



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

4º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**O *debriefing* realizado pela equipa do serviço de urgência
em situação de paragem cardiorrespiratória**

Cátia Marisa Vala Gregório

Leiria, setembro de 2017



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

4º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**O *debriefing* realizado pela equipa do serviço de urgência
em situação de paragem cardiorrespiratória**

Dissertação de Mestrado

Cátia Marisa Vala Gregório, 5150005

Professora Orientadora: Doutora Catarina Lobão

Leiria, setembro de 2017

*«A coisa principal da vida não é o conhecimento,
mas o uso que dele se faz.»*

TALMUDE

AGRADECIMENTOS

No final desta longa caminhada, com muitas horas de trabalho de pesquisa e trabalho em frente ao computador, e ainda com alguns contratemplos, chega a hora de encerrar esta etapa.

Um trabalho de investigação nunca é possível sem a colaboração de um grupo de Pessoas que, das mais variadas formas, contribuíram para a conclusão deste estudo e a quem devo agradecer.

Agradeço:

À Professora Doutora Catarina Lobão, pela sua imensa disponibilidade e horas despendidas em esclarecimentos durante este trabalho de forma a desenvolver a minha aprendizagem, pela sua sabedoria e orientação ao longo deste percurso para que eu tomasse as melhores decisões e pela força e motivação transmitida, fundamental para a realização e conclusão deste estudo.

À minha Mãe, por todo o apoio, incentivo e compreensão pelos momentos em que estive ausente.

Ao Márcio, pela sua preciosa presença nesta etapa, pela incansável paciência e incentivo, e sobretudo pela compreensão da minha falta de tempo e disponibilidade.

A todos os familiares, e de forma especial ao meu Irmão, à Tia Carmo e à Tia Linda, que com o seu apoio contribuíram para a consecução deste trabalho.

À Cátia, à Ana Paula, ao Carlos e ao Telmo, companheiros nesta caminhada, pelos momentos partilhados, pelas palavras de incentivo e pela motivação que me deram e que tornou tudo mais fácil.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que a conclusão deste trabalho fosse possível.

A todos o meu muito OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DISCERN – *Debriefing in situ conversation after emergent resuscitation now*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

SU's – Serviços de Urgência

RESUMO

O *debriefing* é uma reflexão estruturada pós-experiência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes. Assume especial importância nos serviços de urgência (SU's) uma vez que estes dão resposta aos doentes críticos. Os profissionais que trabalham neste contexto lutam diariamente para transformar as situações quotidianas em oportunidades de aprendizagem, recorrendo ao *debriefing* como estratégia fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua.

A questão central que norteou este estudo foi: “Qual a perceção da equipa de enfermagem e equipa médica face á utilização do *debriefing* associado a situação de paragem cardiorrespiratória (PCR) em contexto de serviço de urgência (SU).

Foi realizado um estudo de caso múltiplo (qualitativo) com recurso a entrevista semidirigida a 10 enfermeiros e a 5 médicos do SU obedecendo aos critérios de inclusão.

Após a análise de conteúdo verificamos que: todos os participantes no estudo já tinham realizado o *debriefing* embora de forma informal, reconhecendo a sua importância como processo de formação contínua com vista a melhoria contínua dos cuidados prestados, devendo ser idealmente realizado de forma estruturada e liderada por um dos profissionais com competências técnicas e não técnicas.

Como vantagens, o *debriefing* surge como uma ferramenta fundamental para conseguir manter o equilíbrio emocional, capaz de melhorar a *performance* e aquisição de competências dos profissionais de saúde.

As dificuldades/constrangimentos percebidos prendem-se sobretudo com a falta de tempo disponível para a realização desta reflexão, a falta de um espaço adequado a este propósito e a falta de sensibilização para o uso desta ferramenta.

Palavras-chave: *Debriefing*, Serviço de urgência.

ABSTRACT

Debriefing is a post-experience structured reflection that contributes to improve hospital quality and patient safety. This assumes special importance in the emergency department (ER) since this one answers the needs of critically ill patients.

The professionals that work in these settings fight on a daily basis to transform everyday situations in learning opportunities, using debriefing as a fundamental strategy to knowledge consolidation and continuing education.

The key issue that guided this case study was: “What is the perception of the nursing team and medical team regarding the use of debriefing related to cardiopulmonary arrest in the ER?”

A multiple (qualitative) case study was developed after a semi-structured interview to 10 nurses and 5 doctors in the ER that met the previously established inclusion criteria.

After content analysis we verified that: all the participants in the study had already performed *debriefing* although informally, recognizing its importance as a continuous training process with view to continuous improvement of provided care, and it should be ideally carried out in a structured way and led by a professional with technical and non-technical skills.

As advantages, debriefing emerges as a fundamental tool to maintain the emotional balance, capable of improving performance and skills acquisition in health professionals.

The perceived difficulties/constrains are mainly due to the lack of time available for this reflection, the lack of adequate space for this purpose and the lack of awareness of the usefulness of this tool.

Key words: debriefing, emergency department

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA 15

1.1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA E O SEU CONTEXTO EM PORTUGAL 15

1.2. A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 18

1.3. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 19

2. *DEBRIEFING* 22

2.1. *DEBRIEFING* COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO 22

2.2. OBJETIVOS DO *DEBRIEFING* 23

2.3. ASPETOS A CONSIDERAR NA REALIZAÇÃO DO *DEBRIEFING* 23

2.4. IMPLEMENTAÇÃO DO *DEBRIEFING* 26

2.5. *DEBRIEFING* – ESTADO DE ARTE 27

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO 31

1. METODOLOGIA 31

1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 32

1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO 33

1.3. TIPO DE ESTUDO 33

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA 35

1.5. INSTRUMENTOS 36

1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 38

1.7. TRATAMENTO DE DADOS 39

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 42

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 42

2.2. ANÁLISE DE CONTEÚDO 44

2.2.1. Estruturação do *debriefing* 46

2.2.2. Implementação do *debriefing* 51

2.2.3. Vantagens do *debriefing* 58

2.2.4. Desvantagens do *debriefing* 61

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO 64

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 76

ANEXOS

ANEXO I Algoritmo de SAV

ANEXO II DISCERN *tool*

ANEXO III Guião da entrevista

ANEXO IV Autorização do Conselho de Administração e Conselho de Ética do CHMT para a realização da entrevista

ANEXO V Termo de consentimento informado para a realização da entrevista

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Quadro explicativo das prioridades de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester 17

FIGURA 2 Apresentação esquemática do fenómeno em estudo 45

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Características sociodemográficas da amostra 43

INTRODUÇÃO

O *debriefing* é uma prática que teve início na 2ª Guerra Mundial no sentido de fomentar o espírito de equipa entre soldados com a partilha de situações traumáticas e é atualmente utilizado nas mais diversas áreas profissionais, incluindo entre as equipas de emergência (Magyar & Theophilos, 2010). Flato e Guimarães (2011) consideram o *debriefing* como um processo altamente interativo, uma reflexão pós-experiência que contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança dos doentes. Também Coutinho, Martins e Pereira (2014) descrevem o *debriefing* como uma ferramenta estruturada de reflexão sobre a ação, sendo considerado fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua dos enfermeiros.

Em contexto de emergência, esta ferramenta assume especial importância uma vez que, os profissionais vivenciam uma multiplicidade de sentimentos, quer positivos quer negativos, que interferem no trabalho da equipa de saúde. Este trabalho é também condicionado por fatores resultantes da ligação entre os membros da equipa tais como a formação, comunicação, experiência, organização e liderança, sendo que a projeção da equipa em futuras situações de emergências relaciona-se com as necessidades manifestadas após a situação de emergência: reflexão em equipa, mecanismos de avaliação e tempo de pausa (Azinhaga, 2014).

Kessler, Cheng e Mullan (2015) referem que apesar de o ambiente clínico no SU ser caótico, este oferece oportunidades únicas de aprendizagem. Defendem assim, que o *debriefing* devidamente estruturado, é uma importante ferramenta para melhorar o desempenho das equipas multidisciplinares em contexto de emergência.

Neste sentido, e tendo em conta que exerço funções num SU onde habitualmente são prestados cuidados a doentes críticos em contexto de sala de emergência, ambiciono trabalhar o tema: **O *debriefing* realizado pela equipa do SU em situação de paragem cardiorrespiratória.**

Este trabalho permitirá a reflexão sobre esta estratégia, permitindo assim compreender de que forma estas reuniões/reflexões contribuem para um processo de melhoria contínua dos cuidados prestados em situações de PCR.

Os objetivos deste estudo de investigação são:

- Identificar a utilização do *debriefing* pela equipa de enfermagem e equipa médica no SU, em situações de PCR.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros e dos médicos do SU sobre a utilidade do *debriefing* em situações de PCR.
- Descrever as vantagens e/ou desvantagens da realização do *debriefing* em contexto de emergência, percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos do SU, em situações de PCR.
- Descrever as dificuldades/constrangimentos associadas à realização do *debriefing*, percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos, em contexto de SU em situações de PCR.
- Conhecer as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do *debriefing*, no SU.

Este trabalho de investigação assume especial relevância, na medida em que vai de encontro ao que é definido como competências comuns do enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 19), nomeadamente:

“D2. Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento da área da especialidade.

D2.2.2. Identifica lacunas de conhecimentos e oportunidades relevantes de investigação.

D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação.

D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.”

O Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro (p. 8656), que define as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica explícita também esta procura constante para a excelência dos cuidados de enfermagem referindo:

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Relativamente às questões metodológicas este trabalho de investigação poderá ser descrito como um estudo qualitativo e descritivo exploratório, dando origem a um estudo de caso múltiplos.

A questão central que norteou a elaboração deste trabalho de investigação foi:

- Qual a perceção da equipa de enfermagem e equipa médica face à utilização do *debriefing* associado a situação de PCR em contexto de SU?

As questões de investigação subsequentes formuladas para atingir os objetivos propostos são:

- Os enfermeiros e os médicos do SU utilizam o *debriefing* na sua prática de trabalho em situações de PCR?
- Qual a perceção dos enfermeiros e dos médicos do SU sobre a utilidade do *debriefing* em situações de PCR?
- Quais as vantagens/desvantagens do *debriefing* percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos em situações de PCR?
- Quais as dificuldades/constrangimentos do *debriefing* percebidos pelos enfermeiros e pelos médicos em situações de PCR?
- Quais as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do *debriefing* em contexto de PCR?

Este trabalho está estruturado em dois capítulos:

A primeira parte deste trabalho (capítulo), que diz respeito a uma breve revisão sobre o tema do estudo, irá basear-se na literatura e estudos mais recentes sobre esta temática e divide-se em duas partes. Numa primeira parte iremos refletir sobre o SU, nomeadamente o seu contexto em Portugal, a equipa multidisciplinar no SU e a prática de suporte avançado de vida (SAV) no SU. De seguida iremos abordar a definição de *debriefing* como ferramenta de trabalho, os objetivos do *debriefing*, os aspetos a considerar na realização do *debriefing*, a implementação do *debriefing*, e por fim o estado de arte.

Num segundo capítulo será abordada a metodologia de investigação que iremos utilizar fazendo uma concetualização do estudo, abordando os seguintes aspetos: questões de investigação, objetivos do estudo, tipo de estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos formais e éticos e o tratamento de dados.

Os restantes pontos abordados no segundo capítulo compreendem a apresentação dos resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas e a discussão dos achados. Por fim, terminaremos com uma breve consideração final.

Este trabalho de investigação será redigido tendo presente o novo acordo ortográfico e tendo presente as normas de elaboração de trabalhos escritos na Escola Superior de Saúde de Leiria.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

É através do SU que o doente crítico acede aos cuidados necessários no sentido de recuperar da sua situação de doença. É também aqui que é exigido à equipa de saúde, e de forma particular aos enfermeiros que prestam cuidados na sala de emergência um alto nível de desempenho, exigindo destes

“observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

1.1. O SERVIÇO DE URGÊNCIA E O SEU CONTEXTO EM PORTUGAL

Tal como aparece consagrado em despacho ministerial, os SU's são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas que estejam em situação de doença e que se enquadre na definição de urgência e emergência médica (Despacho Normativo nº11/2002 de 6 de março).

A sala de emergência é um espaço/área do SU para o atendimento de doentes emergentes, permitindo assim a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica (Correia, 2013). Conforme o Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto, determina-se que o SU tem que ter uma sala de emergência com equipa com formação especializada em cuidar o doente crítico.

Emergência e urgência médica está definida no Despacho nº18459/2006 de 12 de setembro (p. 18611), como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”.

Este despacho não faz a distinção entre urgência médica e emergência, contudo a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) define como urgência uma situação clínica que exige uma avaliação, intervenção e correção num curto espaço de tempo, e por emergência uma situação em que existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata, não distinguindo também entre situações agudas ou agudizadas, sendo que estas não implicam necessariamente intervenção corretiva em curto espaço de tempo e neste sentido estes doentes não deverão ser alvo de cuidados assistenciais nos SU's (Campos, 2014).

Neste sentido o SU apresenta características particulares, apresentando-se como um serviço fundamental para o bem-estar das pessoas, e que nos últimos anos tem sido alvo de inúmeras críticas pelos mais variados setores da sociedade sobretudo devido à procura indevida e constante sobrelotação destes serviços (Silva, 2007). Estas situações podem comprometer a qualidade e segurança do atendimento (Machado, 2008).

Silva (2009) acrescenta ainda a existência de diversos estudos a referir que a maioria dos doentes que recorre ao SU não apresenta situações de verdadeira urgência, refletindo a falta de informação ou ineficaz resposta ao nível dos cuidados de saúde primários.

Também Campos (2014) reforça a ideia de que um dos principais problemas com que os SU's têm de lidar é a procura excessiva que é denunciada através de elevado número de utentes a quem é atribuída a prioridade verde (pouco urgente) e azul (não urgente) do Sistema de Triagem de Manchester.

A Triagem de Manchester é um sistema que diferenciação dos doentes admitidos no SU, de acordo com o grau de prioridade, e representa um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento (Pereira, 2014).

“o evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica. É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.” (Grupo Português de Triagem, s.d.)

Figura 1 – Quadro explicativo das prioridades de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Fonte: Grupo Português de Triagem (s.d.)

O Sistema de Triagem de Manchester é uma das formas encontradas para que os profissionais diferenciem os doentes urgentes/emergentes dos não urgentes. De acordo com a Direção Geral da Saúde (2015) todos os SU's de atendimento a adultos deveriam ter o Sistema de Triagem de Manchester implementado até 31 de Dezembro de 2015.

Para Teixeira (2010) as principais motivações dos doentes que recorrem ao SU foram: a perceção da gravidade da sua condição tendo em conta as experiencias prévias e o fato de os serviços de saúde primários não estarem sempre disponíveis. Assim, o SU assume-se como solução para quase todos os problemas, recebendo todos os tipos de utente e com as mais variadas situações de doença a qualquer hora, sendo frequente a prestação de cuidados de saúde no corredor ou em salas sobrelotadas, sem que, por exemplo, o direito à privacidade seja respeitado (Silva 2007). Ora o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto reafirma que os corredores do SU devem estar completamente livres, sem doentes ou macas que possam interferir na circulação de pessoas.

Contudo, Chambel (2012) confirma esta visão do SU em Portugal, afirmando que os utentes ficam frequentemente despersonalizados tendo pouco poder de decisão sobre os cuidados físicos, de socialização ou privacidade, despoletando sentimentos de medo, insegurança e ansiedade.

Neste sentido, a equipa multidisciplinar é também alvo de grande stresse, pelo que é fundamental a existência de uma equipa experiente e coesa para garantir os cuidados de qualidade (Silva, Munari, Brasil, Chaves, Bezerra & Ribeiro, 2012).

1.2. A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A organização dos cuidados de saúde interfere no produto final que são os cuidados prestados aos utentes e família, e são influenciados pelos diferentes elementos da equipa de multidisciplinar (Garlet, Lima, Santos & Marques, 2009).

O genuíno trabalho de equipa, entre enfermeiros e médicos, em contexto de cuidados de saúde poderá contribuir para a criação de um ambiente onde as hierarquias não interferem negativamente no trabalho destes profissionais, especialmente em contexto de emergência (Ajeigbe, McNesse-Smith, Phillips & Leach, 2014). Os mesmos autores afirmam que quando este ambiente saudável existe, os enfermeiros e médicos poderão coordenar os seus esforços e aptidões resultando em aumento da satisfação entre os profissionais e aumento da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Campos (2014) defende que nos SU's deveria existir uma equipa multidisciplinar fixa que garanta a qualidade e continuidade assistencial e um melhor nível de gestão.

Silva et al. (2012) realizaram um estudo onde identificam os aspetos impulsionadores e restritivos ao trabalho e coesão da equipa multidisciplinar do SU, tais como a existência de um objetivo comum, a multidisciplinariedade, a coparticipação, a comunicação a interação e o reconhecimento da importância de cada indivíduo no trabalho da equipa, promovendo assim mudanças individuais e coletivas no sentido de melhorar a *performance* dos profissionais.

Santos, Lima, Pestana, Colomé e Erdmann (2016) afirmam que os enfermeiros destacam-se na equipa multidisciplinar por mediar as relações entre os profissionais, garantindo assim que os cuidados de saúde são de qualidade. Os mesmos autores identificaram as estratégias utilizadas por estes profissionais (enfermeiros) para promover o trabalho em equipa, nomeadamente: a gestão de conflitos, o estabelecimento de relações de cooperação, a construção e manutenção de vínculos amigáveis e a articulação de ações entre os diferentes profissionais.

Deverá assim ser realçado a importância do trabalho de equipa e comunicação desta em contexto de emergência com o propósito de garantir a segurança do doente, a redução de erros clínicos e a redução dos tempos de espera para o atendimento (Kilner & Sheppard, 2010).

