), no BO considera-se a existência de Enfermeira Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória. Nas Unidades de Recobro Pós-Anestésico, devem ser alocados no mínimo dois enfermeiros, devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos utentes, ser de 1 enfermeiro por cada 3 a 6 utentes.

Tal como descrito no Parecer da Ordem dos Enfermeiros 360/2011, (OE,2011), quando se encontram três enfermeiros afetos a uma sala de operações e na necessidade emergente de realizar uma nova intervenção cirúrgica noutra sala, cada uma delas deve funcionar com um enfermeiro circulante, para garantia da segurança da pessoa intervencionada e da equipa de saúde, sendo as restantes áreas de atuação – instrumentista e anestesista – assegurados pelos restantes dois enfermeiros, conforme decisão do enfermeiro responsável pela gestão de enfermagem, com ponderação dos diversos riscos. Para a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (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.

Esta gestão é realizada pela enfermeira Chefe, com o auxílio da enfermeira coordenadora. Durante o EC não realizei nenhum turno no âmbito da gestão de recursos humanos, no entanto tive oportunidade de realizar um turno no âmbito da gestão de recursos materiais, sendo responsável por entregar e receber o material cirúrgico proveniente do exterior.

Neste turno, colaborei na gestão, manutenção e acondicionamento dos materiais e equipamentos do serviço e na verificação dos prazos de validade dos solutos de todas as salas operatórias.

Em suma, a gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende atingir a máxima eficiência, sem pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados (Machado, 2013).

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados foi a área que assumiu mais importância, na minha formação, como futura enfermeira especialista tornando-se um verdadeiro desafio.

Ao longo do ensino clínico procurei dinamizar e estimular a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, promovi a discussão de casos clínicos com os enfermeiros orientadores. Conforme refere Serra (2008), o ensino clínico é visto como local privilegiado de prática reflexiva, em que os estudantes de enfermagem realizam um exercício mental na ação e sobre a ação, e nunca numa lógica rotineira e mecânica.

A prestação de cuidados ao doente crítico carece de um pensamento rápido, agilidade e a capacidade de resolução rápida de problemas inesperados onde as exigências são inúmeras, e o tempo limitado dada a condição clínica do doente (Silva, Queiroz, Freitas & Faria (2011).

Neste sentido, considero que durante a prestação de cuidados ao doente crítico, é necessário um domínio aprofundado de saberes, capacidade de lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise, rapidez no estabelecimento de prioridades e ação, sendo assim fundamental a consciencialização da tomada de decisão para a qualidade dos cuidados prestados.

A tomada de decisão é definida como a etapa final do raciocínio clínico na resolução de problemas, componente fundamental na prática de Enfermagem, onde é necessário realizar uma gestão adequada das dificuldades, com base num adequado julgamento clínico (Banning, 2008; Loke et al., 2014; Paiva & Silva, 2011). Tem por base três requisitos fundamentais: a existência de conhecimentos na área de atuação; a existência

de habilidades de pensamento, de forma a aplicar os conhecimentos de forma efetiva; e uma percepção adequada sobre a situação ou problema (Dowding et al., 2011; Johansen & O'Brien, 2016).

O processo de tomada de decisão é complexo e deve contemplar as seguintes *etapas*: identificação e definição do problema; desenvolvimento de objetivos; procura dos dados/factos; desenvolvimento de um modelo avaliação das alternativas e seleção da melhor solução; e implementação da decisão ou planeamento do curso da ação (Mustafa, 2013).

De acordo com Johansen e O'Brien (2016), a tomada de decisão pode ser definida por seis *atributos* que identificam e definem o conceito: intuição e análise, heurística (simplificação de uma decisão complexa, minimizando o esforço associado ao processo de tomada de decisão), experiência, conhecimento, raciocínio clínico e pensamento crítico.

A OE (2007) afirma que 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. Assim como futura enfermeira especialista, considero que o pensamento crítico é fundamental na tomada de decisão.

No decorrer deste ensino clínico, pude constatar que no processo de tomada de decisão ética, está bem presente na equipa multidisciplinar o princípio da beneficência. Na sala de emergência assisti à decisão de prestar apenas cuidados de conforto a doentes com idade avançada em fase terminal e à não utilização de medidas invasivas que iriam apenas prolongar o sofrimento. Ainda em sala de emergência, observei uma jovem, vítima de acidente de viação que tinha na sua posse substâncias suscetíveis de serem drogas, assim no que diz respeito às situações que requerem enquadramento jurídico, pude assistir a recolha de todos os elementos que a lei obriga em caso de acidentes de viação, como colheita de sangue para despiste do uso substâncias psicotrópicas.

A prestação de cuidados de enfermagem em sala de emergência tornou-se uma grande oportunidade para testar a minha capacidade de atuar face a situações geradoras de *stress*.

Durante o estágio na SMI pude experienciar, uma situação de uma pessoa com um acidente vascular cerebral hemorrágico extenso – sem indicação para cirurgia (pela neurologia), a equipa de saúde informou a família do mau prognóstico clínico, e

posteriormente realizou o encaminhamento dos familiares para receberem ajuda do psicólogo. O doente encontrava-se ventilado com parâmetros ventilatórios elevados e com reatividade pupilar comprometida, aguardava-se que o doente entrasse em assistolia. Este intensívíssimo terapêutico comprometeu o princípio da beneficência, tendo sido assunto de reflexão por parte da equipa de enfermagem. Relativamente à transmissão de más notícias às famílias, foi uma situação transversal em todos os campos de estágio, com mais ênfase no SU e na SMI.

Os enfermeiros ao assumirem um contacto prolongado e privilegiado com o doente são, muitas vezes, os transmissores da má notícia, devendo repetir a informação as vezes que forem necessárias para que possa ser percebida, assimilada e aceite (Allen & Brock, 2000).

A comunicação de más notícias pressupõe dificuldades acrescidas e a capacidade para uma adaptação para uma realidade infeliz (Ferrel & Coyle, 2010). Neste sentido, criou-se um protocolo facilitador para estas situações: o modelo de comunicação de Buckman. Este constitui um protocolo orientador para a transmissão de más notícias e compreende seis passos (Barbosa & Neto, 2010):

- **Conseguir o ambiente correto** – será necessário determinar o contexto no qual vai decorrer a entrevista, saber quem deve informar, quando e onde;
- **Descobrir o que o doente já sabe** – as suas respostas irão proporcionar uma informação extremamente valiosa sobre o nível de compreensão de tudo o que o envolve;
- **Descobrir o que o doente quer saber** – compreender o seu desejo, respeitando se for caso disso, a sua relutância em ser informado;
- **Compartilhar informação** – a verdade constitui um processo que deverá ser fornecido em pequenas proporções, dando tempo ao doente para assimilar as constantes alterações do seu estado de saúde;
- **Responder às emoções do doente** - é um dos elementos cruciais e pressupõe a identificação e validação de emoções;
- **Organizar e planificar** – implica a elaboração de um plano gerido em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento.

Estes seis passos pretendem constituir uma ajuda para o profissional de saúde, mas não podemos esquecer que cada doente é único e detentor de necessidades multifatoriais (fisiológicas, segurança, relacionamento, estima e realização pessoal).

O modelo de comunicação de Buckman constitui para o enfermeiro um excelente foco orientador para a realização de uma atividade tão complexa quanto obrigatória. Transmitir uma má notícia é um processo complexo e que exige do enfermeiro uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino. É aceitável que nem sempre consiga corresponder da melhor forma às necessidades do doente, uma vez que também ele vivencia o processo de forma particular e intensa. Assim, o enfermeiro deve constituir-se como uma ajuda que permita ao doente e sua família minimizarem o sofrimento num processo que tem tanto de doloroso quanto difícil (Ribeiro, 2013).

Neste sentido, desenvolvi não só competências técnicas, mas sobretudo competências pessoais como assertividade, autoconhecimento e “inteligência emocional” tendo consciência do *stress* ou medo e controla-lo, melhorando os níveis de ansiedade para que o meu desenvolvimento profissional não fosse afetado. Bronfenbrenner (2012) citado por Carvalho (2016), refere que as pessoas em desenvolvimento vivenciam uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos.

Foi no decorrer do estágio, com a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, e com a discussão, identificação, e avaliação de cuidados, com os elementos da equipa, que desenvolvi competências nesta área. Juntamente com os meus orientadores, criámos vários momentos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos, que considero terem sido imprescindíveis para o meu crescimento pessoal e profissional.

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

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foram regulamentadas após a aprovação, por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, da Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. O seu principal objetivo passa por definir as competências específicas, que juntamente com as competências comuns

anteriormente descritas, formam o conjunto de competências clínicas especializadas destes profissionais.

Nos parágrafos que se seguem serão descritas as competências específicas, desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos.

a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação 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 observação, colheita e procura de dados, de forma contínua e sistematizada, de forma a 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 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, Artigo 4º).

O enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (OE, 2007). É fundamental na resposta às necessidades específicas do doente crítico, na prestação de cuidados seguros e qualificados. 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).

Relativamente ao ensino clínico no SU, pude observar o sistema de triagem de Manchester, verifiquei os fluxogramas e discriminadores, a atribuição de prioridades e o respetivo encaminhamento. No SU do CHL existe uma grelha de encaminhamento, elaborada pelo Diretor de Serviço, de acordo com o fluxograma/discriminador escolhido. A triagem e a consequente atribuição de prioridades nem sempre são lineares e muitas vezes carecem de algum discernimento e conhecimento de modo a detetar precocemente focos de instabilidade.

Jesus (2008), citado por Fernandes (2010), realça o facto do enfermeiro triador ser o primeiro rosto da equipa prestadora e o seu acolhimento inicial, pode influenciar a perceção do doente acerca da prestação dos cuidados seguintes.

As situações mais frequentes no âmbito do doente crítico, foram as do foro de trauma (politraumatizados), neurológico (Acidente Vascular Cerebral - AVC), médico (Edema Agudo do Pulmão, Enfarte Agudo do Miocárdio, insuficiências respiratórias, intoxicações, alterações metabólicas) e cirúrgico (abdómen agudo, hemorragias digestivas, choque).

No decurso do ensino clínico tive a oportunidade de prestar cuidados em equipa, a doentes em estado crítico do foro médico, cirúrgico, e de trauma, com risco imediato de vida, na sala de emergência. Presenciei situações de paragem cárdio respiratória, insuficiências respiratórias, doentes politraumatizados, bradicardias, enfarte agudo do miocárdio, choque hipovolémico entre outras.

Colaborei na colheita de dados dos doentes, através de uma avaliação rápida das funções vitais, baseando-se numa nomenclatura internacional de avaliação primária e sistemática composta por A (via aérea), B (ventilação), C (Circulação), D (disfunção neurológica), E (exposição), tendo realizado registos através da mesma nomenclatura. Considero que esta abordagem é uma ferramenta essencial na avaliação inicial do doente crítico, já que ajuda a determinar a gravidade do quadro e a priorizar intervenções clínicas.

No SU do CHL estão implementadas a Via Verde AVC e a via Verde Coronária, a Via Verde *Sepsis* está ainda em implementação. A Via Verde é definida, pela DGS (2017), como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado e planeado nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde da população. Não tive oportunidade de observar a ativação da Via Verde AVC uma vez que durante o EC na sala de emergência não foram observados AVC's. No entanto, foi possível observar a ativação da Via Verde Coronária, no caso de uma pessoa com um quadro de sintomas compatível com o diagnóstico de um enfarte agudo do miocárdio. Neste caso, o doente chamou ajuda imediatamente após o início dos sintomas, a equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), realizou um contacto prévio com a equipa da SE de forma a dar início a ativação da via verde. Posteriormente foi

contactado o médico cardiologista a fim de ativar a equipa de hemodinâmica e realizar a revascularização miocárdica. Segundo a DGS, todo o circuito deve ser iniciado com o contacto com o Número Europeu de Emergência (112) o que levará o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a desencadear todo um conjunto de procedimentos com vista ao transporte emergente, via INEM, conducente ao acesso da pessoa suspeita de AVC ou Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), ao tratamento adequado e no mais curto intervalo de tempo (Norma nº 015/2017, DGS, 2017).

Na minha opinião, a existência destas Vias Verdes são vantajosas na medida em que permitem reconhecer determinados sintomas atempadamente permitindo o encaminhamento adequado, nestas situações graves, em que todos os minutos são importantes. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007), corrobora esta ideia afirmando que as Vias Verdes são vantajosas na medida em que promovem o envolvimento da população e dos profissionais de saúde, o reconhecimento precoce de sinais de alarme, o conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda, a sistematização das primeiras atitudes de socorro, a definição do encaminhamento para a unidade de saúde mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo, a definição das diversas responsabilidades técnicas, das várias recomendações e protocolos clínicos, de sistemas de informação e indicadores de avaliação e monitorização.

Na prestação de cuidados no SU, tive em conta o controlo da via aérea, a respiração, a circulação com controlo de hemorragia através da administração de fluidoterapia, fármacos para reposição da volémia, vigiando a existência de hemorragias externas visíveis, e existência de sinais e sintomas de hemorragia interna. Avaliei o estado neurológico através da avaliação da escala de coma de *Glasgow* e procedi a avaliação das pupilas. Estes procedimentos podem levar à exposição do doente, pelo que foram realizados com controlo da temperatura e atendendo à privacidade da pessoa.

