



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**A importância de um Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos de
Paragem Cardiorrespiratória**

Mestrando: Miguel Ângelo Paiva Serafim Pires Ribeiro

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, março 2024



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**A Importância de um Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos de
Paragem Cardiorrespiratória**

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Mestrando: Miguel Ângelo Paiva Serafim Pires Ribeiro, 5220170

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Leiria, março 2024

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Hugo Duarte, por toda a ajuda, empenho, orientação e amizade ao longo de todo este tempo. O meu percurso seria sem dúvida muito mais difícil sem si, obrigado.

Aos meus amigos, obrigado por tudo... e peço ainda desculpa pelos dias/semanas que os fiz esperar por uma resposta a uma mensagem ou uma chamada. Foi sem dúvida difícil gerir todo o meu (pouco) tempo. Sei que posso contar sempre convosco, por isso prometo continuar a demorar pelos projetos que espero que se aproximem.

A todos os Enfermeiros que pude conhecer ao longo de todo este tempo, mas principalmente aos meus Enfermeiros Orientadores. Obrigado pelas aprendizagens, reflexões e desabafos que permitiram que todo este tempo tivesse ainda mais significado.

Ao Nelson e ao Marco por todo o tempo em que ouviram os meus desabafos, sem nunca julgarem nem reprimirem. Que sorte tenho eu em ter estes dois na minha vida. Seguraram muitas vezes as pontas mesmo sem se aperceberem, obrigado!

À minha família por serem o meu maior suporte. Obrigado por acreditarem sempre em mim e por terem estado sempre comigo em toda a minha vida, mas principalmente neste último ano e meio.

À minha Cat, que foi quem mais sofreu por toda e tanta ausência que lhe fiz chegar durante este percurso. Que orgulho nesta magnífica pessoa que tenho ao meu lado, obrigado.

Por fim, ao dia 31 de janeiro de 2023. Dia que me tirou o tapete do chão, mas rapidamente me fez perceber que esta vida tem de ser assim, vivida de GRANDE! Obrigado à vida por me permitir continuar a viver e por me ter permitido chegar até ao dia de hoje.

RESUMO:

Este relatório apresenta uma síntese daquele que foi o caminho percorrido durante o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este relatório está dividido em duas partes.

Na parte I virão enunciadas e refletidas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em médico cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica desenvolvidas ao longo do mestrado. Os ensinamentos clínicos realizados durante este período académico tornaram-se sem dúvida imprescindíveis para o desenvolvimento destas competências enquanto futuro enfermeiro especialista.

Na parte II virá o projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido pelo mestrando, este que foi realizado num serviço de urgência médico cirúrgica de uma unidade local de saúde da região centro de Portugal. Este tem como objetivo: analisar a perceção dos profissionais de saúde em relação à importância da realização de *debriefing's* após a abordagem a situações de PCR; Promover a realização de um *debriefing* estruturado após eventos de PCR, com base em cenários de simulação clínica implementados na sala de emergência.

Palavras-chave:

Debriefing; *Debriefing* Estruturado; Paragem Cardiorrespiratória; Simulação Clínica; Serviço de Urgência; Sala de Emergência.

ABSTRACT:

This report presents a summary of the path taken during the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Specialisation Area of Critical Care Nursing, developed at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria. This report is divided into two parts.

Part I sets out and reflects on the common competences of the specialist nurse and the specific competences of the nurse specialising in surgical medicine in the area of specialisation in nursing the critically ill person, which were developed during the master's degree. The clinical teaching carried out during this academic period was undoubtedly essential for the development of these competences as a future specialist nurse.

Part II will focus on the continuous quality improvement project developed by the master's student, which was carried out in a medical-surgical emergency service of a local health unit in the centre of Portugal. The aim of this project was to: analyse the perception of healthcare professionals regarding the importance of *debriefing* after dealing with CPR situations; promote structured *debriefing* after CPR events, based on clinical simulation scenarios implemented in the emergency room.

Keywords:

Debriefing; Structured *Debriefing*; Cardiorespiratory Arrest; Clinical Simulation; Emergency Department; Emergency Room.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADR – Área para doentes respiratórios

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EC – Ensino Clínico

Enf. Esp. MC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

HCIS – *Health Care Information System*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITEAMS – *Tool for Emergency Alert Medical System*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PMC – Projeto de Melhoria Contínua

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Vias Verdes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
PARTE I - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS.....	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	16
1.2. ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	17
1.3. ENSINO CLÍNICO III - AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	18
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
2.1. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DOS ENSINOS CLÍNICOS.....	20
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal	20
2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade	23
2.1.3. Domínio da gestão de cuidados	25
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	28
2.2. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DOS ENSINOS CLÍNICOS	29
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	29
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	38
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	41

PARTE II - GUIÃO ORIENTADOR DE UM <i>DEBRIEFING</i> ESTRUTURADO PARA EVENTOS DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA	44
INTRODUÇÃO	49
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	50
2. MÉTODOS	54
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	54
2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	54
2.3. OBJETIVOS	54
2.4. AMOSTRA	55
2.5. INSTRUMENTOS E RECOLHA DE DADOS	55
2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	56
2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	56
3. RESULTADOS	57
3.1. QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO	57
3.2. GUIÃO DE <i>DEBRIEFING</i> ESTRUTURADO PARA EVENTOS DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA	61
3.3. QUESTIONÁRIO COM A UTILIZAÇÃO DA “ <i>DEBRIEFING EXPERIENCE SCALE</i> ” – VERSÃO VALIDADA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA.....	62
4. DISCUSSÃO	66
CONCLUSÕES	71
BIBLIOGRAFIA	73
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descreva o que entende por <i>Debriefing</i>	58
Tabela 2 - Na sua opinião em que medida a implementação de um <i>Debriefing</i> melhoraria a prestação de cuidados perante uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória?.....	59
Tabela 3 - Quais as principais dificuldades identificadas à implementação da estratégia de <i>Debriefing</i> ?	60
Tabela 4 - Resposta dos Participantes à Escala Validada para a Língua Portuguesa da " <i>Debriefing Experience Scale</i> "	64
Tabela 5 - Influência dos Anos de Experiência do SU na Perceção do <i>Debriefing</i>	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Guião Orientador de um <i>Debriefing</i> Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória	62
--	----

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Formação Realizada no EC II

APÊNDICE 2 - Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória

ANEXOS

ANEXO 1 - Webinar Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe

ANEXO 2 - Deliberação Positiva pela Comissão de Ética

ANEXO 3 - Pedido de autorização para utilização “*Debriefing* Experience Scale”

INTRODUÇÃO

Este relatório desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, destina-se à defesa de prova pública para obtenção do grau de Mestre, bem como à atribuição do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A evolução significativa que se faz sentir em Enfermagem nos últimos anos, quer enquanto disciplina, quer enquanto profissão, deve-se muito ao facto de haver cada vez mais um maior rigor técnico-científico por parte dos próprios enfermeiros para que seja possível prestar cuidados com a máxima qualidade tendo em conta a mais recente evidência científica. De forma a dar resposta a esta maior exigência que se tem feito sentir, existe proporcionalmente uma maior procura por parte dos Enfermeiros na diferenciação e especialização, para que assim possam acompanhar as tendências atuais desta profissão (Ordem dos Enfermeiros, s.d.).

As competências específicas desenvolvidas por parte do enfermeiro especialista são atingidas através do aumento de conhecimentos adquiridos no âmbito da especialidade, existindo portanto competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, mas também competências específicas dentro de cada uma das áreas de especialidade. O título de especialista confere portanto ao enfermeiro a capacidade de adquirir e colocar em prática todo um conjunto de conhecimentos especializados que terão impactos positivos na saúde das pessoas em qualquer contexto de vida e nos vários níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Pessoa em situação crítica é definida como aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). Assim, com vista à aquisição de competências neste contexto com o objetivo de dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, surge este documento dividido em 2 partes. A primeira parte corresponde a um relatório reflexivo sobre as competências adquiridas ao longo dos Ensinos Clínicos (EC), e na segunda parte pretendo apresentar o

Projeto de Melhoria Contínua (PMC) da Qualidade em Enfermagem, desenvolvido e aplicado no Serviço de Urgência (SU) onde o mestrando desempenha funções.

Como foi referido anteriormente, a primeira parte deste trabalho consiste na elaboração de um relatório onde será realizada uma reflexão sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que foram adquiridas ao longo dos EC.

A realização de EC ao longo da formação dos Enfermeiros torna-se imprescindível, mostrando ter um papel bastante importante no desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento de técnicas inerentes à profissão, levando à formação de profissionais de excelência. Um dos principais objetivos da realização destes é permitir que o aluno possa fazer a ligação entre aquilo que é aprendido na componente teórica transpondo posteriormente para a componente prática, e assim, contribuir para uma melhor consolidação desses mesmos conhecimentos (Dias et al., 2014).

Alguns autores demonstram que a prática reflexiva sobre os momentos vivenciados permitem uma aprendizagem contínua, melhorando a prática diária, permitindo ainda a minimização de erros associados. Contudo, torna-se necessário colocar essas reflexões em prática de forma a potenciar a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde (Helyer , 2015).

Assim, as reflexões realizadas dizem respeito respetivamente ao EC I, realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Lisboa e Vale do Tejo, ao EC II numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de uma ULS da região centro do país, e por fim, ao EC III realizado numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A teoria de enfermagem que norteou o mestrando ao longo de todo o percurso académico assenta na Teoria das Transições de Afaf Meleis, sendo a própria autora a referir que o processo de transição deve ser um tema central em enfermagem. Na área da saúde é comum observarem-se transições entre um estado de saúde e doença, essas que implicam mudanças comportamentais quer na própria pessoa quer nas suas famílias/cuidadores. Estas mudanças

comportamentais são maioritariamente desencadeadas pelo facto de surgir uma doença aguda, ou a agudização de uma doença crónica, devendo portanto ser um tema central no olhar da prática de enfermagem. O enfermeiro, poderá e deverá ter um papel bastante importante enquanto facilitador deste processo de transição, quer na pessoa em situação crítica, quer nas suas famílias/cuidadores, compreendendo e identificado quais as necessidades inerentes à pessoa a vivenciar um processo de transição saúde-doença e implementando estratégias de forma a que este seja facilitado (Meleis, 2012).

A segunda parte deste trabalho diz respeito ao projeto de melhoria contínua da qualidade em Enfermagem que foi desenvolvido ao longo do mestrado, denominado de “Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado Para Eventos de Paragem Cardiorrespiratória”, projeto este que foi implementado no Serviço de Urgência no qual o mestrando desempenha funções.

A realização e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem devem ser focalizados nas áreas de atenção da prática de enfermagem: na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Este trabalho respeita as normas de elaboração de trabalhos definidas pelo Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. As citações e referências bibliográficas respeitam as normas definidas pela *American Psychological Association*, 7ª Edição.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram desenvolvidos EC que permitiram aumentar os conhecimentos teórico-práticos enquanto futuro enfermeiro especialista.

A realização de EC ao longo da formação dos Enfermeiros torna-se imprescindível, mostrando ter um papel bastante importante no desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento de técnicas inerentes à profissão, levando à formação de profissionais de excelência. Um dos principais objetivos da realização destes, é permitir que o aluno possa fazer a ligação entre aquilo que é aprendido na componente teórica, transpondo posteriormente para a componente prática, e assim, levar a uma melhor consolidação desses mesmos conhecimentos (Dias et al., 2014).

Alguns autores defendem que a aprendizagem poderá acontecer através da aquisição de conhecimento, leitura, estudo, contudo, existem outras competências que apenas poderão ser aprendidas através das experiências e reflexões de momentos vivenciados, de forma a formar uma ideia mais informada, e assim facilitar o processo referente à afirmação da identidade profissional (Tabile & Jacometo, 2017). Desta forma, é possível justificar a importância da realização deste relatório para o desenvolvimento profissional do mestrando enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

Foram 3 os EC's desenvolvidos ao longo do Mestrado, tendo sido o EC I realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da Região de Lisboa e Vale do Tejo, o EC II numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de uma ULS da região centro do país, e por fim, o EC III foi realizado numa Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Importa referir que foi permitida a escolha dos locais onde foi realizado cada um destes EC's, possibilitando assim conhecer realidades diferentes daquela onde o mestrando exerce a profissão. Isto torna-se um aspeto positivo, uma vez que possibilita refletir sobre a atual prática de enfermagem no local de trabalho, podendo trazer conhecimentos que levam à manutenção ou à alteração das atuais práticas de enfermagem nesse local.

Com a realização deste relatório, o mestrando percebe que as reflexões existentes em cada um dos EC contribuirão para o desenvolvimento pessoal e profissional, havendo uma clara evolução na prestação de cuidados de enfermagem tendo em conta uma visão enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O local onde foi realizado o Ensino Clínico I diz respeito a um SUP de uma ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A principal finalidade desta ULS é fornecer cuidados de saúde especializados, garantindo uma coordenação eficaz com outras unidades de saúde.

Segundo o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto, os Serviços de Urgência Polivalentes são o nível mais diferenciado existente, dando resposta a situações de urgência e emergência (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Este SUP está integrado na Rede Nacional de Urgência e Emergência, sendo reconhecido como Centro de Trauma. É composto por uma equipa multidisciplinar, havendo um total de cento e quarenta e dois enfermeiros, sendo que apenas trinta e seis (25%) são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, apesar da recomendação de que pelo menos 50% dos enfermeiros a exercer neste tipo de SU deveriam ser detentores dessa especialidade (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O método de trabalho utilizado naquele local baseia-se no método individual, caracterizado pela atribuição de um número de utentes a um único enfermeiro, ficando este responsável pela prestação da totalidade dos cuidados de enfermagem durante o turno. Para além desse método é também utilizado o método de equipa, este que é caracterizado pela organização dos enfermeiros em equipas, as quais ficam responsáveis pela totalidade da prestação de cuidados a um grupo de utentes (Silva et al., 2021).

Relativamente à sua estrutura física, este SU é constituído por 4 salas de espera; 5 postos de triagem; 4 salas de emergência (2 de trauma e 2 de reanimação); 30 gabinetes de atendimento; área/balcão de ambulatorios; área/balcão de macas; 5 salas de observação (SO); Zona 6 (área onde estão alocados utentes internados no SU); Área para Doentes Respiratórios (ADR).

Importa referir que o sistema informático utilizado neste serviço de forma a permitir e facilitar a elaboração do processo de enfermagem e a realização dos registos dos utentes é o *Health Care Information System* (HCIS). A utilização deste sistema de tecnologia de informação e comunicação utilizado no âmbito da saúde era para o mestrando desconhecido, uma vez que é um sistema informático diferente daquele que existe no seu local de trabalho.

1.2. ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

O local onde o mestrando realizou o seu EC II diz respeito a uma UCIP de uma ULS da região centro do país. A principal missão desta ULS centra-se na promoção da saúde e prevenção da doença através da prática de cuidados diferenciados por uma equipa multidisciplinar.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) podem ser classificadas em três categorias: nível I, nível II e nível III, consoante o seu grau de diferenciação. A UCI onde foi desenvolvido o EC é de nível II, ou seja, é uma unidade que tem “capacidade de monitorização invasiva e de suporte, podendo não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico cirúrgicas(...) pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior” (Regulamento nº 743/2019, 2019, p. 145).

Esta unidade é composta por um total de vinte e seis enfermeiros, havendo 7 (26%) de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2 (8%) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e dezassete (66%) enfermeiros generalistas. Relativamente à metodologia de trabalho utilizada nesta unidade verifica-se a utilização do método de enfermeiro responsável, este que consiste em que cada enfermeiro é responsável por prestar cuidados a cada utente de forma individualizada (Silva et al., 2021).

Relativamente à sua estrutura física é uma UCI composta por 8 camas, sendo que o serviço está disposto em estilo *open space*, conforme é recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), permitindo que seja mantido o contacto visual com todos os utentes internados no serviço, mantendo uma constante monitorização e vigilância (ACSS, 2015).

Importa referir que o sistema informático utilizado neste serviço de forma a permitir e facilitar a elaboração do processo de enfermagem e a realização dos registos dos utentes é o *Patient Care*. A utilização deste sistema de tecnologia de informação e comunicação utilizado no

âmbito da saúde era já uma realidade para o mestrando, uma vez que é o mesmo sistema utilizado no seu local de trabalho, ou seja, na Unidade de Cuidados Intermédios (nível I), anexa ao Serviço de Urgência onde exerce funções.

Tendo em conta o cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem está preconizado que este tipo de unidades nível II devem ter um rácio enfermeiro/utente de 1:2, tendo sido verificado ao longo do EC que este critério é cumprido na sua totalidade, indo ao encontro daquilo que é recomendado (Regulamento nº 743/2019, 2019). Este rácio é ainda fundamentado através da utilização da *Nursing Activities Score (NAS)*, escala que permite a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, para promover uma distribuição da carga de trabalho por todos os enfermeiros com a maior equidade possível (Macedo, 2017).

1.3. ENSINO CLÍNICO III – AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O EC III foi realizado em dois diferentes meios existentes no Instituto Nacional de Emergência Médica, nomeadamente na VMER e na Ambulância SIV. É definido pelo despacho nº 5561/2014 de 23 de abril que estes dois meios de emergência pré-hospitalar onde foi realizado o EC são respetivamente o meio de Suporte Avançado de Vida (SAV) e o meio de Suporte Imediato de Vida do INEM (Despacho n.º 5561/2014, 2014).

O INEM foi fundado a 3 de agosto de 1981, sendo o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no território de Portugal Continental. Segundo o Decreto-Lei 34/2012, são atribuições do INEM “definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita à: prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referenciação e transporte de urgência/emergência; receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações de emergência” (Decreto-Lei n.º 34/2012, 2012, p. 749).