Também Santos e Silva (2012) confirmam que o trabalho de equipa multidisciplinar implica que os membros da equipa interajam, pressupondo interdisciplinaridade e um certo grau de interdependência para construir novas práticas e saberes.

Todo o trabalho em contexto de emergência deve contar com uma pessoa, quer seja enfermeiro ou médico, que assuma a responsabilidade de decidir, coordenar e supervisionar as ações da equipa, ou seja, o *team leader*, isto porque se a tomada de decisão for realizada por várias pessoas, provavelmente resulta numa enorme confusão que não beneficia nem o doente nem os profissionais de saúde envolvidos (Aehlert, 2007). O mesmo autor refere ainda que o *team leader* deverá ser o profissional que demonstra possuir mais competências para desempenhar esta mesma função, uma vez que este orienta os membros da equipa e supervisiona a situação de emergência, garantido que cada membro cumpre as suas funções de maneira segura e correta, sendo que idealmente este líder apenas oriente e não tenha que intervir diretamente na situação realizando alguma ação.

Para Araszewski, Bolzan, Montezeli e Peres (2014) o exercício da liderança é cada vez mais necessário para que uma equipa seja eficiente, tendo o líder de demonstrar competência para a tomada de decisão, capacidade de comunicação, gestão de conflitos e valorização seus colaboradores bem como das suas atividades. Assim, o verdadeiro líder, na opinião dos autores supracitados, deverão manter-se atualizados em termos de conhecimento científico, sendo também importante que façam uso das suas capacidades de comunicação, negociação, autonomia, criatividade e conhecimento.

1.3. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro, p. 8656) define que a “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

Os avanços da tecnologia e da ciência na área da saúde permite hoje em dia o aumento da sobrevivência dos doentes em estado crítico (Pais, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (s. d.) a PCR é uma situação de emergência que representa uma importante fatia das ocorrências sinalizadas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais exatamente 18183 do total das 1246723 ocorrências verificadas em 2013, em Portugal Continental.

O doente crítico, em situação de emergência, exige rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnicas por parte dos profissionais de saúde que dele cuidam (Azinhaga, 2014).

Na abordagem ao doente crítico são imprescindíveis certas condições para desenvolver um trabalho de equipa com a qualidade preconizada tais como a complementaridade, a articulação interprofissional, as relações entre os profissionais, a formação, e a comunicação (Bem, 2013).

Assim as manobras de suporte avançado de vida (SAV) deverão ser realizadas por uma equipa de profissionais de saúde diferenciada e treinada, com recurso á administração de fármacos, utilização de entubação traqueal, monitorização cardíaca e desfibrilhação elétrica (INEM, 2011).

O INEM (2012), relativamente à abordagem inicial do doente crítico, afirma que a sua avaliação primária deve obedecer a cinco etapas, pela seguinte ordem de prioridade e independentemente se se tratar de uma situação do foro médico ou de uma vítima de trauma:

A – Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical;

B – Ventilação e oxigenação;

C – Assegurar a circulação com controlo da hemorragia;

D – Disfunção neurológica;

E – Exposição com controlo da temperatura.

O INEM (2011) refere ainda que o algoritmo do SAV (Anexo I) aplica-se a todas as vítimas de PCR, contudo, existem situações de paragem provocadas por situações especiais onde estão indicadas atitudes adicionais nomeadamente: hipotermia, imersão/submersão, alterações eletrolíticas, intoxicações, eletrocussão, anafilaxia, mal asmático e trauma. O mesmo autor acrescenta ainda que as intervenções que irão interferir

mais fortemente na sobrevivência do doente, são o Suporte Básico de Vida (SBV) precoce e eficaz, com compressões torácicas ininterruptas e de qualidade e a desfibrilhação imediata quando se verifica um ritmo com indicação para tal (fibrilhação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso).

Os algoritmos de atuação, e de forma particular o algoritmo de SAV, refere-se a linhas de orientação para atuação numa situação de PCR, e que são resultado de um consenso entre peritos de todo o mundo, e após uma revisão científica internacional e relevante sobre o tema (Martins, 2010).

A decisão de suspender manobras de reanimação cardiopulmonar deverá ser tomada pelo *team leader* e discutida com a equipa clínica multidisciplinar, pois obriga a um julgamento clínico e a cuidadosa avaliação da probabilidade de recuperação da circulação espontânea (INEM, 2011)

Assim, o resultado final dos cuidados prestados pela equipa de saúde numa situação de emergência, e de forma particular numa situação de PCR, é claramente influenciada pelo esforço e articulação de todos e pela comunicação contínua, quer durante a estabilização inicial, manutenção e vigilância, quer durante a eventual transferência deste doente (Mcphail, 2011). Esta comunicação e reflexão sobre a ação é de extrema importância, tal como se pode verificar no ponto que se segue.

2. DEBRIEFING

Em contexto de SU, onde os profissionais de saúde estão habitualmente sobrecarregados com trabalho, estes tentam sempre que possível transformar as mais diversas situações ocorridas em momentos de aprendizagem, e potenciar a vertente educacional nos eventos clínicos diários (Mullan, Kessler & Cheng, 2014).

2.1. DEBRIEFING COMO FERRAMENTA DE TRABALHO

Liaw, Zhou, Lau, Siau e Chan (2014) afirmam que a comunicação e o trabalho de equipa, especialmente entre enfermeiros e médicos, são essenciais para que os cuidados prestados aos doentes sejam com qualidade e segurança preconizada. Healy e Tyrrell (2013) através de um estudo realizado na Irlanda, em três SU's, referem que os enfermeiros e médicos sentem a necessidade da realização de *debriefings*, nomeadamente para providenciar apoio psicológico à equipa, rever e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados por estes, especialmente após situações de emergência, e para fomentar o espírito de equipa.

Dufrene e Young (2014) definem o *debriefing* como uma reflexão guiada, sendo que na área da emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar a *performance* dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências. Também Mullan, Wuestner, Kerr, Christopher e Patel (2013) afirmam que muitas *guidelines* recomendam o *debriefing* das situações de emergência, por forma a melhorar o desempenho da equipa multidisciplinar.

Mullan et al. (2014) corroboram das definições acima apresentadas ao definirem o *debriefing* como uma discussão sobre as ações realizadas e uma reflexão sobre os processos, após um evento no sentido de melhorar o desempenho do(s) indivíduo(s). Estes autores falam de duas etapas no *debriefing* (baseado na teoria de Kolb), em que numa primeira fase se faz a observação reflexiva, onde os profissionais reveem e refletem sobre a experiência em si, e numa segunda fase onde se faz a conceptualização abstrata a fim de identificar novos conceitos para se aplicar às práticas futuras.

2.2. OBJETIVOS DO *DEBRIEFING*

Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel e Reimels (2010) referem que o número de doentes em situações agudas de doença que recorrem aos SU's estão continuamente a aumentar. Por outro lado, Couper e Perkins (2013) afirmam que os doentes que recuperam da PCR são poucos e neste sentido, é importante estabelecer estratégias para que a ressuscitação cardiopulmonar seja de qualidade. Acredita-se, ainda de acordo com o mesmo autor, que um dos métodos que contribui para melhorar os cuidados nesta área é o *debriefing* das situações ocorridas, identificando os aspetos a melhorar. Perkins et al. (2011) no seu estudo, confirmam esta ideia afirmando também que o *debriefing* de situações de ressuscitação cardiorrespiratória irão aumentar a adesão da equipa aos algoritmos internacionalmente aceites.

Também Lavoie, Talbot e Mathieu (2010) realizaram um estudo onde abordam a importância do *debriefing*, para os enfermeiros que exercem funções na sala de emergência como uma das estratégias para a prevenção de situações de stresse pós traumático.

Kessler et al. (2015) refere que o principal objetivo do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é encorajar a reflexão, facilitar a discussão sobre as ações e assimilar comportamentos mais adequados à prática. Deste modo, o *debriefing* pode ser encarado como uma poderosa ferramenta educacional e na área da qualidade, sendo entendido o potencial para modificar o desempenho da equipa e desta forma influenciar positivamente os cuidados prestados ao doente.

Já Magyar et al. (2010) e Mullan et al. (2013) confirmam a importância destes momentos de comunicação e reflexão em equipa, na melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados em situações de emergência.

2.3. ASPETOS A CONSIDERAR NA REALIZAÇÃO DO *DEBRIEFING*

Mitchell, Sakranda e Kameg (2003) e Kessler et al. (2015) afirmam que para que o *debriefing* seja convenientemente realizado terá que responder a várias questões nomeadamente: **o porquê, o quê, quem, como, quando e onde.**

Porquê? A função do *debriefing* é identificar o que correu bem e os aspetos a melhorar na performance da equipa, no sentido da melhoria contínua. Assim, os fatos deverão ser

avaliados objetivamente através de um *debriefing* estruturado, no sentido de concetualizar novas formas de melhorar o desempenho da equipa, e não ser dado espaço a lamentações, que não ajudam nem trazem nada de novo ou benéfico aos cuidados prestados ao doente em situações futuras (Kessler et al., 2015). Os mesmos autores alertam que não deve ser confundido com o *defusing* onde são ventiladas as emoções no sentido de reduzir tensões latentes causadas pela situação traumática e/ou stressante.

Mitchell et al. (2003) confirma que o *debriefing* utiliza um processo de grupo que permite aos participantes uma discussão sobre a situação stressante com o objetivo de ser uma mais-valia para estes.

O quê? Tendo em conta que os eventos clínicos críticos são acontecimentos imprevisíveis, deveremos saber quais as situações que deverão ser sujeitas a um *debriefing*. A seleção das situações que vão ser sujeitas a um *debriefing* deverão ter em conta as necessidades identificadas e as prioridades do serviço e da equipa multidisciplinar em questão, não devendo ser objeto de *debriefing* apenas as situações de desempenho em termos técnicos, mas também as relações interpessoais consideradas disfuncionais dentro da equipa de emergência (Kessler et al., 2015).

Os mesmos autores referem ser importante definir quais os conteúdos da reunião em que é feito o *debriefing*, isto é, o *debriefing* deverá ter como foco de atenção o indivíduo, a equipa e o processo, no sentido de que a reflexão de alguns temas possa conduzir a modificações importantes, no sentido de beneficiar os utentes em situações futuras, devendo ser abordados conteúdos que foquem as competências técnicas (tais como o respeito pelos algoritmos ou a forma como foram realizadas as compressões torácicas por exemplo), e as competências não técnicas (tais como o trabalho de equipa e outras questões comportamentais).

Quem? Quem participa no *debriefing*? Kessler et al. (2015) referem que a participação da equipa deverá ser encorajada e todos os membros da equipa que participarem ativamente no evento clínico deverão estar presentes e participar também no *debriefing*. Contudo, os membros da equipa que se sintam emocionalmente incapazes deverão ser dispensados da reunião. Também deverá ser considerada a possibilidade da presença de pessoas que não participaram no evento, de modo a proporcionar troca de experiências. Por outro lado, apesar de ser teoricamente possível a participação de doentes e familiares no *debriefing*, estes poderão ter um efeito muito significativo na comunicação e na

profundidade com que são abordados os temas e nos conteúdos em si, sendo que as implicações desta participação seriam sempre incertas.

No trabalho em contexto de urgência e emergência, a liderança assume um papel fundamental no trabalho da equipa, interferindo diretamente na forma como esta se comporta e presta cuidados, refletindo-se assim também na qualidade da assistência prestada ao doente e prognóstico deste (Silva & Pires, 2011).

Kessler et al. (2015) acrescenta ainda que quem geralmente “lidera” o *debriefing* são figuras que têm alguma autoridade, podendo estar aqui implícito algum inibidor ou influenciador da discussão. Ter alguém exterior como dinamizador do *debriefing* pode ser encarado como uma boa opção, mas, apresenta limitações tais como as questões logísticas (como a falta de recursos humanos, por exemplo).

Como? Kessler et al. (2015) referem que os *debriefings* devem ser realizados numa atmosfera amigável, aberta a questões, com um diálogo honesto e incluir a identificação dos comportamentos e perceções que conduzem a uma melhoria das *performances*.

Afirmam ainda que gravação do desempenho da equipa dentro da sala de emergência poderá ser uma estratégia na melhoria contínua dos cuidados, tendo em atenção que o benefício do uso destas tecnologias, muitas vezes muito dispendiosas, não poderão interferir na manutenção da existência dos programas de *debriefing*.

Mitchell et al. (2003) aborda ainda a importância do *debriefing* para que os participantes criem entre si em ambiente familiar, e de um momento após o *debriefing* para um contacto adicional dos participantes e para as reflexões finais (este autor refere que poderá ser proporcionado um lanche que motivará o convívio durante mais tempo).

Quando? Definir quando se deve realizar o *debriefing* assume-se também como um desafio.

Couper et al. (2013) classifica o *debriefing*, relativamente a dois momentos:

- o “*hot debriefing*” que é aquele que se realiza individualmente ou em equipa imediatamente após o evento crítico. É dirigido por um dos membros da equipa de emergência e geralmente é de base informal. O foco será essencialmente sobre as reações dos profissionais, mas sem qualquer recurso a materiais como gravações do desempenho, registo do monitor-desfibrilhador e outros...

- o “*cold debriefing*”, que é realizado algum tempo após o evento crítico. Neste poder-se-á recorrer a gravações de vídeo do trabalho da equipa e está frequentemente associado à melhoria do desempenho desta. Este tipo de *debriefing* poderá ser estendido a toda a equipa e não só à equipa que esteve presente na situação de emergência, sendo que os ganhos em termos de melhoria de cuidados prestados serão também mais abrangentes.

Assim, o *debriefing* poderá ser classificado como “quente (*hot*)” quando é realizada imediatamente após a situação, “morno (*warm*)” quando é realizado algumas horas após a emergência e “frio (*cold*)” quando realizado dias ou semanas após o evento (Kessler et al., 2015).

Onde? Encontrar o local adequado para a realização do *debriefing* é por si só um desafio. O local escolhido deverá ter em conta os objetivos pretendidos e o local onde o evento aconteceu de modo a facilitar o manuseamento do material ou realizar outro tipo de treino com o mesmo equipamento. Contudo, no caso de o local recair nas salas de emergência deveremos ter em conta que este espaço deverá estar operacional e preparado para receber outro utente a qualquer momento, assim uma sala próxima para a realização de *debriefings* imediatos ou “quentes” poderá ser uma alternativa. No caso de *cold debriefings* poder-se-á considerar salas de conferências (Kessler et al., 2015).

Mitchell et al. (2003) acrescenta ainda que o local onde se realiza o *debriefing* deve garantir a privacidade, ser confortável e adequado ao tamanho do grupo.

Os *debriefings* deverão ser sempre documentados pois será uma forma de avaliar o programa de implementação desta ferramenta educacional e consequentemente os ganhos em saúde. Estes métodos de documentação deverão garantir a confidencialidade e a segurança dos elementos da equipa de emergência que participam pois, sem estas garantias, as pessoas poderão sentir-se hesitantes e recusar partilhar informação sobre o que correu menos bem e/ou aspetos a melhorar durante o seu desempenho na sala de emergência (Kessler et al., 2015).

2.4. IMPLEMENTAÇÃO DO *DEBRIEFING*

Mullan et al. (2014) referem que o pessoal clínico luta diariamente para transformar as situações quotidianas em oportunidades de aprendizagem. O *debriefing* é uma ferramenta educacional, pouco utilizada, que deve ser considerada em contextos relacionadas com a

saúde. Sandhu, Eppich, Mikrogianakis, Grant, Robinson e Cheng (2013) referem que algumas das barreiras que se colocam à realização do *debriefing* são a falta de um espaço apropriado, a falta de pessoas treinadas para “dirigir” este tipo de sessões, falta de tempo, e fatores culturais como a falta de interesse de alguns profissionais, falta de apoio administrativo, o medo de ser criticado e a descrença de que o *debriefing* possa trazer algo de benéfico para os cuidados prestados.

O estudo de Mullan et al. (2014) afirma que uma das soluções às barreiras acima referenciadas poderá ser a autonomia da equipa de saúde em decidir quais as situações/temas pertinentes para debate. Refere ainda que os *debriefings* não deverão só incidir em situações com conotação negativa ou que tiveram um desfecho indesejável, mas também, em situações/eventos clínicos com desfecho positivo e onde houve um adequado desempenho dos profissionais.

Kessler et al. (2015) garante que para que um programa de *debriefing* clínico seja bem-sucedido este terá que garantir a segurança a todos os participantes e não poderá ser utilizado como meio de avaliação de desempenho, mesmo quando foram detetados aspetos menos bons do desempenho de um ou mais elementos da equipa.

O mesmo autor refere ainda que as conclusões mais importantes dos *debriefings* deverão ser divulgadas para todo o SU, excluindo, contudo, alguns pontos mais sensíveis que deverão ser mantidos dentro do grupo que participou na reunião.

2.5. DEBRIEFING – ESTADO DE ARTE

Maignan et al. (2016) afirmam que as competências não técnicas tais como as competências cognitivas e sociais são importantes no desempenho das equipas em situações de emergência. Estas incluem as competências para a tomada de decisão, liderança, comunicação, capacidade de cooperação com outros membros e outras.

Kessler et al. (2015) refere que quer os indivíduos, quer as equipas beneficiam com o *debriefing* pois fazem uma reflexão sobre os conhecimentos, as atitudes, as competências individuais e sobre o trabalho de equipa durante o evento, reconhecendo e percebendo o que pode ser melhorado, e assim modificarem o seu comportamento.