Relativamente às situações de paragem cardiorrespiratória, tive a possibilidade de realizar o *debriefing* após a resolução dos casos, no sentido de refletirmos em equipa sobre a gestão/resolução destes. O *debriefing* é considerado como uma ferramenta educacional com base nos princípios da teoria de aprendizagem de adultos através de determinado evento, com o intuito de gerar uma discussão referente à vivência no cenário (Sherbino, Frank, Lee & Bandiera, 2006). Na educação em saúde é fundamental, pois é onde geralmente ocorre o processo de *feedback* e onde a aprendizagem é, muitas vezes,

esclarecida e traduzida em pontos essenciais para a reflexão e as orientações para a prática futura (Yarris, 2009, 2014).

Pode ser visto também como uma conversa sobre uma situação, onde qualquer observação clínica e lacunas são abordadas (Rudolph, Simon, Rivard, Dufresne & Raemer, 2007).

A identificação precoce das situações de risco de vida e a definição de prioridades, são aspetos fundamentais para o sucesso da intervenção no doente em estado crítico. Por vezes, os doentes que se encontram noutras áreas, têm risco de instabilidade hemodinâmica, pelo que têm necessidade de ser transferidos para a sala de emergência. Assim, é fundamental o enfermeiro estar atento a todos os sinais e sintomas de instabilidade a fim de prestar cuidados atempadamente.

A sala de emergência está destinada para o atendimento de doentes urgentes/emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. Segundo a DGS (2001) a sala de emergência existe para o atendimento ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

Neste sentido, após a conclusão da abordagem inicial e diagnóstica o doente é transferido para o local mais apropriado no sentido de dar continuidade ao seu tratamento. O seu destino pode ser, entre outros, outra área do SU ou o Bloco Operatório. No caso da adequada continuidade dos cuidados requerer um nível mais diferenciado de cuidados como Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)/Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI), monitorização invasiva, técnicas de substituição renal, ou caso o doente apresente elevada instabilidade elétrica ou hemodinâmica será transferido para a Unidade de Medicina Intensiva.

De acordo com o Procedimento de Transferência e Transporte Interno de Doentes (CHL, 2011), a ativação do transporte deve ser com base no “Sistema de Avaliação de Doentes para Transporte” no qual se atribui um *score*, que define o tipo de acompanhamento profissional necessário (enfermeiro ou médico e enfermeiro). Neste sentido, observei uma utente que estava a ser transferida para o Centro Hospitalar de Coimbra acompanhada por enfermeira. Após entrada na ambulância a utente alterou o seu estado de consciência, tendo necessidade de cuidados emergentes, voltou à sala de emergência, a nova ativação

do transporte, conduziu à alteração do score de transporte tendo então sido acompanhada por médico e por enfermeiro.

Como já referido anteriormente, o SU está assente numa perspetiva curativa cuja missão consiste na prestação de cuidados de saúde dirigidos a situações urgentes e emergentes. No entanto, observei que cada vez mais, este serviço é confrontado com pessoas que se encontram em processos de fim de vida e que exigem dos profissionais de saúde cuidados de conforto e a não realização de técnicas invasivas de forma a prolongar o sofrimento. Julgo que a equipa multidisciplinar do SU não está preparada para prestar cuidados paliativos, e o modelo de organização do SU dificultam o cuidar em fim de vida. Moura (2017), corrobora esta ideia afirmando que os doentes em fase terminal no SU, exigem uma mudança na sua filosofia de cuidar, exigindo recetividade para a mudança/ inovação das práticas clínicas. Responder às múltiplas exigências da pessoa em fim de vida e família no serviço de urgência, transcende a lógica e o racionalismo, a solução encontra-se nos cuidados paliativos, cujo objetivo é oferecer cuidados ativos e organizados.

A DGS define dor como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve a componente sensorial e também uma componente emocional da pessoa que a sofre. Assim, é fundamental que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática, altamente humanizante, na abordagem da pessoa (Circular Normativa nº 9/ 2003).

Conforme descrito nos 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).

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.

De modo a conferir importância à problemática da dor, a DGS estabeleceu a Dor como 5º Sinal Vital e determinou como obrigatório realizar, sistematicamente, a avaliação, o registo da sua intensidade, com recurso a escalas de avaliação de dor como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou Escala de Faces (Circular normativa nº9/2003).

No SU, de acordo com o procedimento interno de avaliação da dor, o enfermeiro deve avaliar e reavaliar a dor regularmente, tendo por base 5 escalas: Visual Analógica; Numérica; Expressões Faciais; Verbal e a PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), esta última permite avaliar a dor em repouso e durante os cuidados sem necessidade de conhecer as manifestações habituais da pessoa, sendo indicada para avaliar a dor em idosos não comunicantes com dor aguda ou persistente, sendo fácil de compreender e utilizar. É constituída por cinco itens de avaliação: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e a necessidade de consolo.

Freitas, Vieira, Torres e Pereira (2009), corroboram a necessidade de avaliação da dor, defendendo que para além de manifestações verbais, a dor conduz a todo um conjunto de manifestações fisiológicas como taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, que podem agravar o estado hemodinâmico do doente crítico.

Assim, durante os ensinamentos clínicos recorri a várias medidas para alívio da dor, principalmente farmacológicas sob prescrição médica, no entanto, também utilizei medidas não farmacológicas como os posicionamentos, massagens de conforto e crioterapia. No EC no BO, apercebi-me que tratando-se de um período pós-operatório, a dor está muitas vezes presente e portanto, nestas situações as medidas farmacológicas são as mais utilizadas e muitas vezes eficazes.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001) comprova a ideia supra citada, recomendando que a terapêutica da dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas, tais como: a reeducação do doente,

estimulação elétrica transcutânea, técnicas de relaxamento, a abordagem cognitivo-comportamental, exercício ativo e passivo, entre outras.

Também Pimenta (2000), considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas. Esta autora defende que as técnicas não farmacológicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores para uso domiciliário de modo eficiente e seguro. A OE (2008), também recomenda que o enfermeiro utilize intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e que estas sejam bem escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

Quanto às medidas farmacológicas deparei-me com situações novas no meu processo de aprendizagem – a preparação de bombas infusoras elastométricas e a analgesia controlada pelo paciente (PCA). Na UCPA são iniciados os protocolos de analgesia contínua através da bomba de infusão elastométrica, este dispositivo proporciona um fluxo contínuo de medicação durante o período de infusão. Após estar adaptado à pessoa, necessita de maior vigilância de forma a detetar atempadamente complicações como hipotensão e a retenção urinária. Dias, Rinaldi e Barbosa (2016), definem as bombas de PCA como equipamentos de infusão que permitem grande número de modalidades de programação e administram o medicamento via venosa ou epidural, continuamente ou por meio de dispositivo para solicitação de doses intermitentes (*bólus*). A pessoa administra em caso de necessidade. Após a saída da UCPA estes doentes são integrados na consulta da dor aguda. Esta consulta ocorre durante o internamento na enfermaria e é realizada por enfermeiros do BO. A consulta ocorre nas 24 horas após a colocação das bombas de PCA forma a perceber se a dor está ou não controlada, o registo da dor é feito num impresso próprio, com avaliação de vários parâmetros, que permite perceber se é ou não necessário ajuste de terapêutica.

No que diz respeito ao EC no SMI, realço que a maioria dos doentes internados estão sob VMI, e sob efeito de analgésicos, sedativos e por vezes curarizantes. Neste sentido, a avaliação da dor nestes doentes foi um desafio na medida em que os doentes acordados estão impossibilitados de verbalizar a sua dor devido à presença do tubo orotraqueal (TOT). Nestas situações, a dor pode ser identificada através da alteração nos sinais vitais, como aumento da tensão arterial, taquicardia, polipneia, dilatação pupilar ou aumento da

atividade motora com fuga ao estímulo. De modo a monitorizar a dor, no SMI esta avaliação é feita através da escala *Behavioral Pain Scale (BPS)*. Esta escala inclui três itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e ventilação mecânica. Indica a ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). Apesar de ser uma escala fiável, critico o facto de não nos permitir conhecer a intensidade e a localização da dor, os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física do doente, o uso de contenção física para segurança influenciam a capacidade do doente exibir os movimentos dos membros e gerando alguma ambiguidade em relação a alguns itens. Nos doentes não sedados, o instrumento utilizado na avaliação da dor é a Escala Visual Analógica (EVA). A corroborar esta ideia, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (s.d., p. 40), recomenda que “ A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *BPS*”.

Apesar das diferentes formas de avaliar a dor, considero esta avaliação um fenómeno complexo dado que consiste em objetivar um fenómeno subjetivo, que varia de pessoa para pessoa. Sobretudo no EC no SU, senti dificuldade na avaliação da dor pela aparente discordância entre o resultado da avaliação e o comportamento da pessoa. Batalha (2016) afirma que nestas circunstâncias é aconselhável explorar a situação, pois o comportamento e as medidas fisiológicas podem correlacionar-se pouco com o autorrelato.

Relativamente ao ensino clínico realizado no SMI, colaborei na colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, entubação orotraqueal, extubação orotraqueal e acesso vascular para a realização de técnicas dialíticas – nomeadamente para realização de hemodiafiltração veno-venosa continua.

Segundo Ramos et al. (2008) citado por Azeredo e Oliveira (2013), a monitorização hemodinâmica refere-se à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para determinar a eficácia da terapia. Neste sentido, a monitorização e avaliação hemodinâmica invasiva e não invasiva esteve presente na minha prestação de cuidados e tive oportunidade de avaliar a Pressão Venosa Central (PVC), a Pressão Arterial Invasiva, a Pressão Intra-abdominal (PIA), a temperatura corporal através da utilização do

termómetro esofágico e a avaliação da glicémia capilar atuando em conformidade com o protocolo “Insulinoterapia no doente crítico” do CHL.

Quanto a diagnósticos médicos, destaco como mais presentes no EC a insuficiência respiratória; vários tipos de choque; falência multiorgânica; desequilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico, Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda; patologias cardiovasculares; status pós- paragem cardiorrespiratória; insuficiência renal aguda e pneumonias.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, o doente crítico mantém as necessidades de higiene e conforto, contudo muitas vezes encontra-se incapacitado para o fazer de forma autónoma, assim, o enfermeiro, na procura permanente da excelência, “maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/ complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2001, p.13). Deste modo, durante o estágio na SMI, realizei cuidados de higiene e conforto, tais como, o banho, cuidados de higiene oral e nasal e posicionamentos. Lima e Lacerda (2010), enfatizam a sua importância do banho, referindo a sua importância na regulação térmica, no equilíbrio oxihemodinâmico, nos custos hospitalares e na satisfação do doente.

Nestas situações, a pessoa está dependente na satisfação das suas necessidades físicas, sociais e psicológicas, sendo fundamental dar ênfase aos focos e diagnósticos de enfermagem de modo a realizar intervenções adequadas.

O processo de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos, uma formação estruturada, organizada e atualizada, sustentada em conhecimentos científicos válidos é de extrema importância, permite que os cuidados sejam planeados de forma eficaz e eficiente (Graça, 2011). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.3) “os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em boas práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes.” Baseando-me neste pressuposto, ao longo deste EC, cuidei da pessoa de uma forma holística, não priorizando apenas o modelo biomédico.

Martins, Maestri, Dogenski, Nascimento, Silva e Gama (2008), realçam que a presença do TOT aumenta a produção de secreções e impede o encerramento da glote impedindo a tosse, prejudicando a limpeza eficaz das vias aéreas. A aspiração de secreções através do

TOT assume desta forma bastante importância na promoção da eficácia das trocas gasosas o que se reflete numa melhoria da oxigenação arterial e da função pulmonar bem como da prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV). Contudo a simples colocação da sonda de aspiração no tubo endotraqueal, com aplicação da pressão negativa pode prejudicar a oxigenação promovendo atelectasias levando à hipoxemia. Com base no referido tive o especial cuidado em realizar uma pré-oxigenação do doente (função existente no ventilador), antes de iniciar a aspiração de secreções. Nos doentes que apresentaram instabilidade hemodinâmica com hipoxemia utilizei o sistema de aspiração endotraqueal fechado que permite a aspiração de secreções sem desconectar o doente do ventilador. Estes procedimentos tornaram-se uma excelente oportunidade para desmistificar os meus medos e receios na prestação de cuidados no doente ventilado.

Em alguns doentes, foi possível realizar desmame ventilatório, de uma forma gradual, atendendo à resposta e à condição clínica do doente. Alguns fatores podem condicionar o desmame ventilatórios. Assim, antes e durante este procedimento, devem ser avaliados fatores fisiológicos, como o sistema cardiovascular, o equilíbrio ácido-base, hídrico e electrolítico, o padrão de sono e o conforto, e fatores emocionais, como o medo, a ansiedade e a capacidade de colaborar no procedimento (Silva & Lage, 2010).

Embora os autores supra mencionados refiram a possibilidade do desmame ventilatório falhar, sendo necessária a re-entubação, durante o meu EC no SMI essa situação não se verificou.

Tive a possibilidade de utilizar o cuffómetro, tendo sido útil no sentido de prevenir complicações sobretudo aquando da realização da higiene oral devido ao risco de aspiração ou risco de traqueomalácia por *cuff* com pressão aumentada.

A prestação de cuidados à pessoa internada no SMI, tornaram-se um desafio na medida em que as intervenções realizadas foram mais complexas do que esperava. Muitas vezes o doente apresenta alterações hemodinâmicas e físicas sugestivas de dor e da má adaptação à ventilação.

A sedação e analgesia são fundamentais para garantir a segurança e o conforto do doente crítico uma vez que facilita a realização de técnicas invasivas, a adaptação ventilatória, proporciona o alívio da ansiedade, medo, desconforto e controlo da agitação, diminuindo

as repercussões fisiológicas e psicológicas desencadeadas pelo *stress*. (CHL, 2015). De modo a monitorizar o grau de sedação do doente crítico, tive a oportunidade de utilizar a escala – *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) cujo resultado pode variar entre não despertável (-5) e combativo (+4).