A ambulância SIV onde foi desenvolvido o EC III está sediada numa região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo uma equipa constituída por quinze enfermeiros, havendo 3 (20%) de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este é um meio que integra uma equipa constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH). É uma ambulância medicalizada que tem todo o material de SIV, para vítimas adultas ou em idade pediátrica, permitindo ainda um transporte em segurança de vítimas de trauma e/ou doença súbita do local da ocorrência até ao hospital de referência (Despacho n.º 5561/2014, 2014).

O meio da VMER está sediado na região centro do país, tendo uma equipa constituída por dezanove enfermeiros, sendo 9 (47%) Enf.Esp.MC. Este meio é tripulado por um médico e um enfermeiro, cujo principal objetivo é o transporte rápido desta equipa até ao local da ocorrência, dispondo ainda de todo o material de SAV necessário para a estabilização da vítima no pré-hospitalar e durante o seu transporte primário (Despacho n.º 5561/2014, 2014).

Por fim importa referir que o sistema informático utilizado em ambos os meios do INEM é o *Tool for Emergency Alert Medical System (ITEAMS)*, sistema este que permite a elaboração de todos os registos médicos e de enfermagem. Porém, os registos de enfermagem são somente realizados na ambulância SIV, uma vez que na VMER os registos existentes referentes à vítima são somente realizados pelo médico.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao longo do ensino clínico pretendeu-se adquirir um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica. Assim, neste capítulo virão esboçadas as atividades e as reflexões realizadas pelo mestrando no âmbito de cada um dos domínios de competências.

2.1. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Em todos os EC realizados no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica o mestrando procurou adquirir um conjunto de competências comuns do Enfermeiro Especialista nos diferentes domínios existentes, mais nomeadamente a nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria continua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Ao longo de todo este percurso académico o mestrando conseguiu perceber que existiram contextos onde foi possível trabalhar com mais facilidade algumas competências em detrimento de outras. Assim, o mestrando tentou sempre tirar o melhor partido de cada um dos campos de EC, contribuindo portanto para o seu desenvolvimento profissional enquanto futuro enfermeiro especialista.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

Tendo em conta este domínio de competência, o enfermeiro deverá demonstrar uma “prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e ainda garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Uma pessoa quando experiencia um momento de maior vulnerabilidade como aquele vivido durante o internamento hospitalar pelo facto de estar perante o constante olhar/monitorização dos profissionais de saúde, ou quando ocorre uma doença súbita em contexto extra-hospitalar com necessidade de cuidados de saúde diferenciados, que por sua

vez levam à necessidade de monitorização e exposição da vítima para avaliação do seu estado, torna-se de extrema importância que seja sempre adotada uma conduta profissional e ética por parte dos profissionais de saúde, no sentido de respeitar sempre os direitos do utente (Fonseca & Coelho, 2018). Assim, o mestrando teve sempre como premissa na sua *praxis* diária, enquanto enfermeiro, estudante e futuro enfermeiro especialista esta prática profissional, ética e legal, pretendendo agora refletir sobre os resultados que foram definidos para serem atingidos ao longo de todos os EC's neste domínio de competência.

Relativamente ao sigilo profissional e à manutenção da privacidade do utente o mestrando pôde verificar que a prática diária por parte dos profissionais de saúde poderá ter algumas barreiras que dificultam a manutenção deste direito de forma exímia, tendo em conta algumas características do contexto de cuidados, sendo que o local onde foi sentida mais dificuldade nesta matéria foi sem dúvida o SUP.

No SUP a manutenção do direito à privacidade do utente pode ser uma dificuldade sentida por parte dos profissionais de saúde, quer pela estrutura física do local, quer pela afluência a esse serviço. O mestrando apurou e refletiu que em alguns momentos como o da passagem de turno ou até mesmo durante a prestação de cuidados diretos aos utentes não foi possível a manutenção da privacidade dos mesmos na sua totalidade. A passagem de turno naquele local é realizada junto dos utentes, sendo que terceiros irão também ouvir a sua história clínica, colocando em causa conceitos como o sigilo e a privacidade. Refletindo sobre esta temática, reconhece-se que não é a melhor maneira de realizar a passagem de informação, contudo, a verdade é que dificilmente seria possível fazê-lo de uma outra maneira pelas características daquele local. Inclusive, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros emitiu um Parecer que define que “os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, de forma considerada mais adequada para responder às finalidades” (Parecer Conselho Jurisdicional nº 20, 2021, p. 1).

Tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista, o mestrando consegue perceber a importância na realização de alterações na estrutura física deste contexto proporcionando um local que permita a visualização de todos os utentes e ao mesmo tempo a manutenção do sigilo em relação àquilo que é transmitido. Isto permitiria que a

comunicação de informação fosse realizada em local apropriado, garantindo o direito ao sigilo e à privacidade.

Ainda durante o EC I constataram-se mais algumas dificuldades no que concerne à garantia do direito de privacidade dos utentes durante a prestação de cuidados diretos. A grande afluência ao SU leva à não existência de dispositivos suficientes como biombos ou cortinas de forma a permitir a garantia total deste direito. Apesar disto, e sempre que possível e disponíveis, o mestrando manteve a máxima privacidade do utente com a utilização de dispositivos como cortinas, lençóis e biombos. Tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista, posso refletir que tudo seria facilitado se a afluência aos SU fosse menor, sendo que, muitas das situações que puderam ser abordadas nesse contexto não necessitariam de ser avaliadas no SU, mas sim em unidades de cuidados de saúde primários. A importância de educar e aumentar a literacia em saúde dos cidadãos torna-se sem dúvida essencial para evitar a afluência excessiva a esse local, que por sua vez dificulta a prestação e a gestão de cuidados de saúde de qualidade e a manutenção dos direitos dos utentes (Lemos et al., 2023).

Nos restantes EC, verificou-se que estes aspetos não se tornaram uma das maiores dificuldades pois existem meios e recursos de forma a colmatá-las. Na UCIP a passagem de turno de enfermagem era realizada em sala própria isolada e afastada dos utentes conforme preconizado, com o objetivo de que a informação transmitida entre os enfermeiros não seja recebida nem percebida pelo próprio utente ou terceiros. Ainda assim, a estrutura física dessa sala deve manter possível a vigilância dos utentes aquando da passagem de informação. Já no EC III realizado no INEM a passagem de informação/*hand-over* era efetuada em local próprio mantendo a privacidade dos intervenientes. Neste último EC III a abordagem a vítimas em meio extra-hospitalar em contexto SIV e VMER poderá também ter como desafio a manutenção do direito à privacidade. Contudo, cabe aos profissionais de saúde a garantia do mesmo, sendo que a existência de uma ambulância no local permite colmatar essa dificuldade, uma vez que é possível transportar a vítima para dentro da célula sanitária da ambulância após uma primeira avaliação feita no local da ocorrência.

Por fim, importa referir que o mestrando atuou sempre no sentido de ser mantido o sigilo profissional dos vários momentos que puderam ser vivenciados ao longo dos EC's conforme

preconizado, tendo realizado somente autorreflexões e reflexões juntamente com o professor tutor e com os enfermeiros orientadores, no sentido de aumentar o conhecimento em relação às várias situações vivenciadas. Assim, acredito por isto que as vivências e reflexões que foram experienciadas pelo mestrando ao longo de todo este período no âmbito deste domínio de competência, permitiram a aquisição de conhecimentos que o tornarão um melhor futuro enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Tendo em conta aquilo que é definido no Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista deverá garantir um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica”; Desenvolver uma “prática de qualidade, gerindo e colaborando em projetos de melhoria contínua”; e ainda garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Desta forma, o mestrando propôs-se a procurar e compreender os projetos de melhoria contínua existentes nos locais onde foram realizados os vários EC's, bem como regulamentos, normas e protocolos, tendo sido possível atingir este objetivo. Torna-se importante referir como aspeto positivo, que se constatou que em todos os locais onde foram realizados os EC's, os vários projetos existentes têm profissionais dedicados cuja alocação é feita tendo em conta a sua formação, competências e conhecimentos na área em questão, potenciando um trabalho mais abrangente e com a máxima qualidade. Esta gestão de conhecimentos dentro das instituições tem um papel fundamental, tornando-as mais proficientes, e, por sua vez, contribui ainda para a partilha de conhecimentos e experiências entre os membros envolvidos, potenciando a melhoria da qualidade da prestação de cuidados (Peixoto, 2017).

Tendo em conta os domínios desta competência, o mestrando verificou que o EC III foi aquele onde foi dada maior relevância aos protocolos de atuação. Não que nos outros locais de estágio não tivessem a mesma importância, contudo na SIV, a prática e a autonomia do enfermeiro está dependente dos protocolos terapêuticos existentes do INEM e da confirmação com o médico regulador do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para aplicação dos mesmos. Esta necessidade constante de confirmação com o médico regulador levou o mestrando a refletir sobre a efetiva autonomia do enfermeiro neste contexto. Assim, constatou-se que a literatura defende que ao Enfermeiro da SIV é exigido um

elevado nível de conhecimento teórico-prático para que a sua avaliação seja o mais correta possível. Para além disto, o regulamento do exercício profissional do enfermeiro define no seu artigo 9º, nº4, alínea e, que “em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, p. 2961). Concluiu então, que em momento algum a validação do tratamento com o médico regulador do CODU pode atrasar o tratamento farmacológico da vítima se for verificado que se trata de uma situação de emergência. Assim, o mestrando verificou ao longo do EC, que o enfermeiro desempenha um papel de extrema importância e responsabilidade em contexto SIV, tal como em qualquer outro contexto de prática clínica.

Ainda neste domínio de competência pode conhecer-se a realidade existente em todos os EC's em relação à realização de *Debriefing's* após Eventos de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), uma vez que este é o tema central do projeto de melhoria contínua do mestrando.

Após discussão e análise junto dos enfermeiros orientadores, bem como com outros enfermeiros dos vários contextos de EC, o mestrando constatou que não existe uma prática regular nem estruturada de realização de *debriefing's* nos locais onde foi realizado o EC I (SU) e o EC II (UCIP), apesar de todos os elementos com quem teve oportunidade de refletir reconhecerem a importância da realização destes como contributo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados. No EC III (SIV e VMER) esta é uma prática existente apesar de informal, reconhecendo a importância da realização destes *debriefing's* em vários momentos.

O *Debriefing* é considerado uma ferramenta importante para a aquisição de competências que levam a boas práticas em enfermagem, uma vez que corresponde a uma reflexão realizada por todos os elementos envolvidos após a abordagem a um doente crítico que permitirá, no caso das PCR's, consolidar os aspetos positivos ocorridos durante a reanimação e, por sua vez, refletir sobre os aspetos menos positivos de forma a melhorá-los numa próxima abordagem (Coutinho et al., 2014). O *Debriefing* é ainda considerado o momento de maior aprendizagem em relação ao momento vivenciado no sentido de melhorar a abordagem e aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde (Pariz, 2022).

Enquanto futuro enfermeiro especialista, o mestrando pretendeu contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre esta temática, sendo que foi realizada uma ação de formação para os enfermeiros da UCIP no âmbito do EC II, de forma a consciencializar todos os profissionais sobre a importância de começarmos a implementar *debriefing's* na nossa prática diária (Apêndice 1). Através de conversas informais com os colegas, percebeu-se que foi um momento formativo importante que levantou o interesse e a necessidade de incluir esta prática naquele serviço. Nos outros contextos de EC importa referir que pude discutir e refletir de forma mais informal sobre esta temática, bem como dar a conhecer um método mais estruturado para que seja realizado, tendo em conta aquele que é o trabalho desenvolvido pelo mestrando no seu projeto de melhoria contínua.

Relativamente à prática de cuidados enquanto futuro enfermeiro especialista importa ressaltar que foi sempre assente tendo em conta a mais recente evidência científica, havendo uma clara ligação entre os conhecimentos adquiridos na componente teórica para serem aplicados em contexto prático.

Assim, o mestrando acredito por isto que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos neste domínio de competência, denotando que as vivências e reflexões experienciadas ao longo de todo este período permitiram a aquisição de conhecimentos que contribuirão para se torne um melhor futuro enfermeiro especialista. Para além disto e tendo em conta o trabalho desenvolvido e os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do mestrado, houve a oportunidade de o mestrando integrar o grupo de trabalho responsável pela formação da Sala de Emergência (SE) do local onde exerce funções, sendo sem dúvida um marco importante a nível da sua carreira profissional este reconhecimento da equipa pelas competências adquiridas e desenvolvidas.

2.1.3. Domínio da gestão de cuidados

Tendo em conta este domínio de competência, o enfermeiro deverá demonstrar ter capacidade de gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; e ainda adaptar “a liderança e a gestão de recursos às situações e aos contextos, visando a garantia da qualidade de cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Para conseguir adquirir competências no âmbito da gestão de cuidados o mestrando definiu que em cada um dos EC's teria objetivos diferentes para dar resposta a esta competência. Assim, no EC I desenvolvido no SU houve durante alguns turnos, o acompanhamento da enfermeira coordenadora da equipa que integrei enquanto mestrando. A coordenação da equipa naquele contexto tem como principal função a gestão de pessoas no serviço, mobilizando enfermeiros entre diferentes postos de trabalho sempre que necessário, bem como dar resposta e fornecer soluções para qualquer adversidade que ocorra durante o turno. A responsabilidade de definir quem é o enfermeiro que acompanha o doente crítico aquando do transporte entre diferentes serviços ou entre diferentes unidades hospitalares é também do enfermeiro coordenador, demonstrando portanto ser um papel de grande responsabilidade, evidenciando ainda a necessidade deste profissional conhecer quais as características de cada um dos seus elementos de equipa.

No EC II realizado na UCIP, o mestrando pôde também acompanhar o enfermeiro em funções de gestão do serviço. Com o turno de gestão realizado nesse serviço, possibilitou o aumento do seu conhecimento relativamente à gestão de pessoas, gestão de material e stock do serviço, gestão de fármacos, gestão de horários, bem como a outros assuntos igualmente importantes. Importa ressaltar que as alterações na dinâmica e gestão do serviço são um caminho a percorrer, potencializando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados por parte dos profissionais de saúde, existindo neste serviço uma nova fase de adaptação pelo facto de o lugar de enfermeiro gestor do serviço ter sido assumido por um enfermeiro há relativamente pouco tempo. Verificou-se neste contexto que o papel do enfermeiro gestor não é de todo facilitado, pois este tem como principal objetivo permitir que o serviço tenha todas as condições necessárias para que os restantes elementos possam prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis, e, para além disto, deve ainda dar resposta e fornecer soluções para qualquer adversidade que ocorra durante o turno, havendo um claro papel de responsabilidade assumido por parte deste profissional.

No EC III realizado no INEM, mais precisamente no meio SIV e VMER, o mestrando teve a oportunidade de integrar um ambiente totalmente diferente daquele que teve nos outros EC's. Assim, foi definido que a metodologia por si utilizada para atingir esta competência seria diferente daquela que utilizada até então. O mestrando focou-se no aumento da sua

capacidade de gestão, liderança e priorização de cuidados de enfermagem durante a abordagem sistematizada à vítima em idade adulta e pediátrica, podendo ainda refletir sobre as diferenças existentes nessa abordagem entre um enfermeiro em contexto SIV e em contexto VMER.

O Enfermeiro em contexto SIV é o elemento mais diferenciado no local, sendo que tem total autonomia e responsabilidade para realizar essa abordagem, cujo objetivo é a deteção de focos de instabilidade que necessitem de intervenção para melhorar o estado de saúde das vítimas. Difere portanto da VMER, uma vez que neste meio a presença do médico na tripulação da viatura, faz com que seja este a realizar esta abordagem na sua maioria das vezes. Apesar disto, verificou-se que o enfermeiro na VMER trabalha sempre em equipa com o médico no sentido de dar resposta às necessidades das vítimas.

A liderança pode ser definida como o ato de influenciar uma equipa de forma a seja atingido um objetivo em comum, e, para além disto, a liderança efetiva durante uma situação de emergência poderá ter influência direta no *outcome* das vítimas abordadas (Dagnell, 2020). Assim, e ainda no âmbito deste domínio de competência, o mestrando pretendeu aumentar e partilhar os seus conhecimentos sobre liderança. Em todos os EC's houve oportunidade de liderar alguns contextos de emergência médica, tendo por sua vez potenciado esta competência. No SUP, o mestrando realizou maioritariamente turnos na Sala de Emergência daquele hospital abordando as mais variadas situações de emergência médica e de trauma, sendo um local com bastante casuística, o que contribuiu para o seu desenvolvimento profissional. Na UCIP, a aquisição destas competências foram conseguidas através das várias abordagens sistematizadas que puderam ser realizadas aos utentes em situação crítica e/ou falência orgânica, bem como através do acompanhamento da equipa de emergência intra-hospitalar daquele hospital, tudo isto tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista. Por fim, no INEM houve também a oportunidade de liderar alguns cenários em contexto pré-hospitalar, com os *inputs* necessários por parte dos meus enfermeiros orientadores.

Para além de tudo o anteriormente referido, o mestrando pôde ainda aumentar e partilhar os seus conhecimentos sobre liderança em situações de emergência através da sua participação enquanto palestrante no Webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”,

com o tema “Liderança nos Vários Cenários de Emergência” desenvolvido no âmbito da Pós-Graduação em Emergência Médica e Catástrofe do Instituto Politécnico de Leiria, estando a palestrar enquanto mestrando de enfermagem médico cirúrgica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica (Anexo 1).