Couper, Salman, Soar, Finn e Perkins (2013) realizaram uma revisão sistemática sobre o *debriefing* e concluíram que um *debriefing* estruturado está relacionado com um melhor

desempenho da equipa envolvida em situações de emergência, quer ao nível das competências técnicas (como por exemplo as compressões torácicas), quer ao nível das competências não técnicas (como por exemplo o trabalho de equipa). O mesmo estudo reafirma ainda a importância do *debriefing* estruturado para o aumento dos conhecimentos e a aquisição de competências específicas fundamentais nas equipas que respondem a situações de doença crítica. Confirmam assim que os *debriefings* assumem-se como uma ferramenta educacional.

Healy e Tyrrell (2011) realizaram um estudo sobre o stress em SU's onde concluíram que ser enfermeiro/a ou médico/a neste contexto pode ser extremamente stressante devido às imensas situações que enfrentam no dia-a-dia, sendo os elementos mais novos da equipa particularmente vulneráveis. Assim, estes autores defendem a implementação de programas onde os profissionais recebam treino adequado para lidar com estas situações.

Couper et al. (2013) relacionam a melhoria do desempenho das equipas em situações de emergência com a realização de *debriefings*, sobretudo dos “*cold debriefings*”, independentemente das estratégias utilizadas para a realização destes. Também os algoritmos da American Heart Association recomendam o uso do *debriefing* após situações de emergência no sentido de melhorar a performance clínica. (Kessler et al., 2015)

Copeland e Liska (2016) implementaram um programa no SU durante um ano que se baseia na criação de um momento de silêncio para que os profissionais de saúde pudessem interiorizar a situação crítica vivida, criando assim uma oportunidade para estes honrarem o seu trabalho e os seus pacientes. Os autores concluíram que este momento de reflexão interior antes do *debriefing* estruturado, em grupo, é benéfico e permite a cada um libertar as tensões depois de um período de trabalho intensivo, facilitando o regresso dos profissionais de saúde às suas funções, sentindo-se estes melhor preparados, sendo que o *debriefing* incluía as seguintes questões:

- O que é que a equipa fez corretamente?
- Quais as intervenções que consideram que deveriam ter sido realizadas, e quais as que não desejavam ter realizado?
- Estão satisfeitos com o equipamento e medicação disponível?
- Em que aspetos podemos “crescer” e melhorar?

- Como é que prestámos apoio á família (se esteve presente)?
- Como é que se sentem após o evento clínico?
- O que é que consideram necessário para estarem preparados para o regresso á atividade laboral?

Mullan et al. (2013) por seu lado, realizaram um estudo onde implementaram um programa, o DISCERN (*Debriefing in situ conversation after emergent resuscitation now*) (Anexo II), que permite conduzir os *debriefings* após situações de emergência de forma estruturada em menos de 10 minutos, tendo como objetivo promover a redução do stresse, o aumento da satisfação entre os membros da equipa e consequentemente o melhor desempenho destes profissionais em futuras situações de emergência.

Couper et al. (2013) citando Edelson, Litzinger, Arora et al. (2008) falam da vantagem do “cold” *debriefing* através da implementação de um programa, o RAPID (*Resuscitation with Actual Performance Integrated Debriefing*), que consiste em sessões de 45 minutos, abertas a todos os membros da equipa de emergência e onde se analisam documentos, tais como os registos do desfibrilhador, no sentido de identificar lacunas no desempenho e assim promover a melhoria contínua dos cuidados.

Escudero (2008) tal como Healy et al. (2013) e Mitchell et al. (2003) falam de *debriefing* psicológico, afirmando que as equipas de saúde tentam prevenir ou reduzir os distúrbios emocionais entre os profissionais através destas sessões. Neste caso, os principais objetivos do *debriefing* são mitigar o impacto de eventos traumáticos e retomar ao normal funcionamento. Também Trendak, Balcerzyk-Bardzo, Cierniak, Nowakowski, Bartczak e Sikorski (2013) afirmam que nos serviços de emergência é muito frequente os profissionais depararem-se com situações traumáticas, podendo estas causar consequências negativas tais como situações de stresse pós traumático, apresentando um modelo de *debriefing* psicológico (CISD – *Critical Incident Stress Debriefing* elaborada por Mitchell em 1983) onde se discutem as situações, podendo ser considerado benéfico para a equipa.

Keene, Hutton, Hall e Rushton (2010) vêm vantagens na utilização do CISD quando utilizado para garantir a satisfação da equipa, permitindo-lhes aprender com as diversas situações que ocorrem e fazerem uma gestão dos seus sentimentos, e neste sentido, continuar a cuidar dos doentes com a qualidade preconizada. Os autores aplicaram este

método no Johns Hopkins Children's Center e o formato das sessões passou pelas boas vindas dos participantes, pela revisão da informação fatorial do evento crítico, pela revisão do caso na sua totalidade, com incidência nas respostas emocionais relativas ao doente e sua família, nas estratégias de *coping* que utilizaram para lidar com os sentimentos, o que aprenderam com a situação e por fim a conclusão do *debriefing*.

Apesar de comprovada a importância do *debriefing*, em Portugal a sua utilização ainda é limitada, o que de certa forma motivou a realização deste estudo.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos. Na fase metodológica são apresentados os meios necessários à realização da investigação. É nesta fase que o investigador determina como vai proceder para obter resposta as suas questões de investigação, que população/amostra é fruto do seu estudo, bem como os métodos de colheita de dados e modo de tratamento dos mesmos (Fortin, 2009).

Decorrente do trabalho de equipa em contexto de emergência resultam sentimentos e emoções que marcam de forma positiva ou negativa os profissionais e que irá influenciar a atuação individual e do grupo em situações futuras (Azinhaga, 2014).

Como já descrevemos, o *debriefing* é uma ferramenta estruturada da reflexão sobre a ação, podendo ser considerada fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua dos enfermeiros (Coutinho et al., 2014).

A criação de um ambiente favorável que dê resposta à necessidade de reflexão sobre os cuidados de saúde prestados é o primeiro passo para a melhoria da qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta necessidade de melhoria contínua na prestação dos cuidados de enfermagem altamente qualificados também vai de encontro ao que vem definido no perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, explanada no Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro.

Acreditamos que o uso do *debriefing* possa ser um ponto de partida para um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pautado por um trabalho multidisciplinar, em que os resultados obtidos nesta investigação, ao ser incorporados na prática clínica, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua dos cuidados em saúde.

A escolha de um assunto em particular para realizar um trabalho de investigação está diretamente relacionada com o domínio do conhecimento do investigador (Fortin, 2009).

Nas páginas seguintes iremos então delinear a metodologia para este trabalho de investigação.

1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No início de uma investigação surge sempre a necessidade da formulação de um problema de investigação e será este que nos faz levantar as questões que irão dar resposta á problemática em estudo. Neste sentido, definiu-se como temática de estudo:

- O *debriefing* realizado pela equipa do SU em situação de PCR.

Uma investigação levanta sempre questões às quais o investigador tenta dar resposta, sejam estas formalmente (ou não) explicitadas por este (Coutinho, 2015).

A questão de partida ou questão central, específica a temática a ser abordada numa investigação, estabelecendo os parâmetros do projeto, sugerindo também a forma como a colheita de dados e a análise da informação deverão ser realizadas (Strauss & Corbin, 2008).

A questão central que norteou a elaboração deste estudo de investigação foi:

- Qual a perceção da equipa de enfermagem e da equipa médica face à utilização do *debriefing* associado a situação de PCR em contexto de SU?

Neste sentido, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Os enfermeiros e os médicos do SU utilizam o *debriefing* na sua prática de trabalho em situações de PCR?

- Qual a perceção dos enfermeiros e dos médicos do SU sobre a utilidade do *debriefing* em situações de PCR?

- Quais as vantagens/desvantagens do *debriefing* percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos em situações de PCR?

- Quais as dificuldades/constrangimentos do *debriefing* percebidos pelos enfermeiros e pelos médicos em situações de PCR?

- Quais as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do *debriefing* em contexto de PCR?

1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Freixo (2011, p. 58) afirma que “o conhecimento científico vai muito além do conhecimento empírico, já que procura conhecer, além do fenómeno em si, as suas causas e leis.”

Os objetivos decorrem diretamente da problemática que está a ser estudada, e deverão ser precisos, concisos e enunciados através de um verbo de ação (Fortin, 2009).

Assim torna-se fundamental descrever aqui os objetivos ambicionados para este estudo que são:

- Identificar a utilização do *debriefing* pelas equipas de enfermagem e equipa médica no SU, em situações de PCR.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros e dos médicos sobre a utilidade do *debriefing* em situações de PCR.
- Descrever as vantagens e/ou desvantagens da realização do *debriefing* em contexto de emergência percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos do SU, em situações de PCR.
- Descrever as dificuldades/constrangimentos associadas à realização do *debriefing*, percebidas pelos enfermeiros e médicos, em contexto de SU em situações de PCR.
- Conhecer as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do *debriefing*, no SU.

1.3. TIPO DE ESTUDO

A conceptualização de um estudo tem início quando o investigador se debruça sobre uma ideia no sentido de orientar o seu estudo ao formular ideias de forma ordenada e declarar o objeto de estudo (Freixo, 2011).

Durante o exercício profissional num contexto algo semelhante ao SU, numa unidade/ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), deparei-me com estes momentos de reflexão sobre a ação, de forma informal e em equipa, que se assumiram como momentos verdadeiramente importantes para reconhecer aspetos positivos e aspetos a melhorar, na *performance* individual e da equipa.

Tendo em conta a problemática em estudo, anteriormente definida, o presente trabalho de investigação utilizará uma abordagem qualitativa. De acordo com os objetivos estipulados o estudo será do tipo descritivo e exploratório, dando origem a um estudo designado por estudo de caso múltiplos, multi-casos ou caso-múltiplo.

Fortin (2009) afirma que os estudos qualitativos têm como objetivo essencial explorar fenómenos. Estes realizam-se quando temos como objetivo investigar uma nova área do conhecimento e baseiam-se nas experiências reais das pessoas que estão familiarizadas com o fenómeno em questão, e neste sentido que melhor o conhecem (Polit, Beck e Hungler, 2004). Tendo em conta que exerço funções num SU onde nos deparamos com inúmeras situações de emergência, entre elas clientes em PCR, e sendo o *debriefing* uma ferramenta com grande utilidade e com contributos já comprovados e vivenciados em contextos emergentes, parece-nos importante conhecer a perceção dos profissionais sobre a utilidade de uma reflexão estrutura (*debriefing*) e as condições necessárias para que tal seja feita.

No estudo de caso qualitativo a investigação apresenta duas características muito específicas: é particular, na medida em que tem enfoque sobre uma determinada situação, acontecimento ou fenómeno; e é descritivo na medida em que o resultado deste tipo de estudo é uma descrição muito completa do fenómeno (Freixo, 2011). Neste sentido, optou-se por realizar estudos de caso múltiplos, pois esta forma de investigação permite-nos dar significação às experiências vivenciadas pelos vários participantes no estudo (Fortin, 2009).

O estudo de caso poderá ser considerado como um dos referenciais metodológicos com enorme potencialidade, com grande ênfase na descrição dos fenómenos pois o investigador está por norma pessoalmente implicado nestes (Coutinho, 2015).

Assim quando se pretende obter mais informações sobre um fenómeno novo, como é o nosso objetivo nesta investigação, utilizam-se os estudos de casos múltiplos, que seguem

uma lógica de replicação, e ocorre quando no mesmo estudo incorpora mais de um caso (Yin, 2001). Também Coutinho (2015) reafirma esta ideia ao defender que o uso de múltiplas fontes irá permitir ao investigador observar diferentes aspetos do mesmo fenómeno, sendo também as conclusões mais convincentes pois, são validadas por várias fontes de evidência.

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população “é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica em comum.” (Coutinho, 2015, p. 89)

Fortin (2009, p. 310) acrescenta ainda que “uma amostra, retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta, sem que seja necessário estudar toda a população.”

No estudo de investigação em causa, a amostra utilizada foi não probabilística por conveniência, na medida que se recorreu a enfermeiros e médicos que desenvolviam a sua atividade profissional no SU e atuavam na sala de emergência do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) que inclui o Hospital de Abrantes, o Hospital de Tomar e o Hospital de Torres Novas.

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes:

- Enfermeiros e médicos que exerçam funções na sala de emergência há mais de um ano.

Os enfermeiros e médicos deverão prestar cuidados aos doentes críticos e neste sentido exercer funções na sala de emergência há mais de um ano, pois a atuação na sala de emergência exige competências específicas que são adquiridas com o tempo e a prática contínua. Exige ainda a familiarização com o espaço físico e com o conhecimento de todos os equipamentos disponíveis. Também o regulamento interno do CHMT para o Exercício de Enfermagem corrobora esta ideia referindo que os enfermeiros deverão permanecer pelo menos dois anos no mesmo serviço, considerando o primeiro ano para a integração na equipa e espaço físico e um segundo ano para a consolidação (CHMT, 2013).

- Enfermeiros com formação especializada em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Sendo um trabalho realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e tendo por base o Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro que explicita como competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, faz-nos todo o sentido perceber como o *debriefing* pode auxiliar estes enfermeiros na sua prática em contexto de urgência.

- Enfermeiros e médicos que pertençam ao CHMT e possuam contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado.

Colocou-se este critério pela importância do conhecimento e partilha da missão e valores que estes profissionais possuem em relação à instituição, nomeadamente em contexto de emergência.

- Estar a exercer funções nas instituições supracitadas entre os meses de junho, julho e agosto de 2017.

Este critério implica que sejam excluídos todos os membros da equipa que estejam de férias, baixa médica ou licença de qualquer tipo.

- Que aceitem participar no estudo e responder a todas as perguntas da entrevista livremente e de forma esclarecida.

Assim os critérios de exclusão neste estudo de investigação são:

- Enfermeiros de cuidados gerais;

- Médicos internos ou que trabalhem em regime de prestação de cuidados;

- Membros da equipa que estejam de férias, baixa médica ou licença de qualquer tipo entre junho e agosto de 2017.

1.5. INSTRUMENTOS

Para Freixo (2011) existe uma etapa da investigação onde se define o método e os procedimentos para a recolha dos dados de forma a dar resposta às questões de investigação e/ou confirmar ou infirmar as hipóteses apresentadas.

Neste estudo optámos por recorrer à entrevista semidirigida para a recolha dos dados, por esta permitir aos participantes do estudo falarem abertamente, assemelhando-se de certa forma a uma conversa informal (Fortin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2013).

Para Fortin (2009, p. 375) a entrevista “o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas.”

A entrevista é um método de recolha de dados poderosa, adquirindo bastante importância no estudo de caso pois, através desta o investigador percebe como os participantes na investigação interpretam as suas vivências, permitindo a recolha de informações adicionais pela interação que surge entre o entrevistador e o entrevistado (Coutinho, 2015).

Também Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2012) confirmam que as entrevistas, sobretudo nas investigações de carácter qualitativo, estão intimamente ligadas à observação pois, durante a entrevista o investigador confronta a sua perceção do significado atribuído pelos participantes, com aquela que estes exprimem verbalmente.

As entrevistas semidirigidas deverão ser utilizadas quando o investigador pretende obter informações particulares sobre um determinado assunto, e existe uma lista de temas a abordar, apresentados numa determinada ordem pré-definida, e permite ao participante exprimir os sentimentos e opiniões (Fortin, 2009).

Relativamente à realização da entrevista, Freixo (2011) alerta para a necessidade de preparar este momento tendo em conta aspetos como o planeamento da entrevista, o conhecimento prévio do participante, a oportunidade de entrevista, a garantia das condições favoráveis para a realização da mesma e a preparação específica. Estes cuidados foram atendidos com a realização do guião da entrevista, e a realização do pré teste (a dois participantes, um da equipa médica e outro na equipa de enfermagem), no sentido de perceber se o guião da entrevista é claro, se responde ao preconizado, assim como verificarmos se a duração da entrevista era aceitável.

A realização do pré teste permitiu-nos identificar a necessidade de alteração da linguagem, tal como a reformulação de algumas questões com a introdução de novos itens.

O nosso guião ficou assim constituído por cinco questões e vai de encontro às questões de investigação formuladas anteriormente, sendo apresentado em anexo (Anexo III).

1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para Freixo (2011) todas as investigações junto de pessoas deverão ser entendidas como uma forma de intrusão na sua vida, e neste sentido o investigador deverá evitar questões desnecessárias e assegurar que a intimidade e privacidade dos participantes está protegida. O mesmo autor defende que o direito à confidencialidade pode ser considerado semelhante ao direito de privacidade e anonimato, e assim, cabe ao investigador garantir que os dados pessoais dos participantes no estudo não figurem em qualquer parte acessível dos documentos e sejam utilizados única e exclusivamente para o fim para que foram tomados.

Fortin (2009, p. 193) corrobora a ideia anteriormente descrita quando refere que o

“consentimento é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufrui de todas as faculdades mentais e não for sujeita a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão. (...) É preciso apresentar aos eventuais participantes informações suficientes, e formuladas numa linguagem acessível, sobre o projecto de investigação e a sua participação para que eles possam avaliar as consequências da mesma.”

O consentimento informado e esclarecido é essencial para assegurar que as questões éticas no processo de investigação (Freixo, 2011).

Neste sentido, foi solicitada autorização a todas as instituições envolvidas no estudo, através do Conselho de Administração e Comissão de Ética, para que os enfermeiros e médicos dos serviços de urgência do CHMT participem na investigação (Anexo IV).

Foi garantido a todos os participantes do estudo a confidencialidade e privacidade dos dados pessoais, solicitando-se assim o consentimento (informado e esclarecido) a todos os participantes, respeitando assim os princípios definidos na declaração de Helsínquia (WMA, s.d.).