Rodrigues, Fragoso, Bezerra e Ramos (2016) realçam a importância da avaliação do nível de sedação, uma vez que, quando profunda, prejudica o desmame ventilatório, podendo culminar em maior risco de ocorrência de PAV.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – OE (2010), o enfermeiro gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

No que diz respeito à gestão de situações de ansiedade e de medo vividos pela pessoa e/ou família em situação crítica e/ou falência orgânica, com o doente, facilmente surgiram situações em que através do diálogo e da resposta às suas dúvidas consegui tranquilizá-lo. Relativamente à família, durante o EC, tive a possibilidade de prestar apoio e estabelecer uma relação de ajuda com uma família que se sentiu desamparada após o estado crítico do seu familiar. O prognóstico do doente era muito reservado, quando a esposa recebeu a notícia, expressou as suas emoções na presença do filho (um adolescente de 13 anos), e foi notória a necessidade de ajudar aquela família de imediato. Decidimos, em equipa, contactar o Psicólogo no sentido de perceber como deveríamos abordar a criança que todos os dias visitava o pai e acreditava que este “ia acordar”. O Psicólogo prontificou-se a ajudar de imediato, acompanhando o jovem, nas consultas externas, perante esta situação marcante na sua vida.

Briga (2010), refere que os enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos conhecem e sentem quanto é importante a comunicação entre enfermeiro e doente e que ela será tanto mais difícil quanto mais instável estiver o doente. Um dos principais fatores de *stress* para um doente submetido a ventilação mecânica é o compromisso da comunicação verbal. A impossibilidade de comunicar verbalmente pela presença de tubo endotraqueal coloca o doente numa posição de desvantagem na medida em que não consegue expressar os seus sentimentos e emoções. Nesta linha de pensamento, utilizei estratégias facilitadoras da comunicação perante doentes com sedação ligeira e com entubação

oro-traqueal, comuniquei através de gestos, da leitura dos lábios, olhar dirigido e toque de modo a mostrar empatia e compreensão. No SMI existem cartões com imagens facilitadores da comunicação, que não foram necessários durante o EC.

No que diz respeito ao EC realizado no BO, tive a oportunidade de prestar cuidados, de um modo geral, em todas as áreas deste serviço, conseguindo desta forma perceber todo o processo cirúrgico.

O início deste processo começa com a abordagem do doente na consulta de enfermagem pré operatória. Esta consulta ocorre alguns dias antes da cirurgia e tem como objetivo realizar a colheita de dados e esclarecer as dúvidas da pessoa, relacionadas com todo o processo cirúrgico, desde que são convocados para a cirurgia até ao momento da mesma, reduzindo assim os medos e a ansiedade relacionada com o procedimento cirúrgico. Assim sendo, alcançam-se benefícios não só para o cliente e sua família, como também para o planeamento dos cuidados de enfermagem e para a qualidade dos mesmos, proporcionando um impacto positivo relativamente à visibilidade da Enfermagem, e à organização do serviço e da instituição (AESOP, 2006).

A implementação desta visita permite ao enfermeiro o planeamento dos seus cuidados intra e pós-operatórios de forma a responder de forma adequada às necessidades da pessoa e avaliar as suas perceções e expectativas, bem como das pessoas significativas (AESOP, 2006).

Gomes (2009, p.30) ressalta que “é crucial que o enfermeiro avalie os conhecimentos do doente sobre a sua situação atual, de forma a adequar as informações a transmitir e valide os conhecimentos do doente, após a transmissão da informação, para assim garantir que a mensagem foi compreendida”.

Neste sentido, tive a possibilidade de realizar várias consultas, adequando sempre a linguagem e conteúdos a abordar de acordo com a literacia do doente e adotando estratégias para promover o estabelecimento de uma relação de ajuda com a pessoa e sua família, de forma empática e num contexto mais tranquilo e protetor.

Na prestação de cuidados em sala operatória tive oportunidade de prestar cuidados com enfermeiro de apoio à anestesia e como enfermeira circulante. Um dos meus objetivos iniciais era sentir a experiência da função de enfermeira instrumentista o que não foi

possível dado que a mesa operatória não comporta um grande número de pessoas e o médico cirurgião nem sempre mostra receptividade para tal. No entanto, tive oportunidade de colaborar com a médica oftalmologista na administração de injeções intraoculares, permitindo-me estar envolvida diretamente na mesa cirúrgica.

Relativamente aos cuidados como enfermeira de apoio a anestesista tive sempre em conta o controlo de sinais vitais, o controlo da via aérea, a respiração, a circulação com controlo e administração de fluidoterapia e realização e organização de registos. Tive ainda oportunidade de assistir a exames especiais como a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, prestando apoio na sedação do doente e na monitorização dos seus sinais vitais.

Quanto às funções do enfermeiro circulante tive a possibilidade de colaborar nos posicionamentos cirúrgicos, tendo sempre o cuidado de manter o doente com o alinhamento corporal e protegendo as zonas de pressão de forma a evitar lesões, mantendo deste modo a segurança e o conforto do doente.

Desta forma, para satisfazer as necessidades de alívio e tornar a experiência do processo cirúrgico menos traumatizante, realizei o acolhimento à pessoa no período intraoperatório. Na minha opinião é fundamental realizar este acolhimento de forma a desmistificar os medos da pessoa diminuindo assim a sua ansiedade.

Relativamente aos cuidados na UCPA foi onde me senti mais segura e mais autónoma, pelo facto dos cuidados prestados serem no mesmo contexto da minha realidade profissional. – o doente cirúrgico.

O enfermeiro na UCPA direciona a sua atenção e os seus cuidados para a prevenção de complicações decorrentes da anestesia ou da cirurgia, deteção precoce e tratamento das situações que forem evitáveis, promovendo assim o equilíbrio fisiológico e o retorno das capacidades funcionais, de uma forma rápida num ambiente de conforto e segurança (AESOP, 2006). Neste contexto, recebi as informações relativas ao doente e sua cirurgia, monitorizei sinais vitais, vigiei as perdas hemáticas (através de drenos e das feridas cirúrgicas), monitorizei e controlei a dor, vigiei o estado de consciência, e promovi e otimizei medidas de conforto como os posicionamentos e o aquecimento do doente através da manta térmica. Elaborei e atualizei os respetivos registos e posteriormente

transmiti as informações ao enfermeiro do internamento aquando a alta da UCPA, de forma a promover a continuidade de cuidados.

A identificação precoce das situações de risco de vida, são aspetos fundamentais para o sucesso da intervenção no doente em estado crítico, assim é fundamental estar atenta a todos os sinais e sintomas de instabilidade a fim de prestar cuidados atempadamente.

No que diz respeito à realização de cuidados à pessoa em vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica, tive a experiência de assistir a duas cesarianas emergentes em simultâneo.

“Define-se cesariana emergente como a situação onde existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente, o qual pode ser reduzido se a cirurgia for realizada o mais brevemente possível. Na cesariana emergente o tempo que decorre entre o estabelecimento da indicação cirúrgica e o início da cesariana (incisão na pele) não deverá ultrapassar os 15 minutos” (Norma 001/2015 DGS, p.2)

Tendo por base o supracitado, constatei que, desde a indicação cirúrgica até a incisão da pele não excedeu os 15 minutos conforme preconizado. Apercebi-me de como este procedimento é gerador de grande ansiedade e *stress* na equipa, não só pelo facto de ser uma situação que exige uma resposta rápida mas sobretudo pelo facto de estarem em risco duas vidas. Foi gratificante ver, como nesta situação, a equipa se articulou de forma a dar resposta às duas situações, no menor tempo possível, mobilizando elementos de outras salas operatórias, não comprometendo a segurança dos outros doentes. Tal como descrito no Parecer da Ordem dos Enfermeiros 360/2011, quando se encontram três enfermeiros afetos a uma sala de operações e na necessidade emergente de realizar uma nova intervenção cirúrgica noutra sala, cada uma delas deve funcionar com um enfermeiro circulante, para garantia da segurança da pessoa intervencionada e da equipa de saúde, sendo as restantes áreas de atuação – instrumentista e anestesista – assegurados pelos restantes dois enfermeiros, conforme decisão do enfermeiro responsável pela gestão de enfermagem, com ponderação dos diversos riscos.

b) Conhece a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

O artigo 3º da Lei 27/2006, de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, define catástrofe como 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.

O International Council of Nurses (ICN) (2009), salienta a importância dos enfermeiros em situações de catástrofe, porque possuem o conhecimento, as competências e habilidades para apoiar os esforços humanitários e contribuem positivamente na resposta a catástrofes. Contudo, os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes exige que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma adequada e atempadamente (Veenema, 2007 citado por ICN, 2009).

Os enfermeiros são considerados pelo ICN(2007), como intervenientes chave em situações de catástrofe e de crise, devido às habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e uma ampla gama de competências que podem ser aplicadas em diferentes cenários e situações de catástrofe.

Pela imprevisibilidade e possibilidade de ocorrência de situações de exceção e ou emergência multi-vítimas, a DGS (2010), afirma que é fundamental às instituições do sistema nacional de saúde contribuírem para a redução da mortalidade e morbilidade. 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 (Orientação da DGS, nº007/2010).

Uma situação de exceção pode ocorrer a qualquer momento através de desastres naturais, ambientais, tecnológicos, sociais ou provocados pelo ser humano. Assim é imprescindível a necessidade de um Plano de Emergência Externo (PEE), que em conjunto com Plano de Emergência Interno (PEI), permita a aquisição e melhoria de conhecimentos nestas situações. Na minha opinião, elaborar um PEI não significa prevenir um incidente, mas

antes antecipa-lo e agir em conformidade com o mesmo. Desta forma, pode constatar que o PEI do CHL sofreu uma atualização em Abril de 2017. Esta atualização foi realizada pela equipa destinada a esse fim, constituída por médicos e enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica do SU.

O Grupo Português de Triagem (GPT) criou uma folha de registo manual que é utilizada no SU para a triagem de vítimas em situação de catástrofe. A triagem é feita em dois momentos: a triagem primária e a triagem secundária. Esta triagem tem como objetivo triar rapidamente o maior número de vítimas possível, tendo por base o método “*Simple Triage and Rapid Treatment*” (START), recorrendo a discriminadores simples como: se a vítima consegue andar; se respira após permeabilização de via aérea; a frequência respiratória, 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 avaliação da frequência respiratória, avaliação do estado de consciência através da Escala de Coma de Glasgow (ECG) e a pressão arterial sistólica. Cada parâmetro é 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. Sendo 0 considerado morto, até 10 é considerada prioridade 1 ou imediata, pontuação de 11 é prioridade 2 ou urgente e à pontuação de 12 é atribuída prioridade 3 ou pouco urgente.

Neste sentido, de modo a atuar prontamente em situação de catástrofe, o SU do CHL criou *Kit's* de catástrofe, numerados, e constituídos por etiquetas de triagem, requisições de exames complementares de diagnóstico e folha de registos, de forma a dar resposta a uma situação desta natureza. 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).

Pude consultar o plano de evacuação do BO, nomeadamente o plano de evacuação em caso de fogo controlado ou não controlado para evacuar as salas operatórias e a UCPA. Na minha opinião, o plano de evacuação está adequado, dado que cumpre as informações necessárias à elaboração do plano de emergência externo, aprovadas pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, ao abrigo do nº 1 do artigo 19.º do Decreto Lei n.º 254/2007. No entanto, considero que deveria ser mais divulgado de modo a que os profissionais se

sintam mais bem preparados caso ocorra alguma situação de catástrofe. Além disso, ter o plano atualizado não é suficiente quando não se cumprem as normas que nele constam.

Este plano de evacuação contempla um circuito de evacuação que deve estar sempre livre de forma a poderem circular em caso de situação de catástrofe, no entanto, verifiquei que muitas vezes esse circuito estava impedido com diversos materiais, dificultando a circulação conforme descrita no plano. Após ter questionado a enfermeira orientadora sobre este aspeto, percebi que é uma situação para a qual alerta constantemente os colegas. Considero que o conhecimento sobre a atuação em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima é fundamental, não só para o enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, mas para toda a equipa multidisciplinar, devendo tê-lo sempre presente e manter-se atualizado, de forma a darem a melhor resposta em caso de necessidade.

O CHL possui uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), com o objetivo de dar resposta as situações de emergência que ocorrem dentro da unidade hospitalar. Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro da SMI, e funciona 24h/24horas, sete dias por semana.

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007, p.4): “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”.

As IACS, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais invasivas, e de um grande número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção (DGS, 2007).

Neste sentido, no decorrer dos ensinamentos clínicos, uma das preocupações constantes centrou-se na prevenção da infeção, a DGS (2007), corrobora esta ideia afirmando que

estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis e refere ainda que a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados. Deste modo, o cuidado de proceder à higienização das mãos nos 5 momentos, foi transversal em todos os ensinamentos clínicos.

Deste modo, o SMI é um local propício ao desenvolvimento da infeção uma vez que os doentes hemodinamicamente instáveis, 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.

Segundo a DGS (2012, p. 2) “na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão.” Face ao exposto, verifiquei que no SMI durante a admissão é realizado um rastreio séptico ao doente. Este rastreio inclui: colheita de expectoração; zaragatoa nasal; zaragatoa inguinal; urocultura e hemocultura. As zaragatoas, quando negativas, são repetidas semanalmente (às quartas-feiras), quando positivas são realizadas duas vezes por semana (segundas e quartas-feiras). Esta avaliação é regularmente atualizada e afixada através de um documento elaborado pelo elemento do serviço responsável pelo controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013).