Tendo em conta o que foi anteriormente refletido, pode ser concluído que o mestrando foi ao encontro de todos os objetivos por si previamente definidos relativamente ao domínio da gestão de cuidado, contribuindo portanto para o aumento dos seus conhecimentos enquanto futuro enfermeiro especialista.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tendo em conta este domínio de competência, o enfermeiro deverá ter a capacidade de “desenvolver o autoconhecimento e a assertividade”, bem como basear a sua “*praxis* clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Desta forma, e tendo em conta aquilo que foi definido como objetivos e atividades a desenvolver durante os EC’s, pode ser concluído que o mestrando desenvolveu uma prática de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo em conta a mais recente evidência científica como suporte de uma prática clínica especializada.

Foi igualmente importante a participação em discussões dentro dos seios das equipas sobre a evidência científica mais recente em diversas matérias dentro da área da emergência, intra-hospitalar e pré-hospitalar, como por exemplo em relação à abordagem a vítimas com as demais patologias médicas existentes, ou a abordagem a vítimas de trauma. Importa ressaltar que esta discussão no seio da equipa tinha como foco quer vítimas em idade adulta ou vítimas em idade pediátrica, esta última que não é de todo a realidade da prática do mestrando, permitindo assim a aquisição de conhecimentos em relação à prestação de cuidados de enfermagem nessa faixa etária.

A metodologia reflexiva que utiliza a tríade ação-reflexão-ação, defende que para promover alterações e ensinamentos na prática é exigido uma reflexão crítica sobre a prática atual. Assim, os EC’s levaram a uma reflexão sobre a prestação de alguns cuidados de enfermagem no local de trabalho do mestrando, e assim, conseguir à posteriori promover algumas mudanças nessas práticas no sentido de melhorá-las, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nesse local (Freitas, 2018).

2.2. DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DOS ENSINOS CLÍNICOS

Ao longo de todo o Ensino Clínico, pretendeu-se a aquisição de um conjunto de competências específicas tendo em conta uma visão enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Assim, o mestrando teve em conta as seguintes competências: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Ao longo de todo o percurso académico houve a perceção que existiram contextos onde foi possível trabalhar com mais facilidade algumas competências em deterioramento de outras. Assim, tirar o melhor partido de cada um dos locais de EC foi um dos objetivos, contribuindo portanto para o desenvolvimento profissional do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Durante o EC pretende-se dar resposta a esta competência específica designada como “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Pessoa em situação crítica é definida como aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Tendo em conta que cada um dos EC teve as suas particularidades de forma a contribuir para o aumento de conhecimentos nesta competência específica, importa refletir sobre cada um deles de forma individual.

Ensino Clínico I – Serviço de Urgência

No EC I realizado no Serviço de Urgência o mestrando pôde acompanhar e integrar a equipa responsável pela sala de emergência. Isto possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista, antecipando e prevenindo complicações. Os cuidados de enfermagem prestados neste contexto são altamente qualificados, sendo necessário que a equipa tenha formação específica e treino regular na área em questão (Ferreira et al., 2020).

Ao longo desse período foram conhecidos os diferentes protocolos utilizados na sala de emergência, bem como verificar e acompanhar a ativação das diferentes Vias Verdes (VV) existentes no hospital, mais especificamente VV Sépsis, VV Coronária, VV AVC e VV Trauma. A existência de VV possibilita uma mais célere resposta e atendimento à vítima, devendo esta ser ativada ainda em contexto pré-hospitalar e garantir posterior continuidade de cuidados no meio intra-hospitalar (Despacho n.º 10319/2014, 2014). A elevada casuística existente naquele local, relativamente à receção de doentes críticos de índole médica ou de trauma, permitiu que o estágio se tornasse mais completo e enriquecedor. O mestrando teve a oportunidade de acompanhar a equipa na realização de procedimentos de urgência e emergência na sala de emergência, bem como participar em técnicas de imobilização/mobilização, estabilização e abordagem às vítimas de trauma.

Ao longo deste EC o mestrando pôde acompanhar a equipa de transporte de doente crítico, esta que era constituída por médico e enfermeiro. Este transporte pode ser dividido em transporte primário e secundário (Vasconcelos, 2019). Contudo, o foco da atuação do mestrando neste EC foi no transporte secundário, este que é definido como o transporte do doente entre diferentes unidades de saúde tendo muitas vezes origem na sala de emergência com destino a um outro hospital com valências que permitam dar resposta de forma mais adequada às necessidades fisiopatológicas do utente (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Está recomendado que deverão ser os mesmos profissionais que estavam responsáveis pelo utente na SE a realizar o transporte secundário (Vasconcelos, 2019). Contudo, naquele SUP nem todos os profissionais alocados à SE eram enfermeiros com especialidade em enfermagem médico cirúrgica na vertente de pessoa em situação crítica, sendo que a ordem

dos enfermeiros recomenda a realização deste transporte por parte de enfermeiros com formação nesta área de especialidade (Parecer nº 09/2017, 2017). Apesar de ser reconhecida a importância da recomendação da OE, conclui-se que somente este título não é sinónimo de uma total preparação para efetuar de forma segura o transporte de doentes críticos, uma vez que o treino regular e a formação contínua têm também bastante importância (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

A prestação de cuidados especializados, personalizados e diferenciados que o mestrando acompanhou neste contexto, foram sem dúvida um contributo essencial para o seu percurso pessoal, profissional e académico enquanto futuro enfermeiro especialista.

Ensino Clínico II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

No EC II realizado na UCIP prestaram-se cuidados ao doente crítico e/ou falência orgânica, cuidados esses que são altamente qualificados de forma a dar resposta às necessidades dos utentes, tendo sido sem dúvida um momento enriquecedor e de partilha de conhecimentos.

Neste contexto, houve a oportunidade de ter contacto com todos os protocolos e procedimentos de atuação existentes no serviço, reconhecendo que todos estes foram elaborados de forma personalizada, ficando à responsabilidade dos enfermeiros com maior formação em cada uma das áreas correspondentes.

De forma a permitir uma descrição mais objetiva e clara do trabalho desenvolvido nesse EC II, o mestrando optou por enunciar neste ponto em que cuidados de enfermagem pôde participar com base numa nomenclatura ABCDE, esta que é reconhecida internacionalmente sendo a preconizada para o doente crítico para criar um pensamento organizado de prioridade de intervenção na abordagem a estes utentes (Rabim, 2017).

Em “A” (*Airway*) e em “B” (*Breathing*), pôde prestar cuidados à pessoa com patologias do foro respiratório, com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Não Invasiva (VNI), colaborando ainda na realização da técnica de Entubação Endotraqueal aquando da sua necessidade. Tudo isto levou ao aumento de forma significativa dos seus conhecimentos e destreza associado a este tipo de cuidados. A prestação de cuidados de enfermagem a este tipo de utentes no decorrer do ECII esteve sempre alicerçada com a mais recente evidência científica, bem como com as normas e procedimentos de boas práticas para

a prevenção e controlo do risco de infeção associada à pessoa submetida a intubação, mais nomeadamente com o feixe de intervenções da prevenção de pneumonia associada à intubação (DGS, 2022).

Em “C” (*Circulation*), pôde colaborar em procedimentos invasivos que permitem a monitorização hemodinâmica, tais como introdução de Linhas Arteriais (LA), Cateteres Venosos Centrais (CVC), Drenos Torácicos (DT), entre outros. Para além da colaboração nas derivadas técnicas verificou-se o aumento de conhecimentos em relação aos cuidados de enfermagem inerentes aos utentes sujeitos a este tipo de monitorização invasiva. Decorreram momentos de partilha de conhecimentos sobre a correta abordagem a situação de Paragem Cardiorrespiratória e situações Peri-Paragem, como taquidisritmias e bradidisritmias, procurando sempre a mais recente evidência científica que permite justificar a abordagem preconizada. O acompanhamento ao longo do EC de utentes com patologias do foro renal, com necessidade de realizar técnicas dialíticas, tendo colaborado na prestação dos cuidados de enfermagem inerentes a este tipo de utentes.

Em “D” (*Disability*), o mestrando pôde compreender e verificar as várias escalas e instrumentos utilizados na UCIP para avaliação do estado neurológico dos utentes, bem como aumentar os seus conhecimentos relativamente aos fármacos utilizados nestes contextos, em relação à sua farmacocinética e farmacodinâmica, que influenciarão de forma direta o estado neurológico dos utentes. A utilização e avaliação do Índice Bispetral (BIS) é comumente utilizado neste contexto este que é um parâmetro processado através do Eletroencefalograma (EEG), sendo necessário um aparelho específico para mensurar este índice, permitindo avaliar a resposta do utente à analgesia e sedação a que está sujeito, evitando administração deste tipo de fármacos de forma deficitária, ou de forma excessiva (Barreto, 2017). Assim, enquanto futuro enfermeiro especialista pude utilizar este instrumento, tentando perceber a resposta hemodinâmica do utente à medicação sedoanalgésica a que estava sujeito, evitando a sua administração de forma excessiva, uma vez que são conhecidos os efeitos negativos que essa prática poderá trazer no *outcome* do utente.

Outras escalas que colocadas em prática diariamente durante o ECII foram a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) e a *Glasgow Coma Scale* (GCS). Esta escalas permitem respetivamente a avaliação do grau de sedação do utente, de forma a perceber se

o nível de sedação está adequado, tendo em conta o estado geral do mesmo (Oliveira, 2017) e a GCS permite avaliar e mensurar o nível de consciência do utente através da avaliação da resposta ocular, verbal e motora (Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, 2015).

A reflexão neste relatório sobre a avaliação constante da disfunção neurológica dos utentes através da utilização deste tipo de escalas/índices revela-se muito importante uma vez que é realizada diariamente pelos Enfermeiros, permitindo avaliar a evolução de estado de saúde dos utentes, e inclusive definir o plano de tratamento dos mesmos ao longo do internamento (Pires et al., 2021).

Importa referir que houve oportunidade de conhecer os protocolos existentes na UCIP associados a situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos, tendo o mestrando inclusive tido a oportunidade de acompanhar um utente neste contexto na UCIP, com posterior acompanhamento ao Bloco Operatório (BO) aquando da realização da colheita de órgão por parte da equipa competente para o efeito, percebendo, enquanto futuro enfermeiro especialista, de que forma deve ser realizado todo o procedimento.

Em “E” (*Exposure*), pôde colaborar na prestação de cuidados de enfermagem diretos aos utentes permitindo a sua exposição e avaliação de todo o tipo de alterações inerentes tendo em conta a patologia base dos mesmos. Pôde ser mensurado de forma constante a temperatura dos utentes de forma a que a mesma fosse mantida nos valores recomendados, colaborando no controlo direcionado da temperatura durante 72 horas recomendado para situações de Pós-PCR, em que deve ser mantida uma temperatura entre os 32^oc e os 36^oc, visto ser entre estes valores que é conseguida uma função neuroprotetora ideal para a recuperação dos utentes (INEM, 2020).

Este EC permitiu a participação na prestação de cuidados de enfermagem durante o transporte Intra-Hospitalar, quer seja para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferências de serviço, adotando sempre uma postura enquanto futuro enfermeiro especialista, identificando e antecipando possíveis situações de risco para os pacientes, garantindo sua segurança durante o trajeto fora da UCIP (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Houve sempre um desempenho de um papel significativo no acompanhamento e comunicação com os familiares dos utentes internado durante o período de visita do serviço, mantendo sempre uma atitude positiva e assertiva com as famílias. A relação terapêutica estabelecida com os familiares tornou-se sem dúvida essencial para a gestão do medo e ansiedade sentido pelos mesmos, tendo sido sempre adotada uma comunicação correta e utilizadas um conjunto de habilidades potenciadoras da relação de ajuda com a pessoa e família/cuidadores em situação crítica, conforme recomendado pelo regulamento (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O desenvolvimento neste EC de uma reflexão crítica sobre a importância da comunicação com os utentes e familiares das pessoas internadas em UCI foi também uma atividade importante para o desenvolvimento de competências do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

Em enfermagem a comunicação desempenha um papel importante e intrínseco a todos os profissionais na área, pois os profissionais de saúde devem ser especialistas em estabelecer relações quer entre si, com os utentes ou as suas famílias (Sequeira, 2016).

O propósito da comunicação em enfermagem é fundamentalmente centrado na construção de uma relação terapêutica, envolvendo a troca de informações, quer seja feita de forma verbal ou não verbal, facilitando a resposta às necessidades dos utentes, permitindo a consciencialização destes sobre a sua situação de saúde/doença, para que os mesmos desenvolvam comportamentos de forma a contribuir para a sua saúde (Sequeira, 2016).

O facto de termos utentes em UCI entubados e ventilados, ou traqueostomizados leva a que exista uma barreira na comunicação, sendo importante que o profissional de saúde tenha a capacidade de desenvolver e facilitar meios de comunicação com utentes e a família, de forma a dar resposta às suas necessidades. Desta forma, este EC permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional no que diz respeito à comunicação com o utente e com os seus familiares.

Foi possibilitado também um papel significativo no acolhimento, integração e acompanhamento das famílias durante o período de visita no serviço. Houve a manutenção de uma postura positiva, sendo ainda estabelecida uma relação empática e assertiva com as famílias, adotando sempre uma atitude profissional. Houve o contributo para a criação de um ambiente tranquilo e seguro, respeitando ao máximo a privacidade, tendo ainda havido a

oportunidade de participar na gestão da informação a ser fornecida às famílias durante os períodos de visita.

Apesar de no decorrer do EC II o mestrando não ter tido a oportunidade de acompanhar a equipa de emergência médica intra-hospitalar em conjunto com os enfermeiros orientadores, existiu o contacto com os procedimentos e protocolos inerentes a esta equipa, fazendo inclusive a revisão do seu material. Houve ainda uma reflexão com os mesmos sobre a importância da formação contínua para os profissionais pertencentes a esta equipa, uma vez que serão esses elementos que darão resposta a situações de doença súbita em todo o recinto hospitalar (Cardo, 2017).

Por tudo o anteriormente referido, verifica-se a importância da prestação de cuidados especializados como contributo essencial para o processo de aprendizagem do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

Ensino Clínico III – INEM (SIV e VMER)

No âmbito do meu EC III houve oportunidade de acompanhar as equipas nos meios SIV e VMER durante a sua atuação. Apesar de haver um objetivo em comum em cada um destes meios, o Enfermeiro assume abordagens e funções diferentes nestes contextos.

O mestrando pôde participar na abordagem à vítima de doença súbita e/ou trauma, em idade adulta ou pediátrica o que me permitiu sistematizar de uma melhor maneira esta abordagem preconizada. Independentemente da índole ou da idade da vítima a abordagem realizada foi com base na nomenclatura ABCDE, esta que é reconhecida internacionalmente, sendo a preconizada para o doente crítico para criar um pensamento organizado de prioridade de intervenção na abordagem a estes utentes (Rabim, 2017).

A necessidade de administração de fármacos que visam ao tratamento da vítima é sem dúvida essencial para a reversão do seu quadro clínico. A existência de um elemento médico na VMER permite que a prescrição dessa medicação seja personalizada e realizada consoante aquilo que é a avaliação da vítima no momento vivenciado, sem existência de protocolos associados. Contudo, sendo o Enfermeiro na SIV o elemento mais diferenciado no local, este também irá deparar-se com situações de extrema complexidade com as mais variáveis índoles, que necessitam de administração de fármacos. Assim, neste meio, é exigido ao Enfermeiro um

elevado nível de conhecimento teórico-prático para que a sua avaliação seja o mais correta possível, e, posteriormente, administre a medicação necessária que vise o tratamento da vítima, segundo protocolos definidos.

Apesar da existência de vários protocolos de administração de fármacos, estes terão de ser validados com o médico regulador do CODU. Contudo, sendo este relatório uma reflexão sobre essa prática, importa ressaltar que o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define nos seu artigo 9º, nº4, alínea e), que “em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, p. 2961). Ou seja, e como foi já referido no ponto 2.1.2: “Domínio da melhoria de qualidade” deste relatório, em momento algum a validação do tratamento com o médico regulador do CODU pode atrasar o tratamento da vítima se for verificado que se trata de uma situação de emergência, sendo que esta premissa abrange inclusive a administração de fármacos preconizados.

A possibilidade que foi conseguida através do EC III de estar presente no transporte primário da vítima desde o local da ocorrência até ao SU fez com que potenciasse no mestrando, o aumento dos seus conhecimentos no que concerne à realização de transporte de doentes críticos, participando na decisão, planeamento e efetivação do mesmo (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). Importa refletir sobre aquilo que é a prática deste transporte quer em meio SIV que em meio VMER. Isto porque no meio SIV o Enfermeiro poderá participar no transporte primário, ou, por outro lado e após discussão com o médico regulador do CODU, a vítima poderá ser acompanhada até ao hospital de referência somente com os Bombeiros. Esta decisão fica a cargo do médico regulador do CODU, após a discussão/passagem de dados por parte do enfermeiro tendo em conta aquilo que foi a avaliação sistematizada realizada por este profissional.

Em relação ao acompanhamento da vítima por parte do Enfermeiro no meio VMER denotam-se a existência de algumas lacunas que poderão e deverão ser colmatadas, tendo sido realizada uma reflexão crítica em relação a este assunto durante o EC, esta que foi importante para o desenvolvimento de competências do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

Neste EC, foi atingido um aumento de conhecimentos sobre a correta realização do *Hand-Over* da vítima aquando da chegada ao SU, percebendo a clara importância deste momento enquanto promotora de uma transmissão de informação cuidada e correta, que por sua vez terá impacto na qualidade dos cuidados prestados à vítima. Utilização de ferramentas como ABCDE, AMPLE e ISBAR são as mais utilizadas em ambos os meios (Lopes et al., 2021).