Foram realizadas quinze entrevistas a enfermeiros e médicos que preenchiam os critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo de forma livre e esclarecida, assinando assim o consentimento informado (Anexo V).

As entrevistas foram realizadas num gabinete da instituição de saúde onde os participantes exercem funções, num ambiente calmo, confortável e tranquilo, garantindo a sua privacidade e a expressão de sentimentos e opiniões. A data da realização da

entrevista foi acordada com os entrevistados de forma a não causar qualquer constrangimento quer ao nível pessoal, quer ao nível profissional. As entrevistas tiveram uma duração compreendida entre os quinze e os vinte minutos, tendo-se obtido a gravação áudio das mesmas.

1.7. TRATAMENTO DE DADOS

Uma das etapas fundamentais do processo de investigação é a organização e análise dos dados adquiridos (Coutinho, 2015).

Os dados obtidos após terem sido tratados irão permitir retirar conclusões, interpretar os resultados e apresentar as implicações desses mesmos resultados (Freixo, 2011).

Nos estudos de carácter qualitativo os dados colhidos durante as entrevistas são examinados, organizados e o investigador tenta compreender o significado destes (Fortin, 2009).

É fundamental o investigador ter em atenção os seguintes aspetos quando estiver a fazer a análise do conteúdo, nomeadamente:

- “- Ler atentamente todas as descrições para compreender o sentimento nelas expresso;
- Isolar as frases que estão directamente ligadas ao fenómeno;
- Extrair o significado de cada enunciado importante;
- Procurar os temas;
- Fazer uma descrição exaustiva que dê conta da essência do fenómeno.” (Fortin, 2009, p. 302)

Neste sentido, as entrevistas realizadas aos participantes do estudo foram transcritas no mesmo dia em que foram realizadas para que não houvesse perda e/ou esquecimento de algum significado ou sentimento daquilo que foi verbalizado pelos entrevistados durante a recolha de dados.

A análise de conteúdo apresenta um papel cada vez mais preponderante ao nível da investigação, sobretudo ao nível das ciências sociais, pois permite ao investigador tratar de forma metódica os dados recolhidos e que apresentam um certo grau de profundidade

e de complexidade, como é o exemplo das informações recolhidas através de entrevista semi-dirigida (Quivy et al., 2013).

Esta técnica de tratamento dos dados inclui várias estratégias para interpretar e analisar o que nos é transmitido pelos participantes de um estudo e organizam-se em três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

Relativamente á pré-análise, esta corresponde á fase de organização propriamente dita, onde o objetivo primordial é tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. A mesma autora refere ainda que, nesta primeira fase o investigador terá que concluir três tarefas fundamentais: a escolha dos documentos para análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que permitem a fundamentação e interpretação final dos resultados obtidos (Bardin, 2016)

Nesta primeira fase realizou-se uma leitura flutuante de todas as entrevistas a fim de termos uma perceção global de todo o material que deveria ser tratado e assim começarem a serem elencadas as questões norteadoras, organizando-as em indicadores (Bardin, 2016; Coutinho, 2015)

Bardin (2016) afirma que a segunda fase, que corresponde á exploração do material, poderá ser definida como a aplicação sistemática das decisões tomadas, sendo a fase que ocupa mais tempo ao investigador e que poderá ser sintetizada como sucessivas operações de codificação, decomposição ou enumeração de acordo com as regras estipuladas anteriormente. Nesta fase em particular foram organizados os dados e transformados em categorias de acordo com o quadro teórico que suporta o estudo através de três procedimentos: o recorte, a enumeração e a categorização dos dados (Bardin, 2016; Coutinho, 2015).

Por último os mesmos autores explicitam que a fase correspondente ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação permite ao investigador transformar os resultados em bruto em achados significativos e válidos através de diversas operações, dando-lhe assim a possibilidade de propor inferências e adiantar interpretações relativamente aos objetivos previstos. Aqui foi necessário revisitar os referenciais teóricos que suportam o estudo pois irão dar suporte e perspetivas significativas ao trabalho de investigação (Coutinho, 2015).

No tratamento dos dados e neste caso de forma particular na análise de conteúdo das entrevistas realizadas não foi utilizada o suporte de qualquer programa informático pois de acordo com Bardin (2016), embora estas tecnologias ofereçam uma ajuda preciosa, no que respeita á análise de conteúdo ainda oferece uma resposta parcial.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados de um trabalho de investigação não apresentam qualquer utilidade a menos que sejam comunicados e difundidos para que haja transferência de conhecimentos (Fortin, 2009).

Neste capítulo, que corresponde à apresentação dos resultados do estudo, tem-se como objetivo primordial informar sobre as respostas que foram fornecidas pelos dados obtidos relativamente às questões empíricas formuladas no início do trabalho de investigação (Coutinho, 2015).

Assim, iremos dar a conhecer os participantes do nosso estudo e descrever os principais resultados da análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na pesquisa de carácter qualitativo os participantes no estudo são seleccionados de forma propositada por serem os mais indicados para ajudar o investigador a entender o problema (Creswell, 2007). Também Coutinho (2015) defende que nos estudos de carácter qualitativo a amostra é sempre intencional pois não há qualquer motivo para que seja representativa da população, embora se possam seleccionar casos atípicos para que possa haver uma representação da variação natural.

Foram, de acordo com os critérios de inclusão, entrevistados todos os Enfermeiros com formação especializada a exercerem funções no SU dos três hospitais que compõem o CHMT (Unidade de Abrantes, Unidade de Tomar e Unidade de Torres Novas). Relativamente à classe médica foram entrevistados cinco elementos que cumpriam os critérios de inclusão e que aceitaram participar de forma livre e esclarecida no nosso estudo. Todos os participantes no estudo assinaram o consentimento informado no início da entrevista, após lhes ter sido explicado os objetivos do estudo em questão (Anexo V).

A nossa amostra ficou assim constituída por quinze profissionais de saúde (dez enfermeiros e cinco médicos), sendo nove do sexo feminino e seis do sexo masculino. Todos os elementos têm mais de quatro anos de experiência em cuidar do doente crítico em contexto de SU, tal como se pode observar no quadro I onde iremos apresentar as principais características sociodemográficas da amostra que participou neste estudo.

Quadro 1 – Características sociodemográficas da amostra

Código de Entrevista	Género	Idade	Categoria Profissional e Área de Especialização	Tempo de Exercício Profissional (anos)	Tempo de Exercício Profissional em Serviço de Urgência
E1	♀	51	Enfermeira Médico-cirúrgica	30	26
E2	♂	40	Enfermeiro Médico-cirúrgica	19	13
E3	♂	31	Enfermeiro Médico-cirúrgica	9	8
E4	♀	56	Enfermeira Médico-cirúrgica	33	30
E5	♂	37	Enfermeiro Médico-cirúrgica	16	5
E6	♀	36	Médica Medicina Interna	7	7
E7	♀	31	Enfermeira Médico-cirúrgica	8	4
E8	♀	49	Enfermeira Médico-cirúrgica	26	20
E9	♀	32	Enfermeira Médico-cirúrgica	10	9
E10	♀	43	Enfermeira Médico-cirúrgica	20	18
E11	♂	40	Médico Cirurgia Geral	14	14
E12	♂	34	Enfermeiro Médico-cirúrgica	13	13
E13	♀	60	Médica Medicina Interna	35	35
E14	♂	34	Médico Medicina Interna	7	7
E15	♀	31	Médica Medicina Interna	8	8

Como se pode observar através da análise do quadro o participante mais novo tem trinta e um anos e o mais velho tem sessenta anos. Apesar de todos os enfermeiros terem formação especializada em Enfermagem Médico-cirúrgica, nenhum tem a categoria de enfermeiro especialista. Relativamente aos médicos um deles é especialista em Cirurgia Geral e os restantes são especialistas em Medicina Interna.

2.2. RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Como referimos anteriormente as entrevistas foram sujeitas a análise de conteúdo.

Para Coutinho (2015, p. 217) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior...”. Para Bardin (2016) é um conjunto de ferramentas metodológicas, cada vez mais precisas e em constante aperfeiçoamento, passíveis de serem utilizadas em discursos muito diversificados.

A maioria dos procedimentos da análise de conteúdo centra-se em torno de uma operação de classificação dos elementos diferenciando-os e posteriormente reagrupando-os segundo o género, tendo em conta os critérios definidos anteriormente, podendo assim denominar-se como processo de categorização (Bardin, 2016).

“A categoria é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. São rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) em razão de características comuns.” (Coutinho, 2015, p. 221)

Neste sentido foi feita uma leitura atenta das entrevistas e da qual emergiram quatro grandes categorias, nomeadamente: a **estruturação do *debriefing***, a **implementação do *debriefing***, as **vantagens do *debriefing***, e as **desvantagens do *debriefing***.

Posteriormente, em cada uma das categorias identificadas, emergiram subcategorias. Assim, na categoria relativa á estruturação do *debriefing* encontramos duas subcategorias: a **utilidade/importância** atribuída e os **intervenientes** deste. Na categoria no que concerne á implementação do *debriefing* identificamos três subcategorias: o **tipo de**

debriefing, as **dificuldades/constrangimentos** e as **necessidades** sentidas para a implementação deste.

Também na categoria das vantagens do *debriefing* emergiram duas subcategorias, sendo elas as **vantagens pessoais** e **vantagens organizacionais**. Por último, na categoria das desvantagens do *debriefing*, encontramos mais duas subcategorias: as **desvantagens pessoais** e **desvantagens organizacionais**.

No diagrama seguinte apresentaremos de forma gráfica estes achados.

Figura 2 – Apresentação esquemática do fenómeno em estudo

Debriefing	Estruturação do <i>debriefing</i>	Utilidade/ importância atribuída Intervenientes
	Implementação do <i>debriefing</i>	Tipo de <i>debriefing</i> Dificuldades/Constrangimentos Necessidades
	Vantagens do <i>debriefing</i>	Pessoais Organizacionais
	Desvantagens do <i>debriefing</i>	Pessoais Organizacionais

Das quinze entrevistas realizadas aos profissionais do SU do CHMT constatou-se que todos já tinham realizado o *debriefing* nas mais variadas situações de emergência, incluindo em contexto de PCR, mas sempre de forma informal e sem qualquer estruturação:

...Numa situação de paragem cardio-respiratória...Em contexto de urgência, sim! Foi porque aquilo correu muito mal e precisávamos de falar todos uns com os outros. (E3)

Sim, na sala de emergência muita das vezes... Informal, informal!(E5)

Normalmente é feito de forma informal... (E7)

2.2.1. Estruturação do *debriefing*

A **estruturação do *debriefing*** é um aspeto primordial na utilização desta ferramenta para que todos façam da mesma maneira e assim contribuir ativamente na melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados. Como foi referido anteriormente, emergiram, nesta categoria, duas subcategorias: **utilidade/importância atribuída** e **intervenientes**.

Relativamente á **utilidade/importância atribuída** percecionada pelos profissionais na realização do *debriefing*, podemos constatar que se divide em dois grandes grupos, nomeadamente como espaço de partilha de emoções e como espaço de formação (identificando os aspetos a melhorar).

O *debriefing* é assim entendido por alguns dos profissionais de saúde como um espaço de partilha de emoções, podendo estes falar sobre a situação de emergência, as dificuldades sentidas ou que os incomodou:

“A utilidade é podermos falar, termos um espaço para falarmos acerca daquilo que aconteceu, falarmos dos aspetos positivos e negativos, relativamente aos negativos encontrarmos uma forma ou tentarmos encontrar uma solução para melhorar .” (E1)

“...fazer críticas construtivas acerca daquilo que poderíamos melhorar numa próxima vez... rever alguns, até alguns protocolos, algumas coisas que poderiam ter falhado... também descarregar um bocadinho a adrenalina da própria situação em si. “(E3)

Os participantes no estudo acrescentam ainda que a utilidade/importância do *debriefing* passa também pela partilha de emoções que surgem quando enfrentam uma situação que de alguma forma lhes toca ou incomoda por alguma razão em particular, tal como o cuidar de doentes críticos com idades mais jovens:

“...sobretudo em situações em que lidamos com pessoas mais jovens, nomeadamente com crianças, ahhh fica-nos um sentimento de vazio, sobretudo quando as situações nos correm mal e temos dificuldade em gerir os nossos sentimentos.” (E1)

“...em situações, se calhar, que não estamos tão habituados... ahhh crianças, trauma, tudo aquilo que fosse um bocadinho mais inesperado é aquelas em que falamos mais.” (E6)

“...em que o contexto foi mais difícil para a equipa!... em que a situação era muito exigente em termos de stress e que exigia muito mais da equipa...” (E9)

Os profissionais de saúde também referiram que sentem necessidade de reunir e conversar em equipa sobre as situações de PCR, sobre o desfecho dos episódios e o nível da atuação das equipas, tal como é evidenciado através dos seguintes excertos:

“...aquilo correu muito mal e precisávamos de falar todos uns com os outros.” (E3)

“...é mais para ficarmos consciencializados que fizemos o que era possível. Mas também se fizemos algo que achamos que devíamos fazer diferente para uma próxima vez, fazer melhor.” (E6)

Ainda incluído na subcategoria relativa á utilidade/importância do *debriefing*, os profissionais entrevistados referem-na com um espaço de formação, identificando os aspetos positivos da atuação em equipa e cumprimento de protocolos internacionalmente aceites com base na evidência científica, tais como os aspetos a melhorar.

“Todos nós para a mesma situação seremos um bocadinho mais competentes após um debriefing, após aferirmos todos nós os nossos procedimentos...” (E2)

“...é um processo formativo, faz parte da formação contínua dos enfermeiros, serve para expor todas as dúvidas... é um momento formativo da equipa.” (E4)

“...debriefing faz-nos sempre melhorar para os próximos e nessa perspetiva nós devíamos avaliar como um momento de melhoria contínua e de aprendizagem...”(E5)

“...para conhecimento e em relação á consolidação de conhecimentos visto em paragem haver alguns protocolos e faz com que facilmente se consiga ver se foram cumpridos ou não, mas aproveitando sempre a oportunidade de melhoria de cuidados.” (E8)

“...para consolidar conhecimentos e para conseguirmos estruturar melhor no fundo as competências que já temos...” (E9)

“...identificar condutas não apropriadas, ou menos corretas e corrigi-las com o estado da arte. E promover uma coesão da resposta da equipa.” (E11)

“...reconhecer as coisas que correram bem e que deve-se continuar a utilizar essas práticas mas também a reconhecer as coisas que correram menos bem.” (E12)

“para fazer acertos naquilo que eles achassem que não correu bem...” (E13)

“Sinalização de algumas imperícias, possibilidade de aprender, melhorar alguma técnica, ensinar os menos experientes que participaram e estiveram a visualizar o momento da reanimação. É sobretudo isto!” (E14)

Os participantes encaram também o *debriefing* como uma forma de identificar as lacunas formativas pessoais: *“...todos temos as nossas limitações e cada doente é um doente e cada caso é um caso que às vezes tens que saber adaptar...” (E7)*, e também como um meio de agilizar o trabalho em equipa com vista á melhoria dos cuidados prestados pela equipa, em situações futuras de emergência, nomeadamente em situações de PCR: *“Avaliação da prática, e consequentemente a melhoria da prática. E depois acaba também por melhorar as fragilidades da própria equipa.” (E10)*

Importa também definir alguns aspetos relativos á estruturação do *debriefing*, tal como, por exemplo, os **intervenientes** neste processo. Assim, outra subcategoria identificada corresponde aos intervenientes no *debriefing*, dando aqui a oportunidade dos participantes no estudo darem a conhecer a sua perceção em relação a quem deveria participar no *debriefing*. Quase todos os profissionais afirmam que o ideal era a participação de toda a equipa presente na sala de emergência durante a situação de PCR, independentemente da sua classe profissional, tal como nos é sugerido nas declarações seguintes:

“...deveriam ser só os elementos que estão presentes na sala de emergência.” (E1)

“Mas acho importante quem está na sala, estar no debriefing.” (E6)

“Toda a gente que participa, que está na sala de emergência...” (E7)

“Participar quem esteve envolvido na situação.” (E8)

“Todos os envolvidos.” (E9)

“Toda a equipa! Inclusive os auxiliares.” (E10)

“...acho que deviam participar todos os intervenientes, obviamente que se tem que chamar á responsabilidade cada função.” (E12)

Contudo existem dois profissionais que não consideram essencial a participação dos assistentes operacionais:

“Quem esteve presente na situação... [os auxiliares não deverão participar] uma vez que eles não têm formação necessária para perceber certas coisas.” (E5)

“Todos os elementos clínicos. Não acho essencial que os assistentes operacionais estejam presentes.” (E11)

Um dos participantes equaciona ainda a possibilidade da participação dos familiares no *debriefing*, caso estes tenham também estado presentes na sala de emergência.

“Toda a gente que participou na PCR, toda a gente, incluindo familiares se o caso for esse.” (E3)

Ainda na subcategoria relativa aos intervenientes no *debriefing* a maioria dos participantes afirma que o dinamizador deverá ser o *team leader*, ou o responsável pela sala de emergência:

“...responsável pela sala ou o elemento mais perito na sala...” (E1)

“O team líder da PCR... Seja ele quem for! O team líder que deveria estar um bocadinho de fora e verificar tudo.” (E3)

“...a pessoa responsável pela sala nesse momento.” (E4)

“Por um lado acho que a pessoa que deveria dinamizar devia ser o chefe de equipa que estava presente na situação, por outro lado, se ajuda á reflexão ter um elemento estranho, um observador... porque essa pessoa que está de fora acaba por ver toda a dinâmica da equipa...” (E11)

“...acho que deveria ser o chefe de equipa, o responsável na altura pela sala de emergência, pela situação.” (E12)

Também podemos observar que os participantes dão especial importância às competências comunicacionais e competências técnicas para escolher quem deva liderar

e dinamizar o *debriefing*, tal como podemos constatar através das declarações dos participantes.