De modo a prevenir infeções cruzadas, há a preocupação de cada enfermeiro ficar responsável apenas por doentes infetados ou apenas por doentes não infetados.

No que diz respeito aos cateteres venosos centrais e de acordo com a DGS (2015, p. 9) “as infeções relacionadas com cateter venoso central são eventos potencialmente evitáveis, tendo a implementação de “feixes de intervenção” para a sua prevenção efeito provado na diminuição da incidência.” Durante este EC, agi em conformidade com os referidos feixes de intervenção ou *bundles* (Norma 022/2015).

Relativamente aos doentes submetidos a entubação orotraqueal, sabe-se que tem risco acrescido de desenvolver pneumonia associada à intubação. A DGS (2015), define-a como pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais de 48 horas ou em

doentes extubados há menos de 48 horas. No sentido de prevenir estas pneumonias cumpri o feixe de intervenção recomendado pela DGS (Norma 021/2015). No entanto, a higiene oral, deveria ser realizada com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% (recomendado pela DGS), mas por não existir no SMI, foi realizada com cloridrato de benzidamina.

A World Health Organization (2002), realça que a prevenção das IACS é da responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, que devem trabalhar em cooperação reduzindo o risco de infeção.

A prevenção inclui, profissionais que prestam cuidados diretos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos. Neste contexto o mesmo autor ressalva que os programas de controlo de infeção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam atividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais. As precauções básicas como isolamento e outras barreiras de proteção devem ser claramente estabelecidas em normas escritas, padronizadas e adaptáveis aos agentes infecciosos e aos doentes (Lacerda, 2003).

A higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infeção (Circular Normativa DGS 06/2010).

No SMI existem aspetos facilitadores para uma correta higienização das mãos, temos como exemplo a existência de soluções antissépticas de base alcoólica em todos os locais de prestação de cuidados e vários lavatórios na unidade. Na minha opinião, os profissionais de saúde devem encorajar os doentes, familiares e profissionais para promover a higiene das mãos na unidade de saúde. Nesta linha de pensamento, a DGS (2010) corrobora esta ideia ao afirmar que os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática (Circular Normativa DGS 06/2010).

De salientar que o CHL tem uma conformidade de 78% na Campanha da Higiene das Mãos e das Precauções Básicas de Controlo de Infeção em 2016, perspetivando-se com o envolvimento de todos os profissionais, os 90 % no que diz respeito ao uso de adornos, unhas curtas sem verniz/gel e antebraços expostos (Relatório da campanha da Higiene das Mãos, 2016).

Os quartos de isolamento têm portas de correr automáticas com sensor (ou seja, sem maçanetas), o que permite abrir/fechar a porta sem que seja necessário tocar-lhe. Este aspeto é fundamental na prevenção da transmissão cruzada de microorganismos.

No que diz respeito ao BO, este é um serviço onde a prevenção da infeção é também uma preocupação diária. A sua estrutura física é particularmente desenhada para a manutenção de condições de assepsia máxima, e a temperatura nas salas operatórias é mantida entre os 19° e 24° de modo a prevenir a proliferação de microorganismos.

De acordo com a norma 024/2013, a DGS (2013), diz-nos que o risco de infeção depende de vários fatores relacionados com o doente (infeção pré-existente, idade avançada, obesidade, diabetes entre outros), assim como de fatores cirúrgicos, tais como a duração da cirurgia e a assepsia do procedimento cirúrgico. A prevenção da infeção está relacionada com várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios. Assim, torna-se essencial divulgar as normas de boas práticas, verificar se são cumpridas, implementar medidas preventivas e realizar a Vigilância Epidemiológica da Infeção do Local Cirúrgico.

No BO, prestei atenção à separação dos resíduos hospitalares e tentei cumprir os protocolos institucionais, bem como as orientações do Plano Nacional de Controlo de Infeção. Tive em atenção o vestuário adequado consoante as áreas em que prestei cuidados, na UCPA – área livre – utilizei fardamento do exterior, dentro dos corredores do BO – área semi restrita - usei o fardamento próprio do BO e touca e na sala operatória – área restrita – usei o fardamento próprio do BO, touca e máscara.

Procurei também respeitar circuitos definidos dentro e fora das salas de forma a minimizar a possibilidade de infeção. A AESOP (2006), afirma que é indispensável conhecer e cumprir estes circuitos para uma assepsia progressiva. Para que tal aconteça é necessário uma circulação controlada, limitada e com barreiras para o pessoal, utentes e materiais, onde a circulação ocorre das zonas menos limpas para as mais limpas, e a circulação do ar das zonas mais limpas para as menos limpas.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011), recomenda que as portas das salas operatórias sejam automáticas e de correr e nunca embutidas. São de evitar as

portas de batente uma vez que aumentam a agitação de ar e conseqüentemente dos microrganismos em suspensão. Neste sentido, é de salientar que as portas das salas operatórias não são de abertura automática, sendo necessário premir um botão para que abram, este aspeto não está em conformidade no preconizado para a prevenção de infeção.

Os EC permitiram-me consolidar e adquirir conhecimentos sobre IACS através do conhecimento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), nomeadamente dos feixes de intervenção. No BO, os mais utilizados foram: Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Neste contexto, tive oportunidade de algaliar doentes na mesa operatória cumprindo os cuidados com a assepsia e manuseamento do material, administrar antibioterapia profilática, avaliar a temperatura de forma a evitar a hipotermia, realizar pensos cirúrgicos e fazer a lavagem e desinfeção cirúrgica das mãos.

No que diz respeito à triagem dos lixos hospitalares, constatei que existem algumas falhas. Por vezes os resíduos dos grupo I e II (saco preto) são colocados no grupo III (em saco branco). De acordo com a DGS (sd), uma das fases mais importantes para a minimização e gestão efetiva dos resíduos hospitalares produzidos é a sua triagem no local de produção. Esta operação é a base de uma gestão integrada dos resíduos hospitalares nas unidades de prestação de cuidados de saúde, pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente associados a potenciais contaminações, resultantes do cruzamento de resíduos com risco biológico associado e ou de incineração obrigatória, induzidas por circuitos inapropriados ou por misturas inadvertidas ou, ainda, por falta de formação/informação dos profissionais envolvidos.

Relativamente ao EC no SU, nem sempre foi possível obedecer a práticas padronizadas e sistematizadas. Cada área de atuação é constituída apenas por dois quartos de isolamento. Assim quando é necessário um isolamento, não havendo o espaço para esse efeito, recorreremos ao uso de cortinas ou mesmo biombos.

Constatei algumas falhas no cumprimento das práticas acima referidas, no entanto creio que não seja por falta de formação, mas sobretudo à elevada afluência de doentes, com o conseqüente aumento do trabalho e as dificuldades estruturais por vezes sentidas. Rocha, (2013) corrobora esta ideia afirmando que por vezes não é possível obedecer às normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente,

conduzindo muitas vezes à ocorrência de infecções hospitalares. É um espaço propício ao desenvolvimento de infecções devido à grande afluência de doentes, e ao espaço reduzido entre eles, onde 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.

Ao longo dos anos foi notória a constante evolução tecnológica, levando ao aumento de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnósticos invasivos. Este facto tem contribuído para o aumento de infecções hospitalares, traduzindo-se em graves problemas como o aumento da morbilidade e mortalidade, bem como, o aumento das despesas em saúde. Assim, é da competência do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSC, considerando o risco de infeção 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). De modo geral, 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, atualizando os meus conhecimentos nesta área.

3.CONCLUSÃO

O enfermeiro que objetiva a especialização, deve aplicar os conhecimentos específicos e desenvolver as suas habilidades profissionais, transformando os conhecimentos em saberes necessários ao seu desenvolvimento profissional e à construção de competências que lhe permitem um agir profissional adequado a cada situação (Fernandes, 2010).

O EC desenvolvido nos diferentes serviços, sendo eles, SU, a SMI e o BO, mostrou-se uma experiência muito enriquecedora, abrindo um leque de conhecimentos em áreas de cuidados diferenciados, permitindo desta forma, a consciencialização da importância de uma prática baseada na evidência e motivando o investimento pessoal de forma a responder à complexidade e exigência de cuidados de qualidade.

O facto destes campos de prestação de cuidados tão diferenciados, serem tão exigentes, tornaram-se muito motivadores e desafiantes, concedendo-me um conjunto de experiências técnicas, pedagógicas e relacionais que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao longo dos EC apercebi-me como é possível prestar cuidados de qualidade, no respeito pelos princípios e pela segurança dos doentes, mesmo em locais onde as condições de trabalho não são as ideais. Em todos os campos de estágio, é de realçar a importância da existência de equipas de enfermagem detentoras de uma base de conhecimentos sólidos e de um rigor nos procedimentos técnicos, com capacidade de adaptação, criatividade e flexibilidade de modo a combater as adversidades que surgem para conseguirem dar resposta às necessidades dos doentes.

Considero a realização do presente relatório, uma mais-valia pelo facto de me ter consciencializado de todas as atividades e aprendizagens desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos. Representa, um momento significativo de aprendizagem, onde transmiti a análise crítico-reflexiva realizada sobre as atividades e as competências que desenvolvi e os conhecimentos que adquiri.

Assim, como profissional de enfermagem consciente da responsabilidade que assumo nas instituições de saúde, aposto na formação e na aquisição e desenvolvimento de competências, considerando-as essenciais à qualidade e segurança do meu exercício. Desta forma, desejo continuar, como futura enfermeira especialista, continuar a aperfeiçoar o saber, saber fazer, saber estar e saber ser, tendo por base de atuação a pessoa na sua total concepção holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Allen, J. & Brock, S. (2000) . Health Care Communication Using Personality Type: Patients are different. *London: Routledge*, p.222.
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- Azeredo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, 44-54.
- Bailas, M. (2016). *Impacto Do Uso De Sistemas De Informação Informatizados Na Carga Global De Trabalho Dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Banning, M. (2007). A Review of Clinical Decision Making: Models and Current Research. *Journal of Clinical Nursing*,(17), 187-195.
- Barbosa A, & Neto I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ªedição). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa editora.
- Barros, F., Pereira, S., Lages, N., & Lopez, M. (2005). Ansiedade e grau de satisfação em anestesia pediátrica. *Revista SPA*. 14 (3),14-22.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor – Manual de Estudo (versão 1)*. Escola de Enfermagem de Coimbra.
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*. (4), 44-50.
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

- Camara, P. & Rodrigues, J. (2007). *Novo Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Carvalho, S. (2012) -*Consentimento Presumido Nas Intervenções E Tratamentos Médico-Cirúrgicos Arbitrários - Análise crítica do artigo 156º Código Penal Português*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Centro Hospitalar de Leiria (2014). *Manual de acolhimento e integração de enfermeiros no serviço de urgência geral*. Protocolo Interno. Leiria.
- Centro Hospitalar de Leiria (2016) *Relatório da campanha da Higiene das Mãos*. Leiria
- Centro Hospitalar de Leiria (2017) In: Missão e valores. Acedido a 10 de julho de 2017 em: <http://www.chleiria.pt/o-hospital/-/missao-e-valores-3/>
- Centro Hospitalar de Leiria. (2011). *Transferência e Transporte interno de doentes*. Procedimento Interno. Leiria.
- Centro Hospitalar Leiria (2015). *Medicina Intensiva: Apresentação e Dinâmicas Funcionais*. Leiria.
- Centro Hospitalar Leiria (2015). *Procedimento: Avaliação da Sedação do Doente no SMI*. Leiria.
- Chambel, E. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na Presença de Acompanhantes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral*. Alto-Comissariado da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 254/2007 de 12 de julho (2007). Aprova o regime jurídico da prevenção e controlo dos perigos associados a acidentes graves que envolvem substâncias perigosas. Diário da Republica I série. Nº 133. 4408-4424.

Decreto-Lei nº 27/2006, de 3 de julho (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da Republica I série. Nº126, 4696-4706.

Deodato, S. (2010). *Direito da Saúde*. Coimbra. Edições Almedina.

Despacho nº 1400A de 15 de fevereiro (2015). Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da Republica 2ª Serie, Nº 28, 3882 (3).

Despacho nº 6668/2015 de 2 de agosto (2017). Gabinete do Secretariado do estado e saúde. Diário da Republica 2ª Serie, Nº 148.

Dias, A., Rinaldi, T., & Barbosa L. (2009). O impacto da analgesia controlada pelos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 66 (3), 265-271.

Direção Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência. Lisboa: Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Acedido em 15 de Abril de 2018 em http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicações/outrosdocumentos/redede_referencia%C3Hospitar.aspx

Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 9/2003. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde: Lisboa

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Norma 06/2010. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Orientação 018/2011. Ministério da Saúde: Lisboa.