Importa referir que ao longo do EC III, foi permitida a prestação de cuidados de enfermagem tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista, desde o momento da chegada ao local da ocorrência até ao *Hand-Over* da vítima no Serviço de Urgência. Isto envolveu a realização de uma avaliação contínua da vítima durante o transporte primário e a manutenção de registos dos dados avaliados. Durante esse processo, o estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção, identificando precocemente sinais de instabilidade e tomando medidas conforme necessário torna-se essencial. Foram tidos em conta os protocolos existentes no meio SIV e o que era definido pela equipa em contexto da VMER, sempre com foco na prestação de cuidados especializados, personalizados e diferenciados, tendo sem dúvida contribuído para o percurso académico enquanto futuro enfermeiro especialista do mestrando.

Como foi já anteriormente referido neste relatório, conheceu-se a realidade existente em todos os EC's em relação à realização de *Debriefing's* após Eventos de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), uma vez que este é o tema central do projeto de melhoria contínua desenvolvido no âmbito do mestrado. Concluiu-se portanto, que não existe uma prática regular nem estruturada de realização de *debriefing's* nos locais onde realizei o EC I (SU) e o EC II (UCIP), apesar de todos os elementos com quem tive oportunidade de refletir reconhecerem a importância da realização destes como contributo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados. Já no EC III (SIV e VMER) esta é uma prática existente nos meios em questão, apesar de informal, reconhecendo a importância da realização destes *debriefing's* em vários momentos.

Por fim, importa concluir que em todos os EC's foram estabelecidas prioridades e estratégias de intervenção, identificando precocemente sinais de instabilidade e tomando medidas conforme necessário tendo em conta este domínio de competência. A prestação de cuidados especializados, personalizados e diferenciados, foram sem dúvida um contributo essencial

para o meu percurso pessoal, profissional e académico enquanto futuro enfermeiro especialista.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

De acordo com o Regulamento nº 429/2018, esta competência envolve o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na elaboração de planos de catástrofe/multivítimas dentro da instituição onde exerce funções, bem como na colocação desses mesmos planos em prática (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

São várias as definições de catástrofe que podemos encontrar após uma revisão na literatura. Contudo, algo que é comum a todas essas definições é a perceção de que se trata de uma situação de desastre onde poderá existir um elevado número de vítimas. A lei de bases da proteção civil define catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei nº 27/2006, 2006, p. 3).

Sendo a resposta a situações de catástrofe uma das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, procurou-se em cada um dos locais de EC a familiarização com os seus planos de catástrofe. Assim, o mestrando pôde constatar que em todos eles existiam lacunas pois encontravam-se desatualizados, o que demonstra a necessidade de reformulação dos mesmos. Isto tornou-se sem dúvida uma barreira para o desenvolvimento de competências nesta temática enquanto futuro enfermeiro especialista, contudo a reflexão que pode ser feita junto dos enfermeiros orientadores sobre a importância da atualização desses planos, bem como a forma como o conhecimento e formação constante dos profissionais mostra ser importante para que estes estejam mais preparados, foi também um momento enriquecedor que contribuiu para a aprendizagem.

É conhecido que a existência de planos de catástrofe atualizados e a formação contínua por parte dos profissionais de saúde sobre esta temática levará a uma melhor preparação dos

profissionais para abordar uma futura situação de catástrofe, e, por sua vez, a maiores ganhos em saúde (Figueiredo & Fonseca, 2021).

A realização de treinos em contexto simulado demonstra também ser importante no que concerne à preparação dos profissionais de saúde na abordagem e gestão de uma situação de exceção e/ou catástrofe (Godinho, 2020). Desta forma, ao longo do EC I realizado em contexto de SUP, o mestrando teve a oportunidade de ver os planos existentes em prática em contexto simulado, uma vez que aquele hospital estava a testar a sua capacidade de resposta em situações de multivítimas/catástrofe de forma a avaliar e a contribuir para a sua preparação para uma eventual situação de exceção decorrente das Jornadas Mundiais da Juventude, evento este que foi realizado em Portugal no ano 2023.

O exercício consistiu na simulação de um acidente que envolveu um autocarro, tendo provocado dezenas de feridos, sendo que estes foram encaminhados para o hospital em questão com necessidade de ativar o seu plano de catástrofe. Este incidente simulado levou à necessidade de aumentar o nível de atuação do hospital para o nível 2 de catástrofe, este que corresponde a um nível que dá resposta a um evento de dimensão razoável, com um número previsto de vítimas a chegar à instituição num curto período de tempo entre vinte e quarenta. Este nível leva à necessidade de reorganização estrutural e funcional dos serviços, levando à necessidade de ativação de mais recursos humanos, bem como à reorganização das diferentes áreas de tratamento no SU, mais especificamente, área vermelha (Prioridade 1), área amarela (Prioridade 2), área verde (Prioridade 3), área preta (Prioridade 0, correspondente aos óbitos). Para além disto, houve a oportunidade de colocar em prática alguns dos diferentes tipos de triagem utilizadas em catástrofe, mais precisamente a *Simple Triage and Rapid Treatment (START)*, bem como a *Triage Revised Trauma Score (TRTS)* (Silva, 2019).

Através de conversas informais com os profissionais envolvidos chegou-se à conclusão com a realização daquele exercício preparatório em contexto simulado, da necessidade de adaptar alguns locais para dar resposta ao elevado número de vítimas devido à desatualização do plano. A adaptação aquando de uma situação de catástrofe torna-se sem dúvida importante, mas seria sem dúvida um fator facilitador a existência de um plano atualizado como guia orientador para dar resposta a uma situação daquela índole. Contudo, enquanto futuro

enfermeiro especialista o mestrando reconhece que foi um momento importante no seu processo formativo, uma vez que permitiu estar presente na receção, abordagem, gestão e encaminhamento das vítimas, experienciando ainda todas as dificuldades inerente a um evento multivítimas.

Ainda no âmbito desse EC houve possibilidade de participar como formador num exercício denominado “MASCAL 2023”, desenvolvido no âmbito da Pós-Graduação em Emergência Médica e Catástrofe do Instituto Politécnico de Leiria, creditada pela Ordem dos Enfermeiros. Este exercício permitiu aos estudantes da pós graduação abordar, gerir e operacionalizar em contexto simulado um evento multivítimas com 5 cenários diferentes, contribuindo para a sua aprendizagem e desenvolvimento profissional.

No âmbito do EC III, realizado no INEM houve possibilidade de refletir sobre a abordagem a ser tida numa eventual situação de exceção/catástrofe, bem como sobre os dois tipos de triagem que poderão ser realizados por estes profissionais: Triagem Primária e Triagem Secundária. A reflexão realizada junto dos enfermeiros orientadores que levou ao aumento dos conhecimentos relativamente à triagem START, essa que corresponde à triagem primária utilizada em Portugal pelos meios integrados no Sistema Integrado de Emergência Médica, bem como sobre a triagem TRTS, triagem secundária que permite reavaliar o estado das vítimas aquando a chegada a um Posto Médico Avançado/Hospital de referência (Silva T. , A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados, 2019).

Ainda nesse EC III, houve a possibilidade de realizar uma visita ao campo logístico do INEM onde estão presentes viaturas próprias de intervenção em catástrofes, especificamente projetadas para lidar com essas situações, cujo objetivo é orientar a atuação coordenada dos profissionais de saúde em emergências e catástrofes, bem como transportar material de suporte avançado de vida, permitindo a montagem de um posto médico avançado no local, integrando assim a organização definida nos planos de emergência/catástrofe (Decreto-Lei n.º 34/2012, 2012).

Apesar de não ter havido possibilidade de participar durante nenhum dos EC numa situação de exceção e/ou catástrofe em contexto real, a participação em atividades em contexto simulado e ainda as reflexões sobre esta temática junto dos enfermeiros orientadores, foram

um contributo importante para a aprendizagem do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Tendo em conta aquilo que é definido pelo regulamento nº 429/2018 o enfermeiro deverá prestar cuidados de enfermagem de qualidade que contribuam para a prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

De forma a dar resposta a esta competência, houve possibilidade de conhecer os protocolos de atuação e procedimentos que contribuem para a prevenção do controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos dos locais dos EC, tendo sido reconhecido pelo mestrando a sua importância para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Os orientadores do mestrando no EC I e II, desempenhavam a função de elo de ligação do programa de prevenção de controlo e de resistência a antimicrobianos, contribuindo portanto para a reflexão junto dos mesmos em vários momentos sobre as medidas necessárias a serem adotadas para irmos ao encontro daquilo que são as boas práticas.

Alicerçado a qualquer serviço hospitalar deve estar a necessidade constante de irmos ao encontro da prevenção e controlo de infeção. Contudo, quando falamos das UCI, esta temática ainda tem uma maior relevância, uma vez que os utentes internados nestas unidades são particularmente vulneráveis a infeções associadas aos cuidados de saúde. Estudos indicam que enquanto este tipo de infeções causam complicações associadas em cerca de 5% dos utentes noutros tipos de internamentos, nas UCI essa percentagem aumenta para 20% (Branquinho, 2020). Assim, verifica-se a importância que o meu EC II desenvolvido em contexto de UCIP teve para o aumento dos conhecimentos nesta temática.

Durante a abordagem a qualquer utente na UCIP houve necessidade de refletir sobre o modo correto de o fazer, de forma a não comprometer a qualidade dos cuidados tendo em conta as boas práticas e o controlo do risco de infeção, uma vez que, se por um lado existe uma maior vulnerabilidade por parte deste tipo de utentes em contrair infeções, por outro lado também este serviço acarreta um ambiente com grande risco de emergência e disseminação de

microorganismos, quer seja pela grande prevalência de cateteres urinários, vasculares, utentes sujeitos a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Não Invasiva (VNI), entre outros.

A correta forma de prestar cuidados ao doente tendo em conta as precauções básicas de controlo de infeção, bem como o cuidado que deve ser tido ao manipular o ambiente onde o mesmo se encontra ou qualquer tipo de dispositivo invasivo foram temas centrais de reflexão ao longo dos EC.

Sendo esta uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, importa que este profissional para além de ser tornar uma referência no serviço nesta temática, demonstre também conhecimentos atualizados na prevenção, intervenção e controlo de infeção (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Inclusive, o profissional com este tipo de formação deve ser o elo de ligação com o programa de prevenção de controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Felizmente verificou-se que em todos os locais onde foram desenvolvidos os EC, os elos de ligação com esse programa tinham especialidade em médico-cirúrgica, conforme recomendado (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante os EC's o mestrando adquiriu e colocou em prática conhecimentos acerca dos vários feixes de intervenções existentes, nomeadamente: prevenção de infeção associada ao cateter urinário; prevenção de pneumonia associada à intubação; prevenção de infeção associada ao cateter venoso central. Para além disso tentou sempre colaborar e realizar os vários tipos de técnicas inerentes à prestação de cuidados da forma mais autónoma possível, tendo em conta as boas práticas e uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista.

Durante o EC II o mestrando realizou um trabalho com terminologia suportada na classificação internacional para a prática de enfermagem sobre esta competência específica. Assim, com esse trabalho pretendeu-se aumentar as competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). A Ventilação Mecânica pode ser definida como a substituição parcial ou total da ventilação espontânea, sendo que a modalidade na qual nos vamos focar será a VMI, que corresponde à realização de ventilação por meio de um tubo endotraqueal adaptado a um ventilador (Sabeih et al., 2023). Este é um tema bastante importante, pois a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados terão um impacto bastante significativo na evolução do estado de saúde destes

utentes. Assim, houve uma reflexão sobre a importância do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao utente submetido a VMI, tendo sido levantados um conjunto de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem de forma a dar resposta às necessidades deste tipo de utentes, verificando-se ainda a extrema importância e influência que a prestação de cuidados de enfermagem tem neste tipo de utentes.

Durante o EC III realizado em contexto INEM, o mestrando pôde constatar que a maximização da prevenção, intervenção e controlo de infeção no pré-hospitalar torna-se um desafio/dificuldade de ser realizado de forma exímia nesse contexto. Precauções básicas, como por exemplo a lavagem correta e adequada das mãos tornam-se também uma dificuldade, sendo que a solução é a existência de dispensadores de solução à base de álcool em pontos estratégicos nesses meios (SIV e VMER), contando ainda com equipamentos de proteção individual, contentores para resíduos hospitalares (grupo III) e contentores cortoperfurantes que fazem também parte da carga destes meios.

De forma conclusiva, o mestrando reconhece que adquiriu e colocou em prática ao longo de todos os EC's conhecimentos acerca do controlo de infeção, colaborando e realizando os vários tipos de técnicas inerentes da forma mais autónoma possível, tendo em conta as boas práticas e uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista.

PARTE II – GUIÃO ORIENTADOR DE UM *DEBRIEFING* ESTRUTURADO PARA EVENTOS DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

ARTIGO ORIGINAL

**A IMPORTÂNCIA DE UM GUIÃO ORIENTADOR DE UM *DEBRIEFING* ESTRUTURADO PARA EVENTOS
DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA**

THE IMPORTANCE OF A STRUCTURED *DEBRIEFING* GUIDE FOR CARDIAC ARREST EVENTS

**LA IMPORTANCIA DE UNA GUÍA DE *DEBRIEFING* ESTRUCTURADO PARA LOS CASOS DE PARADA
CARDIACA**

RESUMO

Introdução: A implementação de uma estratégia de *debriefing* estruturado torna-se uma ferramenta essencial para ser utilizada após a abordagem a situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), potenciando a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde.

Objetivos: Analisar a perceção dos profissionais de saúde em relação à importância da realização de *debriefing's* após a abordagem a situações de PCR; Promover a realização de um *debriefing* estruturado após eventos de PCR, com base em cenários de simulação clínica implementados na sala de emergência.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. A recolha de dados decorreu em dois momentos distintos através da resposta a questionários, tendo como população enfermeiros e médicos de um SUMC de uma ULS da região centro de Portugal. Todos os participantes consentiram de forma informada, livre e esclarecida participar nesta investigação.

Resultados: É verificado que neste estudo, 95,3% dos profissionais de saúde inquiridos demonstram ser importante a realização de *debriefing's* estruturados após a abordagem a situações de PCR em contexto simulado, tendo um impacto significativo na melhoria da abordagem e no desenvolvimento de competências individuais e de equipa.

Apesar disto, são reconhecidas algumas dificuldades à sua implementação, como a “falta de tempo”, a “não aceitação por pelos diferentes profissionais” e ainda a “inexistência de protocolo de atuação”. O uso de um guião de orientação de *debriefing* estruturado demonstra ainda facilitar a condução do *debriefing* por parte dos seus dinamizadores, uma vez que 100% concordou que o formador forneceu orientação adequada durante o *debriefing*. Para além disto, neste estudo 76,7% dos participantes concordaram totalmente que a realização do *debriefing* contribuiu para a sua aprendizagem e para analisar o pensamento dos participantes.

Conclusões: A investigação permitiu o aumento da dinamização de *debriefing's* estruturados através do uso do guião elaborado, demonstrando ainda que a realização de *debriefing's* influencia nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Intervenção em Crise; Parada Cardíaca; Treinamento por Simulação; Serviço Hospitalar de Emergência;

ABSTRACT

Introduction: Implementing a structured *debriefing* strategy is an essential tool to be used after dealing with cardiac arrest situations, improving the performance of healthcare professionals.

Objetives: To analyse healthcare professionals' perceptions of the importance of *debriefing* after dealing with CPR situations; To promote structured *debriefing* after CPR events, based on clinical simulation scenarios implemented in the emergency room.

Methods: This is a quantitative, descriptive and correlational study. Data was collected at two different times by answering questionnaires. The population was made up of nurses and doctors from a SUMC in a ULS in the centre of Portugal. All the participants gave their informed consent to take part in this research.

Results: In this study, 95.3 % of the health professionals surveyed said that it was important to hold structured *debriefings* after dealing with CPR situations in a simulated context, with a significant impact on improving the approach and developing individual and team skills.

Despite this, some difficulties to its implementation are recognised, such as "lack of time", "non-acceptance by different professionals" and "lack of an action protocol". The use of a structured *debriefing* guidance script also proved to facilitate the conduct of the *debriefing* by its facilitators, since 100 % agreed that the trainer provided adequate guidance during the *debriefing*. Furthermore, in this study 76.7% of the participants totally agreed that the *debriefing* contributed to their learning and to analysing the participants' thinking.

Conclusion: The research made it possible to increase the dynamisation of structured *debriefings* through the use of the prepared script, and also demonstrated that *debriefings* influence the care provided to people in critical situations.

Conclusions: The research has led to an increase in the dynamisation of structured debriefings through the use of the prepared script, and has also shown that debriefings have an influence on the care provided to people in critical situations.

Keywords: Crisis Intervention; Heart Arrest; Simulation Training; Emergency Service, Hospital;

RESUMEN

Introducción: La aplicación de una estrategia estructurada de *debriefing* es una herramienta esencial que debe utilizarse tras atender situaciones de parada cardiorrespiratoria (RCP), mejorando el rendimiento de los profesionales sanitarios.

Objetivos: Analizar las percepciones de los profesionales sanitarios sobre la importancia del *debriefing* tras abordar situaciones de RCP; Promover el *debriefing* estructurado tras eventos de RCP, basado en escenarios de simulación clínica implementados en urgencias.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional. Los datos se recogieron en dos momentos diferentes mediante la respuesta a cuestionarios. La población estuvo formada por enfermeros y médicos de un SUMC de una ULS del centro de Portugal. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en esta investigación.