“Efetivamente pela formação em SAV será o médico que assume a liderança, os enfermeiros que cá estão também são enfermeiros que têm o SAV, todos têm formação nessa área portanto não vejo o porquê de ser obrigatório ser o médico a assumir o debriefing...mais fácil se for o médico que esteja desperto para, e se for ele o próprio a chamar as pessoas para isso porque a nossa disponibilidade acaba por ser diferente da deles, se ele estiver disponível nós acabamos por estar também, ao passo que se for ao contrário, se nós quisermos um bocadinho ele pode não estar, e então esbatem-se por terra estes argumentos. Portanto sem critério de obrigação é mais fácil se for o médico a assumir esse papel.” (E2)

“Acho que é a pessoa que está mais habilitada para isso. Porque há pessoas que têm mais facilidade e se calhar mais formação que poderão orientar melhor esse tipo de debriefing do que outras.” (E6)

“...o moderador devia ser a pessoa com mais, com mais... especialista na área... que contacta mais frequentemente com estas situações e que tem o protocolo mais fresco, pode perfeitamente ser ele a moderar como “especialista” na área.” (E7)

Acrescentam ainda que o dinamizador do *debriefing* terá que ser alguém que inspire confiança á equipa em questão, e que demonstre competências comunicacionais por forma a que todos os participantes se sintam num ambiente acolhedor e assim participem ativamente:

“Um da equipa que se ache mais capaz e em termos de comunicação que esteja na equipa envolvido... Não quer dizer que tenha que ser o chefe de equipa se ele não se achar capaz disso.” (E8)

“...não deveria ser nenhum profissional em específico. Para já o dinamizador deve ser alguém com uma postura perante a equipa de meter a equipa á vontade, portanto com alguma capacidade de comunicação.” (E9)

Constata-se ainda que os participantes não privilegiam qualquer uma das categorias profissionais envolvidas. Apenas um dos participantes refere que se for o enfermeiro a dinamizar será mais fácil implementar o *debriefing* (tendo em conta que grande parte da

equipa médica é constituída por médicos tarefeiros, e por isso com um vínculo precário à instituição):

“...considerando que os médicos não fazem parte do centro hospitalar apesar de serem prestadores de serviços deveria poder caber ao enfermeiro responsável de turno, que é o elemento da casa, por duas dificuldades, se nós tivermos á espera que o médico pare para o fazer, ele a maior parte das vezes não sente necessidade... o enfermeiro está cá mais vezes e tem mais a dar á casa do ponto de vista da responsabilidade na melhoria contínua dos cuidados... O enfermeiro que há-de ser o responsável de turno, que tem mais experiência, mais tempo de serviço...” (E5)

Surge ainda uma opinião divergente da do restante grupo que defendia que o dinamizador do *debriefing* deveria ser alguém que não estivesse envolvido diretamente na situação de emergência, algo que também já tinha sido referido por E11.

“Certo, por um lado deveria ser alguém de fora... e portanto, se calhar o ideal era haver uma pessoa que não fosse team leader, que não fosse... que não estivesse envolvido.” (E15)

2.2.2. Implementação do *debriefing*

Os profissionais de saúde que participaram no estudo deram a conhecer a sua perceção relativa á **implementação do *debriefing*** no SU abordando diversos aspetos (subcategorias), tais como: o **tipo de *debriefing*** que consideram mais vantajoso quer ao nível pessoal, quer de equipa; as **dificuldades/constrangimentos** identificadas para a implementação deste tendo em conta o seu contexto laboral; e as **necessidades** sentidas para que estejam reunidas todas as condições para a implementação desta ferramenta.

Todos os participantes defendem que a realização do *debriefing* deverá ser o mais precocemente possível - o *hot debriefing*, de modo a preservar a memória de todos os acontecimentos da situação de emergência sobre a qual recai a reflexão.

“Porque há muitas situações de paragem com insucesso e que não nos transtornam, mas há outras situações que transtornam e aí eu acho que devia ser feito imediatamente, mas isso tem de ser avaliado caso a caso.” (E1)

“Tem que ser imediatamente a seguir á situação. Pode não haver tempo logo a seguir, mas no final do turno pelo menos...” (E4)

“...aquilo que eu me sinto melhor é a falar logo após! Porque as coisas ainda estão muito vivas....depois há pormenores que se começa a esquecer...” (E6)

“...deve ser feito logo no momento, porque passado alguns dias tu já nem te lembras muito bem como é que aconteceu e o que é que vivenciaste naquela altura, já desconstruíste um bocadinho.” (E7)

“...eu penso que de imediato. Não quer dizer que só possa ser feito de imediato. Parece-me que das situações... quanto mais próximo for da situação mais facilitador é para nós nos lembrarmos e para haver mudanças.” (E8)

“Imediatamente que o doente saísse da sala.” (E10)

“Na minha opinião deveria ser feito imediatamente a seguir á situação, porque é o único momento em que temos presente todas as atitudes e tudo o que se fez...” (E11)

“Convém ser logo a seguir para as pessoas terem tudo fresco!” (E13)

“Preferencialmente logo imediatamente a seguir á situação para não se perder a memória curta da situação e alguns pormenores.” (E14)

Outro dos motivos que levam os profissionais a defenderem o *hot debriefing* é o fato de haver dificuldade em reunir posteriormente todos os elementos da equipa que atuaram na situação de PCR: *“...isto é uma opinião muito pessoal mas a seu tempo há dados que falham... temos outras dificuldades de conseguir as pessoas cá estarem e é difícil”.* (E2)

Contudo, e apesar de também defenderem que deverá ser realizado o *debriefing* ainda no mesmo dia, ou no mesmo turno (também para que seja possível a participação de todos os elementos da equipa envolvidos), encontramos três depoimentos que referem que em algumas situações a realização do *debriefing* não deverá ser imediatamente a seguir á situação de PCR para que os profissionais possam interiorizar ou assimilar alguma questão que os possa ter perturbado, defendendo assim o *warm debriefing*.

“...logo imediatamente a seguir....ahhh quer dizer depende. Nalguns casos seria ótimo ser imediato, porque as coisas estão ali, e passado algum tempo acho que se perde

informação, há outras situações em que se deve dar um espaço para a própria pessoa para assimilar a situação que foi realizada.” (E3)

“Logo no imediato imediato, imediato não! Porque acho que nessa altura as pessoas ainda... principalmente se forem situações mais chatas, as pessoas ainda não assentaram, ainda não pensaram no que é que foi feito, portanto devemos dar aí algum tempo, mas algum tempo é por exemplo meia horinha para as pessoas assentarem e então vamos reunir!” (E9)

“...acho que se tem de arranjar um meio-termo! Logo a seguir se calhar não... as coisas ainda estão muito a quente por assim dizer, mas também não deixar passar muito tempo para não entrar em esquecimento...” (E12)

Relativamente às **dificuldades/constrangimentos** na implementação do *debriefing* os profissionais abordaram dois aspetos, nomeadamente ao nível pessoal e organizacional.

As dificuldades/constrangimentos pessoais prendem-se sobretudo a falta de sensibilização dos profissionais tendo em conta com a utilidade e importância atribuída ao *debriefing*.

“As mudanças são sempre difíceis de aceitar mas tudo começa com o primeiro passo, e se as pessoas vissem a utilidade dessa situação acabavam por aderir.” (E1)

“...temos é que estar todos sensibilizados para o fazer, portanto e as pessoas têm que estar cientes que isto é um processo formativo... ter uma mentalização progressiva de que tem de ser feito.” (E4)

“...e depois porque acho que as pessoas também não estão despertas para fazer...” (E6)

“As pessoas não estão mentalizadas, não acham que isso é importante.” (E6)

“As pessoas não estão organizadas, não estão motivadas, estão muito cansadas...” (E13)

Embora no início da entrevista tivesse dado a definição de *debriefing* a todos os participantes no estudo, e apesar de referirem que já o tivessem realizado, um dos participantes demonstrou, durante o seu discurso, haver ainda alguma confusão sobre os objetivos deste, referindo que o *debriefing* seria um modo de avaliação das práticas e consequentemente dos profissionais.

“Nós não estamos habituados a avaliar a nossa prática...Portanto, acho que o grande entrave para que não haja debriefings é a falta de... não sei se hei-de chamar uma maturidade profissional, mas tem muito a ver com essa incapacidade que nós temos de nos auto avaliar... como trabalhamos todos no limite, parece que não há necessidade de avaliarmos as nossas práticas, coisa com a qual eu discordo completamente.” (E10)

Outra das dificuldades/constrangimentos identificadas tem a ver com questões da política hospitalar relativa á formação das equipas que atuam em contexto de SU, nomeadamente com o fato de a equipa médica incorporar um grande número de médicos tarefeiros, e que neste sentido não têm tão interiorizados os valores e a missão do CHMT.

“Em ambiente hospitalar as equipas têm maior rotatividade, os protocolos não são tão claros para toda a gente...” (E5)

“...os médicos como não são equipas fixas, os médicos não são sempre os mesmos não têm o á vontade com toda a restante equipa, por isso é difícil envolve-los e chama-los para isto.” (E9)

“...médicos que estão sempre a rodar – são tarefeiros, nunca é o mesmo médico, nunca há rotinas ponto!” (E12)

Também a grande rotatividade de profissionais, nomeadamente enfermeiros, é considerada pelos participantes uma dificuldade/constrangimento, o que faz com que a equipa não esteja devidamente integrada, nomeadamente com os protocolos de atuação e com os protocolos e instruções de trabalho internas do CHMT.

“a nossa equipa tem sido uma equipa que tem sofrido entradas e saídas constantes de pessoal... leva a que a gente não conheça muitas vezes os membros da equipa, e se não conhecemos não sabemos com o que é que podemos contar e isso é um fator desestabilizador.” (E1)

“A própria equipa que não é muito dada a isso... não é muito dada a receber críticas...” (E3)

“...a equipa nem toda tem a mesma sensibilidade.” (E5)

“e acaba por vir muita gente, muita gente faz muita coisa e acaba por termos se calhar mais pessoas envolvidas do que aquelas que eram necessárias e depois fazer um debriefing com toda a gente acaba por ser um bocadinho estranho...” (E7)

Por outro lado, um dos profissionais referiu que o fato de grande parte da equipa já trabalhar juntos há muito tempo e haver uma forte coesão da equipa faz com que não sintam necessidade de realizar o *debriefing*.

“...nós trabalhamos juntos há muito tempo, nós aqui no nosso serviço...temos uma relação de trabalho já muito consolidada e provavelmente, se calhar o fato de estarmos tão habituados a trabalhar uns com os outros negligenciamos um bocadinho essa parte...” (E2)

Ainda relativamente às dificuldades/constrangimentos na implementação do *debriefing* no que concerne às questões organizacionais estas prendem-se mais uma vez com a sobrecarga de trabalho que os profissionais que trabalham no SU enfrentam diariamente.

“...é a quantidade, a sobrecarga de trabalho... é gente por todo o lado, é os corredores completamente cheios de gente...” (E1)

“...o trabalho aqui acaba por ser sempre um inimigo porque quando nós passamos 1 hora, 2 horas numa reanimação como é possível que passemos, temos cá fora da sala de reanimação um volume de trabalho que acumulámos que depois temos que dar resposta.” (E2)

“... a sobrecarga de trabalho, o cansaço. Às vezes o fato de nós sairmos da PCR e não termos tempo de pensar porque temos 1001 coisas para fazer a seguir...” (E3)

“...a sobrecarga de trabalho, são as dotações que não são as mais adequadas...”(E4)

“Tem mais a ver com a sobrecarga de trabalho e os momentos...” (E5)

“E depois não ser também uma coisa formal, imposta. Se for formal ou imposto passa a ser feito...” (E5)

“...e sobretudo também no tempo posteriormente á PCR em que cada um volta às suas atividades e não há um momento de: vamos parar!” (E7)

“...tem a ver com o número de elementos da equipa por turno, e que depois nem sempre é num espaço próximo, que eu penso que seja benéfico fazer o debriefing.” (E8)

“Falta de tempo para realizar essa atividade. Normalmente quando se acaba uma situação de emergência há muito trabalho acumulado que tem que ser resolvido...” (E11)

“É a falta de tempo não é! No imediato é a falta de tempo, se fosse no dia a seguir era a incapacidade de juntar as pessoas que estiveram na situação, na paragem.” (E15)

Ainda relativa às dificuldades/constrangimento á implementação do *debriefing*, os participantes apontam as questões temporais e a estrutura física do serviço.

“era fundamental termos um espaço, com privacidade, que neste momento eu não consigo reconhecer neste serviço.” (E1)

“O tempo, o espaço – que não existe!...” (E3)

“...principalmente é a falta de tempo para isso. E depois o espaço...” (E6)

“Dificuldade é muitas vezes arranjar timing, tempo, definir qual o tempo mais adequado...” (E12)

“... não temos um espaço de formação, não temos uma sala adequada para esse efeito.” (E14)

Por fim, e ainda relativamente á subcategoria da implementação do *debriefing*, os participantes identificaram as **necessidades** sentidas para que haja condições para iniciar um programa de *debriefing*, relatando sobretudo necessidades formativas relativamente a esta temática:

“Eu acho que era importante as pessoas fazerem formação nessa temática... as pessoas têm que saber têm que aprender para poderem fazer.” (E1)

“...toda a equipa tenha formação do que é que é um debriefing, qual é a utilidade dele, nós pensamos que o debriefing é dizer mal uns dos outros e não é isso que se quer. Depois da formação, haver um espaço adequado e um tempo para isso mesmo, em carga horária”. (E3)

“...formação principalmente, sobre isso, porque não há formação sobre isso...” (E6)

“Para já a formação das pessoas...” (E8)

“...formação sobre o debriefing, formação pessoal no sentido de tentar fazer com que as pessoas percebam a importância do debriefing como uma ação construtiva e para as pessoas melhorarem a prestação de cuidados...” (E9)

“...as pessoas perceberem através da formação qual é a importância e quais são as vantagens da gente fazer isto, em que é que melhoramos, e isso tem que ser um projeto estruturado...”(E10)

“...tempo e divulgação da importância.” (E11)

“...integrar isso no plano de formação do serviço, para que quando fosse necessário as coisas estarem mais agilizadas.” (E12)

“As pessoas têm que ter formação!” (E13)

Através da análise das entrevistas também identificamos que os participantes consideram importante a existência de recursos físicos e humanos adequados para a realização do *debriefing*, e ainda defendem a criação de alguma forma de registo para dar visibilidade a esta ferramenta.

“Espaço físico para tal, o termos um espaço físico que estejamos protegidos de olhares curiosos ou de doentes” (E14)

“Era necessário haver tempo não era, era necessário haver pessoas suficientes, primeiro era necessário um observador externo, porque por muito que o team leader esteja lá e se calhar tenha uma perceção diferente, tem uma perceção de tudo, também pode falhar... era preciso haver pessoas suficientes e era preciso haver tempo e condições de espaço.” (E15)

“...na área da saúde passa por um indicador. Se for feito de forma informal, oral, nunca terá indicadores, nós se formos mais realistas nem sabemos quantas PCR's temos, o que significa que não há um indicador que monitorize o impacto da paragem na sala de emergência. Para além disso também não temos o impacto do número que correm bem, ou seja, que têm sucesso...” (E5)

“...talvez ter assim um protocolo assim como a gente preenche registos de PCR...”[no pré hospitalar] (E7)

“E depois se calhar algum programa ou algum impresso que fosse facilitador para as pessoas preencherem para ficar registo...” (E8)

Todos os profissionais de saúde deverão contribuir ativamente para a melhoria contínua dos cuidados, empenhando-se nas mudanças que contribuam para essa mesma melhoria. Outra das necessidades identificadas para a implementação do *debriefing* está relacionada com as motivações pessoais e o empenho de cada profissional na melhoria contínua dos cuidados prestados aos utentes, em especial aqueles que se encontram em situação crítica como é o caso do doente em PCR.

“...é necessária a consciencialização das pessoas de que isto é importante. Se as pessoas se consciencializarem que é importante e que têm ganhos para todos é o primeiro passo...” (E2)

“Acho que é só uma questão de sensibilizar as pessoas para isso...” (E4)

“...as pessoas estivessem alertas para isto, acho que era o principal.” (E6)

“... seria em primeiro sensibilizar os colegas para isso...” (E12)

“O que é que eu acho necessário? Ter a coragem de lembrar da necessidade desse momento, sensibilizar as direções do serviço, as direções intermédias e os coordenadores de todas as áreas.” (E14)

2.2.3. Vantagens do *debriefing*

Tal como defendemos anteriormente o *debriefing* é uma ferramenta que deverá ser incorporada nos contextos laborais, e neste caso de forma particular em contexto de SU, por apresentar múltiplas vantagens. Da análise das nossas entrevistas emergiu uma categoria que designamos de **vantagens do *debriefing***. Esta por sua vez deu origem a duas subcategorias: **vantagens pessoais** e **vantagens organizacionais**.