- Direção Geral da Saúde (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Norma 029/2012. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Circular normativa N.024/2013 de 23/12/2013. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção 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. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2015). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma 001/2017. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Via Verde Do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma 015/2017. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (sd). *Resíduos Hospitalares (Documento de Orientação)*. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Manual de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2012). Norma: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013) *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral de Saúde (2015). *Norma: Registo de Indicação de Cesariana*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Acedido em Setembro de 2017 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- 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. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Acedido em 22 de Agosto de 2017 em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Dowding, D., Gurbutt, R., Murphy, M., Lascelles, M., Pearman, A., & Summers, B. (2011). Conceptualising decision making in nursing education. *Journal of Research in Nursing, 17* (4), 348–360.
- Fernandes, F. (2010). Relatório de Estágio. Relatório para Obtenção do Grau de Mestre. Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Fernandes, T., (2010). *Prioridade: doente crítico*. Relatório para Obtenção de Grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press, p.1408.
- Freitas, C., Vieira, P., Torres, G., & Pereira, C. (2009). Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Revista Dor, 10* (1), 56-62.
- Gomes, N. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

- Graça, A. (2011). *Relatório de Estágio*. Relatório de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- International Council Of Nurses & World Health Organization (2009) - Framework of Disaster Nursing Competencies. Acedido a 15 de maio de 2018 em: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1 >.
- Johansen, M., & O'Brien, J. (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 4048.
- Júnior, D., Salgado, P., & Chianca, T. (2012). Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20 (6), 1-8.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2009). *Comfort*. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2ª edição) Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Lacerda, A. (2003). Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In: Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Ed. Atheneu. (1), 9-23.
- Lei n.º 33/2009 de 14 de julho (2014). Direito de Acompanhamento nos Serviços de Urgência. Diário da Republica I Serie, Nº 134, 4467.
- Lima, D. & Lacerda, R. (2010). Repercussões oxi-hemodinâmicas do banho em paciente em estado crítico adulto hospitalizado: revisão sistemática. *Acta Paul. Enf.*, 23 (2), 3-7.
- Loke, J., Lee, B., Noor, A., & Loh, S. (2014). High fidelity full sized human patient simulation manikins: Effects on decision making skills of nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (7), 31–40.

- Machado, N. (2013), *Gestão de qualidade dos cuidados de Enfermagem- um modelo de melhoria continua baseada na reflexão-ação*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Magalhães, S. (2011). *A Vivência das Transições na Parentalidade face ao Evento Hospitalização da Criança*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Martins, J., Maestri, E., Dogenski, D., Nascimento, E., Silva, R., & Gama., F., (2008). Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: Critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Ciências e Cuidados de Saude*, 7 (4), 517-522.
- Matos, T. & Mendes, A. (2011). *Comunicação com o Doente Ventilado: Competências e estratégias*. Acedido em 21 de Julho de 2018 disponível em: <http://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id>.
- Mattia, A., Rocha, A., Barbosa, M., Guimarães, M., Borgato, M., Silva, S. & Freitas-Filho, J. (2010). Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção. *Saúde coletiva (Barueri)*, (46), 296-299.
- Ministério da Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Administração Central do Sistema de Saúde. Lisboa, Portugal.
- Moritz, R., Lago, P., Souza, R., Silva, N., Meneses, F., Othero, J., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 20 (4), 422-428.
- Moura A. (2017). *A Pessoa Em Fim De Vida No Serviço De Urgência: Abordagem Terapêutica Dos Profissionais De Saúde*. Dissertação De Mestrado. Instituto Politécnico De Viana Do Castelo, Viana do Castelo.
- Mustafa, A. (2013). *Organizational Behaviour*. Acedido em 20 de junho de 2018, disponível em http://academlib.com/2807/management/organizational_behaviour

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. Parecer CJ/20. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação, Tomada de decisão*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores das Boas Práticas de Cuidados*. Acedido em 17 de maio de 2018 disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/.../Recomend_Manuais_BPraticas.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Abandono da sala operatória durante uma cirurgia para realização de outra cirurgia*. Parecer CJ (360/2011). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica* n.º 122; Diário da República 2.ª série, n.º35, Lisboa.
- 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, n.º35, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem*, nº233; Diário da Republica, 2ªsérie, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015) – *Parecer nº20/2015*. Acedido a 17 de julho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lei nº 156/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 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, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Nº 123, Diário da República 2ª série, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros, (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*. Acedido em 15 de abril de 2018 disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Paiva & Silva, M. (2011). *Intenções Dominantes nas Conceções de Enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tesis Doctoral. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Pimenta, C., (2000). *Controle da Dor no Domicílio*. Manual de Enfermagem. Acedido em 9 de Junho de 2018, em: http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdf?cidReq=SEMIO2.

- Ribeiro, R. (2013). *A Transmissão De Más Notícias Na Perspectiva Do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Rocha, S. (2013). *Trabalho de Projeto “Proteger para prevenir”*. Relatório de Trabalho de Projeto de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Rudolph, J., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. & Raemer, D. (2007). Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinic*, 25 (2), 361-76.
- Scarlatti, K.; Michel, J.; Gamba, M.; & Gutiérrez, M. (2011) – Úlcera por pressão em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45 (6), 1372-3.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro - Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo - Revista de Ciências da Educação da Unidade* (5), 1649-4990.
- Sherbino, J., Frank, J., Lee, C & Bandiera, G (2006). Evaluating “ED STAT!” a novel and effective faculty development program to improve emergency department teaching. *Academia de Emergência Medica*, 13 (10), 1062-9.
- Silva, A. & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Editora Formasau, Coimbra.
- Silva, A., Queiroz, L., Freitas, L., & Faria., H. (2011). O trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse. *Ciência et Praxis*, 4 (8), 19-26.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa.
- The Joint Commission International & World Health Organization. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*. Switzerland: World Health Organization. 1 (3), 1-4.
- Vilas-Boas, M., (2015). O direito-dever do sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*. 23 (3), 513-523.

World Health Organization (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático*. (2ª edição). Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. Acedido em Janeiro de 2018 disponível em http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsacd/cd49/man_oms.pdf.

Yarris, L., Linden, J., Gene Hern, H., Lefebvre, C., Nestler, D., Fu, R., Choo, E. et al (2009). Attending and resident satisfaction with feedback in the emergency department. *Academic Emerg Med*. (16), 76–81.

Yarris, L., Jones, D., Kornegay, J.& Hansen, M. (2014). The Milestones Passport: A Learner-Centered Application of the Milestone Framework to Prompt Real-Time Feedback in the Emergency Department. *J Grad Med Educ*. 6 (3), 555–560.

**PARTE II - INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O *DEBRIEFING* EM
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO
CLÍNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Título: Instrumentos para avaliar o *debriefing* em estudantes de enfermagem em cenários de simulação clínica: Revisão Sistemática da Literatura¹

Autores: Ângela Vieira²; Hugo Duarte³; Maria dos Anjos Dixe⁴

Objetivos: Identificar instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de Simulação Clínica (SC); e avaliar as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *Debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de SC.

Questão de investigação: Quais são as propriedades avaliadas pelos instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *Debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de SC? Quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *Debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de SC?

Resultados: Após a realização da pesquisa, conhece-se os seguintes instrumentos de avaliação de *debriefing*: *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)*; *Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) – Bringing Science to the Art of Debriefing in Surgery*; *Debriefing Experience Scale (DES)* e Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação (EADaS).

Conclusão: A análise das propriedades psicométricas dos instrumentos apresentados foram positiva, considerando-os assim pertinentes para avaliação do *debriefing* em estudantes de enfermagem e para a utilização em investigações futuras.

¹ The Joanna Briggs Institute (JBI) (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. Austrália: Universidade de Adelaide.

² MSc-St, RN. Mestranda em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal; Enfermeira no Centro Hospitalar de Médio Tejo, Portugal.

³ PhD-St, MSc, RN. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Portugal; Enfermeiro no Centro Hospitalar de Leiria, Portugal; Investigador não Doutorado Integrado no Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal; Docente Assistente Convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.

⁴ PhD, MSc, RN. Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal; Coordenadora da Unidade de Investigação em Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.

Palavras Chave: Debriefing; Simulação Clínica; Estudantes de Enfermagem; Instrumentos; Psicométricos.

SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

Title: Instruments to evaluate the debriefing in nursing students in clinical stimulation scenarios: Systematic Review of Literature

Authors: Ângela Vieira; Hugo Duarte; Maria dos Anjos Dixe

Objectives: To identify measurement instruments available to evaluate the debriefing of nursing students in clinical stimulation scenarios; and to evaluate the psychometric properties of the measurement instruments available to evaluate the debriefing of nursing students in clinical stimulation scenarios.

Research question: Which are the evaluated properties by the measurement instruments available for the evaluation of the Debriefing in nursing students in clinical stimulation scenarios? Which are the most valid and reliable measurement instruments available to evaluate the Debriefing in nursing students in clinical stimulation scenarios?

Results: After conducting the literature review, there are known the following instruments to evaluate the debriefing: *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)*; *Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) – Bringing Science to the Art of Debriefing in Sugery*; *Debriefing Experience Scale (DES)* e Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação (EADaS)

Conclusion: The analysis of the psychometric properties of the presented instruments was positive. Therefore, they are relevant to evaluate the debriefing in nursing students and to be used in future investigations.

Keywords: Debriefing; Simulation Training; Nursing Students; Instruments; Psychometrics.

1. INTRODUÇÃO

As Instituições de Ensino Superior têm procurado utilizar a simulação como recurso educacional, de forma a melhor preparar o estudante para o ingresso no campo de estágio e mercado de trabalho, respeitando os aspetos bioéticos e de humanização dos cuidados (Schiavenato, 2014).

Assim, simulação clínica pode ser definida como um método pedagógico que usa uma ou mais técnicas educativas ou equipamento numa experiência de simulação com o objetivo de promover, melhorar ou validar a progressão de um estudante (Meakim et al., 2013). Tem surgido como um método de aprendizagem inovador que fornece aos estudantes de enfermagem melhores oportunidades para a aquisição de conhecimentos, perícia e atitudes necessárias para o desenvolvimento de habilidades de julgamento clínico (Johnson et al., 2012; Lindsey e Jenkins, 2013; Yuan et al., 2012).

Implementar uma prática baseada na evidência científica sobre a simulação, possibilita uma melhoria no ensino/aprendizagem dos estudantes de enfermagem, proporcionando uma melhoria na qualidade dos cuidados a prestar aos doentes, uma vez que o estudante começa a desenvolver as suas capacidades psicomotoras de decisão, destreza, conhecimento, liderança, julgamento clínico e atitude face à enfermagem e ao ser enfermeiro. Tem sido reconhecida como uma opção viável e desejável para a determinação do nível de competência pois está desenhada para potenciar a participação ativa dos intervenientes no processo de ensino e de aprendizagem, permitindo que os estudantes (re)construam conhecimento científico, explorem diversos cenários e desenvolvam diferentes capacidades em contexto seguro (Yuan, Williams & Fang, 2012).

A simulação clínica consiste em 3 fases: (1) *briefing* ou *pre-briefing*, onde o facilitador explica como a sessão de simulação será conduzida, discute os objetivos pretendidos e atribui as funções aos estudantes; (2) o cenário, onde os estudantes têm experiência experimental ou observacional com casos reais; e (3) o *debriefing* no qual a avaliação retrospectiva e discussão do desempenho dos alunos é realizada. O *debriefing* tem emergido como a fase mais importante da simulação (Jeffries, 2012; Lasater, 2007;

Mayville, 2011; Neill and Wotton, 2011; Shinnick et al., 2012), dado que permite a reflexão interdisciplinar entre os intervenientes abrangendo diferentes aspetos da sua prática profissional, potenciando a aquisição e o desenvolvimento das capacidades clínicas (Moule, 2008).

Abatzis e Littlewood (2015), corroboram a ideia afirmando que o *debriefing* representa um pilar fundamental na simulação, como estratégia importante para a aplicação eficaz da educação e por este motivo, tem sido alvo de pesquisa relativamente à sua realização.

O *debriefing* é considerado como uma ferramenta educacional com base nos princípios da teoria de aprendizagem de adultos através de determinado evento, com o intuito de gerar uma discussão referente à vivência no cenário (Sherbino, Frank, Lee & Bandiera, 2006). Na educação em saúde é fundamental, pois é onde geralmente ocorre o processo de *feedback* e onde a aprendizagem é, muitas vezes, esclarecida e traduzida em pontos essenciais para a reflexão e as orientações para a prática futura (Yarris, 2009, 2014).

Pode ser visto também como uma conversa sobre uma situação, onde qualquer observação clínica e lacunas são abordadas (Rudolph, Simon, Rivard, Dufresne & Raemer, 2007). A etapa do *debriefing* promove ao estudante um pensamento crítico reflexivo sobre as próprias atitudes, permitindo a autocrítica e identificação de fatores intrínsecos da personalidade, que podem ter afetado ou não o seu desempenho durante o desenvolvimento da atividade simulada. Contudo, possibilita avaliar a sua tomada de decisão e as suas competências, de forma a crescer e aprimorar, sem provocar danos ao doente (Souza et al, 2017). Permite que o estudante se autoavalie e tome consciência das suas atitudes e responsabilidades (Iglesias & Pazin-Filho, 2015). Para que tal aconteça, é necessário que desenvolva a capacidade de lidar com situações difíceis e complexas, o que Pacheco (2008) define como desenvolvimento de mecanismos de *coping*, esforços para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças. Ao promover a autocrítica construtiva e a autoavaliação, instalam-se bases de aprendizagem ao longo da vida – elementos fundamentais para a formação e consolidação do conhecimento (Franning & Gaba, 2007).

Para a realização do *debriefing*, o ambiente de aprendizagem deve ser organizado, a confiança deve ser estabelecida, as expectativas e os objetivos devem ser clarificados com os estudantes antes da simulação (Wickers, 2010).

No que respeita às diferentes formas de realizar o *debriefing*, Savoldelli et al. (2006) realizaram um estudo com 42 anestesistas, onde comparam o debriefing com vídeo-assistido, *feedback* oral em grupo, *feedback* oral individual, e a não realização de *debriefing* (o grupo de controlo). O *debriefing* focou-se no desempenho de habilidades de gestão, em situações de crise. As habilidades dos participantes não melhoraram no grupo de controlo, enquanto que na realização de *feedback* oral, assistido ou não assistido com a visualização de vídeo, teve uma melhora significativa. Não houve diferenças entre os grupos de *feedback* oral e os grupos que assistiram ao vídeo. Os investigadores concluíram que a realização de *debriefing* com vídeo não oferece qualquer vantagem sobre o *feedback* oral individual.