Resultados: En este estudio, el 95,3% de los profesionales sanitarios encuestados afirma que es importante realizar *debriefings* estructurados tras abordar situaciones de RCP en un contexto simulado, con un impacto significativo en la mejora del abordaje y el desarrollo de habilidades individuales y de equipo.

A pesar de ello, se reconocen algunas dificultades para su aplicación, como la "falta de tiempo", la "no aceptación por parte de los diferentes profesionales" y la "falta de un protocolo de actuación". El uso de un guión estructurado de orientación para el *debriefing* también demostró facilitar la realización del *debriefing* por parte de sus facilitadores, ya que el 100% coincidió en que el formador proporcionó una orientación adecuada durante el *debriefing*. Además, en este estudio el 76,7% de los participantes estuvo totalmente de acuerdo en que el *debriefing* contribuyó a su aprendizaje y a analizar el pensamiento de los participantes.

Conclusiones: La investigación ha conducido a un aumento de la dinamización de los *debriefings* estructurados mediante el uso del guión preparado, y también ha demostrado que los *debriefings* influyen en la atención prestada a las personas en situaciones críticas.

Palabras Clave: Intervention de Crise; Paro Cardíaco; Entrenamiento Simulado; Servicio de Urgencia en Hospital

INTRODUÇÃO

A abordagem a situações de PCR em contexto de emergência continua a ser um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, sendo que a melhoria da qualidade na prestação de cuidados pode ser conseguida com a realização de *debriefing's* por parte das equipas, uma vez que esses contribuirão positivamente para identificar a necessidade de alterações da prática. A reflexão que é realizada por meio do *debriefing* permite ainda um aumento da aprendizagem dos seus participantes e uma auto-consciencialização sobre a sua prestação (Kam et al., 2022).

Apesar do impacto positivo que a realização de *debriefing's* tem após a abordagem a situações de emergência, nem sempre são realizados pelas equipas, sendo importante alterar essa cultura com o uso de metodologias que irão aumentar o número e a qualidade dos *debriefing's* realizados (Berchtenbreiter et al., 2023).

No SUMC da ULS em estudo, a pouca concretização de *debriefing's* após a abordagem a situações de emergência, leva à necessidade de alterações nessa prática, embora os profissionais de saúde dessa instituição reconheçam a sua importância e a sua recomendação por parte de diretrizes internacionais e das mais recentes evidências científicas (Kam et al., 2022).

Através desta investigação pretende-se mensurar e analisar a perceção dos profissionais de saúde em relação à importância da realização de *debriefing's* após a abordagem a situações de PCR, e ainda avaliar o impacto que a experiência com a realização do *debriefing* e cenários de simulação clínica têm nos profissionais de saúde em situações de PCR, numa primeira fase após a abordagem a situações em contexto simulado, e no futuro em situações reais.

Com esta investigação pretende-se mudar algumas das práticas atuais deste SUMC, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e, por sua vez, levar ao aumento da probabilidade de sobrevivência e melhorar os resultados das vítimas de PCR.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de *debriefing* tem vindo a ganhar algum destaque ao longo dos últimos anos dentro das equipas de saúde que dão respostas a situações de emergência em contexto intra ou extra hospitalar, sendo uma ferramenta bastante importante para ser aplicada após situações de PCR (Kam et al., 2022).

A PCR súbita é considerada uma das principais causas de morte em todo o mundo, havendo uma estimativa entre 350,000 e 700,000 casos por ano somente na Europa (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2020). Foi observado na última década um ligeiro aumento na taxa de sobrevivência das vítimas que sofreram uma PCR, podendo esse ser justificado com o aumento da formação de profissionais de saúde e de leigos na área da saúde em temáticas como Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) (Raper et al., 2024). Apesar disto, reconhece-se que ainda existe um longo caminho a percorrer, existindo inclusive uma meta-análise que verificou que a nível global somente existiu um Retorno da Circulação Espontânea (RCE) em 29,7% das vítimas que sofreram PCR, com uma taxa de sobrevivência após alta hospitalar de 10,6% (Shijiao et al., 2020).

O *debriefing* é considerado uma ferramenta importante para a aquisição de competências técnicas e não técnicas na abordagem a uma PCR, uma vez que corresponde a uma reflexão realizada por todos os elementos envolvidos numa situação de emergência, que permitirá identificar os aspetos positivos e os aspetos que devem ser melhorados pela equipa numa abordagem futura. As diretrizes internacionais recomendam inclusive a sua prática, uma vez que contribuirá para a melhoria do desempenho das equipas de emergência, para o aumento da segurança na abordagem, bem como para atingir melhores resultados das vítimas (Kam et al., 2022). Desta forma, torna-se de extrema importância perceber como é que o *debriefing* deverá ser dinamizado, tendo em conta o impacto significativo que o mesmo tem na melhoria do desempenho das equipas de emergência (Lin et al., 2024).

São vários os benefícios existentes com a realização do *debriefing*, tais como: permite a realização de uma reflexão sobre a situação vivenciada identificando aspetos positivos e aspetos a melhorar de forma individual e da equipa; permite um momento de aprendizagem de conceitos entre os profissionais de saúde com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde prestados; promove a saúde e o bem estar dos profissionais envolvidos na situação

vivenciada, uma vez que a abordagem a situações de emergência pode afetar emocionalmente os mesmos; previne a ocorrência de sentimentos de culpa e autorresponsabilização após a abordagem cujo resultado final é negativo; permite processar todas as emoções sentidas pelos intervenientes no pré, intra e pós abordagem à vítima (Berchtenbreiter et al., 2023).

O *debriefing* pode ser classificado em três diferentes tipos tendo em conta o momento em que é realizado. O *Hot Debriefing*, realizado imediatamente após a situação vivenciada, o *Warm Debriefing*, realizado minutos ou horas após a situação vivenciada, e por fim, o *Cold Debriefing*, realizado dias ou semanas após a situação vivenciada. Existem vantagens e desvantagens com a realização de qualquer um destes tipos de *debriefing*, contudo, uma vez que no *hot* e no *warm debriefing* por norma toda a equipa envolvida ainda estará presente, o viés de memória associada ao evento não é uma dificuldade, pois o facto de ter sido um evento recente permite identificar rapidamente quais os aspetos a melhorar levando a melhorias na prática futura. Contudo, a indisponibilidade emocional dos envolvidos, a falta de tempo ou a falta de espaço para realização destes dois tipos de *debriefing* demonstram ser algumas dificuldades para realização dos mesmos (Kessler et al., 2015). Relativamente ao *cold debriefing* tem como vantagem a possibilidade de incluir elementos que não tenham estado presentes na experiência vivenciada mas possam aprender e relembrar conceitos com a reflexão inerente a esse momento. Contudo, terá como dificuldade juntar novamente todos os elementos envolvidos na situação e ainda o viés de memória poderá ser uma variável dificultadora. Apesar disto, permitirá se utilizados dispositivos de feedback, o tratamento de dados quantitativos que mensuram a qualidade da reanimação, dados esses que poderão ser tratados pelos dinamizadores do *debriefing* e posteriormente expostos e discutidos junto dos profissionais (Kessler et al., 2015).

O *debriefing* que é suportado com dados clínicos mensurados durante a situação vivenciada é denominado de *Data-Informed Debriefing*. Este permite a avaliação e mensuração de dados como a qualidade das compressões, ritmo das compressões, Fração de Compressão Torácica (FCT), tempos de pausa pré-choque, entre outros, com o objetivo de serem discutidos os pontos positivos e os pontos a melhorar numa futura abordagem, levando então a uma melhor *performance* da equipa. Com isto, podemos verificar que poderá existir um benefício

adicional quando realizamos o *debriefing* com suporte de dados clínicos da situação vivenciada (Adam et al., 2023).

Apesar de ser reconhecida a importância da realização do *debriefing* por parte dos profissionais de saúde, este não é dinamizado tantas vezes quanto o idealmente pretendido após a abordagem a situações de emergência, o que demonstra ser uma incongruência tendo em conta aquilo que a evidência científica demonstra como benefícios existentes com a realização do mesmo (Adam et al., 2023). A literatura enuncia que algumas das principais dificuldades que justificam a deficitária realização de *debriefing's* são a indisponibilidade de tempo, a elevada carga de trabalho, falta de espaço próprio, dificuldades na comunicação e dificuldades na definição de quem deve ser o dinamizador do *debriefing* (Berchtenbreiter et al., 2023).

Com o objetivo de dar resposta às principais barreiras que contribuem para o número deficitário de realização de *debriefing's* em contextos de emergência, importa dotar os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, com os conhecimentos necessários para aumentar e melhorar a prática atual, através de formação e treinos em contextos simulados.

A simulação clínica é considerada um método de ensino que permite aumentar o conhecimento dos seus participantes e por sua vez aumentar a sua experiência na abordagem a situações de emergência sem que exista danos reais nas vítimas (Raper et al., 2024). O avanço da ciência e da tecnologia permite que na atualidade existam simuladores de alta-fidelidade capazes de mimetizar a realidade, transportando por isso os participantes para práticas simuladas o mais próximas com situações reais (Goés & Jackman, 2020).

Competências técnicas e não técnicas poderão ser aprendidas e treinadas em contexto simulado, levando a uma melhor performance individual e da equipa que dará resposta às mais variadas situações de emergência. Tudo isto, por sua vez contribuirá para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados levando à melhoria dos resultados das vítimas (Raper et al., 2024). O treino em contexto simulado de abordagens a situações de SBV e SAV tem demonstrado uma melhoria significativa na preparação dos profissionais para abordarem estas situações em contexto real. De forma complementar, também o ensino dos profissionais de saúde sobre a forma como deve ser dinamizado o *debriefing* após a abordagem a situações de PCR em contexto simulado, levará a um aumento do conhecimento e da confiança por

parte desses profissionais, contribuindo para uma posterior transição para a prática real (Young et al., 2020).

De forma a facilitar a elaboração do *debriefing* por parte dos profissionais de saúde, e reconhecendo que uma das dificuldades à sua implementação é a inexperiência e a falta de conhecimento relativamente à forma como esse deve ser dinamizado, urge alguns guias orientadores para a realização de *debriefing's*. Neste sentido, também a prática simulada apresenta um papel importante enquanto estratégia pedagógica, de forma a possibilitar que os profissionais de saúde após a abordagem a situações simuladas dinamizem o *debriefing* em equipa (Goés & Jackman, 2020).

A existência de um guião de orientação de *debriefing* pode ser um instrumento facilitador para a concretização do mesmo, contribuindo para a sua condução de forma estruturada por parte dos dinamizadores, e assim, promover a prática reflexiva de todos os elementos envolvidos. Com isto pretende-se fomentar a discussão sobre os aspetos positivos e os aspetos a melhorar na abordagem vivenciada, bem como contribuir para a reflexão dos envolvidos relativamente a questões, dúvidas e sentimentos vivenciados durante os cuidados prestados (Goés & Jackman, 2020).

2. MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com avaliação de dados inseridos no tipo de dados de processo e resultados, sendo que os recolha desses dados decorreu em dois momentos distintos, numa primeira fase diagnóstica e numa segunda fase após a realização de *debriefing's* estruturados através do uso de um guião de *debriefing* estruturado em contexto de simulação clínica.

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para este estudo foram definidas as seguintes questões de investigação: Qual é a perceção dos profissionais de saúde sobre a realização de um *debriefing* estruturado no SUMC / Sala de Emergência (SE) após a abordagem a eventos de PCR?; Qual é o impacto com a experiência da realização do *debriefing* e simulação clínica nos profissionais de saúde?.

2.3. OBJETIVOS

Com a realização deste estudo podemos enunciar os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivos Gerais:

- Analisar a perceção dos profissionais de saúde em relação à importância da realização de *debriefing's* após a abordagem a situações de PCR;
- Promover a realização de um *debriefing* estruturado após eventos de PCR, com base em cenários de simulação clínica implementados na sala de emergência;

Objetivos Específicos:

- Elaborar um guião orientador de um *debriefing* estruturado para ser aplicado após eventos de PCR;
- Melhorar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, através da implementação de sessões de *debriefing* estruturado;
- Avaliar o impacto que a experiência com a realização do *debriefing* tem nos profissionais de saúde através da utilização de uma versão validada para a língua portuguesa da “*Debriefing Experience Scale*”;

2.4. AMOSTRA

Nesta investigação, a população é constituída por todos os enfermeiros do SUMC de uma ULS da região centro de Portugal, e todos os médicos que tenham interesse em participar no mesmo, com critério de obrigatoriedade de prestarem cuidados à pessoa em situação crítica na SE deste SUMC. A amostra que participará nas sessões de *debriefing* estruturado serão todos os enfermeiros que consentam de forma informada, livre e esclarecida participar nas sessões de simulação dinamizadas pelo grupo de formação responsável pela sala de emergência, e, posteriormente, responder aos questionários desenvolvidos para obtenção de resultados neste estudo. Foi excluído deste estudo o investigador principal que faz parte da equipa deste SUMC.

2.5. INSTRUMENTOS E RECOLHA DE DADOS

Para proceder à recolha de dados para elaboração desta investigação foram elaborados dois questionários em formato online, aos quais apenas o investigador principal teve acesso aos dados preenchidos, através de palavra-chave.

Num primeiro momento, através da recolha de dados de um questionário diagnóstico que tinha como objetivo analisar a perceção e o nível de conhecimento dos enfermeiros do SUMC relativamente à implementação de *debriefing's* estruturados após a abordagem a eventos de PCR (sexo, idade, categoria profissional, habilitações académicas, especialidade, anos de exercício profissional, anos de experiência em SU, conhecimento do conceito de *debriefing*, descrição de *debriefing*, oportunidades para realização de *debriefing* ao longo da sua carreira, contexto de realização do *debriefing*, dificuldades na implementação do *debriefing*, pertinência do *debriefing*, oportunidades de melhoria por meio do *debriefing*).

Num segundo momento, foram recolhidos dados através da escala validada para a língua portuguesa denominada de “*Debriefing Experience Scale*” contendo 20 perguntas. Cada uma das perguntas tinha uma escala de avaliação tipo Likert (1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo Totalmente). Foi solicitada autorização ao autor para proceder à sua utilização, tendo havido o consentimento do mesmo (Almeida et al., 2016). Importa referir ainda que foi solicitado ao autor dessa escala a possibilidade de fazer alterações na nomenclatura e estruturação de algumas perguntas da mesma, de forma

a torná-las mais adequadas para esta investigação, tendo havido o consentimento total do autor em relação a todas as alterações solicitadas (Almeida et al., 2016).

2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a realização deste estudo foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes através do seu questionamento no início do preenchimento do mesmo.

Os dados recolhidos não permitem a identificação dos participantes, sendo mantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos ao longo de toda a investigação.

A ULS da região centro de Portugal onde se insere este SUMC tem como missão o desenvolvimento de projetos de investigação clínica e científica, tendo por isso sido obtido o parecer positivo para realização desta investigação por parte da sua comissão de ética no dia 1 de setembro de 2023 e ainda a sua homologação por parte do seu conselho de administração no dia 27 de outubro de 2023 (Anexo 2).

Toda e qualquer recolha de dados foi somente obtida após a aprovação por parte de todas as entidades envolvidas.

Foi ainda solicitada autorização ao autor de uma escala com uma versão validada para a língua portuguesa denominada de “*Debriefing Experience Scale*”, tendo sido obtido o seu consentimento (Almeida et al., 2016).

2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise de dados desta investigação foi realizada através do tratamento de dados no software Statistical Package for the Social Science (SPSS), realizando uma análise de estatística descritiva e inferencial. Foi assumido um resultado estatisticamente significativo quando o valor p for igual ou inferior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2014).

3. RESULTADOS

Para a elaboração deste estudo, os participantes reponderam a um primeiro questionário diagnóstico que pretendeu avaliar o nível de conhecimento dos seus participantes em relação à realização do *debriefing*. Posteriormente foi elaborado pelo autor principal deste estudo um guião de orientação de um *debriefing* estruturado que permitisse que os seus dinamizadores, em contexto simulado, dinamizá-lo tendo em conta o que a evidência científica preconiza. Por fim, pretendeu-se avaliar a experiência dos enfermeiros com a realização desse *debriefing* estruturado após a abordagem a vítimas em PCR em contexto simulado, utilizando uma escala existente e validada para a língua portuguesa denominada de “*Debriefing Experience Scale*”.

3.1. QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

O primeiro questionário desta investigação é de índole diagnóstica, uma vez que pretende avaliar a perceção e o nível de conhecimento dos enfermeiros do SU relativamente à implementação de *debriefing*'s estruturados após a abordagem a eventos de PCR.

Houve um total de 43 participantes que responderam a este questionário, sendo que 62,8% (n=27) são do sexo feminino. A média de idades dos participantes é de 40 anos, com um desvio padrão de 8,868. A média de anos de exercício profissional em SU dos participantes é de 10 anos, com um desvio padrão de 8,276.

Relativamente à categoria profissional dos participantes, 60,5% (n=26) são Enfermeiros Generalistas, 32,6% (n=14) são Enfermeiros Especialistas e 7% (n=3) são Médicos Internos de Especialidade.

Do total de profissionais de saúde participantes nesta investigação com especialidade (n=17), 58,7% (n=10) são Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica, 5,9% (n=1) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 5,9% (n=1) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, 11,8% (n=2) Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 5,9% (n=1) Médico Especialista em Medicina Interna, e 11,8% (n=2) Médicos Especialistas em Medicina Intensiva.

De forma a avaliar o nível de conhecimento do total de participantes no estudo relativamente ao *debriefing*, foi elaborada a seguinte questão “Sabe o que é o *Debriefing*?”. Do total de respostas obtidas, 95,3% (n=41) respondeu “Sim”.