As **vantagens pessoais**, centram-se na melhoria da *performance* e aquisição de competências através da identificação de aspetos a melhorar tal como se pode observar através das declarações dos profissionais envolvidos no estudo:

“...porque as pessoas, pois também conseguem expor todos os problemas e conseguem ver o que é que fizeram mal e na próxima atuação já são coisas que quando estamos a atuar nos lembramos do que é que falhou na anterior...” (E4)

“...e ao falarmos sobre a questão do ponto de vista das horas, quando é que começamos, quando é que iniciámos suporte básico, se era um ritmo desfibrilhável, se não era um ritmo desfibrilhável, o que é que havia de alterações, quais eram as co morbilidades do doente, isso permite-nos efetivamente melhorar... Muitas das vezes esse falhanço já era previsto á partida.” (E5)

“... identificar facilmente o que é que falhou, o que é que devia ter feito, e nós no meio da ação, com todo o stress envolvido na mesma...” (E7)

“... a gestão disto tudo tanto a nível pessoal como admitir que falhaste e que podes fazer melhor é importante...” (E7)

“E numa próxima se alguma coisa correu menos bem tentarmos melhorar, ou melhorarmos noutra situação de paragem ou noutra situação de doente crítico.” (E8)

“...cada elemento da equipa souber qual é o seu papel, as coisas correm bem.” (E9)

“...de não repetir erros que foram realizados naquele momento...” (E12)

“Para não cometermos os mesmos erros se estes ocorreram ou para mantermos as coisas que correram bem caso tenha sido esse o caso. Para nós é fundamental exatamente para percebermos de uma forma mais calma e mais refletida se conseguimos executar todos os passos de uma forma organizada, se a própria organização da equipa correu bem, se as coisas foram fluidas, se a administração medicamentosa e todas as manobras foram feitas atempadamente e adequadamente.” (E15)

Também como vantagem pessoal conseguimos perceber que os participantes identificam o *debriefing* como uma ferramenta fundamental para conseguir manter o equilíbrio

emocional, referindo que as situações de emergência e em especial algumas situações de PCR são bastantes desgastantes emocionalmente e provocadoras de stress que poderá interferir no futuro desempenho dos profissionais:

“...quando nós vivemos aqui uma situação mais constrangedora, quando vivemos uma situação de insucesso, nós também procuramos respostas, e muitas vezes ficamos a pensar o que é que podíamos ter feito melhor, o que é que podíamos ter melhorado. Às vezes até culpabilizarmo-nos por alguma situação que tenha corrido menos bem, e se tivermos oportunidade de falarmos com os nossos pares...se calhar até acabamos por tirar algumas dúvidas que nos vão massacrar no futuro...”(E1)

“A descarga de adrenalina, às vezes, o falar sobre a situação, também não temos ninguém para falar disso às vezes.” (E3)

“E ao menos ali é logo falado e pronto acaba o assunto e superamos, porque pronto há situações que nos marcam...” (E6)

“...eu faço normalmente em situações que geram mais stress ou criadoras de mais stress, e o stress pelo menos a mim quase que perturba um bocadinho a linha de pensamento e a estrutura da realização dos procedimentos, e o debriefing ajuda a pensar neles e a consolidá-los para futuras situações semelhantes...” (E9)

As **vantagens organizacionais** identificadas dizem respeito as vantagens sentidas no seio da equipa do SU, mas também a nível institucional.

Estas vantagens que os profissionais reconheceram em relação à equipa centram-se sobretudo no aumento da coesão da equipa através da reflexão em grupo.

“...a equipa torna-se mais competente, ganha automatismos, ganha....ganha outras armas para situações posteriores.”(E2)

“...como o reforço positivo á equipa, o aspeto de melhorar, o aspeto de todos nós sermos melhores, existe a vantagem de nós sentirmo-nos efetivamente mais profissionais para, porque falamos todos a mesma linguagem, estamos todos ao lado uns dos outros, a estratificação é feita dentro da sala de emergência mas todos temos papeis bem definidos...” (E2)

“Em termos de vantagens melhorar na qualidade da próxima situação que acontecer. Qualidade em termos de trabalho em equipa...” (E3)

“...é refletires o que fizeste para melhorar para os próximos, melhorares como equipa e aí quando falamos em equipa, a PCR, a paragem, a sala de emergência tem vários intervenientes... e todos eles devem refletir se fizeram a melhor coisa... isto entra dentro de um dos padrões da qualidade em termos de enfermagem que é a melhoria contínua dos cuidados ao utente...” (E5)

“Para a equipa a melhoria da prática, sobretudo a melhoria da prática e a melhoria na interação entre a equipa.” (E10)

“...correção de atitudes tomadas durante a situação de PCR embora hajam algoritmos estritos, a correção da articulação entre membros da equipa, o evitar repetições, perdas de tempo...” (E11)

“...rever as atitudes e os algoritmos á luz da ciência atual... Aprender sempre com os erros, relembrar sempre as condições de segurança, não é só de execução, sobretudo de segurança de quem está a executar a técnica ou participar. Rever sempre o papel de team leader que é muito importante, para não se perder a orientação das decisões sucessivas. E sem dúvida o mais importante é a equipa coesa a funcionar em uníssono.” (E14)

As vantagens a nível organizacional também dizem respeito ao benefício de uniformizar procedimentos, que irá consequentemente interferir de forma positiva nos cuidados prestados aos doentes em situação crítica.

“...pois há uma uniformidade de procedimentos...” (E4)

“...o debriefing ajuda a pensar neles [procedimentos] e a consolidá-los para futuras situações semelhantes... ajuda nisso a toda a equipa para se definir papéis...” (E9)

2.2.4. Desvantagens do debriefing

Outra das categorias identificadas após a análise de conteúdo das entrevistas fornecidas foram as desvantagens que são percecionadas pelos profissionais que trabalham em

contexto de SU na realização do *debriefing*. Neste contexto, depois de uma leitura atenta das entrevistas realizadas foram encontradas duas subcategorias: **desvantagens pessoais** e **desvantagens organizacionais**.

As desvantagens a nível **pessoal** prendem-se com a possibilidade de o *debriefing* poder ser considerado um meio de avaliação do desempenho profissional, criando assim sentimentos de medo e resistência à mudança, e com a dificuldade dos profissionais em receber críticas.

“a pessoa ou as pessoas intervenientes encarem os debriefings como sendo situações punitivas ou sendo situações de identificação de defeitos ou como sendo menos competentes.” (E2)

“As pessoas têm que estar abertas para receber críticas que são sempre formativas não é?! Não estamos aqui, portanto a equipa não está para apontar o dedo, do que fizeste mal e que não devias ter feito mas é um procedimento para melhorar competências, para melhorar procedimentos, para melhorar relações.” (E4)

“...eu posso-me sentir perante a equipa minimizado, fragilizado, podem as minhas competências serem colocadas em cheque e fragilizadas perante toda a gente.” (E2)

“...quando se faz o debriefing há pessoas que ficam um bocadinho mais melindradas, é o que eu sinto!” (E5)

“...a pessoa ficar mais exposta às suas fragilidades técnicas...” (E5)

“...a falta de clareza do protocolo para alguns dos profissionais... especialmente os que trabalham há mais tempo têm dificuldade em aceitar que a paragem e o protocolo de reanimação deve ser reciclado, revisto e a atuação deve passar por essa mesma reciclagem periódica.” (E5)

“É o medo de nos apontarem a dizer que não devias ter feito aquilo, devias ter feito isto, é mais o medo de termos feito algo de mal.” (E6)

“...se as pessoas encararem isso como um meio de apontar o dedo ao outro... pode criar mau estar e mau ambiente na equipa.” (E7)

“...pessoas não fazem o debriefing porque acho que tem sobretudo o medo do apontar o dedo e o medo de admitir que eu não fiz bem... e isso implica a gente admitir as nossas falhas enquanto profissionais...” (E7)

“...para certas pessoas que não estejam despertas para o debriefing e para a necessidade dele o vejam talvez como uma avaliação, como um questionar das ações, e não seja talvez muito bem aceite, e possa ser pensado como forma de crítica.” (E9)

“...quando as coisas correm menos bem há sempre pessoas que podem ter alguma dificuldade em aceitar a crítica e aí prejudicar um pouco o espírito de equipa e de entreaajuda.” (E12)

Outra subcategoria identificada através das declarações dos profissionais de saúde intervenientes no estudo prende-se com questões **organizacionais**, tais como a falta de tempo devido á sobrecarga de trabalho que, tal como já foi referido anteriormente, é uma realidade nos SU’s hoje em dia.

“a única desvantagem pode ser em relação a tempo... o que faz com que os outros doentes do serviço fiquem algo desprotegidos...” (E8)

“...a única desvantagem consome algum do pouco tempo que não temos.” (E11)

“Não encontro nenhuma desvantagem a não ser que o serviço de urgência esteja sobrelotado.” (E14)

Os participantes do estudo não identificaram nenhuma desvantagem a nível pessoal, mas, verbalizaram que outros profissionais poderiam eventualmente sentir alguns entraves:

“Eu pessoalmente não as sinto mas consigo identificar, consigo perceber que podem existir desvantagens nisto. Basta que a pessoa ou as pessoas intervenientes encarem os debriefings como sendo situações punitivas...” (E2)

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Nesta fase da investigação, o investigador tem á sua disposição resultados significativos e fiéis, permitindo-lhe assim enunciar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 2016).

Neste capítulo iremos abordar os resultados obtidos tendo presente as questões de investigação e os objetivos a que nos propusemos.

De referir que um dos objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho de investigação foi identificar a realização do *debriefing* pelos profissionais de saúde. De fato todos os participantes no estudo referiram que já tinham realizado esta reflexão sobre a ação em contexto de emergência, mas de uma forma não estruturada e com base informal. Também relataram que fazem o *debriefing* nas situações de emergência que por qualquer motivo tenham tido mais impacto pessoal e na equipa: *Normalmente é feito de forma informal... (E7)*

O *debriefing* é definido como uma ferramenta de trabalho que auxilia na reflexão sobre a ação, contribuindo desta forma para a formação dos profissionais de saúde e consolidação dos seus conhecimentos (Kessler et al., 2015) A definição de *debriefing* que utilizamos no nosso estudo corrobora esta ideia, referindo-se a este como uma reflexão estruturada sobre a ação (Coutinho et al., 2014).

Uma situação de emergência, e de forma particular, uma situação de PCR é uma situação potencialmente criadora de stresse aos profissionais de saúde intervenientes, sendo fundamental que estes possuam conhecimentos científicos e habilidades técnicas para prestar os cuidados necessários ao doente crítico (Azinhaga, 2014). Os participantes do nosso estudo afirmam que realizam o *debriefing*, embora de forma pouco estruturada, sendo utilizado como uma ferramenta de trabalho no serviço de urgência: “...já o utilizei em contexto hospitalar... É sempre de forma informal.” (E2); “Regra geral é sempre feito de forma informal... “ (E12).

Kessler et al. (2015) descreve que um dos principais objetivos do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é fomentar a reflexão, de modo a criar um espaço favorável à discussão sobre a ação e assim instituir mudanças no desempenho da equipa. Os participantes do nosso estudo corroboram com esta definição afirmando que o *debriefing* pode ser um espaço/processo formativo: “... é um processo formativo” (E4)

Embora os autores reforcem que o principal propósito do *debriefing* não seja providenciar o apoio psicológico, Heally et al. (2013) acrescenta que este aspeto poderá ter espaço durante esta reflexão estruturada, sobretudo quando surge algo ao nível emocional que poderá interferir no espírito de equipa. Esta ideia também emergiu no nosso estudo: “A utilidade é podermos falar, termos espaço para falarmos acerca daquilo que aconteceu, falarmos dos aspetos positivos e negativos, relativamente aos negativos encontrarmos uma forma ou tentarmos encontrar uma solução para melhorar.” (E1).

De fato, toda a revisão da literatura enfatiza este momento como sendo um espaço de formação como aposta na melhoria contínua dos cuidados à pessoa em situação crítica. Esta ferramenta assume particular relevância no sentido de melhorar a *performance* dos profissionais através da reflexão grupal e partilha de experiências (Dufrene et al., 2014), e contribuir para a melhoria contínua do desempenho dos profissionais através de dois momentos essenciais: a reflexão sobre o momento ocorrido e a identificação de novos conceitos que poderão ser aplicados a experiências futuras (Mullan et al., 2014): “... é mais para ficarmos consciencializados que fizemos o que era possível. Mas também se fizemos algo que achamos que devíamos fazer diferente para uma próxima vez, fazer melhor.” (E6); “É importante para vermos o que correu bem e o que correu mal e que pode ser melhorado para uma próxima vez.” (E15)

Em relação aos intervenientes no processo de *debriefing* a maioria dos nossos participantes afirmaram que deveriam estar presentes todos os intervenientes na situação de PCR, independentemente da classe profissional pertencente: “Quem devia participar deviam ser todos os elementos que estiveram presentes na reanimação...” (E2); “...a equipa multidisciplinar, todos!” (E5)

Dois dos profissionais referem que não consideram essencial os assistentes operacionais estarem presentes: “Todos os elementos clínicos. Não acho essencial que os assistentes operacionais estejam presentes.” (E11), e existe ainda um dos participantes que

equaciona a presença dos familiares, caso estes também tenham estado presentes na reanimação: “*Toda a gente que participou na PCR, toda a gente, incluindo familiares se o caso for esse.*” (E3)

Na ótica de Kessler et al. (2015) todos os elementos presentes na situação de emergência deverão poder participar no *debriefing*, respeitando sempre a vontade destes e o seu livre arbítrio. Refere ainda que os familiares poderão participar, contudo não será realmente uma situação desejável pelos constrangimentos que poderá trazer á equipa multidisciplinar.

A equipa da sala de emergência é multidisciplinar. Neste sentido, foi pedida a perceção dos profissionais sobre quem deveria ser o dinamizador do *debriefing*. As respostas dividiram-se entre o *team leader* da reanimação e um outro profissional de saúde (médico ou enfermeiro), contudo convergiram quando os participantes referiram que deveria ser alguém com conhecimentos científicos, competências técnicas e com competências comunicacionais para conseguir criar uma atmosfera de confiança e assim esta reflexão em grupo produzir os efeitos desejados: “*...o moderador devia ser a pessoa com mais, com mais... especialista na área... que contacta mais frequentemente com estas situações e que tem o protocolo mais fresco, pode perfeitamente ser ele a moderar como “especialista” na área.*” (E7); “*Quem tiver mais competências na área, quem comunicar melhor.*” (E10)

Kessler et al. (2015) refere que existe uma lacuna na formação de profissionais qualificados para dinamizarem o *debriefing*, afirmando ainda, que o treino específico em dinamizar *debriefings* pós eventos, deverá incluir conhecimentos sobre fatores humanos, segurança dos cuidados prestados aos doentes e metodologias para promover a melhoria contínua ao nível da qualidade. Assim sendo, a escolha recai geralmente num profissional de saúde também familiarizado com os aspetos clínicos (por norma um enfermeiro ou um médico).

Surge aqui também a importância das questões comunicacionais e relacionais na dinamização do *debriefing*, podendo assim associar a aspetos relacionados com a inteligência emocional. Quando falamos em inteligência emocional falamos em pessoas com capacidade de motivar os outros e a si próprios, pessoas resilientes e com capacidade de sentir empatia e esperança, demonstrando assim grande capacidade comunicacional e

que reconhecem e lidam bem com os seus sentimentos e com os dos que os rodeiam (Goleman, 2016).

Dois dos participantes consideram que idealmente deveria ser alguém externo, alguém que não tenha intervindo na reanimação, pois este observador externo iria conseguir *“identificar facilmente o que é que falhou, o que é que devia ter feito, e nós no meio da ação, com todo o stress envolvido na mesma...”* (E7). Kessler et al. (2015) refere que esta opção era favorável se não tivéssemos de ter em conta as restrições em termos de recursos humanos que são verificadas atualmente nos serviços de saúde.

Na implementação do *debriefing* há vários aspetos a ter em conta. Estes aspetos foram já revisitados na revisão bibliográfica, sendo importante perceber o porquê, o quê, quem, como, quando e onde se realiza o *debriefing*. Alguns destes aspetos foram abordados pelos participantes do nosso estudo. Embora de forma informal o *debriefing* é utilizado no serviço de urgência, após a PCR. O tipo de *debriefing* que os participantes no estudo consideram trazer mais benefícios á equipa multidisciplinar, é o *hot debriefing* pois este mantém preservada a memória dos acontecimentos e permite a reunião de todos os intervenientes na situação: *“...no imediato é mais fácil porque ali temos todos presentes o evento, temos todos presentes os procedimentos, temos todos presente a situação, temos todos presente todo o cenário envolvente, é mais fácil conseguirmos todos analisar...”* (E2)

Kessler et al. (2015) apoia esta ideia ao acrescentar que o *debriefing* da situação, imediatamente a seguir a esta ocorrer, tem o benefício de toda a equipa participante estar presente, contudo relembra que poderá existir constrangimentos em termos de tempo disponível e de espaço para reunir com as condições físicas preconizadas. Estes constrangimentos também são tidos em conta por os profissionais que defendem o *warm debriefing* (realizado alguns minutos ou horas após o evento) pois reconhecem que algumas situações de emergência lhes provocam sentimentos que poderão interferir no seu discernimento, precisando assim de algum tempo para estabilizar as suas próprias emoções:

“Logo no imediato imediato, imediato não! Porque acho que nessa altura as pessoas ainda... principalmente se forem situações mais chatas, as pessoas ainda não assentaram, ainda não pensaram no que é que foi feito, portanto devemos dar

“...aí algum tempo, mas algum tempo é por exemplo meia horinha para as pessoas assentarem e então vamos reunir!” (E9)

Ao contrário da opinião dos profissionais envolvidos no estudo, a literatura afirma que o *cold debriefing* é aquele que oferece mais benefícios quanto à aquisição de competências e conseqüentemente á melhoria do desempenho dos profissionais. Couper et al. (2013) justifica esta ideia referindo que este tipo de *debriefing* traz ganhos aos profissionais de saúde pois permite a utilização de material não disponível no imediato (tais como registos e informações que deverão ser tidas em conta na reflexão do caso), permitindo ainda a participação de outros profissionais de saúde que também irão beneficiar desta reflexão.

Quando abordamos as vantagens relacionadas com o *debriefing*, estas são divididas entre vantagens pessoais e vantagens organizacionais.

As vantagens pessoais da utilização do *debriefing* após as situações de PCR, referem-se de fato á melhoria das competências ao nível da atuação neste tipo de situação. No estudo implementado por Mullan et al. (2013) onde foi aplicada o DISCERN, um dos principais objetivos foi melhorar o desempenho dos profissionais de saúde em futuras situações de emergência.

“...e ao falarmos sobre a questão do ponto de vista das horas, quando é que começamos, quando é que iniciamos suporte básico, se era um ritmo desfibrilhável, se não era um ritmo desfibrilhável, o que é que havia de alterações, quais eram as co morbilidades do doente, isso permite-nos efetivamente melhorar... Muitas das vezes esse falhanço já era previsto á partida.” (E5)

O trabalho em SU deverá ser, sempre que possível, aproveitado para ser transformado em momento de aprendizagem e aquisição de competências (Mullan et al., 2014).

Também o fato de se falar sobre a situação de emergência ocorrida, é reconhecida pelos profissionais como vantajosa em termos de equilíbrio emocional:

“...eu faço normalmente em situações que geram mais stress ou criadoras de mais stress, e o stress pelo menos a mim quase que perturba um bocadinho a linha de pensamento e a estrutura da realização dos procedimentos, e o debriefing ajuda a pensar neles e a consolidá-los para futuras situações semelhantes...” (E9).

Copeland et al. (2016) ao implementarem um programa de *debriefing*, incluíram neste um minuto de silêncio com o objetivo dos profissionais de saúde interiorizarem a situação vivenciada e permitindo assim a libertação de eventuais tensões existentes, confirmando assim esta vantagem relatada pelos participantes do estudo.

Outra das vantagens identificadas pelos profissionais de saúde envolvidos no estudo prende-se com as questões do trabalho de equipa. No cuidado ao doente crítico é imprescindível um trabalho de equipa coeso de forma a garantir a qualidade assistencial preconizada, tendo em conta aspetos como a complementaridade, a comunicação e de uma forma mais geral a articulação interprofissional (Bem, 2013).

Isto vai de encontro ao que é emanado pelo INEM (2011) que reafirma que as manobras de SAV deverão ser executadas por uma equipa diferenciada e devidamente treinada, e também ao que foram as declarações dos profissionais: “...o *debriefing* ajuda a pensar neles [procedimentos] e a consolidá-los para futuras situações semelhantes... ajuda nisso a toda a equipa para se definir papéis...” (E9)

Por fim também Couper et al. (2013) confirma esta ideia referindo que o *debriefing* está associado não só a competências técnicas (procedimentos executados) como competências não técnicas (nomeadamente o trabalho de equipa)

Relativamente às desvantagens do *debriefing*, estas foram divididas em duas subcategorias: as desvantagens pessoais e as desvantagens organizacionais.

Importa mais uma vez lembrar os profissionais de saúde participantes apesar de não identificarem diretamente nenhuma desvantagem, acabaram por abordar alguns aspetos que podem ser considerados como desvantagens.

Relativamente às desvantagens pessoais, estas prendem-se sobretudo com a perceção que alguns profissionais poderão ter do *debriefing* como momento de avaliação sentindo-se fragilizados e diminuídos relativamente aos restantes membros da equipa multidisciplinar: “...eu posso-me sentir perante a equipa minimizado, fragilizado, podem as minhas competências serem colocadas em cheque e fragilizadas perante toda a gente.” (E2)

Kessler et al. (2015) afirma que esta ferramenta educacional não poderá ser de forma nenhuma utilizada para avaliação, garantindo segurança de todos os profissionais

envolvidos, e que apesar das principais conclusões poderem ser divulgadas, existem alguns aspetos mais sensíveis que deverão ser mantidos dentro do grupo.

Outra das desvantagens identificadas pelos profissionais foi o fato do tempo que o *debriefing* ocupa e que os profissionais reconhecem tão fundamental para prestar cuidados aos doentes em SU: “...a única desvantagem consome algum do pouco tempo que não temos.” (E11)

Relativamente às dificuldades/constrangimentos sentidas pelos profissionais de saúde para a implementação do *debriefing*, tendo em conta o seu contexto laboral, estas dividiram-se em dois planos, o pessoal e o organizacional.

As questões motivacionais são extremamente importantes para aderir e contribuir ativamente para a mudança. Goleman (2016) afirma que a motivação traz benefícios a todos os aspetos do nosso quotidiano, mobilizando sentimentos de entusiasmo, zelo e confiança, fundamentais na realização de objetivos, determinando assim como nos sairemos na vida.

Ora um dos entraves que os profissionais de saúde identificaram para a implementação do *debriefing* foi exatamente a falta de motivação e a falta de conhecimentos dos benefícios desta reflexão estruturada: *As mudanças são sempre difíceis de aceitar mas tudo começa com o primeiro passo, e se as pessoas vissem a utilidades dessa situação acabavam por aderir.* (E1)

Apesar dos participantes do estudo considerarem que o *debriefing* é útil têm a perceção que nem todos lhe atribuem a mesma importância, considerando isto como um constrangimento na implementação/realização do *debriefing*: “As pessoas não estão mentalizadas, não acham que isso é importante.” (E6)

Também Sandhu et al. (2013) confirmam que as questões culturais como a falta de interesse e a descrença que o *debriefing* possa trazer benefícios é um entrave á sua implementação: “... temos é que estar todos sensibilizados para o fazer, portanto e as pessoas têm que estar cientes que isto é um processo formativo... ter uma mentalização progressiva de que tem de ser feito.” (E4)

O outro aspeto referido pelos profissionais como dificuldade/constrangimento á implementação do *debriefing* prende-se com questões organizacionais, nomeadamente

com os recursos humanos e recursos físicos existentes nos serviços de urgência, nomeadamente na sala de emergência.

De fato a sobrelotação de doentes que é uma realidade dos SU's dos hospitais portugueses implica que os profissionais estejam sempre assoberbados de trabalho e não lhes permitindo parar para refletir sobre um evento. Note-se ainda que estas condições de trabalho também interferem diretamente no aspeto de satisfação e motivação evidenciado pelos profissionais de saúde: “... a sobrecarga de trabalho, o cansaço. Às vezes o fato de nós sairmos da PCR e não termos tempo de pensar porque temos 1001 coisas para fazer a seguir...” (E3)

Relembrando o que Campos (2014) afirma, os SU's têm de lidar com a procura excessiva de utentes. Assim a equipa multidisciplinar enfrenta situações potenciadoras de grande stress devido a não só às situações de emergência, mas também às constantes solicitações por parte dos utentes por causa desta procura excessiva deste tipo de cuidados (Silva et al., 2012).

Também a formação das equipas multidisciplinares é referida pelos participantes como uma dificuldade/constrangimento á implementação desta ferramenta educacional, referindo por diversas vezes que a existência de uma grande número de médicos tarefeiros, sem grande vínculo á instituição, e a existência de uma grande rotatividade dos profissionais de enfermagem são de fato um entrave á implementação do *debriefing*: “a nossa equipa tem sido uma equipa que tem sofrido entradas e saídas constantes de pessoal...” (E1)

Esta ideia é corroborada por Campos (2014) que afirma que no SU deverá existir uma equipa multidisciplinar fixa o que irá consequentemente garantir a continuidade e qualidade assistencial. Também Kilner et al. (2010) confirma que o grau de coesão da equipa irá interferir na redução do erro clínico garantindo a segurança do doente.

Os profissionais de saúde envolvidos no estudo referem também que outra questão que se coloca como entrave á implementação do *debriefing* é a existência de recursos físicos adequados: “... não temos um espaço de formação, não temos uma sala adequada para esse efeito.” (E14). Também Sandhu et al. (2013) refere que uma das barreiras que se coloca á implementação do *debriefing* é exatamente um espaço apropriado e devidamente reservado para acolher a equipa multidisciplinar: “Depois talvez um espaço físico...” (E6)

Como se constatou anteriormente, os SU é um serviço que apresenta uma procura excessiva, devido á perceção dos utentes da gravidade da sua situação e devido á incapacidade de resposta em tempo útil dos cuidados de saúde primários, pelo que as dotações não são as mais adequadas (Teixeira, 2010). Também os profissionais de saúde abordaram este aspeto de excesso de solicitações laborais que os impede de ter um momento de reflexão pelo que apresentam como necessidade a adequação dos recursos humanos: “...*E pronto, lá está a disponibilidade – nós não podemos dizer aos doentes olha nós vamos fechar a porta agora que vamos fazer o debriefing...*” (E6)

Também, e ainda relativamente aos recursos humanos os participantes demonstraram a necessidade de formação adequada: “*As pessoas têm que ter formação!*” (E13) e uma forma de demonstrar que o *debriefing* é uma parte integrante do trabalho que envolve a melhoria contínua dos cuidados de saúde:

“...*na área da saúde passa por um indicador. Se for feito de forma informal, oral, nunca terá indicadores, nós se formos mais realistas nem sabemos quantas PCR's temos, o que significa que não há um indicador que monitorize o impacto da paragem na sala de emergência. Para além disso também não temos o impacto do número que correm bem, ou seja, que têm sucesso...*” (E5)

Também Kessler et al. (2015) confirmam esta ideia referindo que o *debriefing* deverá ser sempre documentado para que a implementação desta ferramenta educacional possa ser devidamente avaliada, e assim trazer ganhos em saúde.

Por outro lado, os profissionais envolvidos no estudo também referem que a sensibilização dos profissionais, motivando-os para a realização do *debriefing* seria fundamental para a sua implementação: “...*as pessoas estivessem alertas para isto, acho que era o principal.*” (E6)

Kessler et al (2015) confirmam esta ideia referindo que a participação de toda a equipa multidisciplinar deverá ser encorajada.

Mais uma vez se constata o empenho dos profissionais de saúde que compõem a equipa multidisciplinar que tentam acorrer a todas solicitações no sentido de garantir a continuidade dos cuidados, garantindo também a qualidade destes (Machado, 2008)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho de investigação, que compreendeu um estudo de caso múltiplos, importa agora tecer algumas considerações que consideramos pertinentes.

Os profissionais de saúde, e de forma particular, o exercício profissional de enfermagem, centra-se na relação entre o enfermeiro e o doente e a sua família através de um processo dinâmico, que incluem entre outros aspetos a procura incessante da excelência do cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Também o código deontológico médico reafirma, no seu artigo 5º do capítulo III, que estes profissionais devem empenhar-se para que os seus utentes tenham acesso aos melhores cuidados assistenciais possíveis, tendo sempre em atenção ao respeito pelos direitos humanos (Regulamento nº 707/2016 de 21 de julho).

Neste sentido e tendo em conta que o *debriefing* é de fato uma ferramenta educacional que contribui para a melhoria contínua dos cuidados prestados á população, através da reflexão sobre os eventos clínicos e eventual mudança de práticas de acordo com evidência científica mais atual, tal como nos foi corroborado pelos profissionais de saúde que participaram no estudo, este apresenta-se como mais uma estratégia que está ao dispor das equipas multidisciplinares para atingirem este objetivo.

Todos os participantes envolvidos no estudo afirmaram já terem realizado o *debriefing*, embora reconheçam que não é uma prática usual, e que não é feito de uma forma estruturada, sendo assim deixado à consideração dos participantes os temas abordados.

Os enfermeiros e médicos reconhecem a utilidade desta ferramenta, nomeadamente em situações de PCR, não só com espaço de partilha de emoções, mas sobretudo como um espaço de formação contínua dos profissionais

Defendem ainda que o tipo de *debriefing* que consideram mais vantajoso (e aquele que já realizaram) em termos de aprendizagem, é aquele que é realizado imediatamente a seguir à PCR (*hot debriefing*), contudo os estudos referem este tipo de *debriefing* como sendo o

menos estruturado por definição e menos vantajoso em termos de aquisição de competências.

Relativamente às vantagens do *debriefing*, os médicos e enfermeiros que participaram no estudo referem que estas abrangem dois campos, nomeadamente o pessoal e o organizacional, isto é, traz vantagem ao profissional de saúde em termos pessoais pela aquisição de competências técnicas e conhecimentos, e também para o equilíbrio emocional. Já a nível organizacional apontam aspetos de melhoria ao nível da interação da equipa multidisciplinar e a sua coesão.

Todos os profissionais entrevistados referiram que as desvantagens também incorporam os aspetos pessoais e os aspetos organizacionais. Assim referem como desvantagem pessoal o fato de o *debriefing* poder ser encarado de forma punitiva e como meio de avaliação do desempenho. Como desvantagens organizacionais, afirmam que está diretamente relacionado com o tempo despendido para esta reflexão em grupo, tendo em conta o excesso de trabalho que enfrentam no seu quotidiano.

Também foram identificadas dificuldades/constrangimentos percebidos pelos profissionais de saúde e que se prendem sobretudo com a falta de tempo disponível para a realização desta reflexão e com a falta de um espaço adequado a este propósito. Alertaram ainda que percecionam, na restante equipa multidisciplinar, falta de sensibilização para participarem no *debriefing*.

Assim, as necessidades sentidas para que um programa de *debriefing* possa ser implementado, centram-se numa adequação dos recursos humanos e recursos físicos tendo em conta a procura dos cuidados assistenciais verificados no SU. Reconhecem ainda a necessidade de formação adequada e dirigida a esta temática.

Esta reflexão estruturada apresenta-se assim, como mais uma solução que conduz a modificações importantes na *performance* das equipas multidisciplinares do SU, no sentido de beneficiar os utentes em situações futuras (Kessler et al., 2015). A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade assistencial deverá ser objetivo de todos os profissionais que trabalhem na área da saúde, e de forma particular dos enfermeiros.

Também o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica enquadra o domínio da melhoria contínua dos cuidados, afirmando que o Enfermeiro especialista é também responsável pela conceção, gestão e colaboração em programas que garantam esta melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim este trabalho de investigação assume um papel fundamental no sentido de encetar um trabalho, em colaboração com outros profissionais envolvidos, para que a implementação de um programa de *debriefing* possa tornar-se uma realidade.

Na realização deste trabalho de investigação sentimos algumas dificuldades, sobretudo ao nível de evidência científica que pudesse dar algum suporte ao estudo. Na realidade, existem alguns trabalhos realizados sobretudo por investigadores estrangeiros. Relativamente ao *debriefing* em si, existem alguns trabalhos de investigação, mesmo portugueses, mas são essencialmente ligados à área da formação.

Neste sentido, os resultados do nosso estudo implicam um desafio para a prática e formação dos profissionais envolvidos na assistência da pessoa em situação crítica, nomeadamente em situação de PCR. Os profissionais de saúde reconhecem a necessidade da formação e valorização desta ferramenta de trabalho.

Sugerimos a realização de futuros estudos sobre esta temática, com uma população mais alargada, e eventualmente a implementação/realização de programas formativos e a estruturação do *debriefing* de modo particular nos SU's, avaliando o seu impacto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2007). *Emergência em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Brasil Profissionais.
- Ajeigbe, D. O., McNeese-Smith, D., Phillips, L. R. & Leach, L. S. (2014). Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction. *Journal of Nursing & Care*, 3(141), 1-6.
- Araszewski, D., Bolzan, M. B. Montelzi, J. H. & Peres, A. M. (2014). O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de pronto-socorro. *Cogitare Enfermagem*, 19 (1), 41-47.
- Azinhaga, A. I. R. (2014). *Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (5ª ed.). (L. A. Reto, A. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70. (trabalho original em Francês publicado em 1977).
- Bem, A. G. S. (2013). *Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: DGS.
- Centro Hospitalar Médio Tejo. (2013). *Regulamento GRL.021.01 - Exercício de Enfermagem*. Torres Novas: CHMT.
- Chambel, E. M. G. M. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Copeland, D., & Liska, H. (2016). Implementation of a Post-Code Pause. *Journal Of Trauma Nursing*, 23(2), 58-64.

- Correia, S. C. C. C. (2013). *Papel de enfermeiro na sala de emergência e no transporte Inter hospitalar do Doente crítico*. Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Couper, K. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing after resuscitation. *Cardiopulmonary resuscitation*, 19(3), 188-194.
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39, 1513-1523.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Coimbra. Almedina.
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A. & Pereira, M. F. C. R. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-50.
- Creswell, J. W. (2007). *Projecto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto* (2ªed). Porto Alegre: Artmed.
- Despacho nº 18459/2006 de 12 de setembro (2006). Diário da República II Série. Nº 176 (06-09-12), 18611-18612.
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de março (2002). Diário da República I Série. Nº 55 (02-03-06), 1865-1866.
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Ministério da Saúde. Diário da República. II Série. Nº 153 (14-08-11) 20673-20678.
- Direção Geral da Saúde. Norma nº 002/2005 de 23 de setembro (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Lisboa: DGS.
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.
- Escudero, J. M. S. (2008). Una revisión acerca del *debriefing* como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés pos traumático). *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 198-205.