No entanto, Joan, Jacqueline, Chad e Penni, (2010) referem que o *debriefing* de simulação facilitada por vídeo tem o potencial de aumentar comportamentos clínicos desejados em estudantes em contexto de simulação clínica.

Apesar da reflexão ser a sua base, há pouca compreensão de como contribui para a avaliação clínica dos estudantes de enfermagem (Lavoie, Pepin & Cossette, 2017), pois na realidade da educação, apesar do avanço científico, é raramente realizado (Yarris, 2009, 2014).

Existe uma evidência clara de que a simulação de *debriefing* pode melhorar o julgamento clínico dos estudantes de enfermagem (Dreifuerst, 2012; Forneris et al., 2015; Mariani et al., 2014; Tosterud et al., 2014). Contudo, a literatura revela uma falta de abordagens metodológicas padronizadas para a prática do *debriefing* (Couper and Perkins, 2013; Lavoie et al., 2013).

Sendo o *debriefing* uma estratégia de ensino ainda em expansão, estudos que avaliem as suas características e especificidades até ao momento são escassos.

Conhecem-se os seguintes instrumentos de avaliação de debriefing:

- *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)*
- *Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) – Bringing Science to the Art of Debriefing in Surgery*
- *Debriefing Experience Scale (DES)*
- Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação (EADaS)

Neste sentido, com esta revisão sistemática da literatura, surge a necessidade de dar resposta a seguinte questão: Quais são as propriedades avaliadas pelos instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *Debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de SC? Quais são os mais válidos e mais fiáveis instrumentos de medida disponíveis para avaliação do *Debriefing* de Estudantes de Enfermagem em cenários de SC?

2. METODOLOGIA

De seguida apresento a descrição da metodologia desta RSL.

2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para esta revisão os critérios de inclusão foram organizados da seguinte forma: Tipo de Participantes; Constructos de interesse; Tipos de Instrumentos de Medida de interesse; *Outcomes*; e Tipo de Estudos.

a) Tipo de Participantes:

Foram incluídos todos os estudos que incluíam estudantes de Licenciatura em Enfermagem, independentemente do ano de frequência do curso, com idade igual ou superior a 18 anos, com ou sem experiência prévia em ensino clínico e SC, independentemente da área de SC incluindo o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas.

b) Constructos de interesse:

Esta revisão sistemática da literatura engloba estudos que explorem os seguintes constructos: Simulação Clínica e Debriefing. As definições de ambos os constructos são tidas em conta:

- O *debriefing* é considerado como uma ferramenta educacional com base nos princípios da teoria de aprendizagem de adultos através de determinado evento, com o intuito de gerar uma discussão referente à vivência no cenário (Sherbino, Frank, Lee & Bandiera, (2006).

- Simulação Clínica: arte e ciência de recrear um cenário clínico num ambiente artificial Hicks, Coke e Li (2009), sendo uma técnica firmada na substituição de um paciente por experiências interativas artificialmente guiadas, a fim de replicar situações reais (Gaba, 2007).

c) Tipos de Instrumentos de Medida de interesse:

Foi incluído qualquer tipo de instrumento de medida, quer instrumentos de autopreenchimento, quer instrumentos de hétéro preenchimento ou grelhas de observação.

d) Outcomes:

Esta revisão sistemática incluí estudos que contenham pelo menos uma das propriedades psicométricas, ou aspetos das propriedades psicométricas, dos instrumentos de medida, de acordo com a operacionalização e definição *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010). Esta taxonomia inclui três principais domínios de qualidade: confiabilidade, validade e responsividade (Mokkink et al., 2010).

O domínio de confiabilidade contém três propriedades psicométricas: a consistência interna, a confiabilidade e erro de medida. A mesma situação é enunciada no domínio da validade, com três propriedades psicométricas: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério. Quanto ao domínio da responsividade, engloba a capacidade de resposta da medida (Mokkink et al., 2010).

e) Tipo de Estudos:

Quanto ao desenho foram incluídos: todos os estudos de validação de instrumentos de medida; estudos com outros projetos no desenvolvimento de instrumentos de medida; ou estudos que avaliam uma ou mais propriedades psicométricas de instrumentos de medida, no âmbito do *Debriefing* em contexto de SC.

2.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A realização desta revisão sistemática da literatura incluí quatro passos fundamentais: primeiramente realizou-se uma pesquisa preliminar onde foram analisadas as bases da *Cochrane Database of Systematic Reviews* e da JBI, com a finalidade de assegurar que nenhum protocolo ou revisão sistemática nesta temática tinham sido desenvolvidos; de seguida desenvolveu-se uma pesquisa na *PubMed* e *Cinahl*, *ERIC* com o objetivo de identificar os termos mais recorrentes na literatura dentro do tema desta revisão; tendo em conta o *Background* realizado sobre o tema, foram definidas as palavras-chave que

surgiram dos *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo que para cada uma das palavras-chaves foram identificados os seus respetivos sinónimos; e por fim identificados estudos não publicados – literatura cinzenta – de forma a complementar a revisão.

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *PubMed*; *Medline*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cinahl* e *MedicLatina*; *Scielo*.

Fontes de estudos não publicados, revistos por pares e que incorporam a literatura cinzenta, tais como: registos de pesquisas e ensaios; teses e dissertações; documentos que contenham dados estatísticos; circulares; relatórios; e documentos de conferências, também foram pesquisados usando as seguintes bases: Banco de Teses da CAPES (Brasil), RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e OpenGrey (System for Information on Grey Literature in Europe).

Foi igualmente realizada uma pesquisa direta nos *sites* de revistas, com revisores de pares e com elevador fator de impacto (*Elsevier*[®]), na área do *Debriefing* e da *SC*.

Esta pesquisa inclui estudos com início nos anos de 1990, sendo selecionados os estudos onde estão incluídos os termos de pesquisa no título e no resumo e se encontrem em língua inglesa ou língua portuguesa.

Para cada um dos termos indexados realizou-se uma pesquisa individualizada, seguida de conjugação dos mesmos com os seus respetivos sinónimos, e por fim a conjugação da totalidade da equação de pesquisa, com recurso aos operadores booleanos «OR», «AND» e «NOT».

Debriefing AND Simulation Training

Debriefing AND Simulation Training) AND Self-report Questionnaires

Debriefing AND Simulation Training) AND Measurement Instruments

Debriefing AND Simulation Training) AND Validity

Debriefing AND Simulation Training) AND Reliability

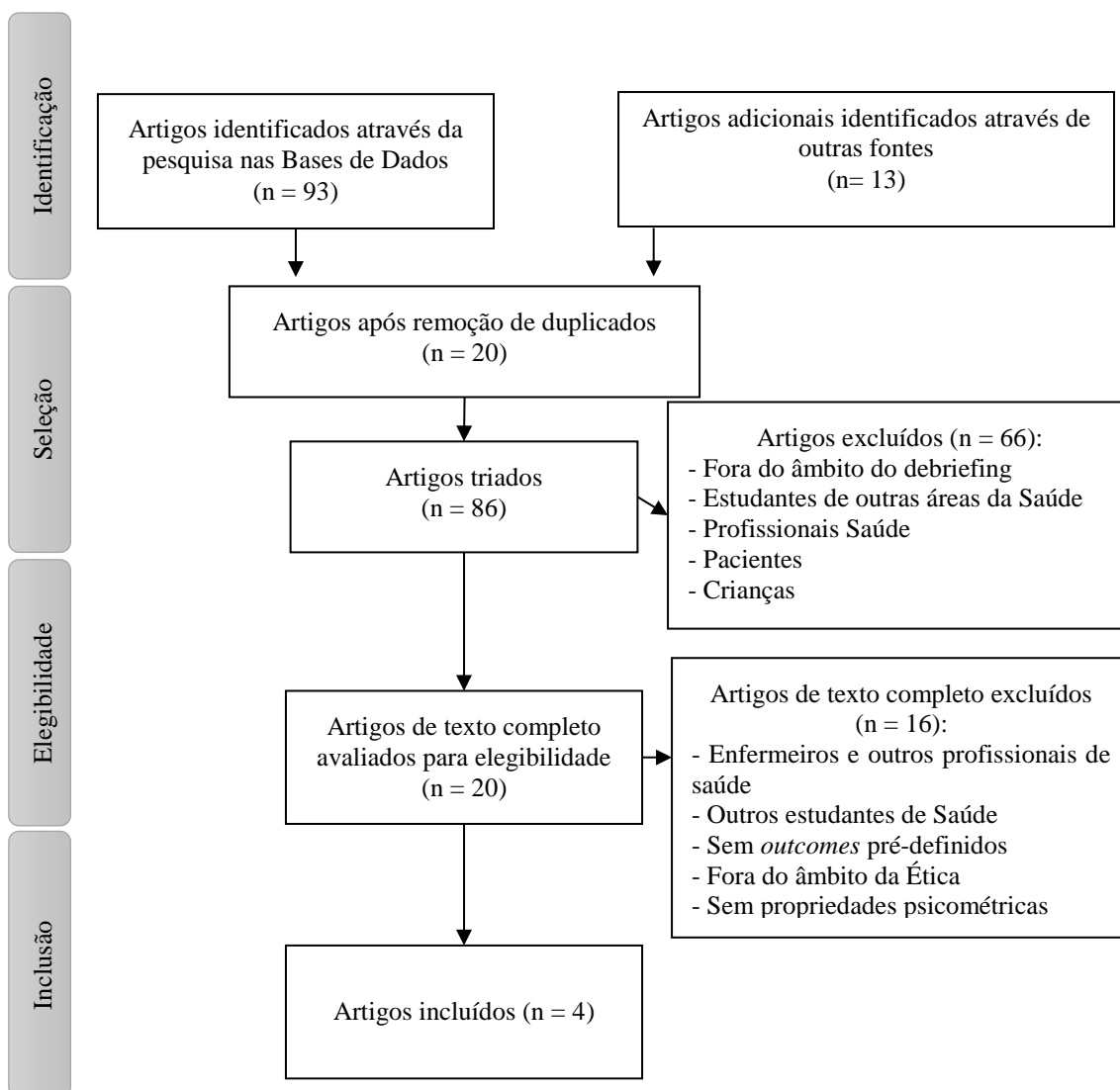
Debriefing AND Simulation Training) AND Measurement Properties

Debriefing AND Simulation Training) AND Psychometric Properties

Debriefing AND Nursing Students

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão anteriormente enunciados.

FIGURA 1 – Fluxograma PRISMA da Pesquisa



2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade metodológica das propriedades de medida dos instrumentos incluídos neste estudo foi realizada por dois revisores independentes, os quais avaliaram as quatro etapas da lista de verificação COSMIN com a escala de quatro pontos (Mokkink et al., 2010, Terwee et al., 2012):

- 1- Identificação das propriedades de medida avaliadas em cada estudo;

- 2- Verificação dos métodos estatísticos utilizados em cada estudo, se são baseados na Teoria do Teste Clássico ou na Teoria da Resposta do Item;
- 3- Avaliação da qualidade metodológica dos estudos, tendo em conta as propriedades de medida identificadas no ponto 1;
- 4- Análise da generalização dos resultados dos estudos, tendo em conta as propriedades de medida identificadas no ponto 1.

Foram definidas para cada item COSMIN quatro opções de resposta (excelente, bom, razoável e fraco). Os revisores avaliaram a qualidade metodológica de cada propriedade de medição com base no princípio das "contagens de pior pontuação" (a classificação mais baixa de qualquer item na caixa correspondente), como sugerido por Terwee et al (2012).

As divergências entre os revisores foram revolidas por discussão.

2.4. EXTRAÇÃO DE DADOS

De acordo com o protocolo COSMIN para revisões sistemáticas das propriedades de medição, os dados extraídos devem incluir os seguintes detalhes (Terwee et al 2011):

- Características gerais dos instrumentos (construções, subescalas, número de itens, versão, etc.).
- Características da população em estudo, nas quais as propriedades de medição foram acedidas (idade, género, definições, País, linguagem, escolaridade, etc).
- Resultados das propriedades de medição.
- Evidência da interpretação dos questionários incluídos (distribuição das pontuações e alterações mínimas importantes).

Os dados foram extraídos em tabelas por dois revisores independentes. Dado o limite temporal para a realização desta revisão sistemática os autores dos estudos não foram contactados de modo a fornecer dados em falta.

2.5. SÍNTESE DE DADOS

Os dados foram sintetizados através de dois revisores independentes através da criação de tabelas de visão geral com sumários descritivos: detalhes dos estudos; detalhes dos

instrumentos; avaliação da qualidade metodológica e as propriedades de medição para cada instrumento.

Sempre que os estudos forem semelhantes em termos de população, definições, versão do instrumento (ex: linguagem) e forma de administração (acedido através da lista de verificação COSMIN), os resultados das propriedades de medição, serão simplificados através de uma síntese de melhor evidência (Terwee et al, 2011).