Os participantes neste estudo foram desafiados a descrever o que entendiam por um *debriefing*, tendo havido um total de 40 respostas (resposta não obrigatória), que podem ser verificadas na tabela 1.

Tabela 1 - "Descreva o que entende por *Debriefing*"

Descreva o que entende por um Debriefing		N	%
Válido	Reunião/reflexão sobre uma situação que foi vivenciada, cujo objetivo será identificar os pontos positivos e os pontos a melhorar na abordagem realizada	13	32,5
	Consiste somente num balanço/resumo de uma situação vivenciada	16	40,0
	Processo que permite a análise dos procedimentos realizados numa determinada situação, de forma a melhorar a abordagem/procedimentos tendo em conta a mais recente evidência científica	5	12,5
	Reunião/reflexão no imediato após uma situação que foi vivenciada, com o objetivo de melhorar a abordagem	4	10,0
	Análise de uma situação de urgência/emergência vivenciada, debatendo os pontos fortes e os pontos fracos	1	2,5
	Consiste na realização de uma balanço da situação, com o objetivo de esclarecer dúvidas a todos os elementos envolvidos	1	2,5
	Total	40	100,0

Os participantes foram questionados se “No decorrer da sua atividade profissional, já alguma vez implementou uma estratégia de *debriefing*?”, sendo que do total de respostas (n=43), 58,1% (n=25) respondeu “Sim”. Importa perceber também em que contexto é que foi dinamizado o *debriefing* por parte dos participantes que responderam afirmativamente a esta questão. Assim, dos 100% (n=25) que respondeu “Sim”, 52% (n=13) refere ter realizado apenas no contexto de “Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica”, 8% (n=2) refere ter realizado apenas em contexto “Formativo/Simulação Clínica” e 40% (n=10) refere ter realizado já nesses dois contextos, ou seja, “Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e Formativo/Simulação Clínica”.

Neste questionário, os participantes foram ainda questionados sobre se achariam pertinente a implementação de uma estratégia de *debriefing* no SU no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na SE, sendo que do total dos participantes (n=43), 95,3% (n=41) respondeu que “Sim”. Posteriormente pretendeu-se entender qual a opinião dos participantes relativamente ao modo como a implementação de uma estratégia de *debriefing*

melhoraria a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente perante uma vítima em PCR, podendo ser observadas as respostas na tabela 2.

Tabela 2 - "Na sua opinião em que medida a implementação de um *Debriefing* melhoraria a prestação de cuidados perante uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória?"

Na sua opinião em que medida a implementação de um <i>debriefing</i> melhoraria a prestação de cuidados perante uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória?		N	%
Válido	Melhora e uniformiza o trabalho em equipa	12	27,9
	Minimiza a possibilidade de erros numa próxima abordagem	9	20,9
	Permite uma maior rapidez na abordagem numa situação futura	2	4,7
	Permite uma melhoria na abordagem, contribuindo para melhores <i>outcome</i> nas vítimas	10	23,3
	Contribuir para a melhoria da comunicação dos elementos da equipa	1	2,3
	Permite um momento de aprendizagem e revisão de conceitos/ <i>guidelines</i>	2	4,7
	Permite uma melhoria na prestação de cuidados	5	11,6
	Não sei	1	2,3
	Capacita o Team Leader a delegar funções numa futura abordagem	1	2,3
	Total	43	100,0

Apesar das respostas obtidas demonstrarem que os participantes deste estudo reconhecem a importância da implementação de uma estratégia de *debriefing* como uma ferramenta que potencia a qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente após a abordagem a eventos de PCR, importa também perceber porque é que este não é dinamizado mais vezes, tendo sido questionados em relação a “Quais as principais dificuldades identificadas à implementação de uma estratégia de *debriefing*?”. Assim, dos 100% (n=43) inquiridos, somente foram obtidas 46,5% (n=20) de respostas a esta questão, estas que podem ser visualizadas na tabela 3.

Tabela 3 - "Quais as principais dificuldades identificadas à implementação da estratégia de *Debriefing*?"

Quais as principais dificuldades identificadas à implementação da estratégia de <i>Debriefing</i> ?		N	%
Válido	Falta de Tempo	6	30,0
	Não aceitação pelos diferentes profissionais	4	20,0
	Inexistência de protocolo de atuação	1	5,0
	Falta de abertura à crítica construtiva	4	20,0
	Não saber quem deve liderar o <i>debriefing</i>	1	5,0
	Diferentes opiniões sobre a importância da realização do <i>Debriefing</i>	1	5,0
	A elevada carga laboral	1	5,0
	Elevada diversidade de profissionais a trabalhar no SU, aliada da desmotivação dos profissionais	1	5,0
	Sem dificuldade	1	5,0
	Total	20	100,0

No tratamento de dados deste “Questionário Diagnóstico” realizou-se ainda a estatística inferencial de algumas das variáveis. Assim, pretendemos verificar se existe relação entre as variáveis “conhecimento sobre *debriefing*” e “categoria profissional”, avaliando se existe qualquer relação entre o conhecimento sobre o *debriefing* e a categoria profissional do participante; entre as variáveis “categoria profissional” e “oportunidades de implementação de *debriefing*”, verificando se existe relação entre a categoria profissional do participante e o número de vezes que teve oportunidade de participar num *debriefing* ao longo da sua carreira profissional; e entre as variáveis “categoria profissional” e “perceção da importância do *debriefing*”, verificando se existe relação entre a categoria profissional e a perceção da importância da implementação desta estratégia de *debriefing* como promotora da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Assim, foi verificado que não existe em nenhuma das variáveis supracitadas diferença estatisticamente significativa, uma vez que $p \geq 0,05$ em todas estas correlações.

3.2. GUIÃO DE *DEBRIEFING* ESTRUTURADO PARA EVENTOS DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

A evidência científica refere que o *debriefing* é considerado uma ferramenta importante para a aquisição de competências técnicas e não técnicas na abordagem a uma PCR, uma vez que a reflexão inerente à sua realização por parte dos elementos envolvidos permite a identificação de aspetos que devem ser melhorados na abordagem clínica, o que por sua vez potenciará o aumento de ganhos em saúde (Kam et al., 2022). Para além da importância da sua realização, importa também perceber de que forma é que o mesmo deve ser dinamizado corretamente, possibilitando ainda o esclarecimento de dúvidas e a gestão de conflitos entre os elementos dessa mesma equipa (Lin et al., 2024).

Desta forma, surge a necessidade de criar um guião orientador de um *debriefing* estruturado para eventos de PCR. Este foi criado tendo em conta a mais recente evidência científica que demonstra a importância da realização de um *debriefing* estruturado entre as equipas de emergência após a abordagem a situações de emergência. O *debriefing* é considerado um dos momentos de maior aprendizagem na prática simulada e/ou em contexto real, não devendo ser descurada a sua realização (Goés & Jackman, 2020).

Desta forma, o guião elaborado está dividido em três fases: Fase I – *Debriefing* Focado (Reação), no qual será realizada uma autorreflexão pelo *team leader* da situação vivenciada; Fase II – *Debriefing* Formativo (Entendimento, Reflexões, Aprendizagens), onde será feita uma reflexão sobre os conteúdos pedagógicos associados à experiência vivenciada, sendo esta reflexão já direcionada para todos os elementos da equipa; Fase III – *Debriefing* Sumativo (Sumário), no qual será feito um resumo de toda a situação, bem como quais os aspetos refletidos através do *debriefing* de forma a potenciar a melhoria do desempenho da equipa de emergência numa situação futura (Goés & Jackman, 2020).

Esta investigação utilizou esta ferramenta de *debriefing* estruturado após a abordagem a vítimas em PCR em contexto simulado dinamizadas pelo grupo de formação responsável pela SE do SUMC da ULS em estudo (Figura 1).

Guião Orientador de um Debriefing Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória		
Categorias Profissionais Presentes no Debriefing: _____		
Data: __/__/__		
Hora: _____		
Tempo de Debriefing: _____		
Fase I - Debriefing Focado (Autorreflexão Inicial Focada Principalmente no TeamLeader da Experiência Vivenciada)	Realizado	Não Realizado
Fase 1 - Reação		
Realização de um resumo da situação por parte do TeamLeader		
Realização de um resumo dos antecedentes clínicos da vítima		
Fase II - Debriefing Formativo (Reflexão Sobre os Conteúdos Pedagógicos Associados à Experiência Vivenciada)	Realizado	Não Realizado
Fase 2 - Entendimento/Reflexão/Aprendizagens		
Realização de uma avaliação da performance individual		
Realização de uma avaliação da performance da equipa		
Exploração com os intervenientes sobre os procedimentos/guidelines/protocolos utilizados		
Reflexão sobre se foram tidas em conta de forma atempada as causas potencialmente reversíveis da PCR		
Reflexão sobre aspetos positivos na abordagem		
Reflexão sobre aspetos a melhorar na abordagem		
Fase III - Debriefing Sumativo (Resumo Final da Aprendizagem)	Realizado	Não Realizado
Fase 3 - Sumário		
Resumo sobre os aspetos a serem melhorados e mantidos no futuro		
Resumo com a equipa relativamente à aprendizagem obtida através da experiência vivenciada		

Bagorriha, T. (17 de julho de 2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. <http://hdl.handle.net/10400.26/33210>
 Góes, F., & Jackman, D. (2020). Desenvolvimento de um guia de orientação para instrutores: “Três Estágios do Debriefing holístico”. Revista Latino Americana de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>
 Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Flegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief - A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000148>

Figura 1 - Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória

3.3. QUESTIONÁRIO COM A UTILIZAÇÃO DA “DEBRIEFING EXPERIENCE SCALE” – VERSÃO VALIDADA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

O segundo questionário desta investigação providenciado aos participantes teve como objetivo avaliar a experiência dos enfermeiros com a realização de um *debriefing* estruturado após a abordagem a vítimas em PCR em contexto simulado. O *debriefing* estruturado foi realizado pelos dinamizadores das sessões de simulação e através do “Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória”.

As sessões de treino simulado a abordagem a vítimas em PCR foram dinamizadas no mês de novembro de 2023, tendo como público-alvo os Enfermeiros do SUMC da ULSCB em estudo. Foram realizadas 8 sessões de treino simulado para grupos de 5 formandos, com 2 formadores em cada uma das sessões. Cada um dos cenários simulados tinha uma sequência uniforme para que todos os formandos tivessem a possibilidade de abordar uma situação enquanto *team leaders*. Assim cada cenário de simulação clínica teve como desenho: Briefing –

Contextualização do cenário simulado; Abordagem Inicial; Ritmos Peri PCR; Ritmos PCR; ROSC – Cuidados Pós Reanimação.

Após cada um dos cenários foi elaborado o *debriefing* estruturado junto da equipa através do guião elaborado e mencionado anteriormente, havendo no total a realização de 5 *debriefing* em cada um dos 8 grupos e 40 *debriefing's* no total da formação. No final das sessões de simulação foi enviado a cada um dos formandos um questionário, cujo objetivo era avaliar a experiência dos participantes com a realização de um *debriefing* estruturado após a abordagem a vítimas em PCR em contexto simulado.

Houve um total de 30 participantes (n=30) que responderam a este questionário, sendo que 66,7% (n=20) são do sexo feminino. A média de idade dos participantes é de 42 anos, com um desvio padrão de 8,835 e a média de anos de experiência em SU dos participantes é de 13 anos com um desvio padrão de 8,800. Relativamente à categoria profissional dos participantes, 73,3% (n=22) são Enfermeiros Generalistas e 26,7% (n=8) são Enfermeiros Especialistas. Do total de Enfermeiros Especialistas (n=8), 75% (n=6) são Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica, 12,5% (n=1) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e 12,5% (n=1) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O tratamento de dados a este questionário pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4 - Resposta dos Participantes à Escala Validada para a Língua Portuguesa da "Debriefing Experience Scale"

Debriefing Experience Scale - Validação Para a Língua Portuguesa										
Questões	Discordo Totalmente		Discordo		Indiferente		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 - O debriefing ajudou-me a analisar os meus pensamentos					1	3,3%	6	20,0%	23	76,7%
2 - O formador reforçou aspetos do comportamento da equipa					2	6,7%	7	23,3%	21	70,0%
3 - O ambiente do debriefing foi fisicamente confortável					1	3,3%	12	40,0%	17	56,7%
4 - Sentimentos desagradáveis foram resolvidos por meio do debriefing					6	20,0%	10	33,3%	14	46,7%
5 - O debriefing ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem					2	6,7%	9	30,0%	19	63,3%
6 - O debriefing foi útil para processar a experiência de simulação					1	3,3%	7	23,3%	22	73,3%
7 - O debriefing proporcionou-me oportunidades de aprendizagem					0	0,0%	7	23,3%	23	76,7%
8 - O debriefing ajudou-me a encontrar a importância da simulação clínica					1	3,3%	7	23,3%	22	73,3%
9 - As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing					1	3,3%	11	36,7%	18	60,0%
10 - Tornei-me mais consciente de mim durante a sessão de debriefing					4	13,3%	9	30,0%	17	56,7%
11 - O debriefing ajudou-me a esclarecer problemas	0	0%	0	0%	1	3,3%	12	40,0%	17	56,7%
12 - O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real					1	3,3%	8	26,7%	21	70,0%
13 - O formador permitiu tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários					0	0,0%	9	30,0%	21	70,0%
14 - Na sessão de debriefing o formador fez os esclarecimentos corretos					0	0,0%	10	33,3%	20	66,7%
15 - O debriefing forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação					1	3,3%	8	26,7%	21	70,0%
16 - Eu tive tempo suficiente para esclarecer as minhas dúvidas					0	0,0%	7	23,3%	23	76,7%
17 - Na sessão de debriefing o formador mostrou conhecimentos sobre a temática desenvolvida na simulação					0	0,0%	7	23,3%	23	76,7%
18 - O formador ensinou a quantidade certa durante a sessão de debriefing					0	0,0%	13	43,3%	17	56,7%
19 - O formador realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o debriefing					0	0,0%	10	33,3%	20	66,7%
20 - O formador forneceu orientação adequada durante o debriefing					0	0,0%	8	26,7%	22	73,3%

A realização da estatística inferencial dos dados obtidos do questionário distribuído aos participantes após a realização do *debriefing* em contexto simulado, permitiu verificar uma correlação entre os anos de experiência dos profissionais no SU com algumas das questões colocadas na versão validada para a língua portuguesa da "Debriefing Experience Scale", tal como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Influência dos Anos de Experiência do SU na Perceção do Debriefing

	Anos de Experiência em Serviço de Urgência	N	Posto Médio	Kruskal-Wallis	p
O debriefing ajudou-me a analisar os meus pensamentos	Indiferente	1	25,00	8,694	0,013*
	Concordo	6	23,92		
	Concordo Totalmente	23	12,89		
As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing	Indiferente	1	3,00	6,975	0,031*
	Concordo	11	20,55		
	Concordo Totalmente	18	13,11		
Tornei-me mais consciente de mim durante a sessão de debriefing	Indiferente	4	24,75	6,935	0,031*
	Concordo	9	17,28		
	Concordo Totalmente	17	12,38		
O debriefing ajudou-me a esclarecer problemas	Indiferente	1	3,00	9,124	0,010*
	Concordo	12	21,08		
	Concordo Totalmente	17	12,29		
O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real	Indiferente	1	3,00	11,545	0,003*
	Concordo	8	24,06		
	Concordo Totalmente	21	12,83		

4. DISCUSSÃO

Após o tratamento de dados do primeiro questionário, que diz respeito ao diagnóstico junto dos profissionais de saúde em relação ao seu nível de conhecimento e à sua perceção sobre o *debriefing*, podemos verificar que vai ao encontro da mais recente evidência científica. A literatura demonstra que a maioria dos profissionais de saúde conhece o conceito de *debriefing* (Berchtenbreiter et al., 2023), sendo que neste estudo 95,3% (n=41) refere conhecer esse conceito.

Quando inquiridos os participantes sobre a definição do *debriefing* obteve-se um total de 40 respostas, sendo que 40% dessas definiu este conceito como um “balanço/resumo de uma situação vivenciada” e 32,5% como uma “reunião/reflexão sobre uma situação vivenciada, cujo objetivo será identificar os pontos positivos e os pontos a melhorar na abordagem realizada”. A junção destas duas definições vai ao encontro daquilo que é a definição de *debriefing* na literatura, o que demonstra um claro conhecimento em relação a este conceito (Berchtenbreiter et al., 2023).

A literatura demonstra a importância da implementação de uma estratégia de *debriefing* realizada após a abordagem a situações de emergência (Kam et al., 2022). Neste estudo reconheceu-se também essa importância, pois dos 100% (n=43) dos inquiridos, 95,3% (n=41) considera importante a implementação de uma estratégia de *debriefing* no SUMC, tendo este sido o mote para a construção da ferramenta de um guião de *debriefing* estruturado. Quando questionados sobre de que forma é que a implementação desta estratégia seria importante, 27,9% (n=12) respondeu que melhoraria e uniformizaria o trabalho em equipa, 23,3% (n=10) refere que contribuiria para uma melhoria numa abordagem futura e em melhores outcomes das vítimas e 20,9% (n=9) refere que minimizaria a ocorrência de erros numa abordagem futura. Todas estas justificações são enunciadas na literatura mais recente que evidencia os principais benefícios da implementação desta estratégia (Berchtenbreiter et al., 2023; Kam et al., 2022).