- Flato, U. A. P. & Guimarães, H. P. (2011). Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(5), 360-364.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures; Lusociência. (trabalho original em Francês publicado em 2006).
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas* (3ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.
- Garlet, E. R., Lima, M. A. D. S., Satos, J. L. G. & Marques, G. Q. (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Contexto Enfermagem*, 18(2), 266-272.
- Goleman, D. (2016). *Inteligência Emocional*. (M. D. Correia, Trad.) Maia: Círculo de Leitores. (trabalho original em Inglês publicado em 1995).
- Grupo Português de Triage*. In: Grupo Português de Triage – Sistema de Triage de Manchester. Acedido em 30 de agosto de 2017 em www.grupoportuguestriage.pt
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19(4), 31-37.
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue among Emergency Nurses compared with Nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª ed.). Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual de Abordagem à vítima* (1ª ed.). Lisboa: INEM.
- Instituto Nacional de Estatística*. In Ocorrências pré-hospitalares (Nº) por local de ocorrência (NUTS – 2013) e tipologia. Lisboa. Acedido a 5 de agosto de 2017 em <https://www.ine.pt>

- Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B. & Rushton, C. (2010). Bereavment Debriefing Sessions: Na Intervention to Support Health Care Professionals in Managing Their Grief After the Death of a Patient. *Pediatric Nursing*, 36(4), 185-189.
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Kilner, E. & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18(3), 127-137.
- Lavoie, S., Talbot, L. R. & Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a ‘tailor-made’ solution. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1514-1522.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (2012). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e práticas*. (M. J. Reis, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget. (trabalho original em Francês publicado em 1990).
- Liaw, S. Y., Zhou, W. T., Lau, T. C., Siau, C. & Chan, S. W. (2014). An interprofessional communication training using simulation to enhance care for a deteriorating patient. *Nurse Education Today*, 34, 259-264.
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Trabalho de Projeto de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Magyar, J. & Theophilos, T. (2010). Debriefing critical incidentes in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 22, 499-506.
- Maignan, M., Koch, F., Chaix, J., Phellouzat, P., Binauld, G., Muret, R. C., ...Debaty, G. (2016). Team Emergency Assessment Measure (TEAM) for the assessment of non-technical skills during resuscitation: Validation of the French version. *Resuscitation*, 101, 115-120.
- Martins, A. J. F. C. T. (2010). *Reanimação Cardiorespiratória no Pré-hospitalar*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.

- Macphail, E. (2011). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheely, S. *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (6ª ed.) (pp. 5-7). Loures: Lusociência.
- Mitchell, A. M., Sakraida, T. J. & Kameg, K. (2003). Critical Incident stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, 1(2), 46-51.
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.
- Mullan, P. C., Wuestner, E., Kerr, T. D., Christopher, D. P. & Patel, B. (2013). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*, 84, 946-951.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.
- Pais, S. A. (2012). *O Doente Crítico*. Relatório de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Pereira, M. S. M. (2014). *O Sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Perkins, G. D., Davies, R. P., Quinton, S., Woolley, S., Gao, F., Abella, B., ... Cooke, M. W. (2011). The effect of real-time CPR feedback and post event debriefing on patient and processes focused outcomes: A cohort study: trial protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(58), 1-7.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Quiivy, R. Campenhoudt, L. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais*. (J. M. Mrques, M. A. Mendes, M. Carvalho, Trad.) Lisboa: Gradiva. (trabalho original em Francês publicado em 1995).
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série. Nº 35 (11-02-18), 8656-8657.
- Regulamento nº 707/2016 de 21 de julho (2016). Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República II Série. Nº 139 (16-07-21), 22575-22588.
- Sandhu, N., Eppich, W, Mikrogianakis, A., Grant, V., Robinson, T. & Cheng, A. (2015) Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM*, 15(0), 1-10.
- Santos, J. L. J., Lima, M. A. D., Pestana, A. L., Colomé, I. C. S. & Erdmann, A. L. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-7.
- Santos, J. N. & Silva, L. A. (2012). Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde. *Revista de Ciência e Administração*, 14 (34), 155-168.
- Silva, A. M. F. (2007). *O direito à privacidade do doente no Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto. Porto.
- Silva, A. P., Munari, D. B., Brasil, V. V., Chaves, L. D. P., Bezerra, A. L. Q. & Ribeiro, L. C. M. (2012). Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência emergência na perspectiva de Kurt Lewin. *Ciência Cuidado e Saúde*, 11(3), 549-556.
- Silva, C. (2009). *A qualidade do serviço de Urgência: Perceções dos utentes e dos prestadores*. Tese de Mestrado. Faculdade de Economia e Gestão – Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Silva, K. R. & Pires, R. C. C. P. (2011). A percepção da equipe de enfermagem sobre liderança no serviço de urgência e emergência de um hospital geral de Belo Horizonte. *Revista Tecer*, 4(7), 88-98.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, L.F.J.B. (2010). *Porque é que os doentes se deslocam ao Serviço de Urgência? – Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Trendak, W., Balcerzyk-Bardzo, E., Cierniak, M., Nowakowski, M., Bartczak, M. & Sikorski, T. (2013). The role of debriefing in preventing posttraumatic stress disorders in emergency services. *Military Pharmacy and Medicine*, 6(4), 17-20.
- WMA, *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for the Medical Research Involving Human Subjects*. In: World Medical Association. Acedido a 5 de Janeiro de 2017 em <http://www.wma.net/en/30publicatins/10policies/b3>
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

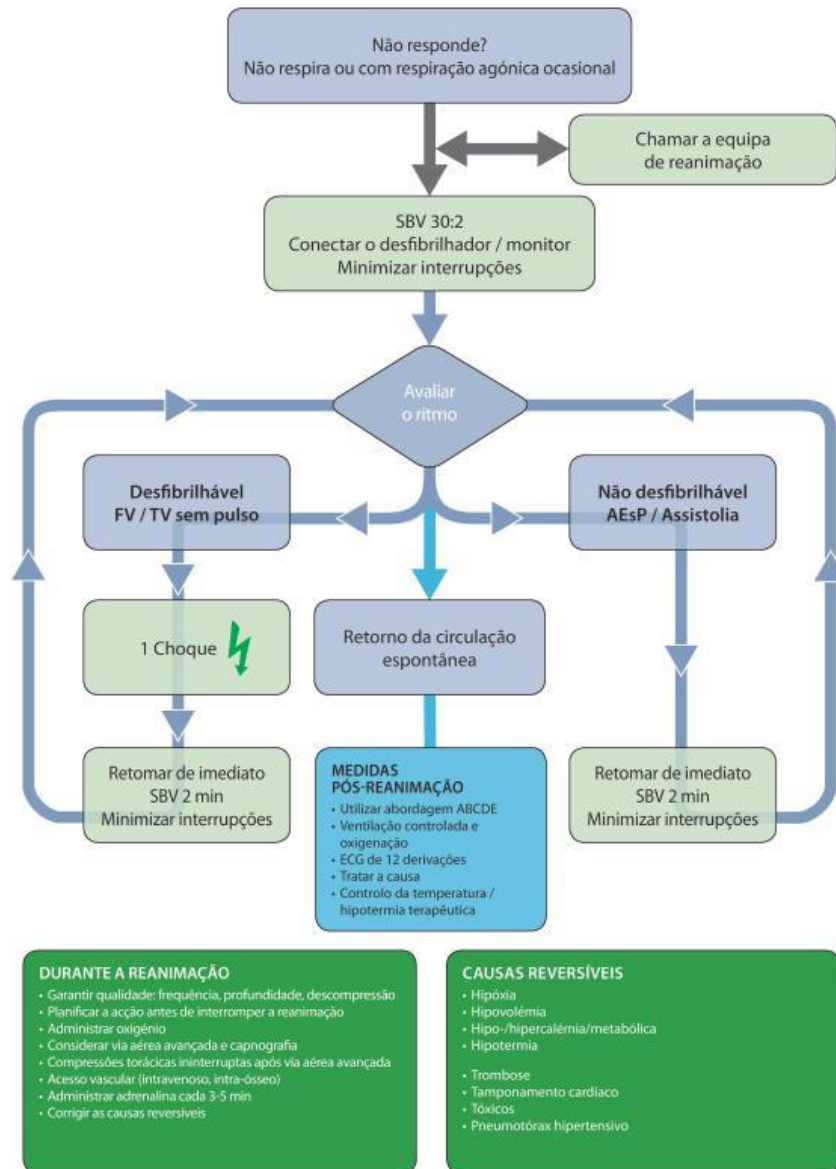
ANEXOS

ANEXO I

Algoritmo do SAV



Suporte Avançado de Vida Algoritmo universal



©ILC

ANEXO II

DISCERN *tool*

DISCERN – Debriefing in Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now

DO NOT SCAN OR PUT INTO PATIENT CHART - STAPLE TO CODE SHEET		
Texas Children's Hospital - Debriefing In Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now (DISCERN) Form This info is privileged and confidential pursuant to TX Health & Safety Sections 161.031-033, TX Occupations Code Section 160.007 &/or TRCP 192.5		
ALL patients need this section completed - NURSE must decide with the doctor whether a debrief is necessary for EVERY resuscitation	Fill out this section only if debriefing occurs	Fill out this section during the debriefing (Person writing not the person leading debriefing) (Write on the back of form if there is not enough space)
<p style="text-align: center; background-color: #cccccc; padding: 2px;">Place Patient Sticker Here</p> <p>1. Date (MM/DD/YY): <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2. Physician Team Leader: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>3. 1st Nurse filling this out: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>4. If team leader & 1st nurse together decide not to do a debriefing, state reasoning: <input type="checkbox"/> Too many urgent patient care issues to make time <input type="checkbox"/> Did not feel it was needed. (check one box to the right) (skip #4 if doing a debrief) Other reason: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>5. Interventions (check ALL that apply) <input type="checkbox"/> Intubation / Intubated <input type="checkbox"/> Defibrillation <input type="checkbox"/> Code 3 Trauma Activation <input type="checkbox"/> CPR</p> <p>6. Time at end of resuscitation: <input style="width: 100%;" type="text"/> (Either "time of death" or "time left EC", whichever was 1st)</p> <p>7. Patient Outcome: <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Expired</p>	<p>1. Members Present ("X" box if present during debriefing)</p> <p><input type="checkbox"/> Chaplain <input type="checkbox"/> Charge Nurse <input type="checkbox"/> Child Life <input type="checkbox"/> Family Advocate <input type="checkbox"/> Pediatric Emerg Medicine Fellow <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Physician Team Leader <input type="checkbox"/> Primary / Documenting Nurse <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Respiratory Therapist <input type="checkbox"/> Secondary Nurse <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other:</p> <p>2. Debriefing Physician, Team Leader Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>3. Debriefing Documenter Name (NOT same as #2 above; can be RN or Dr.) <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>1. Time Debriefing Started: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>2. What went well during our care for the patient? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3. What could have gone better during our care for the patient (ADD potential solutions if able)? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4. Was the Physician Team Leader (PTL) the only doctor calling out medication orders? YES NO</p> <p>5. Was anyone confused at any time during the resuscitation about who was the PTL? YES NO</p> <p>6. Time Debriefing Ended <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>7. State: "If anyone wants counseling support, see referral numbers at the bottom of this form"</p>
<p>Advice for Running A Team Debriefing</p> <p>1. Pick a quiet or isolated space if possible - start by thanking members for being present & encouraging all members to participate.</p> <p>2. State: "The purpose of debriefing is for education, quality improvement, & emotional processing; it is not a blaming session. Everyone's participation is welcome & encouraged."</p> <p>3. State: "These debriefings usually take several minutes and if you have urgent issues to attend to, you are welcome to leave at any time."</p> <p>4. State: "I will briefly review the patient's summary. Then as an entire team, we can discuss what went well and what could have gone better. Please feel free to ask any questions."</p> <p>5. Proceed as team leader with a brief summary of the patient's course and then proceed to the group discussion. Documenter (not debriefing leader) records on this form.</p> <p>* If anyone needs or requests a referral for free counseling, call the appropriate institution at 832-824-3327 (TCH) or 713-500-3327 (BCM) Updated 8/13/2012</p>		

ALWAYS FILL OUT LEFT SECTION BEFORE PATIENT LEAVES EMERGENCY CENTER

DEBRIEFING FORM

ANEXO III

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Designação do estudo: O *debriefing* realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardio-respiratória

Objetivo Geral: Qual a vivência da equipa de enfermagem e da equipa médica face à utilização do *debriefing* associado a situação de paragem cardíaco-respiratória (PCR) em contexto de urgência?

Objetivos

- Identificar a utilização do *debriefing* pela equipa de enfermagem e equipa médica no serviço de urgência, em situações de PCR.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros e dos médicos do serviço de urgência sobre a utilidade do *debriefing* em situações de PCR.
- Descrever as vantagens e/ou desvantagens da realização do *debriefing* em contexto de emergência percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos do serviço de urgência, em situações de PCR.
- Descrever as dificuldades/constrangimentos associadas à realização do *debriefing*, percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos, em contexto de serviço de urgência em situações de PCR.
- Conhecer as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do *debriefing*, no serviço de urgência.

Procedimentos éticos e legais

- Pedir o consentimento, informado e esclarecido, para a realização da entrevista
- Importa garantir a confidencialidade dos dados recolhidos
- Garantir que os resultados do estudo que está a ser realizado serão disponibilizados depois de devidamente tratados.

Dados sociodemográficos	Entrevista nº Idade? Há quanto tempo é enfermeiro/médico? Há quanto tempo é especialista? Em que área se especializou? Há quanto tempo desempenha funções na urgência?	Recolher dados sociodemográficos
<p>Definição: O <i>debriefing</i> é uma reflexão estruturada sobre a ação, fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua dos profissionais, permitindo também encontrar outras opções válidas de fazer de forma diferente e adequadamente (Coutinho, Martins e Pereira, 2014).</p> <p><i>(Dar a definição de debriefing para que o participante não tenha dúvidas sobre o objetivo da entrevista)</i></p> <p>Certamente vivenciou inúmeras experiências de paragem cárdiorrespiratória. Pedia-lhe que recordasse algumas dessas experiências enquanto responde às questões. (tendo em conta a definição de <i>debriefing</i> anterior)</p>		
Tópico	Perguntas	Objetivos
O <i>debriefing</i> em situações de PCR	E feito? Como é feito? Onde é feito? Com quem (intervenientes)?	Identificar a utilização do <i>debriefing</i> pela equipa de enfermagem e equipa médica no serviço de urgência, em situações de PCR.

Utilidade do <i>debriefing</i>	Qual a utilidade que encontra na utilização do <i>debriefing</i> no seu local de trabalho?	Conhecer a percepção dos enfermeiros e dos médicos do serviço de urgência sobre a utilidade do <i>debriefing</i> em situações de PCR.
Vantagens/Desvantagens do <i>debriefing</i>	<p>Consegue identificar vantagens, para a equipa e para o doente, na realização do <i>debriefing</i>?</p> <p>Consegue identificar desvantagens na realização do <i>debriefing</i>?</p> <p><i>(pedir para especificar – Quais?)</i></p>	Descrever as vantagens e/ou desvantagens da realização do <i>debriefing</i> em contexto de emergência percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos do serviço de urgência, em situações de PCR.
Dificuldades/constrangimentos em relação à realização do <i>debriefing</i>	<p>Quais são na sua opinião as dificuldades e/ou os constrangimentos que se colocam á realização do <i>debriefing</i>, tendo em conta o contexto onde exerce funções?</p> <p><i>Pedir para especificar se o participante demonstrar dificuldade: pessoais, equipa, espaço físico.</i></p>	Descrever as dificuldades/constrangimentos associadas à realização do <i>debriefing</i> , percebidas pelos enfermeiros e pelos médicos, em contexto de serviço de urgência em situações de PCR.

<p>Necessidades sentidas pela equipa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tendo presente como é feito a realização do <i>debriefing</i> atualmente o que gostaria de sugerir/modificar? (<i>se for já realizado</i>) - Tendo em conta a utilidade do <i>debriefing</i> na melhoria contínua dos cuidados, consegue perceber a importância desta ferramenta? (<i>se não for realizado</i>) - Como considera que deveria ser feito? - Quem deveria ser o dinamizador? - Quem deveria participar? - O que considera que seria necessário para iniciar um programa de implementação do <i>debriefing</i> 	<p>Conhecer as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem e equipa médica antes, durante e após a realização do <i>debriefing</i>, no serviço de urgência.</p>
<p>Informações adicionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gostaria de sugerir ou abordar aspetos que não foram focados nesta entrevista. 	<p>Deixar o participante expressar livremente a sua opinião e pensamento sobre tema, adicionando outras informações não abordadas pela entrevista sobre o tema.</p>

ANEXO IV

Autorização do Conselho de Administração e Conselho de Ética do CHMT para a realização da entrevista



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Enfermeira Diretora N.º: 69/DE/CA Data: 27-04-2017 Pág.: _____

Para: Conselho de Administração

C.c.: _____

Assunto: Projeto de Investigação – Enfermeira Cátia Marisa Vala Gregório

PARECER	DESPACHO
	 <p>23/05/2017</p> <p>Em reunião de Conselho de Administração deliberou-se a aprovação da proposta de criação da Comissão de Ética e de concordância de J. E. de Sousa.</p> <p>Vogal Executivo Bruno dos Santos Pereira</p> <p>Vogal Executivo Carlos Gil</p> <p>Enfermeira Diretora Ana Paula Eusébio</p> <p>Diretora Clínica Cristina Gonçalves</p>

Na sequência do parecer positivo da Comissão de Ética, proponho que se autorize o estudo solicitado pela Senhora Enfermeira Cátia Marisa Vala Gregório, intitulado "O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardio-respiratória", no âmbito da dissertação de mestrado que está a realizar, que consiste na realização de entrevistas aos profissionais do serviço de urgência.

A Enfermeira Diretora

Ana Paula Eusébio

ANEXO V

Termo de consentimento informado para a realização da entrevista

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Cátia Marisa Vala Gregório, no âmbito do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, intitulada: “O *debriefing* realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardio-respiratória”, fui informado(a) sobre a finalidade e objetivos do mesmo, compreendendo o que me foi transmitido e tendo a oportunidade de esclarecer dúvidas. Neste sentido, declaro que aceito participar no estudo de investigação acima referido, tendo em conta a garantia de confidencialidade dos dados.

Data: ____/____/2017

Assinatura: _____