Os revisores classificaram os resultados das propriedades de medição para cada estudo como positivo, indeterminado ou negativo (Terwee et al,2007), e atribuíram um nível de evidência (forte, moderado, limitado, conflituooso, desconhecido) conforme proposto por o Cochrane Collaboration Back Review Group (Van Tulder, Bombardier &Bouter, 2003).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a metodologia de pesquisa descrita anteriormente, foram encontradas as seguintes escalas de avaliação de *debriefing* que serão analisadas neste capítulo:

- *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)*;
- *Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) – Bringing Science to the Art of Debriefing in Sugery*;
- *Debriefing Experience Scale (DES)*;
- Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação (EADaS);

A literatura revela uma escassez nas abordagens metodológicas para a realização de *debriefing* em contexto de simulação clínica, assim foram poucos os artigos encontrados que respondessem a questão inicial. No entanto, foram selecionados quatro artigos onde estão presentes escalas para avaliação de *debriefing*.

Relativamente às características dos participantes (Quadro 1), descrição dos domínios, propriedades e aspetos (Quadro 2) e critérios de qualidade para as propriedades de medição (Quadro 3), do estudo, descrevem-se seguidamente.

Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH), trata-se de uma escala construída através da observação de 5000 *debriefings*, em simulação clínica. Posteriormente foram observados e foi dado feedback a mais de 2500 *debriefings* por instrutores com um amplo conjunto de habilidades e estilos de *debriefing*, da Ásia, Oceânia, Europa e América.

A validação da escala foi realizada partir da observação de vídeos de vários tipos de *debriefing* (ineficazes/razoáveis/excelentes). Os vídeos foram observados por 114 alunos em contexto de simulação clínica – numa simulação de Pneumotórax. Os alunos eram enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde. Esta escala tem como finalidade avaliar a qualidade do *debriefing*, através de comportamentos, tais como, se o aluno criou um ambiente psicologicamente seguro para a aprendizagem e se seguiu as fases do *debriefing*.

A escala é composta por seis elementos que compõem o *debriefing*. Esses seis elementos são observados através dos comportamentos do estudante. A cada elemento é aplicado um valor de 1 a 7, sendo 1 – extremamente ineficaz/prejudicial e 7 – extremamente eficaz/excepcional.

Da análise estatística dos dados, sabemos que apresenta um coeficiente de correlação intra classes (ICC) de 0.74. Pinto, Lopes, Oliveira, Amaro e Dias (sd), afirmam que para valores de ICC entre 0.4 e 0.74 os estudos são de reprodutividade satisfatória, enquanto que para valores superiores a 0.75 são de reprodutibilidade excelente. Assim concluímos que a presente escala tem reprodutividade satisfatória. De acordo com a classificação de Terwee et al (2007), a consistência interna deste instrumento é positiva dado que o valor de alpha é superior a 0.70. No que diz respeito a confiabilidade, os mesmos autores atribuíram a classificação positiva porque o valor de ICC é superior a 0.70.

Pestana e Gageiro (2008) afirmam que uma boa consistência interna deve exceder um valor de alfa de 0.80. No entanto, estudos com valores acima de 0.60 são aceitáveis principalmente quando as escalas têm um número de itens muito baixo. Assim, podemos afirmar que a escala apresenta uma boa consistência interna dado que o seu valor de alpha de Cronbach de 0.89. As diferenças de análise dos 3 *debriefing* foram estatisticamente significativas ($F=486.2$; $df= 2.226$; $P< 0.001$).

Objective Structured Assessment of Debriefing (OSAD) – Bringing Science to the Art of Debriefing in Sugery, é uma escala que tem como finalidade a avaliação da qualidade do *debriefing*, foi construída por 7 peritos com formação em educação médica, cirurgia e metodologia de avaliação. A sua construção desenvolveu-se através da realização de 33 entrevistas estruturadas realizadas por cirurgiões e da análise de 28 revisões da literatura. Relativamente à validação da escala, consiste em duas fases, sendo a primeira a validação de conteúdo e de face. A segunda fase consiste na análise da consistência interna, através da visualização de 20 vídeos de *debriefing* após simulação de alta-fidelidade no bloco operatório durante colecistectomias laparoscópicas.

A escala é constituída por 8 categorias que constituem o *debriefing*, sendo elas: Abordagem; Meio Ambiente; Compromisso; Reação; Reflexão; Análise; Diagnóstico e Aplicação. Cada categoria é classificada numa escala de 1 (mínimo) para 5 (máximo) em relação a quão bem esse elemento do *debriefing* é conduzido pelo professor. A pontuação

global da OSAD, varia de um mínimo de 8 a um máximo de 40, sendo que maiores pontuações indicam maior qualidade no debriefing.

Quanto à sua fidelidade podemos verificar que o valor de alpha de Cronbach é de 0.94 e portanto considera-se que tem uma consistência interna muito boa. Pestana e Gaeiro (2008), corroboram este resultado afirmando que valores de alpha superiores a 0.9 indicam consistência interna muito boa. Por outro lado, de acordo com Davellis (1991) citado por Almeida e Freire (2007), testes com valores de alpha superiores a 0.9 são suspeitos, devendo ponderar-se se se justifica a redução do número de itens ou se estes não são demasiado homogêneos na sua formulação. A validade concorrente foi avaliada entre a correlação do instrumento com a opinião dos participantes. Esta correlação é forte, positiva e significativa ($p= 0.68$).

A validade de conteúdo foi verificada por 15 médicos de cirurgia através da aplicação de uma escala tipo likert, em que o valor 1 corresponde a “nada relevante” e o valor 5 corresponde a “muito relevante”, nas 8 dimensões da escala. No que diz respeito à sua confiabilidade a escala apresenta um ICC de 0.881 no teste e um ICC de 0.898 no re-teste, sendo que os valores oscilam entre 0.73 e 1.00 nas várias dimensões.

Debriefing Experience Scale (DES), é uma escala desenvolvida com o intuito de avaliar a experiência do *debriefing* em estudantes de enfermagem. A escala está dividida em quatro sub-escalas, Os participantes foram 130 estudantes da licenciatura de enfermagem dos quais 75 de obstetrícia e 55 de cuidados intensivos. Destes estudantes, 5 são do sexo masculino e 125 do sexo feminino. As idades dos participantes variam entre os 19 e os 51 anos, sendo a média de idades de 22 anos.

Cada estudante participou em pelo menos 5 simulações de *debriefing*, posteriormente, formaram-se grupos constituídos por 5 a 8 estudantes. Um grupo realizava o *debriefing* com presença de vídeo e o outro grupo realizava o *debriefing* sem ter assistido ao vídeo.

Relativamente à sua fidelidade podemos verificar que para a dimensão da experiência o alpha de Cronbach é de 0.93 e para a dimensão da importância é de 0.91, portanto ambas as dimensões apresentam muito boa consistência interna.

Quanto à validade do constructo, observamos que na dimensão da experiência as subescalas apresentam os seguintes valores de alpha de Cronbach:

- Análise de pensamentos e sentimentos (constituída por quatro itens): 0.80

- Aprender e fazer conexões (Constituída por oito itens) – 0.89
- Habilidade do facilitador na condução do *debriefing* (constituída por cinco itens) -0.80
- Orientação apropriada do facilitador (constituída por três itens) – 0.84

Quanto à dimensão da importância os valores de alpha de Cronbach são os seguintes:

- Análise de pensamentos e sentimentos – 0.61
- Aprender e fazer conexões – 0.85
- Habilidade do facilitador na condução do *debriefing* – 0.75
- Orientação apropriada do facilitador- 0.65

Todos os itens têm o valor de alpha superior a 0.60 o que significa que todos os itens são aceitáveis, embora fracos (entre 0.6 e 0.7), segundo os valores de referência de apresentados por Pestana e Gageiro (2008). Davellis (1991) citado por Almeida e Freire (2007), considera valores de alpha entre 0.60 e 0.65 indesejáveis, no entanto, conforme nos diz Garret (1962) citado por Almeida e Freire (2007), a ponderação deve ter em consideração a natureza do teste, o seu tamanho, a variabilidade do grupo e o próprio objetivo do teste.

Não existe referência ao teste de adequação amostral nesta escala, contudo, existe uma versão desta escala validada para a Língua Portuguesa por Almeida, Mazzo, Martins, Coutinho, Jorge & Mendes em 2015, cujo teste de adequação amostral foi verificado através do Kaiser Meyer Olkin (KMO) cujo resultado é de 0.83 com teste de esfericidade de Barlett <0.001. Neste caso, podemos concluir que a solução encontrada é boa uma vez que o KMO está entre 0.8 -0.9 (Pestana & Gageiro, 2008).

DeVon et al. (2007), citado por Reed (2012), consideram ser necessário a realização de testes psicométricos adicionais na DES, de forma a garantir que reflita a experiência do *debriefing* nos alunos de enfermagem e a importância dessas experiências para o aluno:

- Análise fatorial exploratória, incluindo dados teóricos para testar melhor a validade de constructo da ferramenta e validar até que ponto o modelo estatístico se ajusta aos dados.
- Confiabilidade do teste, aplicando o mesmo teste ao mesmo grupo de alunos em diferentes momentos.

A DES poderá também ser utilizada com enfermeiros ou com outros profissionais de saúde. Contudo, a confiabilidade teria de ser testada para qualquer outra população.

A *Escala de Avaliação de Debriefing Associado a Simulação (EADaS)*, tem como objetivo a avaliação da qualidade do *debriefing* em contexto de simulação clínica. Para a sua construção participaram 209 estudantes do curso de licenciatura de enfermagem, sendo 81.3% do sexo feminino e 18.7% do sexo masculino, com média de idades de 22 anos.

Foi aplicado um questionário aos estudantes, na unidade curricular de Enfermagem em Emergências, após 9 horas de práticas laboratoriais no Centro de Simulação com manequins de média e alta-fidelidade, onde desenvolveram os cenários e os respetivos *debriefings*.

Trata-se de uma escala constituída por 34 itens, em que cada item é classificado com a pontuação mínima de 1 (discordo totalmente) até à pontuação máxima de 5 (concordo plenamente). É uma escala com boa consistência interna com alpha de Cronbach de 0.899. A medida de KMO é de 0.887 significando assim que existe uma boa adequação da amostra para a análise. O valor do teste de esfericidade de Barlett χ^2 é de 5203.963; $p=0.000$, este teste é considerado válido quando apresenta resultados com valor elevado do teste ($p < 0.5$) (Pestana & Gaeiro, 2008), permitindo assim prosseguir para a análise fatorial, com variância explicada de 43,99%. Para Terwee et al. (2008), no que respeita a validade de constructo, este instrumento é classificado como negativo dado que apresenta variância explicada inferior a 50%. Após a análise surge a divisão da escala em três fatores: Psicossocial (constituída por 3 itens) com $\alpha = 0.884$; Cognitiva (constituída por 9 itens) com $\alpha = 0.859$ e Afetiva (constituída por 12 itens) com $\alpha = 0.889$. Portanto todos os fatores têm boas propriedades psicométricas, revelando potencial para o seu uso na investigação científica. Poderá tornar-se útil para avaliar a importância do *debriefing* associado a simulação clínica em estudantes de enfermagem.

Embora este estudo tenha sido efetuado tendo presente o instrumento robusto do COSMIM, assim como segundo as orientações da JBI para esta matéria, as nossas limitações podem ser apontadas, nomeadamente:

- Escassez de estudos e instrumentos para avaliação de *debriefing*;
- Dados insuficientes nos artigos relacionados com as propriedades psicométricas;
- Dificuldade na aplicação das escalas COSMIN.

Apesar das limitações, pensamos que com esta RSL disponibilizar a listagem dos estudos assim como a sua validade para que possam ser aplicados na prática, no ensino e na investigação.

QUADRO 1 – Características da Amostra

Autor	Artigo	Participantes	Características Sociodemográficas	Técnica/Ambiente
Marisa Brett-Fleegler; Jenny Rudolph; Walter Eppich, Michael Monuteaux, Eric Fleegler; Adam Cheng; Robert Simon.	Debriefing Assessment of Simulation in Healthcare (Avalia a qualidade do Debriefing)	Enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde com mestrado e doutoramento		Construção: Observação de 5000 <i>debriefings</i> ; Após a observação dos vídeos foi dado feedback a mais de 2500 <i>debriefing</i> por instrutores de debriefing. Validação: 114 alunos (enfermeiros, médicos e outros profissionais), divididos em 3 grupos de simulação clínica, assistem 3 vídeos com diferentes tipos de <i>debriefings</i> - superiores, médios e fracos.
Sonal Arora, Maria Ahmed, John Paige, Debra Nestel, PhD, Jane Runnacles, Louise Hull, Ara Darzi, Nick Sevdalis.	Objective Structured Assessment of Debriefing - <i>Bringing Science to the Art of Debriefing in Surgery</i> (Avalia a qualidade do Debriefing)	Construção: 33 indivíduos através de entrevista estruturada Análise por 7 peritos Validação: 1ª Fase: validação de conteúdo e de face -15 Peritos 2ª Fase – Análise da consistência interna -2 assessores	1ª Fase: 12 – Reino Unido 11 – EUA 10 - Austrália 2ª Fase - Com experiência entre 10 a 15 anos	Construção: Realização de 33 entrevistas semi estruturadas e análise de 28 revisões da literatura. Validação: visualização de 20 vídeos de <i>debriefings</i> após simulação de alta fidelidade no BO - (Colecistectomias laparoscópicas)
Shelly J. Reed.	Debriefing Experience Scale: Development of a Tool to Evaluate the Student Learning Experience in Debriefing (Avalia a experiência no debriefing)	130 Estudantes da Licenciatura de Enfermagem (75 – Obstetrícia e 55 em cuidados intensivos)	5 – Homens 125- Mulheres Idade – entre 19 e 51 anos Média de idades – 22 anos	Cada estudante participou pelo menos em 5 simulações; Grupos de 5 a 8 estudantes – 1 grupo realizou debriefing com presença de vídeo e outro grupo sem vídeo.
Verónica Rita Dias Coutinho; José Carlos Amado Martins; Maria de Fátima Carneiro Ribeiro Pereira.	Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS) (Avalia a qualidade do Debriefing)	209 Estudantes do curso de licenciatura em enfermagem	81,3% - Mulheres 18,7% - Homens Idade média – 22 anos	Unidade curricular de Enfermagem em Emergências – Aplicação do questionário após 9 horas de práticas laboratoriais Centro de Simulação - com manequins de média e alta-fidelidade.

QUADRO 2 – Descrição dos domínios, propriedades e aspetos

Domínios	Propriedades	Aspetos			
		DASH (observação)	OSAD (Observação)	Debriefing Experience Scale (Questionário)	EADaS (Questionário)
Confiabilidade	Consistência Interna				
	Confiabilidade				
	ICCs	0.74			
	Erro de Medição				
	Confiabilidade entre avaliadores	6 Elementos			
Validade	Validade do Conteúdo		Alpha 0.94		
	Validade do Constructo				
	Validade de Critério				
	Validade Concorrente		0.68 (correlação forte, positiva significativa)		
Capacidade de resposta	Capacidade de resposta				

QUADRO 3 - Critérios de qualidade para as propriedades de medição

Propriedades	Critérios de Qualidade			
	DASH	OSAD	Debriefing Experience Scale	EADaS
Consistência Interna	Alfa 0.89		Dimensão da Experiência – Alpha 0.93	Alpha global - 0.899
			Dimensão da Importância – Alpha 0.91	Psicossocial – 3 itens 0.884
				Cognitiva – 9 itens- 0.859
				Afetiva – 12 itens - 0.889
Confiabilidade	ICC 0.74			
Erro de medição				
Interrater reliability	Avaliado através da discussão entre vários elementos	0.881 Teste – reteste 0.898 (valores que oscilam entre 0.73 e 1.00 das 8 dimensões, total: 0.94)		
Validade de c-onteuudo		Foi feita por 15 médico de cirurgia (Avaliação de uma escala tipo likert 1- nada relevante; 5- muito relevante)		
Validade de Constructo – <i>Structural validity*</i>			4 Fatores: Análise de pensamentos e sentimentos (constituída por 4 itens): 0.80/ 0.61 Aprender e fazer conexões (Constituída por 8 itens) – 0.89/0.85 Habilidade do facilitador na condução do debriefing (constituída por 5 itens) -0.80/0.75 Orientação apropriada do facilitador (constituída por 3 itens) – 0.84/0.65	Análise fatorial – 3 fatores: <ul style="list-style-type: none"> • Psicossocial • Cognitiva • Afetiva
Teste de hipóteses				
Validade Intercultural				
Validade de Critério				
Capacidade de Resposta				
Notas:	As diferenças de análise dos 3 debriefings foram estatisticamente significativas	A corrorrente foi avaliada entre correlação do instrumento com a opinião dos participantes	*Foram excluídos itens “loading” inferiores a 0.40	KMO – 0.887; teste esfericidade de Barlett x2 – 5203,963 P= 0.000 Variância explicada de 43,99% KMO < 0. 60 diz nos se a análise fatorial é boa

3. CONCLUSÃO

O *debriefing* é considerado uma discussão/reflexão estruturada acerca de determinado aspeto, de forma a consolidar conhecimentos aos estudantes. Considera-se como uma parte fundamental na simulação clínica, permitindo aos estudantes procurar justificações para as suas ações contribuindo para a melhor tomada de decisão clínica.

Após a análise dos instrumentos de avaliação de *debriefing*, consideramos os instrumentos válidos para avaliação do *debriefing* em estudantes de enfermagem e para a utilização em investigações futuras uma vez que apresentam boas propriedades psicométricas.

Sumariamente, podemos concluir que a DASH e a OSAD são escalas construídas a partir de observação de vídeos, sendo que a OSAD apresenta melhor consistência interna e portanto torna-se uma melhor opção que a OSAD.

Relativamente à DES e à EADs, são escalas construídas através do preenchimento de questionários, podemos observar que ambas apresentam boas propriedades psicométricas, no entanto a DASH tem maior valor de alpha e portanto maior consistência interna que a EADs.

Apesar dos benefícios já conhecidos do *debriefing*, não existe ainda um modelo de *debriefing* ideal, nem a sua aplicação em contexto real na prática clínica exigindo assim a necessidade da realização de mais estudos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abatzis, V., & Littlewood, K. (2015). Debriefing in Simulation and Beyond. *Int Anesthesiology Clinic*, 53 (4), 151-62.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed). Braga. Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, R. Mazzo, A. Martins J., Coutinho, V., Jorge, B. & Mendes, I. (2015). Validação para a língua portuguesa da Debriefing Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (4), 705-711.
- Couper, K. & Perkins, G. (2013). Debriefing after resuscitation. *Current Opinion Critical Care*, 19 (3), 188-194.
- Dreifuerst, K. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education*, 51 (6), 326-333.
- Fanning, R. & Gaba, D. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation Healthcare*, 2 (2), 115- 25.
- Forneris, S., Neal, D., Tiffany, J., Kuehn, M., Meyer, H., Blazovich, L., & Smerillo, M. (2015). Enhancing clinical reasoning through simulation debriefing: A multisite study. *Nursing Education Perspectives*, 36 (5), 304-310.
- Gaba, D. (2007). The future vision of simulation in healthcare. *Simulation in Healthcare : Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2 (2), 126–135.
- Hicks, F., Coke, L., & Li, S. (2009). The effect of high-fidelity simulation on nursing students' knowledge and performance: A pilot study. *National Council of State Boards of Nursing* (Vol. 40), 6-20.
- Iglésias, A. & Pazin-Filho, A. (2015). Emprego de simulações no ensino e na avaliação. *Medicina, Ribeirão Preto*, 48 (3), 233-240.
- Jeffries, P., Rodgers, B. & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description. *Nursing Education Perspectives*, 36 (5), 292-293.

- Joan, S., Jacqueline, M., Chad, E. & Penni, W. (2010). Using Video-Facilitated Feedback to Improve Student Performance Following High-Fidelity Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, (6) 5, 177-184.
- Johnson, E., Lasater, K., Hodson-Carlton, K., Siktberg, L., Sideras, S. & Dillard, N.,(2012). Geriatrics in simulation: role modeling and clinical judgment effect. *Nursing Education Perspectives*. 33 (3), 176–180.
- Lasater, K., (2007). High fidelity simulation and the development of clinical judgment: student experiences. *Journal of Nursing Education*, (46), 269–276.
- Lavoie, P., Pepin, J. & Cossette, S., (2017). Contribution of a reflective debriefing to nursing students' clinical judgment in patient deterioration simulations: A mixed-methods study. *Nurse Education Today*, (50), 51-56.
- Lavoie, P., Pepin, J., & Cossette, S., (2015). Development of a postsimulation debriefing intervention to prepare nurses and nursing students to care for deteriorating patients. *Nurse Education in Practice*, 15 (3), 181-191.
- Lavoie, P., Pepin, J., Boyer, L., (2013). Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical simulation: a pilot test. *Dynamics* 24 (4), 36-41.
- Lindsey, P. & Jenkins, S., (2013). Nursing students' clinical judgment regarding rapid response: the influence of a clinical simulation education intervention. *Nursing Forum*, 48 (1), 61-70.
- Mariani, B., Cantrell, M., & Meakim, C. (2014). Nurse educators' perceptions about structured debriefing in clinical simulation. *Nursing Education Perspectives*, 35 (5), 330-331.
- Mariani, B., Cantrell, M., Meakim, C., Prieto, P., & Dreifuerst, K., (2013). Structured debriefing and students' clinical judgment abilities in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9 (5), e147-e155.
- Mayville, M. (2011). Debriefing: The essential step in simulation. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 11 (1), 35-39.

- Meakim, C., Decker, S., Franklin, A., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C., & Borum, J. (2013). Standards Of Best Practice: Simulation Standard I:Terminology. *Clinical Simulation In Nursing*, 9 (6), 3-11.
- Mokkink L., Terwee C., Patrick D., Alonso J, Stratford P., Knol D., et al. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research*;19 (4), 539–549.
- Mokkink, L., Terwee, C., Patrick, D., Alonso, J., Stratford, P., Knol, D., de Vet, H. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63 (7), 737–745.
- Moule, P., Wilford, A., Sales, R., & Lockyer, L. (2008). Student experiences and mentor viewa of the use of simulation for learning. *Nurse Education Today*, (28), 790-797.
- Neill, M., & Wotton, K. (2011). High-fidelity simulation debriefing in nursing education: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing*, 7 (5), e1-e8.
- Pacheco, S. (2008). Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Referência - II – (7)* 89-95.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- Pinto, J., Lopes, J., Oliveira, J., Amaro, J., & Dias, L. (sd). Métodos para estimação e reprodutividade de medidas. Faculdade de Medicina do Porto. Acedido em 20 de Agosto de 2018 disponível em: <https://users.med.up.pt/~joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm>
- Reed, S. (2012). Debriefing Experience Scale: Development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 8 (6), e211-e217.

- Rudolph, J., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R., & Raemer, D. (2007). Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinical*, (25), 361-376.
- Savoldelli, G., Naik, V., Park, J., Joo, H., Chow, R., & Hamstra, S. (2006). Value of debriefing during simulated crisis management: Oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology*, (105), 279-285.
- Schiavenato M. (2014). Reevaluating simulation in nursing education: beyond the human patient simulator. *Journal Nursing Education.*, 48 (7), 388-394.
- Sherbino, J., Frank, J., Lee, C & Bandiera, G. (2006). Evaluating “ED STAT!” a novel and effective faculty development program to improve emergency department teaching. *Academic Emergency Medicine*, 13 (10), 1062-1069.
- Shinnick, M., Woo, M., & Evangelista, L. (2012). Predictors of knowledge gains using simulation in the education of prelicensure nursing students. *Journal of Professional Nursing*, (28), 41–47.
- Souza, J., Silva, F., Oliveira, K., Venâncio, A., Hermann, P; Magro, M. (2017). Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. *Investigação qualitativa em saúde*, (2), 841-848.
- Terwee, C., de Vet, H., Prinsen, C. & Mokkink, L. (2011). Protocol for systematic reviews of measurement properties. Amsterdam: COSMIN. Acedido em 12 de fevereiro de 2018, disponível em: [http://www.cosmin.nl/images/upload/files/Protocol%20klinimetrische%20review%20v rsion%20nov%202011%281%29.pdf](http://www.cosmin.nl/images/upload/files/Protocol%20klinimetrische%20review%20version%20nov%202011%281%29.pdf).
- Terwee, C., Mokkink, L., Knol, D., Ostelo, R., Bouter, L. & de Vet, H. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*; 21 (4), 651–657.
- Terwee, C., Bot, S., de Boer, M., Dawm, W., Knol D., Dekker J, et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal Clinic Epidemiology*, 60 (1), 34–42.

- Tosterud, R., Hall-Lord, M., Petzäll, K., Hedelin, B., (2014). Debriefing in simulation conducted in small and large groups - nursing students' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (9), 173-182.
- Van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group*, 28 (12), 1290–1299.
- Wickers, M., (2010). Establishing the climate for a successful debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 6 (3), e83–e86.
- Yarris, L., Jones, D., Kornegay, J. & Hansen, M. (2014). The Milestones Passport: A Learner-Centered Application of the Milestone Framework to Prompt Real-Time Feedback in the Emergency Department. *The Journal of Graduate Medical Education*, 6 (3), 555–560.
- Yarris, L., Linden, J., Gene Hern, H., Lefebvre, C., Nestler, D, Fu, R., Choo, E. et al (2009). Attending and resident satisfaction with feedback in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, (16), 76–81.
- Yuan H, Williams B, & Fang J. (2012). The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: a systematic review. *International Nursing Review*, 59 (1), 26-33.
- Yuan, H., Williams, B., & Fang, J. (2012). The contribution of high-fidelity simulation to nursing students' confidence and competence: A systematic review. *International Nursing Review*, (59), 26–33.

REFLEXÃO FINAL SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Desenvolver competências de enfermagem especializadas, exige observação e conhecimento de um conjunto de regulamentos, normas e padrões de boas práticas levando assim à construção do conhecimento baseado na evidência científica que conduz à excelência no cuidar.

Após a análise do percurso de aprendizagem neste curso de Mestrado, reconheço que esta procura constante de conhecimentos permitiu a evolução e crescimento profissional e pessoal, servindo de base para a segurança na prática clínica. Desta forma, este relatório descreve e analisa o desenvolvimento de competências especializadas adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos, que dão origem à melhoria contínua dos cuidados.

Relativamente à Revisão Sistemática da Literatura, foi um momento de aprendizagem útil de forma a incorporar a melhor evidência científica. Assim considero que o conhecimento é uma construção constante, e para tal, tem de ser procurado e criado.

O Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica chegou ao fim, no entanto, a aprendizagem permanece continuamente, e desta forma assumo o compromisso de dar continuidade aos saberes adquiridos. Pretendo através de conhecimentos científicos atualizados e das competências especializadas desenvolvidas, desenvolver competências junto dos colegas de profissão, fundamentais para a melhor e mais qualificada prestação de cuidados de enfermagem na abordagem ao doente crítico, promovendo assim uma maior satisfação do doente, através da prevenção de complicações, promoção da saúde e ajuda na readaptação funcional da pessoa doente.

Em suma, este foi um percurso constituído por sucessos que constituíram um incentivo e motivação, mas também por angústias e contratemplos que constituíram aprendizagens sólidas que ficam para toda a vida.