Há conhecimento sobre a existência de algumas barreiras à implementação de *debriefing's*, justificando por isso o porquê de não serem realizados tantas vezes como aquelas que idealmente deveriam ser no seio das equipas de emergência. A indisponibilidade de tempo, a falta de conhecimento sobre a metodologia a adotar, a elevada carga de trabalho, a falta de

espaço próprio, dificuldades na comunicação e dificuldades na definição de quem deve ser o dinamizador do *debriefing* são algumas dessas barreiras que a literatura evidência (Berchtenbreiter et al., 2023). Neste estudo, quando questionados os participantes sobre essas dificuldades, verificamos que as respostas registadas vão encontro da literatura, uma vez que, 30% (n=6) refere a falta de tempo como um dos principais motivos à sua não implementação, 20% (n=4) refere que não é aceite a sua realização por parte de todos os profissionais. Para além disto houve ainda uma percentagem de participantes que justificaram a sua não implementação devido à inexistência de protocolo de atuação; desconhecimento sobre quem deve liderar o *debriefing*; falta de abertura à crítica construtiva. Importa por isso refletir que o *debriefing* deve ser realizado por alguém que tenha capacidade de transmitir a mensagem de que esta é uma ferramenta importante para a melhoria da prestação de cuidados da equipa, não devendo ser uma ferramenta desencadeadora de conflitos internos nas equipas (Lin et al., 2024).

Através da realização da estatística inferencial do questionário diagnóstico verificou-se a inexistência de uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas. Assim, o facto de não haver correlação entre a categoria profissional e os conhecimentos sobre o *debriefing*, bem como entre a categoria profissional com a perceção da importância que é dada a esta ferramenta por parte dos participantes do estudo, faz com que seja possível concluir que independentemente da categoria profissional a perceção da sua importância e o conhecimento sobre este conceito está presente, sendo este um aspeto positivo uma vez que o mesmo pode e deve ser dinamizado por qualquer pessoa com competências para tal, independentemente da sua categoria profissional. Importa ainda referir que não se verificou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis categoria profissional e oportunidades de implementação de *debriefing* ao longo da carreira, logo consegue-se concluir que a presença de determinada categoria profissional na abordagem a situações de PCR não influencia no número de vezes que é realizada esta reflexão no final da abordagem, logo, se é conhecida a sua importância, independentemente das categorias profissionais presentes, este *debriefing* deve ser dinamizado.

Igualmente importante são os resultados obtidos no segundo questionário, este que corresponde à utilização de uma versão validada para a língua portuguesa da “*Debriefing*

Experience Scale” de forma a avaliar a experiência dos enfermeiros (n=30) com a realização de um *debriefing* estruturado após a abordagem a vítimas em PCR em contexto simulado. É verificado que em todas as questões a maioria dos participantes atribui o nível 4 e 5, estes que correspondem respetivamente a “Concordo” e “Concordo Totalmente”.

Verificou-se que 73,3% (n=22) respondeu “Concordo Totalmente” à questão “O *debriefing* ajudou-me a encontrar a importância da simulação clínica?”. Isto vai ao encontro da literatura que defende a simulação clínica como um método formativo importante para o aumento do conhecimento e do desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, sem que haja danos reais nas vítimas (Raper et al., 2024; Costa et al., 2019; Silva et al., 2023; Young et al., 2020).

É igualmente importante perceber que 76,7% (n=23) respondeu “Concordo Totalmente” às questões “O *debriefing* ajudou-me a analisar os meus pensamentos” e “O *debriefing* proporcionou-me oportunidades de aprendizagem”. Como é afirmado, existem autores que consideram o *debriefing* como o momento de maior aprendizagem quer em contexto real ou simulado, levando a mudanças na prática clínica que potenciarão a qualidade individual da prestação de cuidados e da equipa (Adam et al., 2023).

Como já foi referido, a literatura demonstra que apesar de ser reconhecido pela maioria dos profissionais a importância da realização de *debriefing’s* após a abordagem a situações de emergência, nem sempre este é realizado, sendo que alguns dos motivos é a in experiência, a falta de conhecimentos, e ainda a inexistência de um protocolo de atuação (Berchtenbreiter et al., 2023). A existência de um guião orientador de *debriefing* torna sem dúvida este processo mais facilitado, possibilitando a sua realização de forma estruturada, tendo em conta a sua importância e o impacto significativo que este terá. Assim, com a realização deste estudo e através do guião elaborado para realização do *debriefing* de forma estruturada, podemos aumentar a confiança dos profissionais de saúde em relação à sua realização, de forma a potenciar alterações na prática diária que contribuirão para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Para além disto, um estudo demonstrou que o *debriefing* era realizado com mais qualidade quando o seu dinamizador utilizava um guião orientador, comparativamente quando não usava. O mesmo estudo demonstrou que o *debriefing* quando dinamizado por um profissional com menos experiência mantinha a mesma

qualidade se utilizado um guião orientador (Lin et al., 2024). Desta forma, e uma vez mais utilizando a ferramenta (guião) elaborada através desta investigação, podemos concluir que a qualidade da realização do *debriefing* pode ser mantida independentemente dos anos de experiência do seu dinamizador, o que pode ser um benefício quando falamos da sua dinamização no seio de equipas mais jovens.

Desta forma, em relação às questões “O formador ensinou a quantidade certa durante o *debriefing*”, “O formador realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o *debriefing*” e “O formador forneceu orientação adequada durante o *debriefing*” pode-se verificar que somente se obteve respostas de “Concordo” e “Concordo Totalmente” por parte dos participantes. Assim, podemos verificar que a utilização do guião orientador de um *debriefing* estruturado elaborado teve um impacto importante na qualidade do *debriefing*, tal como é verificado na literatura, possibilitando ainda que profissionais com mais ou menos experiência possam liderar esse *debriefing* (Lin et al., 2024).

Nesta investigação, verificámos que os anos de experiência em SUMC terão influência em algumas variáveis como pode ser observado na tabela 5. Assim, podemos refletir se o tempo que um profissional tem de experiência num SU contribuirá para uma maturidade que permite entender que o *debriefing* leva a uma maior auto-consciencialização e uma maior denotação sobre a importância que a realização desse tem no auxílio de análise e esclarecimento de pensamentos sobre a situação vivenciada. Com isto, irá também impedir a ocorrência de sentimentos de autorresponsabilização sobre algo que possa ter ocorrido de forma menos positiva, o que por sua vez vai ao encontro do que é defendido na literatura, visto que o *debriefing* contribui para a promoção da saúde e bem estar dos profissionais envolvidos na situação vivenciada (Berchtenbreiter et al., 2023).

Ainda pode ser verificado que existe uma correlação dos anos de experiência com a contribuição que o *debriefing* teve para retirar dúvidas sobre a simulação, bem como para permitir conexões entre a teoria refletida em contexto simulado com situações da vida real. Podemos com isto, nesta discussão, perceber que quanto mais anos de experiência um indivíduo tem em SUMC, mais situações vivenciou em contexto real, logo, haverá muitas mais experiências vividas onde seja possível fazer essa “ponte” entre a situação real e a situação em contexto simulado. Isto, por sua vez, permitirá uma reflexão sobre como foi a sua abordagem num

momento passado, e se o que foi refletido no contexto simulado levaria a alguma mudança na sua abordagem. Relativamente ao facto do *debriefing* permitir retirar mais dúvidas quanto mais anos de experiência o profissional tem, levanta-nos a questão de que será que os elementos com mais anos de experiência em SU terão mais dúvidas para ser retiradas? Ou será que a falta de experiência de elementos com menos anos de experiência leva a que estes não tenham a perceção de algumas dificuldades na abordagem que poderiam ser também elas potenciais dúvidas? Independentemente disto, com a realização deste estudo consegue ser demonstrado a importância que a realização do *debriefing* tem para ajudar a analisar pensamentos, responder a dúvidas existentes, esclarecer problemas inerentes à abordagem, tornar os profissionais mais conscientes das suas capacidades, e ainda ajudar a fazer uma ligação entre situações em contexto simulado e contexto reais, potenciando uma melhoria na abordagem à pessoa em situação crítica.

CONCLUSÕES

Apesar de este ser um estudo com uma amostra específica e limitada, direcionada somente para os profissionais do SUMC da ULS enunciada, permitiu conhecer a realidade deste local relativamente à perceção dos profissionais sobre o *debriefing*, permitindo ainda a construção de um guião orientador de um *debriefing* estruturado para que possa ser utilizado quer em contexto simulado quer em contexto real.

Verificou-se com este estudo que os profissionais de saúde conheciam o conceito de *debriefing*, percebendo inclusive que este contribui para a melhoria e mudanças na prática aquando da abordagem de vítimas em PCR súbitas. Apesar deste reconhecimento, e tal como demonstra a literatura, este *debriefing* é realizado naquele local de forma deficitária, quer em termos de número, quer na forma como era dinamizado, uma vez que não seguia uma estrutura uniforme contribuindo para a sua concretização o completa possível.

Verificou-se que o facto de terem sido dinamizados *debriefing's* após a abordagem a eventos de PCR em contexto simulado, permitiu que todos se consciencializassem da necessidade da sua realização, e inclusive demonstraram através de conversas informais vontade de transpor esta ferramenta para contextos reais.

A realização e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem devem ser focalizados nas áreas de atenção da prática de enfermagem: na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados. Assim, pode-se concluir que com este projeto dinamizado neste SUMC, foram dadas respostas que vão ao encontro aos enunciados descritivos de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Como limitação na realização deste estudo consigo enunciar a não participação de médicos na sessões de simulação clínica de abordagem a situações de PCR. Isto seria importante pois levaria a uma maior proximidade daquilo que é a abordagem a situações reais, e ainda fomentaria o aumento da confiança e do trabalho em equipa entre todos os elementos. Assim, gostaria de deixar como sugestão para um futura investigação a inclusão da classe médica nas sessões de contexto simulado, e, sugerir ainda que num estudo futuro, deveria ser dada oportunidade a cada um dos participantes de dinamizar o *debriefing* com o auxílio do guião

elaborado, ao contrário de ser somente o formador da prática simulada como foi realizado neste estudo.

Através desta investigação e tendo em conta a perceção dos enfermeiros após a utilização de um guião orientador de *debriefing* estruturado, importa evidenciar a importância da continuidade desta prática, para que inclusive num futuro próximo possa ser transposto para a abordagem em contextos reais, melhorando assim a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES:

Os declaram não existir qualquer tipo de conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, C., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed *debriefing* for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401>
- Almeida, R., Mazzo, A., Martins, J., Coutinho, V., Jorge, B., & Mendes, I. (2016). Validation to Portuguese of the *Debriefing* Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
- Berchtenbreiter, K., Innes, K., Watterson, J., Nickson, C., & Wong, P. (2023). Intensive care unit nurses' perceptions of *debriefing* after critical incidents: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.002>
- Costa, R., Medeiros, S., Martins, J., & Dias, V. (2019). Percepções de estudantes de enfermagem acerca das dimensões estruturais da simulação clínica. *Scientia Medica*, 1(29). <https://doi.org/https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.1.32972>
- Goés, F., & Jackman, D. (2020). Desenvolvimento de um guia de orientação para instrutores: “Três Estágios do *Debriefing* holístico”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2020). Em *Manual de Suporte Avançado de Vida*.
- Kam, A., Gonsalves, C., Nordlund, S., Hale, S., Twiss, J., Cupido, C., . . . Parker, M. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation *debriefing*: a comparative crossover study of two post-resuscitation *debriefing* frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(152). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). *Debriefing* in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Lin, Y., Lockey, A., Greif, R., & Cheng, A. (2024). The effect of scripted *debriefing* in resuscitation training: A scoping review. *Resuscitation Plus*, 18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100581>
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Raper, J., Khoury, C., Marshall, A., Smola, R., Pacheco, Z., Morris, J., . . . Bloom, A. (2024). Rapid Cycle Deliberate Practice Training for Simulated Cardiopulmonary Resuscitation in Resident Education. *Western Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.5811/westjem.60319>
- Shijiao, Y., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., . . . Chuanzhu, L. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*(61). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>
- Silva, R., Pereira, M., Rocco, K., Oliveira, T., & Martins, E. (2023). Simulação clínica como estratégia de ensino-aprendizagem para profissionais e estudantes de enfermagem: revisão integrativa.

Brazilian Journal of Implants and Health Sciences, 5(4).
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p58-77>

Young, A., Maniaci, M., Simon, L., Lowman, P., McKenna, R., Thomas, C., . . . Vadeboncoeur, T. (2020). Use of a simulation-based advanced resuscitation training curriculum: Impact on cardiopulmonary resuscitation quality and patient outcomes. *Journal of the Intensive Care Society*, 21. <https://doi.org/10.1177/1751143719838209>

CONCLUSÃO

Aproximando-se a finalização deste trabalho, importa realizar uma avaliação retrospectiva dos momentos vivenciados ao longo do mestrado.

A enfermagem é uma profissão que nos últimos anos tem vindo a sofrer algumas mudanças, urgindo a necessidade de adaptação por parte dos seus profissionais. É reconhecido que o quotidiano dos enfermeiros é repleto de obstáculos, desafios e dificuldades que deverão ser ultrapassados pelos mesmos, sendo que a constante adaptação e a procura da melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados torna-se sem dúvida essencial para dar resposta às necessidades (Sousa, 2020).

Durante este percurso académico, o mestrando teve uma prática assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis, tendo tido uma visão que potenciase a sua prática como facilitadora do processo de transição saúde/doença, e que ainda desse resposta às alterações comportamentais dos utentes durante esse processo (Meleis, 2012).

As habilidades desenvolvidas pelos enfermeiros para que se tornem agentes facilitadores de processos de transição, tornam-nos profissionais especialistas no acompanhamento da pessoa/utente, uma vez que têm a capacidade de identificar quais são as necessidades desses durante os processos de doença (Sousa, 2020).

Ao longo dos EC realizados, o mestrando estabeleceu prioridades e estratégias de intervenção, identificando precocemente sinais de instabilidade e tomando medidas conforme necessário tendo em conta os vários domínios de competências. A prestação de cuidados especializados, personalizados e diferenciados, foram sem dúvida um contributo essencial para o percurso pessoal, profissional e académico do mestrando enquanto futuro enfermeiro especialista.

As oportunidades de aprendizagem e perceção de outras realidades que foram conseguidas aquando da realização dos EC permitiram que o mestrando realizasse algumas reflexões sobre a sua prática atual. Desta forma, também o modo como alguns cuidados de enfermagem no local de trabalho do mestrando são realizados foi motivo de reflexão, para que, à posteriori, fossem promovidas algumas mudanças nessas práticas no sentido de melhorá-las, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Freitas, 2018). A convergência sentida entre aquilo que foi aprendido na componente teórica, as

experiências vivenciadas nos EC, e ainda as experiências vivenciadas na prática diária, contribuíram para a aquisição de um *know-how* e de uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista, havendo uma clara diferença entre aquilo que era a perceção do mestrando no início e no final deste percurso académico.

Para além disto, durante todo este percurso académico o foco do mestrando permaneceu não só no utente, mas também na sua família, resultando no aumento do conhecimento e de competências tendo em conta uma visão holística do cuidado.

Relativamente ao trabalho de investigação elaborado pelo mestrando foi possível concluir que esse promoveu o aumento da consciencialização sobre a importância da prática de *debriefing's* por parte dos seus participantes.

Foi possível concluir que os profissionais de saúde do SUMC da ULS em estudo conheciam o conceito de *debriefing*, percebendo inclusive que este contribui para a melhoria e mudanças na prática aquando da abordagem de vítimas em PCR súbitas.

Com este estudo foi também elaborada pelo autor uma ferramenta denominada de “Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos Pós PCR”, que promoveu a realização de *debriefing's* em contexto simulado de forma estruturada, orientada e conforme preconizado pela mais recente evidência científica. A consciencialização conseguida sobre a necessidade desta prática, permitiu inclusive que fosse criada vontade de transpor esta ferramenta para contextos reais, sendo conhecidos os ganhos que isso trará na qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Assim, e de forma conclusiva, considera-se terem sido atingidos os objetivos propostos ao longo deste percurso académico, permitindo a aquisição de competências que contribuirão para uma melhor resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, tendo em conta uma visão enquanto futuro enfermeiro especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Adam, C., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed *debriefing* for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401>
- Almeida, R., Mazzo, A., Martins, J., Coutinho, V., Jorge, B., & Mendes, I. (2016). Validation to Portuguese of the *Debriefing* Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
- Barreto, M. (2017). Cuidar da pessoa em situação crítica com status neurológico comprometido: Guia orientador de boas práticas dos cuidados de enfermagem. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24074/4/GOBPCE%20anexo%20do%20relat%C3%B3rio%20de%20mestrado.pdf>
- Berchtenbreiter, K., Innes, K., Watterson, J., Nickson, C., & Wong, P. (2023). Intensive care unit nurses' perceptions of *debriefing* after critical incidents: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.002>
- Branquinho, J. (janeiro de 2020). Estratégias para o controlo de infeção em unidades de cuidados intensivos: uma breve revisão. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128841/2/414362.pdf>
- Cardo, M. (julho de 2017). Equipa de Emergência Intra-Hospitalar: análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2987/1/Equipa%20de%20Emerg%C3%Aancia..%2Bmarisa%20cardo.pdf>
- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (28 de fevereiro de 2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação (EADaS). *Referência*, 41-50. <https://doi.org/10.12707/RIII1392>
- Dagnell, A. (2020). Teamwork and Leadership in Out-of-Hospital Cardiac Arrest – Do These Non-Technical Skills Require Attention? *Australian Journal of Paramedicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.33151/ajp.17.748>
- Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República*(205). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-lei n.º 34/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I Série, nº 32/2012. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, nº 153/2014, pp. 20673 - 20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5561/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, nº 79/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>

- DGS. (17 de novembro de 2022). Norma Clínica 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação . https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Diário de Notícias. (11 de julho de 2023). *Simulacro. Acidente com dezenas de feridos graves foi cenário para ensaio no Hospital S. José*. Diário de Notícias: <https://www.dn.pt/sociedade/simulacro-acidente-com-dezenas-de-feridos-graves-foi-cenario-para-ensaio-no-hospital-s-jose--16675043.html>
- Dias, E., Stutz, B., Resende, T., Batista, N., & Sene, S. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v31n94/06.pdf>
- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Referência*. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Figueiredo, F., & Fonseca, E. (2021). Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados. *Catástrofe externa/Emergência interna - Planos de emergência hospitalar*. <http://web.esenfc.pt/?url=21tGQnc7>
- Fonseca, A., & Coelho, P. (2018). O doente crítico e paliativo e seus contextos de vulnerabilidade. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30637/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Freitas, U. (2018). Ação-reflexão-ação: Trabalho, formação docente e aprendizagens. *Com Censo*, 5(3).
- Godinho, C. (14 de fevereiro de 2020). A aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36677/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Doutoramento%20em%20Gest%C3%A3o%20-%20C%C3%A1tia%20Godinho.pdf>
- Goés, F., & Jackman, D. (2020). Desenvolvimento de um guia de orientação para instrutores: “Três Estágios do *Debriefing* holístico”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>
- Helyer, R. (2015). Learning through reflection: the critical role of reflection in work-based learning (WBL). *Journal of Work-Applied Management*, 7(1). <https://doi.org/10.1108/JWAM-10-2015-003>
- INEM. (2020). Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2020). Em *Manual de Suporte Avançado de Vida*.
- Kam, A., Gonsalves, C., Nordlund, S., Hale, S., Twiss, J., Cupido, C., Parker, M. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation *debriefing*: a comparative crossover study of two post-resuscitation *debriefing* frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(152). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). *Debriefing* in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

- Lei nº 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República: I Série, nº 126/2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Lemos, O., Moreira, I., & Veríssimo, C. (2023). Estratégias preventivas da utilização do serviço de urgência: Perspetiva dos enfermeiros de cuidados saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RVI23.12.29215>
- Lin, Y., Lockey, A., Greif, R., & Cheng, A. (2024). The effect of scripted *debriefing* in resuscitation training: A scoping review. *Resuscitation Plus*, 18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100581>
- Lopes, J., Marques, R., & Sousa, P. (2021). O handover/handoff perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 13(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.9565>
- Macedo, R. (15 de março de 2017). Nursing Activities Score, NAS : adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress*. Wolters Kluwer Health.
- Oliveira, C. (2017). Intervenções de enfermagem especializadas na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva na pessoa em situação crítica. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21124/1/Relat%C3%B3rio%20de%20estagio%20final%20-%20Carina%20Oliveira.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Ensino de enfermagem e a sua potencial integração no subsistema universitário. pp. 1-4. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/membros/Documents/01.08.2017%20-%20Tomada%20de%20posi%C3%A7%C3%A3o-%20Ensino%20de%20Enfermagem.pdf>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023. <https://ordemosmedicos.pt/transporte-de-doentes-criticos-versao-atualizada-2023/>
- Parecer Conselho Jurisdicional nº 20. (2021). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Parecer nº 09/2017. (2017). Ordem dos Enfermeiros. *Transporte da pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Pariz, G. (2022). Utilização da escala de *debriefing* pós simulação realística no atendimento inicial a vítima de trauma. <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1811370230.pdf>
- Peixoto, C. (2017). A Importância da Gestão de Conhecimento para o Enfermeiro Perioperatório enquanto Trabalhador do Conhecimento. *Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas*. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1998/1/Carla_Peixoto.pdf

- Pires, F., Vilaça, L., Pereira, C., Ruiz, M., Ohl, R., & Chavaglia, S. (2021). Instrumentos para a avaliação do nível de consciência em adultos e idosos: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.57053>
- Rabim, F. (2017). Perspetiva especializada em enfermagem na abordagem ao doente crítico: da urgência aos cuidados intensivos cardiotorácicos. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20989/1/Relat%C3%B3rio%20Final_%20Fatima%20Rabim.pdf
- Raper, J., Khoury, C., Marshall, A., Smola, R., Pacheco, Z., Morris, J., . . . Bloom, A. (2024). Rapid Cycle Deliberate Practice Training for Simulated Cardiopulmonary Resuscitation in Resident Education. *Western Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.5811/westjem.60319>
- Regulamento n.º 429/2018. (16 de julho de 2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico - cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*(135). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Dário da República*(26). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019. (25 de setembro de 2019). Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2ª série*(184).
- Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow. (2015). *The Glasgow structured approach to assessment of the Glasgow Coma Scale*. Glasgow Coma Scale: <https://www.glasgowcomascale.org/>
- Sabeh, A., Silva, D., Wysocki, A., Santos, M., Barcelos, L., & Dos-Santos, E. (2023). Nurses (Un)Knowledge in the management of invasive mechanical ventilation: Integrative Review. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. <https://doi.org/https://doi.org/10.31011/read-2023-v.97-n.1-art.1569>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. LIDEL. <https://doi.org/DOL:10.13140/RG.2.1.3223.7686/1>
- Shijiao, Y., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., . . . Chuanzhu, L. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*(61). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>
- Silva, T. (setembro de 2019). A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4713/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Triagem%20em%20Situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Cat%C3%A1strofe_TANIA%20ALVES%20SILVA.pdf
- Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Sousa, P. (2020). *O conforto da pessoa idosa*. Universidade Católica Editora.
<https://doi.org/9789725407127>

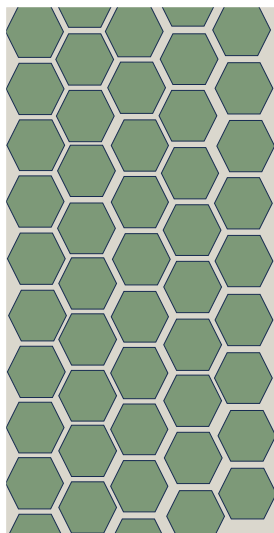
Tabile, A., & Jacometo, M. (2017). Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso. *Revista de Psicopedagogia*, 34(103).
https://doi.org/http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100008&lng=pt&tlng=pt

Vasconcelos, P. (2019). *Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico*.

Young, A., Maniaci, M., Simon, L., Lowman, P., Mckenna, R., Thomas, C., . . . Vadeboncoeur, T. (2020). Use of a simulation-based advanced resuscitation training curriculum: Impact on cardiopulmonary resuscitation quality and patient outcomes. *Journal of the Intensive Care Society*, 21. <https://doi.org/10.1177/1751143719838209>

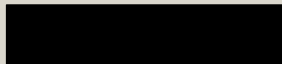
APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Formação realizada no EC II



Debriefing após eventos de Paragem Cardiorrespiratória

Enfermeiros Orientadores:



Docente Supervisor:
Professor Doutor Hugo Duarte

Mestrando:
Miguel Ribeiro

novembro 2023

Definição do Debriefing

- “Processo de comunicação entre elementos de uma mesma equipa após a abordagem a um caso clínico”
- “Processo que permite a discussão do desempenho individual e da equipa de profissionais de saúde”
- “Processo de comunicação que permite uma melhoria na abordagem à vítima, minimizando os erros”



Tipos de Debriefing



Hot Debriefing

- Realizado no imediato após a experiência vivenciada → Menos Abrangente

Warm Debriefing

- Realizado algumas horas após a experiência vivenciada

Cold Debriefing

- Realizado dias ou semanas após a experiência vivenciada → Mais Abrangente

Tipos de Debriefing

Qual o realizado na maioria dos serviços hospitalares

Debriefing Inexistente



Local Ideal para o Debriefing?



“Sala de pausa por ser um local isolado, calmo, com capacidade para os elementos que estavam na sala”

“Local onde decorreu o evento de PCR, permitindo avaliar fatores que influenciaram diretamente a abordagem”

“Sala de reuniões e de sessões, com ambiente calmo, recursos e equipamentos necessários”

“Outro local que permita a reflexão de algo que sucedeu, mantendo sempre o anonimato da situação”



Benefícios do Debriefing

01

Aumento da qualidade dos cuidados prestados à vítima em PCR

02

Atualização constante sobre a evidência científica/guidelines mais recentes

03

Análise de competências técnicas e não técnicas inerentes à vítima em PCR

04

Aumento da relação de confiança entre profissionais de saúde

05

Mudança de comportamentos que comprometem a qualidade da abordagem

Dinamizador do Debriefing?

Médico?



Enfermeiro?



Dinamizador do Debriefing?

Gestão
Liderança
Comunicação



Guião de Debriefing Estruturado

Momento de Maior Aprendizagem!

O debriefing é pois, um **momento essencial** a aprendizagem por simulação. Proporciona aprendizagens ativas, permite aos estudantes vivenciarem situações clínicas e fazer uso das habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras (Childs & Sepples, 2006).

debriefing. O Debriefing é, em si, uma **estratégia de ensino e de aprendizagem** (Cantrell, 2008) que facilita a reflexão dos estudantes, obtendo um consenso relativamente às

O debriefing pode ser considerado **o ponto mais importante da simulação**, sendo organizado por uma sessão de discussão **reflexiva** entre os participantes, possibilitando que o professor retome os fatos positivos e as atitudes de melhoria transcorridas no cenário, sempre estabelecendo uma relação entre os conhecimentos e proporcionando uma autorreflexão crítica no aprendiz (ALMEIDA et al., 2016).

Porque não se realiza com maior frequência?

01

Falta De Tempo

02

Não Aceitação pelos Diferentes Profissionais

03

Inexistência de Protocolo de Atuação

04

Não saber quem deve liderar o debriefing

05

Elevada Carga Laboral

Guião Orientador de um Debriefing Estruturado Para Eventos Pós PCR

Guião Orientador de um Debriefing Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória		
Categorias Profissionais Presentes no Debriefing: _____		
Data: ___/___/___		
Hora: _____		
Tempo de Debriefing: _____		
Fase I - Debriefing Focado (Autoreflexão Inicial Focada Principalmente no TeamLeader da Experiência Vivenciada)		
Realizado	Não Realizado	
Fase 1 - Reação		
Realização de um resumo por parte do TeamLeader sobre a situação vivenciada		
Realização de um resumo dos antecedentes clínicos da vítima na situação		
Fase II - Debriefing Formativo (Reflexão Sobre os Conteúdos Pedagógicos Associados à Experiência Vivenciada)		
Realizado	Não Realizado	
Fase 2 - Entendimento/Reflexão/Aprendizagens		
Realização de uma avaliação da performance individual		
Realização de uma avaliação da performance da equipa		
Exploração com os intervenientes sobre os procedimentos/guidelines/protocolos utilizados		
Reflexão sobre se foram tidas em conta de forma atempada as causas potencialmente reversíveis da PCR		
Reflexão sobre aspetos positivos na abordagem		
Reflexão sobre aspetos a melhorar na abordagem		
Fase III - Debriefing Sumativo (Resumo Final da Aprendizagem)		
Realizado	Não Realizado	
Fase 3 - Sumário		
Resumo sobre os aspetos a serem melhorados no futuro		
Resumo com a equipa relativamente à aprendizagem obtida através da experiência vivenciada		

Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> Aumento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em PCR; Atualização por parte da equipa das Guidelines mais recentes na abordagem à vítima em PCR; Análise das competências técnicas e não técnicas inerentes ao contexto de situações emergentes; Aumento da relação e confiança entre as várias classes de profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempo disponível para a realização do debriefing estruturado; Casística de situações de PCR; Necessidade da presença constante de elementos com capacidade para liderar a realização do debriefing estruturado; Não adesão de todos os profissionais de saúde;
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> Aumento do número de sessões de Debriefing realizadas; Possibilidade de serem expostas dúvidas sobre procedimentos; Aumentar a motivação da equipa através de feedback positivo sobre prestação; Possibilidade de identificar aspetos na abordagem que precisam de ser melhorados; Programa de melhoria relacionado com a qualidade; Oportunidade de integrar esta ferramenta em contexto simulado ou real; Aumentar a confiança na abordagem a situações de PCR; Reflexão Construtiva; Aumento e melhoria do trabalho em equipa; Porta de abertura para a implementação desta metodologia em contexto real. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de cultura no serviço para o tema em questão (debriefing); Má interpretação por parte dos profissionais de saúde sobre os resultados obtidos do debriefing quando este é liderado sem conhecimento prévio sobre a sua correta realização;



Obrigado!
Bons Debriefing's!!

Adam, C., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401>

Almeida, R., Mazza, A., Martins, J., Coutinho, V., Jorge, B., & Mendes, I. (2016). Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413>

Berchtenbreiter, K., Innes, K., Watterson, J., Nickson, C., & Wong, P. (2023). Intensive care unit nurses' perceptions of debriefing after critical incidents: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.002>

Goês, F., & Jackman, D. (2020). Desenvolvimento de um guia de orientação para instrutores: "Três Estágios do Debriefing holístico". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>

INEM. (2020). *Em Manual de Suporte Avançado de Vida*.

Kam, A., Gonsalves, C., Nordlund, S., Hale, S., Twiss, J., Cupido, C., . . . Parker, M. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(152). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>

Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Shijiao, Y., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., . . . Chuanshu, L. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*(51). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>

ULSCB. (2015). Circular Informativa, nº 93 - Regulamento Interno. <https://www.ulscb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2016/11/Nov.2015-Regulamento-Interno-ULS.pdf>

Young, A., Maniaci, M., Simon, L., Lowman, P., McKenna, R., Thomas, C., . . . Vadeboncoeur, T. (2020). Use of a simulation-based advanced resuscitation training curriculum: Impact on cardiopulmonary resuscitation quality and patient outcomes. *Journal of the Intensive Care Society*, 21. <https://doi.org/10.1177/1751143719838209>

APÊNDICE 2 – Guião Orientador de um *Debriefing* Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória

Guião Orientador de um Debriefing Estruturado para Eventos Pós Paragem Cardiorrespiratória		
Categorias Profissionais Presentes no Debriefing: _____		
Data: __/__/____		
Hora: _____		
Tempo de Debriefing: _____		
Fase I - Debriefing Focado (Autorreflexão Inicial Focada Principalmente no TeamLeader da Experiência Vivenciada)	Realizado	Não Realizado
Fase 1 - Reação		
Realização de um resumo da situação por parte do TeamLeader		
Realização de um resumo dos antecedentes clínicos da vítima		
Fase II - Debriefing Formativo (Reflexão Sobre os Conteúdos Pedagógicos Associados à Experiência Vivenciada)	Realizado	Não Realizado
Fase 2 - Entendimento/Reflexão/Aprendizagens		
Realização de uma avaliação da performance individual		
Realização de uma avaliação da performance da equipa		
Exploração com os intervenientes sobre os procedimentos/guidelines/protocolos utilizados		
Reflexão sobre se foram tidas em conta de forma atempada as causas potencialmente reversíveis da PCR		
Reflexão sobre aspetos positivos na abordagem		
Reflexão sobre aspetos a melhorar na abordagem		
Fase III - Debriefing Sumativo (Resumo Final da Aprendizagem)	Realizado	Não Realizado
Fase 3 - Sumário		
Resumo sobre os aspetos a serem melhorados e mantidos no futuro		
Resumo com a equipa relativamente à aprendizagem obtida através da experiência vivenciada		

Bagorriha, T. (17 de julho de 2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. <http://hdl.handle.net/10400.26/33210>

Góes, F., & Jackman, D. (2020). Desenvolvimento de um guia de orientação para instrutores: "Três Estágios do Debriefing holístico". *Revista Latino Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3089.3229>

Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief - A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000148>

ANEXOS

ANEXO 1 – Webinar Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe

WEBINAR

GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

29 JAN | 9H30 - 18H30 | INSCRIÇÕES GRATUITAS



POLITÉCNICO
de LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR
de SAÚDE



Mais informações em www.ocean-medical.com



ANEXO 2 – Deliberação Positiva pela Comissão de Ética



Documento: Submissão do pedido de autorização para a realização do estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do projeto de investigação "Guião Orientador de um Debriefing estruturado para eventos de paragem cardiopulmonar"

Requerente: Miguel Ângelo Paiva Serafim Pires Ribeiro

Título: "Guião Orientador de um Debriefing estruturado para eventos de paragem cardiopulmonar" com base em cenários de simulação clínica implementados na sala de emergência.

Investigador: Miguel Ângelo Paiva Serafim Pires Ribeiro

Orientador: Professor Doutor Hugo Duarte – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

População do Estudo: Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência

Serviço onde decorre o estudo: Serviço de Urgência

Data do pedido: a 16/06/2023

A Comissão de Ética concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados e só após a apresentação do parecer do Responsável de Serviço e apresentação do respetivo consentimento informado.

E.P.E, 1 de setembro de 2023

A Comissão de Ética

ANEXO 3 – Pedido de Autorização para utilização da “*Debriefing Experience Scale*”



Miguel Ribeiro [Redacted]

Pedido de Autorização de Utilização da "Escala de Experiência com o Debriefing"

Rodrigo Guimaraes dos Santos Almeida [Redacted]

16 de outubro de 2023 às 17:33

Olá Miguel, boa tarde!

Agradeço imensamente o contato. Estou de acordo e ciente com alterações e julgo que elas não alteram o conteúdo do instrumento.

Segue em anexo o instrumento, qualquer dúvida me coloco à disposição.

Atenciosamente,

[Citação ocultada]

--



Rodrigo Guimarães

Prof. Adjunto do Curso de Enfermagem

Instituto Integrado de Saúde

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul