

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**O *DEBRIEFING* NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Mestranda: Catarina Isabel de Sousa Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**O *DEBRIEFING* NO PRÉ-HOSPITALAR: UMA ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA
PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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

Mestranda: Catarina Isabel de Sousa Rodrigues

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

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

Leiria, setembro de 2023

PENSAMENTOS

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

(José de Alencar)

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

(Marcel Proust)

AGRADECIMENTOS

Na reta final deste percurso académico, que teve o seus momentos de desafios, dificuldades, partilha e muitas aprendizagens, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão desta etapa com sucesso.

Ao Professor Doutor Hugo Duarte, pela disponibilidade, orientação e apoio no desenvolvimento deste relatório. Por me mostrar e alertar para a visão da competência e da enfermagem avançada naquilo que é ser Enfermeiro Especialista.

Aos Enfermeiros Orientadores dos Ensinos Clínicos que tão bem me acolheram nos seus serviços e que no seu melhor orientaram as minhas aprendizagens nesta caminhada.

Aos colegas de turma pela partilha e entajuda sempre presentes, em especial à Ana Monteiro que com a sua visão de “copo meio cheio” sempre puxou por mim de forma positiva!

Às colegas e amigas de trabalho, que foram muitas vezes âncora e apoio nas dificuldades e desabafos.

À minha família, em especial aos meus filhos, pela paciência, pelo incentivo apesar do tempo roubado, por todo o esforço exercido para a conclusão desta etapa da minha vida.

O meu enorme e sincero obrigada a todos!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da conclusão do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de especialização em Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, e tem como objetivo descrever o percurso realizado na aquisição de competências como futura enfermeira especialista.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes: a parte I inicia-se pela caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Serviço de Medicina Intensiva e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e tem por base uma descrição e análise reflexiva das competências adquiridas nos três Ensinos Clínicos, indo ao encontro do que está regulado pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

A parte II é constituída pelo projeto de melhoria contínua aplicado num serviço de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um hospital da região centro de Portugal, cuja temática é o “*Debriefing* no pré-hospitalar: uma estratégia de melhoria da prestação dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC)”. O objetivo principal foi implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC, com recurso à aplicação de uma estratégia de *debriefing* estruturado, após evento crítico. A seleção do tema deve-se à sua relevância, dado que no contexto de emergência o *debriefing* tem sido associado a melhorias no desempenho das equipas, com impacto no desenvolvimento de competências não-técnicas, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança do utente. Foi realizado um estudo quantitativo-descritivo-correlacional numa perspetiva de investigação-ação, aplicado numa amostra de 35 profissionais da VMER de um hospital da região centro de Portugal. Para o desenvolvimento deste estudo foi aplicada a Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação, modificada para contexto clínico. Foi avaliado o impacto da utilização da estratégia de *debriefing* estruturado em três dimensões, que dizem respeito aos valores psicossocial, cognitivo e afetivo. De um modo geral podemos concluir que o *debriefing* estruturado assume-se como uma estratégia que promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC pela equipa da VMER do hospital da região centro de Portugal selecionado.

Palavras-Chave: Enfermagem de Cuidados Críticos; Prática Avançada de Enfermagem; Competências; *Debriefing*; Emergência Pré-hospitalar; Melhoria Contínua da Qualidade.

ABSTRACT

This report comes as part of the completion of the 3rd master's degree in Medical-Surgical Nursing: in specialization in Nursing for Person in Critical Situations, at the Escola Superior de Saúde de Leiria, and aims to describe the path taken in acquiring skills as a future specialist nurse.

This report is divided into two parts: part I begins with the characterization of the clinical contexts where the internships took place, Medical-Surgical Emergency Service, Intensive Medicine Service and Coronary Intensive Care Unit and is based on a description and reflective analysis of the skills acquired in the three Clinical Teachings, in line with what is regulated by the Order of Nurses with regard to the common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Situations.

Part II is made up of the continuous improvement project implemented in an Emergency Medical Vehicle (VMER) service of a hospital in the center of Portugal. The theme of the project is "Debriefing in the pre-hospital setting: a strategy for improving the provision of care to people in critical situations (PCS)". The main objective was to implement a project to continuously improve the quality of care provided to the PCS, using a structured debriefing strategy after a critical event. The topic was chosen because of its relevance, given that in the emergency context debriefing has been associated with improvements in team performance, with an impact on the development of non-technical skills, with a view to optimizing quality and patient safety. A quantitative-descriptive-correlational study was carried out from an action research perspective, applied to a sample of 35 VMER professionals from a hospital in the center of Portugal. To carry out this study, the Scale for Evaluating Debriefing associated with Simulation, modified for the clinical context, was applied. The impact of using the structured debriefing strategy was assessed in three dimensions, which relate to psychosocial, cognitive and affective values. In general, we can conclude that structured debriefing is a strategy that promotes the improvement of the quality of care provided to PCS by the VMER team of the hospital in the center of Portugal selected.

Keywords: Critical Care Nursing; Advanced Nursing Practice; Skills; Debriefing; Pre-hospital Emergency; Continuous Quality Improvement.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AHA – *American Heart Association*

APMERG – Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDC – *Centers for Disease Control & Prevention*

CDI – Cardioversor-Desfibrilhador Implantável

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

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

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIB – *Drug Infusion Ballon*

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

EN – Escala Numérica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ESC – *European Society of Cardiology*

EVA – Escala Visual Analógica

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

GCL-PPCIRA – Grupo Local de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

GI – Gabinete de Informação

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICE – *International Congress on Emergency*

ICN – *International Council of Nurses*

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

IVUS – Ultrasonografia Intra Coronária

JCI – *Joint Commission Internacional*

LASA – *“look-alike, sound-alike”*

MAR – Medicamentos de Alto Risco

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação Traqueal

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCA – *Patient Controlled Analgesia*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEE – Plano de Emergência Externo

PIA – Pressão Intra-abdominal

POCUS – *Point-of-Care-Ultrasound*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores de Órgãos

REPE – Regulamento do Exercício da Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida
SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SE – Sala de Emergência
SI – Sistemas de Informação
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TISS 28 – *Therapeutic Intervention Scoring System- 28*
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
UHICV – Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não Invasiva
VV – Via Verde
VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral
VVC – Via Verde Coronária
VVS – Via Verde Sepsis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	18
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS	20
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	23
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	23
2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade	28
2.1.3. Domínio da Gestão dos cuidados	32
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	35
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA SITUAÇÃO CRÍTICA	39
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	39
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	46
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da 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.....	47
3. CONCLUSÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	52
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	53
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO / AÇÃO	54
1. INTRODUÇÃO	56
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	57
3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	59
4. METODOLOGIA	59
5. RESULTADOS	62

6. DISCUSSÃO	67
7. CONCLUSÃO	71
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ A SALA DE EMERGÊNCIA E A RESPOSTA EM TRAUMA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA UTILIZAÇÃO DO POCUS”

APÊNDICE II – MANUAL DE CONSULTA “MANUTENÇÃO DA ANALGESIA EPIDURAL”

APÊNDICE III – ARTIGOS PARTILHADOS PARA DISCUSSÃO DA EQUIPA DA UCIC

APÊNDICE IV – GUIA DA FORMAÇÃO *TABLETOP*

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO 1

APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO 2

APÊNDICE VII – POWERPOINT FORMAÇÃO *DEBRIEFING*

APÊNDICE VIII – POSTER *DEBRIEFING*

APÊNDICE IX – GUIÃO DE *DEBRIEFING* ESTRUTURADO

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS E LESÕES MULTIPROBLEMÁTICAS 2022”

ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE EM FORMA DE POSTER “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE – REVISÃO TEÓRICA”

ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “XVI ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO CHL”

ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “ENFERMAGEM FORENSE: UMA REALIDADE”

ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “*INTERNATIONAL CONGRESS OF EMERGENCY (ICE) 23*”

ANEXO VI – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “A SALA DE EMERGÊNCIA A RESPOSTA AO TRAUMA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA UTILIZAÇÃO DA POCUS” NO CONGRESSO *ICE 23*

ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “II ENCONTRO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA” DA UTAD

ANEXO VIII – AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO À SIMULAÇÃO (ALTERAÇÃO DA EADAS PARA CONTEXTO CLÍNICO)

ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO GUIÃO DE *DEBRIEFING*

ANEXO X – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO XI – PARECER DIRETOR DO SERVIÇO E ENFERMEIRO COORDENADOR

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização dos profissionais da VMER relativamente à idade, experiência profissional, tempo de serviço em funções na VMER e tempo de formação de curso de VMER.....	62
Tabela 2 – Valores da média de cada dimensão da EADaS adaptada para contexto clínico...65	
Tabela 3 – Valores descritivos dos itens nas dimensões <i>Valor Psicossocial, Valor Cognitivo e Valor Afetivo</i>	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das respostas da amostra relativamente à questão “Em que tipo de eventos críticos aplicou mais vezes a estratégia de debriefing”	64
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, surge a unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com relatório integrado. Neste contexto foi desenvolvido o presente relatório sob orientação do Professor Doutor Hugo Duarte, que pretende numa primeira parte apresentar e refletir acerca das competências específicas e comuns inerentes ao enfermeiro na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas nos três campos de estágio realizados, permitindo uma descrição das atividades realizadas e a integração de uma reflexão crítica acerca dos diferentes campos de estágio. Numa segunda parte, este documento pretende apresentar um trabalho de investigação, realizado para a obtenção de grau de mestre, bem como a obtenção de grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) e sua certificação junto da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O plano Curricular deste Mestrado contempla a realização de três Ensinos Clínicos (EC), o EC I realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC); EC II realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e EC III, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Os ensinamentos clínicos decorreram num Centro Hospitalar da região centro de Portugal, com a duração total de quinhentas e quarenta horas.

O EC é uma componente fundamental do percurso de formação do EEEMCPSC, no qual o aluno é confrontado com situações reais, em contexto de exercício profissional, levando-o a aprofundar e mobilizar os seus conhecimentos, capacidades e habilidades, promovendo a construção de saberes da prática de Enfermagem. Trata-se de um elemento essencial para o desenvolvimento de uma identidade profissional e para a aquisição de competências específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O EC é definido como um período essencial em termos formativos, segundo Diogo *et al.* (2016), constituindo-se como um momento de desenvolvimento da autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade e poder de decisão, assente num pensamento crítico-reflexivo.

A prática reflexiva é considerada fundamental na aprendizagem profissional, como referem Peixoto e Peixoto (2016), segundo os mesmos autores esta prática desenvolve profissionais autónomos e críticos com capacidade de prestar melhores cuidados. Estes profissionais através da reflexão sobre as ações e cuidados, procuram avaliar os seus efeitos com o intuito de melhorar futuras práticas.

O pensamento crítico e a tomada de decisão na enfermagem devem estar assentes na utilização das teorias baseadas na evidência para fundamentar a prática, fator que contribui

não só para a validação da enfermagem enquanto ciência, mas é também um princípio importante para a melhoria da qualidade dos cuidados (Ahtisham & Jacoline, 2015). Nesta medida, durante a minha prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) nos três EC recorri a utilização de várias teóricas de enfermagem. Considero que a teoria das transições de Meleis contribuiu para incrementar e melhorar a prestação de cuidados à PSC desenvolvidos neste EC, como refere Meleis (2010) o foco da enfermagem na prestação de cuidados à pessoa que se encontra a vivenciar processos de transição passa pelo desenvolvimento, recuperação da pessoa e promoção da saúde, atendendo não só às mudanças que a transição origina mas também às exigências que esta implica para a vida diária da pessoa/ família (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 “(...) a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (...)” (p.19362). Deste modo os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O relatório de aprendizagem tem por base as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e as competências específicas do EEEMCPSC. De acordo com a OE, as competências do enfermeiro especialista são divididas em comuns e específicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A segunda parte deste documento, permitiu a implementação de um projeto de melhoria continua da qualidade com desenvolvimento de um trabalho de investigação intitulado “**Debriefing no pré-hospitalar como estratégia de melhoria da prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica**”, aplicado numa equipa de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da região centro de Portugal. A escolha deste tema prende-se, com interesses pessoais da investigadora, uma vez que se enquadra na sua área de atividade profissional. A realização deste trabalho permitiu desenvolver competências na área da investigação, pesquisa, autoconhecimento e a assertividade, essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade (Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, 2019).

A promoção da melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados de saúde está dependente dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de conhecimentos, competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, melhorar os processos de tomada de decisão e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde conduz à prestação dos cuidados de saúde de qualidade (Lopes *et al.*, 2018).

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas como melhoria da qualidade dos cuidados enquadra-se no âmbito das competências específicas do EEEMCPSC, que indicam que este tem competências para gerir o trabalho em equipa, estimulando a partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e intervir junto da equipa interdisciplinar planeando e implementando formação e treino, com vista à promoção da segurança do utente e equipa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O EEEMCPSC inserido numa equipa de prestação de cuidados urgentes e emergentes no pré-hospitalar vivencia muitos eventos críticos que exigem respostas aos problemas de saúde, exigindo profissionais competentes, nesta medida o desenvolvimento de competências mais globais como o juízo clínico, o trabalho em equipa, a tomada de decisão em situações complexas, a comunicação com os doentes, família e outros profissionais, a gestão de prioridades e a liderança, têm-se verificado como fatores preponderantes na prestação de cuidados. As competências não técnicas assumem um papel importante na prevenção de erros, melhorando a resiliência dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade e o aumento da segurança dos doentes (Servotte *et al.*, 2020).

De acordo com Gilmartin *et al.* (2020), o *debriefing* facilita a discussão acerca do desempenho individual e da equipa no seu todo, identificando pontos fortes, assim como pontos a melhorar. Nesta medida é um processo facilitador para o desenvolvimento de planos de melhoria, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança do doente.

O presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: inicia-se com introdução, na Parte I é feita a caracterização dos locais onde foram realizados os EC, segue-se a descrição e análise crítica das atividades segundo as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEEMCPSC. Na Parte II é desenvolvida a implementação do processo de melhoria continua com trabalho de investigação, seguem-se as considerações finais e por fim os apêndices e os anexos.

A elaboração deste documento foi realizada com base no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos do Conselho Técnico-científico da Escola Superior de Saúde de Leiria, enquadrada no Instituto Politécnico de Leiria (IPL) (IPL, 2018), cumprindo as normas de referência bibliográfica de acordo com a *American Psychological Association* (APA) 7ª edição.

**PARTE I - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS
DESENVOLVIDAS DURANTE O ENSINO CLÍNICO**

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Este capítulo pretende caracterizar os três locais onde decorreram os EC que permitiram o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento n.º 140/2019 da OE e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica presentes no Regulamento n.º 429/2018 da OE.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Os serviços de urgência possuem especificidades e particularidades que pelo aumento da procura, pela crescente exigência de qualidade pelos utilizadores ou pela escassez de profissionais e recursos materiais, têm sido objeto de estudo em todo o mundo. A sua missão consiste no tratamento de ocorrências de instalação súbita que podem comprometer ou levar à falência de funções vitais (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002). O SUMC onde foi realizado o estágio, é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência de acordo com o Despacho n.º 13427/2015 (2015), no que diz respeito ao nível de acolhimento das situações de urgência/emergência.

É composto por uma equipa multidisciplinar, desde médicos e enfermeiros até assistentes operacionais, assistentes administrativos e vigilantes, entre outros. Com uma média de urgências superior a 250 episódios por dia, este serviço de urgência como em todas ou quase todas as urgências debate-se diariamente com problemas inerentes ao grande afluxo de doentes, o que por vezes leva a tempos de atendimento superiores ao desejável e uma grande concentração de doentes por área.

A nível de orgânica funcional e distribuição de enfermeiros por área, o SUMC está organizado da seguinte forma:

- Dois postos de triagem, com dois enfermeiros escalados;
- Um posto de retriagem com um enfermeiro escalado, com o objetivo de retriagem os utentes que tenham ultrapassado o tempo alvo da triagem e que ainda aguardem a primeira observação médica, de acordo com a instrução de trabalho do serviço acerca da Retriagem de doentes, baseada na Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (DGS), (DGS, 2018a).

- Zona de Prestação de Cuidados 1 – em *open-space*, dimensionada com dezoito boxes individuais, tem capacidade para 13 doentes em maca e cinco em cadeirão. Nesta área estão distribuídos 2 enfermeiros nos três turnos.

- Zona de Prestação de Cuidados 2 – é um local para atendimento de doentes com sintomas do foro respiratório, onde são triados, é realizado teste de despiste à COVID-19 e onde permanecem a aguardar observação e tratamento os doentes que deambulam e que aguardam teste ou testaram positivo. Nesta área estão distribuídos dois enfermeiros no turno de manhã, tarde e noite.

- Zona de Prestação de Cuidados 3 - tem um formato *open-space*, nesta área encontra-se a valência de psiquiatria, e estão atribuídos 4 enfermeiros nos três turnos, dimensionada com 37 boxes individuais, tem capacidade para 23 doentes em maca e 14 doentes em cadeirão), estão definidas boxes para utentes positivos à SARS COV-2 (mais afastadas do balcão central).

- Zona de Prestação de Cuidados 4 – tem um formato *open-space*, e foi dimensionada para 23 boxes individuais, 14 doentes em maca, 8 em cadeirão e um quarto de isolamento. Estão atribuídos 4 enfermeiros por turno, tem definidas boxes para doentes positivos à Covid-19 de acordo com a necessidade.

- Zona de Prestação de Cuidados 5 – tem um formato *open-space*, e serve para atendimento de utentes das especialidades médicas cirúrgicas de ortopedia e cirurgia. Nesta área está alocado um enfermeiro por turno;

- Sala de Emergência (SE) – em formato *open-space*, está dimensionada para atendimento até 5 emergências em simultâneo em boxes individuais. À data do EC, as duas boxes alocadas à zona mais afastada da entrada da SE estavam destinadas à prestação de cuidados a doentes com sintomas respiratórios ou suspeitos de estarem positivos à COVID-19. Todas as boxes estão equipadas com todos os materiais e equipamentos necessários para atuar numa situação crítica e/ou de falência orgânica, cumprindo as Recomendações Técnicas da Administração Central do Sistema Saúde (ACSS) (2019). Na SE estão distribuídos dois enfermeiros por turno, e quando não há situações de emergência, estes colaboram na Zona de Prestação de Cuidados 3.

- Gabinete de Informações (GI) - funciona das 8 às 24horas com um enfermeiro que faz a ligação entre o doente e a família.

- Gestor de camas – funciona no turno da manhã e da tarde com um enfermeiro escalado que procura fazer uma averiguação das vagas existentes nos serviços do hospital

articulando essa informação com a equipa médica das diferentes áreas do SUMC de forma a facilitar os processos de internamento, garantindo em tempo útil a atribuição de cama aos doentes para que possam ser prestados cuidados de saúde adequados, de acordo com o procedimento para gestão de doentes em sobrelotação nos serviços de urgência em vigor na instituição. Existe ainda um enfermeiro coordenador por turno, que gere e otimiza a prestação de cuidados aos doentes, tendo em conta os meios humanos e materiais, presentes e disponíveis no turno. De um modo geral, o circuito do doente inicia-se com o processo de admissão efetuado no balcão administrativo, seguindo-se a Triagem de Manchester efetuada por um enfermeiro, devidamente formado neste tipo de triagem (DGS, 2015a). O enfermeiro triador introduz informaticamente os dados recolhidos, baseados na avaliação sumária do utente, escolhe o discriminador que melhor se adequa ao quadro sintomático, seguindo o fluxograma que atribui a prioridade de atendimento. É colocando uma pulseira com a cor que representa o grau de prioridade atribuída e o utente é encaminhado para a respetiva área de cuidados. Quando se trata de uma situação emergente, de acordo com a classificação dada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), ou pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entra diretamente para a SE não passando pelo posto de triagem, sendo a sua inscrição e triagem realizadas posteriormente. Nestes casos é acionada a campainha que se localiza à entrada da sala de emergência e a equipa constituída por um enfermeiro, um médico e um assistente operacional dirige-se imediatamente à SE. Após o doente ser atendido na respetiva área, poderá permanecer no SUMC em observação, ser transferido para um serviço de internamento hospitalar, interno ou externo, ir diretamente para o Bloco Operatório, ou ter alta clínica, com ou sem encaminhamento para centro de saúde/consulta externa.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2016), as UCI são unidades diferenciadas e multidisciplinares das ciências médicas que desenvolvem cuidados na área da prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. Assim sendo, os critérios de admissão ao Serviço de Medicina Intensiva (SMI) traduzem-se por situações de doença aguda potencialmente reversíveis, no indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, podendo resultar de: falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório; falência hemodinâmica; pós-operatórios

com complicações; politraumatizados sem indicação neurocirúrgica; intoxicações agudas, entre outras.

As UCI são consideradas pelo Ministério da Saúde citado pela OE no seu Parecer n.º 15/2018 “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (OE, 2018, p.1).

O modelo de SMI evoluiu a partir das UCI com o objetivo de garantir a assistência ao doente crítico, com uma resposta de qualidade, diferenciada e imediata durante as 24h, tendo como missão a gestão do doente crítico a nível hospitalar. Nesta medida o SMI assume a prevenção, diagnóstico e tratamento do doente crítico, com a integração das várias valências, as unidades de cuidados intensivos e intermédios e as atividades dentro e fora da área geográfica das unidades, nomeadamente na sala de emergência do serviço de urgência, na equipa de emergência intra-hospitalar, na consultadoria a doentes graves das enfermarias, na consulta de follow-up intra-hospitalar e de ambulatório (Paiva *et al.*, 2016).

Os SMI devem assumir a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que estão sob a sua responsabilidade, tais como: critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária ligação com o médico assistente e com outros profissionais implicados no seu tratamento, procurando englobar a participação do doente e família na definição da estratégia terapêutica (Paiva *et al.*, 2016).

O SMI onde se desenvolveu o EC é composto por duas unidades: unidade polivalente com capacidade para 10 doentes (6 unidades na sala central e 4 em quartos de isolamento) e uma unidade de neurocríticos, que comporta 3 doentes. O serviço está organizado em formato *open-space* que permite contato visual permanente com todos os doentes.

Todas as unidades estão equipadas para receber doentes críticos. Cada unidade está delimitada por duas cortinas, é composta por equipamentos de monitorização de parâmetros vitais (frequência e traçado cardíaco, oximetria de pulso, tensão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central); ventilação mecânica – Servo I, com capacidade para diferentes modos ventilatórios e aspirador. Contém 4 bombas de infusão e 4 seringas perfusoras, uma máquina infusora para alimentação entérica, fornecimento de gases (ar comprimido e oxigénio) e alimentação dos equipamentos. colchão de pressão alterna, glucómetro, medidor de *cuff*, ressuscitador manual e móvel de apoio.

O sistema informático (SI) utilizado é o B-Simple®, que foi concebido especificamente para integrar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos. É um sistema que funciona

como um integrador de sistemas, que reúne no ecrã as informações obtidas a partir dos monitores, das seringas e bombas infusoras, da máquina das gasometrias, entre outros. Permite integrar num só sistema todas as informações clínicas do doente, assim como a realização do plano de trabalho de enfermagem e os registos dos cuidados prestados ao doente.

A nível de recursos humanos, a equipa de saúde do SMI é constituída por 13 médicos, 33 enfermeiros, sendo que 12 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 especialistas em Enfermagem de Reabilitação e mais 2 encontram-se em formação de especialidade na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa é ainda composta por 10 assistentes operacionais e 1 assistente técnica. Em todos os turnos está sempre presente um enfermeiro coordenador, que assume a responsabilidade da gestão de todo o serviço, no que respeita à equipa de enfermagem, assistentes operacionais, materiais, equipamentos e medicação, este enfermeiro tem também um papel ativo na mediação de conflitos interpessoais na equipa e/ou familiares.

Relativamente à dinâmica e metodologia de trabalho, cada dia é dividido por três turnos: manhã (8h00-15h15), tarde (15h00-23h15) e noite (23h00-8h15). A distribuição dos enfermeiros é realizada para cada turno pela Enfermeira Gestora ou pelo Enfermeiro Coordenador, sendo o rácio normal enfermeiro / doente de 1:1 a 1:2. Os enfermeiros são distribuídos diariamente previamente à reunião da passagem de turno. Constatei que o planeamento dos recursos humanos respeita o que é preconizado pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019) da OE onde se orienta para, no mínimo, um enfermeiro por cada dois doentes, no entanto, e sendo uma unidade Nível III o recomendado seria o rácio de 1:1.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

A UCIC encontra-se integrada no Serviço de Cardiologia, em conjunto com a Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV). De acordo com Monteiro *et al.* (2020) o desenvolvimento contínuo e a integração da eletrofisiologia e cardiologia intervencionista, promove cuidados de excelência e alto grau de especialização, contribuindo para a evolução das UCIC, sendo que estas caracterizam-se por fornecerem cuidados de saúde altamente especializados ao doente cardíaco crítico.

A existência do laboratório de hemodinâmica, permitiu que o Centro Hospitalar mudasse a sua tipologia para Instituição de Nível II. A criação da UHICV permitiu o encaminhamento do utente com critérios de inclusão na Via Verde Coronária (VVC), atuando como elo na rede de

via verde coronária, para tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio. Dispõe igualmente de capacidade de realização de técnicas não invasivas e de *pacings* cardíaco.

As Vias Verdes (VV) definem-se como sistemas de resposta rápida, são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que “tempo é tecido” e em que “tempo é vida” [Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), 2012].

No que diz respeito à VVC, especificamente na abordagem ao Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), o objetivo principal é a redução do tempo entre o início dos sinais e sintomas e o início do tratamento, visando otimizar as estratégias de reperfusão da forma mais adequada e mais rápida possível de acordo com a Rede de Referência em Cardiologia (DGS, 2015b). A ativação da VVC tem o seu início no local do evento ou da apresentação dos sintomas havendo uma continuidade e integração dos cuidados pela ligação rápida e eficiente entre o ambiente pré-hospitalar e o hospital com capacidade para realização de angioplastia primária ou a transferência rápida de um hospital sem capacidade para realização de angioplastia primária para um hospital com essa possibilidade (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Na UCIC são internados doentes agudos do foro cardiológico, que pela sua situação de saúde requerem uma monitorização contínua e intervenção terapêutica avançada. São também admitidos na UCIC doentes após procedimentos de alto risco, nomeadamente após realização de angioplastias coronárias ou implantação de pacemaker.

A UCIC é uma sala ampla composta por 5 unidades equipadas para receber doentes críticos, cada unidade é individualizada por cortinas tem uma cama e unidade de apoio equipada com monitor com avaliação eletrocardiográfica, pressão arterial invasiva e não invasiva e respiratória, rampas de oxigénio, aspiração e vácuo e sistemas de infusão e perfusão, duas das unidades têm também ventilador invasivo, um com o modo de Ventilação Não Invasiva (VNI) instalado. O balcão principal de trabalho possui uma central de monitorização com registo de eventos, nessa área encontram-se armários de medicação e material de consumo clínico e é o local de preparação da medicação. Existe um carro de emergência com monitor desfibrilhador e um segundo monitor desfibrilhador para transporte de doentes. A unidade possui também uma maca que serve de apoio ao recobro da hemodinâmica e na realização de cardioversão eletiva ou colocação de registadores de eventos.

O circuito do doente, inicia-se com a entrada na UCIC diretamente vindo do Serviço de Urgência (SU), da UHICV, de outra unidade hospitalar, ou do domicílio para a realização de cardioversões programadas ou colocação de registadores de eventos.

O sistema informático utilizado é o B-Simple®, que permite a elaboração de um plano de cuidados individual para cada doente a partir da avaliação médica e de enfermagem, onde estão visíveis as intervenções autónomas e interdependentes. A informatização contribui para a documentação dos dados do doente e garante maior segurança aos registos. O acesso à informação é facilitado e ajuda na comunicação entre a equipa, contribuindo para a tomada de decisão (Ribeiro *et al.*, 2014). A UHICV está equipada aparelhos de alta tecnologia, como equipamento de angiografia de última geração, dispõe também de equipamentos para estudo funcional coronário (*Fractional Flow Reserve*), Ultrasonografia Intra-Coronária (IVUS) bem como equipamentos de suporte vital, incluindo ventilação invasiva e contra-pulsção aórtica. Tem capacidade para realização de cateterismo cardíaco de diagnóstico e de intervenção terapêutica endovascular, coronária, carotídea, renal e membros. Realiza-se também implantação ou substituição de dispositivos de estimulação elétrica (pacemaker) temporária ou definitiva e à implementação de Cardioversor-Desfibrilhador Implantável (CDI). Nesta unidade são realizados procedimentos eletivos e de emergência, dando resposta à ativação da VVC.

A nível de recursos humanos, a equipa de saúde da UCIC é composta por médicos, técnicos de cardiopneumologia, 15 enfermeiros sendo que alguns elementos da UCIC desempenham funções também na UHICV, dando assim uma maior polivalência à equipa de enfermagem na prestação de cuidados, na equipa de enfermagem 3 enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e 1 em Enfermagem de Reabilitação. A equipa é ainda composta por 12 assistentes operacionais comuns ao serviço de internamento de cardiologia e uma assistente técnica.

Relativamente à dinâmica e metodologia de trabalho, cada dia é dividido por três turnos: manhã (8h00-15h15), tarde (15h00-23h15) e noite (23h00-8h15), estão distribuídos 2 por cada turno, em que um assume também as funções de enfermeiro coordenador de turno, sendo o responsável pela distribuição dos enfermeiros. Constatei que o planeamento dos recursos humanos respeita o que é preconizado pela OE, a UCIC é classificada como uma unidade de Nível II (Monteiro *et al.*, 2020), de acordo com o recomendado pela norma de dotações seguras da OE deve ter um rácio de 1:2 a 1:3 (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Como referido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista (EE) é um enfermeiro a quem se reconhece competência técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem em áreas especializadas de enfermagem. Neste capítulo será feita uma análise reflexiva das várias atividades desenvolvidas ao longo do EC, com o intuito de adquirir competências de Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns. Estas competências são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A escolha dos locais de EC foi realizada com base na instituição onde trabalho, dado que essa circunstância tornou facilitadora a gestão dos horários. A integração e colaboração com a equipa multidisciplinar no SUMC, SMI e UCIC na prestação de cuidados ao doente crítico decorreu de forma muito positiva permitindo o desenvolvimento de um processo de integração adequado, através do estabelecimento de relações assertivas.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015a, p.101) os enfermeiros no desempenho das suas funções, “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. É dever do enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, de acordo com o Código Deontológico no artigo 105º (OE, 2015b).

O doente crítico é sujeito a um conjunto de procedimentos que requerem o seu consentimento informado, esclarecido e livre. Um dos valores importantes que devem ser respeitados na relação profissional é o da liberdade responsável e a capacidade de escolha (Lei n.º 156/2015, 2015).

Na prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência e emergência os princípios da beneficência/não-maleficência deverão ser respeitados sobrepondo-se ao da

autonomia, principalmente perante casos em que o doente está inconsciente ou não está legalmente representado, havendo o risco sério para a saúde ou vida, é aplicado o “consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado” (DGS, 2015c, p.6), respeitando assim o princípio da beneficência.

No SMI, as características dos cuidados prestados à PSC desenvolvem-se em ambiente controlado, possibilitando assim a garantia de que o doente/família tenham acesso à informação e que forneçam o seu consentimento. No entanto, a maioria dos doentes encontra-se sob sedação, alterando a sua capacidade de fornecer consentimento, assumindo-se o princípio da beneficência, considerando-se o consentimento presumido.

Na UCIC para a realização de alguns procedimentos é requerido o consentimento esclarecido e informado, sendo que este deve ser acompanhado de informação clara e acessível acerca do procedimento, assim como dos riscos, benefícios e alternativas possíveis. Na minha opinião, este processo é muito importante de forma a garantir que o doente compreende as opções e é autónomo na sua tomada de decisão, tal como é enunciado pela DGS (DGS, 2015c).

De acordo com o artigo 107º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro respeitar a intimidade e privacidade da pessoa, “atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2015a, p. 85). No EC no SUMC existiram diversos fatores que se apresentaram como desafio ao cumprimento destes valores, tais como a sobrelotação do serviço. A privacidade do doente durante a prestação de cuidados é um desafio num serviço de urgência sobrelotado, de modo a contrariar esta situação, foi necessário mobilizar os doentes para locais mais resguardados, para prestar cuidados mais dignos, respeitando o mínimo de privacidade possível. Os períodos de sobrelotação estão associados a efeitos negativos quer para os doentes, quer para os profissionais. A nível das consequências para os doentes Chan *et al.* (2015) referem uma relação com o aumento da mortalidade, períodos de permanência prolongados e elevados custos em saúde.

Os enfermeiros na sua prática de cuidados devem ter como princípio o respeito pela dignidade humana, considerando os valores como o respeito pelas crenças, a salvaguarda da privacidade, a comunicação efetiva e a sua autodeterminação (Nora *et al.*, 2016). Uma das situações que ressalvo no que se refere à privacidade dos doentes diz respeito ao processo retriagem, processo recentemente instituído no SUMC de forma a garantir a segurança do doente que está internado no serviço, que já tendo atingido o tempo alvo para a primeira

observação médica, ainda não teve essa observação, tendo em conta o ponto 15 da Norma n.º 002/2018 da DGS (DGS, 2018a). Não havendo um espaço específico para esta atividade os doentes são retriados na própria zona de prestação de cuidados. Com a sobrelotação do serviço, os doentes encontram-se uns ao lado dos outros, situação que dificulta a manutenção da privacidade e do sigilo em relação à sua situação de saúde. Apontei à minha orientadora como proposta de melhoria a criação de um espaço próprio para a realização da retriagem.

Num ambiente de cuidados intensivos como o SMI e a UCIC onde os equipamentos tecnológicos e a especialização dos cuidados dificultam a capacidade em preservar a privacidade da pessoa, o enfermeiro no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega deve procurar proteger permanentemente a privacidade e a intimidade da pessoa de acordo com a Lei n.º 156/2015 no art.º 107. De acordo com Morganheira *et al.* (2017) a privacidade física e a informação da pessoa são referidas como as duas dimensões da privacidade mais afetadas no internamento hospitalar que incrementam a fragilidade física e a vulnerabilidade da PSC. A SMI e a UCIC têm uma disposição dos doentes em *open-space*. Constatei que apesar disso existe o cuidado nos enfermeiros em assegurar que a privacidade da pessoa seja mantida aquando da prestação de cuidados, por isso todas as unidades possuem cortinas que circundam toda a unidade do doente, garantindo a proteção da sua privacidade.

A passagem de turno é um momento crucial de partilha de informação entre os vários elementos da equipa de enfermagem, proporcionado um conhecimento mais profundo dos doentes e garantindo a transmissão de informação pertinente para a tomada de decisão e para o planeamento dos cuidados. Tal como defende OE, a passagem de turno é um momento de reunião da equipa de enfermeiros, cujo objetivo consiste em assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e cuja finalidade será promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (OE, 2001). Nos três locais do EC verifiquei que a passagem de turno é realizada na zona central da área de trabalho, apesar de serem salas em *open-space*, as equipas de enfermagem conseguem manter uma distância suficiente para garantir a privacidade das informações e, concomitantemente, manter a observação direta do doente e monitores salvaguardando a confidencialidade e o sigilo relativamente ao doente, indo de encontro à recomendação do Conselho Jurisdicional (CJ) da OE que refere que os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, devendo ser sempre acautelado o sigilo das informações transmitidas (OE, 2001). A informação na passagem de turno é transmitida de forma estruturada e sistematizada, usando a mnemónica ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Ações e

Recomendações) adotada pela instituição e que permite realçar os dados fulcrais para a prestação de cuidados, tornando fácil a transmissão da informação, de acordo com o que define o Parecer n.º 61/2017 (OE, 2017a).

No que diz respeito à dinâmica de trabalho, a utilização de métodos de trabalho permite a definição da divisão do trabalho e otimização na tomada de decisões, tendo em consideração a interação entre enfermeiros e os outros profissionais de saúde (Ventura-Silva *et al.*, 2021). No SUMC a dinâmica de trabalho baseia-se no método funcional em que há uma distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, no atendimento ao doente. Senti alguma dificuldade no método de trabalho adotado. As solicitações de cuidados são muitas e este método promove a noção de economia de tempo e aumento de produtividade, no entanto, senti que existia um nível de confusão relacionado com a atribuição de responsabilidades na prestação de cuidados, promovendo um maior risco de ocorrência de eventos adversos como refere Ventura-Silva *et al.* (2021).

O método de prestação de cuidados utilizado pela equipa de enfermagem na SMI e na UCIC é o método individual de trabalho, este método promove a prestação de cuidados de saúde globais e que implicam a afetação de um enfermeiro a dois ou três doentes, sendo esse enfermeiro responsável pela prestação da totalidade dos cuidados durante o turno, promovendo a prestação de cuidados centrada nas necessidades do doente (Ventura-Silva *et al.*, 2021). Verifiquei que existe presente um conceito de trabalho de equipa em que há entrelaçada entre os enfermeiros, de acordo com as necessidades de cuidados de cada doente. Como referem Camelo e Chaves (2013), o trabalho em equipa nas UCI revela-se como uma das competências necessárias do enfermeiro na organização do seu trabalho. Desenvolver o trabalho em equipa permite ao enfermeiro construir uma visão geral da situação do doente através da discussão e análise dos vários profissionais envolvidos no processo de cuidados, contribuindo assim para um melhor prognóstico (Camelo & Chaves, 2013).

No processo de tomada de decisão associado à prestação de cuidados à PSC procurei agir respeitando valores, cultura e crenças dos utentes, promovi o bem-estar, obtive consentimento para as minhas intervenções, forneci informação detalhada sobre a sua situação clínica e prestei cuidados de enfermagem com qualidade e segurança de acordo com o que está suportado no Código Deontológico e no REPE. De acordo com o REPE (OE, 2015a) os enfermeiros no desempenho das suas funções, “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p.101).

No contexto particular dos cuidados prestados à PSC, os dilemas éticos são frequentes, impõe-se uma rapidez na tomada de decisão o que impede, por vezes, que os profissionais

tomem consciência dos desejos e sentimentos das pessoas. Na SE é essencial que o processo de tomada de decisão seja rápido, promovendo um atendimento eficiente e de qualidade, é importante que os elementos que compõem esta equipa tenham capacidade de decidir e agir rapidamente e de forma sincronizada. No respeito por estes valores é fundamental uma “reflexão, discussão e ponderação, considerando o conhecimento específico, os valores, os princípios éticos e legais e as normas ou regras de conduta agregadas” (Silva *et al.*, 2018, p. 8).

Pude verificar que a tomada de decisão na SMI e na UCIC é realizada em equipa, a informação do doente é partilhada e discutida entre os médicos e enfermeiros com o intuito de decidir algumas questões relacionadas com cada um dos doentes, baseada em valores éticos e deontológicos. Verifiquei que existem alguns fatores que incrementam a participação da equipa de enfermagem no processo de tomada de decisão e do planeamento dos cuidados, nomeadamente o facto de haver dois balcões de trabalho que são partilhados por médicos e enfermeiros o que permite uma partilha constante de informação, assim como a participação do enfermeiro coordenador do turno da manhã na reunião de passagem de turno médica contribuindo para a construção do plano de cuidados conjunto, ajustado à resposta da PSC. Verifica-se uma preocupação com o pensar e sentir do doente, assim como da sua família, sendo que a família do doente em situação crítica, normalmente é envolvida na tomada de decisão.

Uma das situações que vivenciei e que me fizeram refletir diz respeito à doação de órgãos. No SMI, tive oportunidade de acompanhar o processo de encaminhamento e manutenção de cadáver para doação de órgãos. Verifiquei que apesar de qualquer pessoa, ao ser declarada em morte cerebral, poder ser reconhecido como um potencial dador de órgãos ou tecidos para transplante, desde que não se encontre inscrito no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), de acordo com a Sociedade Portuguesa de Transplante, baseada na Lei n.º 12/93 de 22 de abril de 1993, nem todos os possíveis dadores clinicamente acabaram por efetivamente o ser. No decorrer do estágio no SMI constatei que a família é envolvida no processo de tomada de decisão e, apesar de ser respeitada a lei, a sua opinião é tida em conta, mesmo que seja de oposição. Considero que esta medida é muito importante no respeito pelo processo de luto da família procurando respeitar o direito e a dor da família. No entanto coloca-se um dilema ético que me levou a refletir sobre este processo: por um lado o respeito pela Lei Portuguesa e a oportunidade de salvar uma ou mais vidas, por outro o respeito pela família e pelo seu processo de luto.

2.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

A qualidade associada aos cuidados de saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015, 2015, p. 13550). Estes cuidados devem corresponder às necessidades e expectativas dos cidadãos garantindo a sua satisfação face aos cuidados de saúde. O conceito de qualidade em saúde surge, cada vez mais, como prioridade a nível das instituições de saúde e dos seus profissionais, respondendo às orientações do Despacho n.º 1250/2020 do Diário da República (2020).

A definição de conceito de qualidade na saúde está interligada com o que é definido como padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que assentam na: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, e segurança nos cuidados especializados (OE, 2017b).

O EE é responsável pela promoção da qualidade, garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais, participando no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e participando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A avaliação da eficácia destas políticas de melhoria da qualidade carece da mensuração do seu impacto e da evolução que as medidas implementadas tiveram, utilizando para esse efeito indicadores de qualidade, como refere Rocheta (2018). A utilização de indicadores contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados, aumenta a segurança do utente traduzindo-se em melhores resultados de saúde (Rocheta, 2018). Durante o EC tive a oportunidade de identificar os indicadores de qualidade existentes na instituição e nos diferentes serviços, procurei conhecer os procedimentos e protocolos existentes e instituídos nos serviços, pela sua consulta. A existência e o seguimento de protocolos baseados em evidência traduzem-se num suporte teórico da padronização dos cuidados de enfermagem, fundamental na uniformização de procedimentos dos profissionais, na redução da ocorrência do erro humano e na prestação de cuidados de qualidade, constituindo-se uma valiosa ferramenta para práticas seguras (Pimenta *et al.*, 2015).

Verifiquei que a existência e o seguimento de protocolos nos diferentes serviços fornece maior autonomia ao enfermeiro na prestação de cuidados, contribuí para uniformização da prática de acordo com os princípios técnico-científicos, apoia na tomada de decisão, promove a satisfação das equipas e a melhoria dos cuidados prestados, pois reflete uma maior

segurança para o doente, conduzindo desta forma a uma melhor organização e estruturação dos cuidados prestados (Sales *et al.*, 2018).

No SMI realizei colheitas de sangue para análise e também para gasometrias, que permitiram identificar e monitorizar possíveis alterações hidroelectrolíticas. A interpretação da gasometria arterial é uma competência do EEEMCPSC que permite a instituição de protocolos de correção metabólica e iónica, tais como:

- Protocolo de Insulinoterapia no Doente Crítico, procedimento baseado no Protocolo de Yale Modificado, através do qual o enfermeiro visa a diminuição de possíveis complicações relacionadas com elevados níveis de glicémia. Este protocolo pressupõe um controlo rigoroso da glicémia, utilizando a administração endovenosa contínua de insulina, comprovou estar associado à diminuição da mortalidade e na incidência de complicações relacionadas a hiperglicemia. A sua aplicação promove a padronização do tratamento e a redução de complicações que podem ser associadas a um melhor prognóstico (Macedo, M.B. *et al.*, 2021).
- Protocolo de Administração de Potássio em Situações de Hipocaliémia no SMI, que permite uma administração protocolada de potássio, no sentido da correção da hipocaliémia com valores alvo de potássio superiores a 3,4 mmol/L.
- Protocolo de Nutrição Entérica que permite a administração de nutrição entérica de acordo com o suporte nutricional adequado à PSC.

Indo ao encontro da promoção da qualidade e segurança dos cuidados, o centro hospitalar onde desenvolvi os ensinamentos clínicos, é uma instituição certificada pela “*Joint Commission Internacional*” (JCI) orientando as suas práticas na promoção da segurança do doente e respetivos profissionais. Esta entidade enquadra os cuidados ao doente de acordo com padrões de qualidade e segurança e promove metas internacionais para a segurança do doente (JCI, 2021). As metas definidas pela instituição e que são transversais a todos os serviços são: identificar os doentes corretamente, melhorar a eficácia da comunicação, melhorar a segurança dos medicamentos, garantir a cirurgia no doente correto, local e procedimentos corretos, reduzir o risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e reduzir o risco de lesões resultantes de quedas dos doentes definidas no Guia Prático de Preparação para Auditorias em utilização na instituição que vai de encontro às Normas de Acreditação definidas pela JCI (JCI, 2021). Durante o EC constatei que os enfermeiros estão muito despertos para as políticas institucionais que promovem a qualidade dos cuidados, sendo reconhecidas e estando implementadas nas suas práticas diárias, sendo igualmente suportadas pelas instruções de trabalho protocolizadas na instituição:

- **Correta identificação do doente:** Indo ao encontro do procedimento interno que assenta nas metas de acreditação preconizadas pela JCI (JCI, 2021), procurei sempre realizar a dupla verificação de identidade, através da confirmação da pulseira recomendada na instituição, efetuada antes da administração de medicamentos, da colheita de espécimes para análise e da transferência do doente, aumentando a segurança dos cuidados prestados.
- **Melhoria da comunicação eficaz:** A passagem de informação, o *handover* que é definido pela JCI como um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde e tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados entre profissionais de enfermagem (JCI, 2018) é realizada na instituição utilizando a mnemónica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), indo ao encontro da Norma n.º 001/2017 (DGS, 2017a). Considero que a utilização desta ferramenta contribui para a melhoria no processo de transição de cuidados, minimizado o risco de perda de informação pertinente acerca do doente, contribuindo para a segurança do processo de cuidados.
- **Redução do risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde:** No EC constatei que existe uma preocupação por parte dos profissionais relativamente às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), a utilização do equipamento de proteção individual (EPI) e a correta identificação de doentes infetados. No entanto, no SUMC, a sobrelotação do serviço constitui-se como um desafio para a correta aplicação destas precauções básicas que se baseiam na Norma n.º 029/2012 da DGS atualizada em 31/10/2013 (DGS, 2012), nomeadamente no que diz respeito à alocação de doentes com risco acrescido de transmissão cruzada, como é o caso dos doentes com COVID-19.
- **Segurança dos medicamentos:** Verifiquei que as normas da instituição relacionadas com a segurança dos medicamentos estão instituídas nos diferentes serviços. É utilizada sinalética como forma de alertar para medicação com princípio ativo igual, mas com dosagens diferentes, a fim de evitar erros de medicação, os locais de armazenamento dos Medicamentos de Alto Risco (MAR) estão sinalizados de acordo com a Norma n.º 014/2015 (DGS, 2015d), e está disponível na intranet a lista de medicamentos MAR e a lista de medicamentos LASA (“look-alike, sound-alike”) de acordo com a Norma n.º 020/2014 (DGS, 2014a). NA SMI e na UCIC existe uma zona limpa para a preparação da medicação que tem acesso a um computador, permitindo a validação da prescrição no processo do doente junto ao stock de fármacos, a adoção destas normas contribui para a prática segura da identificação, preparação e administração da terapêutica.

- **Redução do risco de lesões ao doente, resultantes de quedas:** A avaliação do risco de queda é um componente fundamental para a prevenção de acidentes. Nesta medida os profissionais estão despertos para os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que podem aumentar o risco de queda, cumprindo a Norma n.º 008/2019 da DGS (DGS, 2019). Nos diferentes serviços observei que foram implementadas medidas para a prevenção de quedas, tais como: manutenção da cama/marquesa no nível mais baixo; elevação das grades de proteção das camas e a identificação da pessoa com alto risco de queda com etiqueta amarela na pulseira de identificação.

Os registos de enfermagem são uma componente fundamental do processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo o estabelecimento de um plano de cuidados ajustado ao doente, facilitando a gestão da prestação de cuidados e traduzindo-se num fator fundamental para o aumento da segurança dos cuidados de saúde.

Na SMI e na UCIC o SI utilizado é o B-Simple® que permite garantir a segurança dos dados e registos do doente. A informação do processo do doente é partilhada pela área médica e de enfermagem, cada profissional acede com a sua password, ficando sempre registado a hora, data e autor da utilização. A utilização de SI tem um papel relevante na melhoria da qualidade dos cuidados, pela otimização da comunicação, do acesso às informações e documentação importante do doente para o desenvolvimento e implementação do Processo de Enfermagem, de acordo com Melo e Enders (2013). A utilização dos SI contribuem para a diminuição da ocorrência de erros, salvaguardando a segurança do utente, no entanto apresentam-se ainda como um desafio na enfermagem devido ao tempo que requisitam e à falta de enfermeiros plenamente envolvidos com os SI (Fernandes & Tareco, 2016).

Na UHICV são realizados procedimentos invasivos como o cateterismo cardíaco e colocação de pacemaker que têm muitos aspetos em comum com procedimentos cirúrgicos, tais como a complexidade, rápida resolução, urgência e emergência e o trabalho em equipa, podendo ter implicações de risco potencial de falhas e complicações. Nesta medida, foi implementada uma lista de verificações em radiologia intervencionista adaptada da *checklist* de Cirurgia Segura da Organização Mundial de Saúde (OMS) (DGS, 2010a) traduzindo-se em ganhos na segurança do doente. O enfermeiro na UHICV tem o papel de verificar esta *checklist* segura, a lista de verificação destina-se a identificar e controlar os riscos durante as três fases do procedimento: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes da saída da sala de hemodinâmica. Em cada fase, o enfermeiro deve confirmar com a equipa que foram completadas as tarefas necessárias para avançar para a fase seguinte com segurança (DGS, 2010a). Vários autores referem que a introdução de um *checklist* na prática de intervenção radiológica ajudou a reduzir eventos adversos, promovendo a comunicação e o trabalho em

equipa, promovendo uma maior consciência na equipa de saúde sobre a segurança do doente com contributos positivos na organização (Corso *et al.*, 2014; Rafiei *et al.*, 2016; Hawranek *et al.*, 2015). Constatei que a verificação desta Lista de Verificação é realizada pelo enfermeiro, mas esta confirmação não é feita corretamente, ou seja, os tempos e a comunicação verbal nas diferentes fases não são cumpridos. Sabendo que a comunicação eficaz da equipa é um componente crítico da cirurgia segura, do trabalho em equipa eficiente e da prevenção de complicações graves de acordo com o que defende o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (DGS, 2010a), e tendo esta prática bem presente no meu contexto de trabalho no bloco operatório sugeri ao enfermeiro especialista que me acompanhou estratégias para a melhoria da implementação da Lista de Verificação, nomeadamente a comunicação em voz alta das diferentes fases envolvendo todos os membros da equipa na sua realização.

2.1.3. Domínio da Gestão dos cuidados

O EE deve ter competência na gestão dos cuidados, procurando otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019). Tem também a responsabilidade pela correta adequação dos recursos às necessidades de cuidados, adotando o estilo de liderança mais adequado de forma a garantir a qualidade dos cuidados. A liderança exercida pelos enfermeiros sobre os pares é considerada por Valle *et al.* (2021) como um fator muito importante na satisfação no trabalho da equipa contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e o atingimento de metas institucionais.

No SUMC a responsabilidade de coordenar é atribuída aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função, o enfermeiro coordenador deve saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado. O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015, 2015), reconhece que essa função deve ser ocupada por enfermeiros com competências específicas, nem sempre é ocupado por enfermeiros especialistas. Verifiquei que a mesma situação se verifica na SMI e na UCIC, o grupo de coordenadores é composto por elementos detentores de larga experiência, conhecimentos, capacidades de comunicação, gestão de conflitos e trabalho em equipa. No entanto, a OE no Parecer n.º 15/2018 (OE, 2018) refere que devem ser os enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer as funções de chefia/coordenação, na UCI, e alertam para a distribuição equitativa destes elementos pelos vários turnos. Concordo com este parecer, pois considero que a

especialização potencia a aquisição de competências ao nível da organização, da gestão, da supervisão de cuidados e assessoria, e nesta medida, de acordo com o Parecer nº 15/2018 (OE, 2018), deve ser valorizado o papel do EE na gestão de recursos, pois este é detentor de um conjunto de competências que incrementam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Nesta medida não estão cumpridas as recomendações da OE no que diz respeito à dotação segura de EE. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que regula a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, é recomendado que a constituição das equipas dos SUMC e UCI tenha 50% dos Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas e essa situação não se verifica em nenhuma das equipas onde realizei o estágio enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O enfermeiro coordenador deve ter capacidades de tomada de decisão, como forma a gerir as necessidades e escassez de material e recursos humanos, garantindo uma melhor prestação de cuidados. No SUMC, o enfermeiro coordenador tem a responsabilidade de avaliar as necessidades e alocar os profissionais às diferentes áreas de trabalho de acordo com as características destes e as necessidades do serviço, nomeadamente em situações como os transportes inter-hospitalares. De acordo com as recomendações da SPCI (SPCI, 2008), que referem que o transporte secundário deve ser realizado por profissionais com experiência em reanimação e capacidades de manuseamento do equipamento, também a OE apoiando-se no Parecer nº 09/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) (OE, 2017c), vem reforçar que o enfermeiro com melhor formação para integrar equipas de transporte de doente críticos ou equipas de emergência intra-hospitalar é preferencialmente o EEEMCPSC, verifiquei nem sempre este princípio foi respeitado. Também na SE isto nem sempre é possível, apesar de ser recomendado pela MCEEMC que seja assegurada por enfermeiros com formação na área. No entanto, observei que muitos enfermeiros embora não sendo especialistas, têm competências para prestar cuidados nesta área, competências em Suporte Avançado de Vida (SAV), abordagem da vítima de trauma, Vias Verdes, entre outros exemplos, tornando-se peritos. Como refere Benner *et al.* (2009), o enfermeiro perito é detentor de uma vasta experiência e conhecimento, capacitado de um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas da pessoa/família na prestação de cuidados holísticos.

O SUMC onde realizei o estágio é um serviço que sofre frequentemente de sobrelotação, o cálculo do rácio de enfermeiros por doente, faz-se tendo em conta o posto de trabalho e o fluxo de doentes, indo ao encontro do Regulamento n.º 743/2019 (2019). A contabilização do

número de enfermeiros de acordo com o posto de trabalho parece indicar que a equipa está em número suficiente, no entanto, devido aos efeitos da pandemia verifiquei que as áreas se encontravam sobrelotadas com um acréscimo de doentes por vezes em dobro do recomendado. Ficou patente que esta sobrelotação dificulta o cumprimento do rácio adequado de enfermeiros por cuidados ou posto de trabalho, pondo em causa a qualidade e segurança dos cuidados. Verifiquei que a problemática do cálculo das dotações seguras depende também de uma gestão adequada dos doentes pelo processo de escoamento dos mesmos através da definição de um plano de cuidados ou plano de alta, dentro do tempo recomendado.

Adotando as recomendações emanadas pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, é recomendado que se calculem os rácios de enfermeiro por doente, tendo em conta a tipologia da unidade, o SMI onde realizei o estágio é uma unidade de Nível III. Para este nível de cuidados a OE recomenda um rácio de enfermeiro/doente de 1/1 (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Neste sentido, para o cálculo de dotações seguras de enfermeiros, recomenda-se a utilização de um sistema que permita determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Podendo ainda ser utilizados outros métodos complementares, como por exemplo o cálculo da carga de trabalho de enfermagem.

As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante em cuidados intensivos, sendo o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) uma das mais utilizadas. Esta escala que permite obter um perfil evolutivo do doente, como também verificar a carga de trabalho de enfermagem no serviço, baseada nas intervenções mediante a gravidade da PSC, nos SMI (Padilha *et al.*, 2005).

Neste momento no SMI onde decorreu o estágio não é aplicada nenhuma escala de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros, a distribuição dos enfermeiros é efetuada com base na carga de trabalho, sendo o rácio de 1/1 ou 1/2. Tive a oportunidade de conversar sobre esse assunto com a enfermeira gestora que referiu que já havia sido utilizada a TISS 28, mas com a pandemia deixou de se fazer essa mensuração e atualmente está constituído um grupo de trabalho no serviço para a implementação da *Nursing Activities Score* (NAS), sendo que esta escala se revela mais completa na avaliação real dos cuidados de enfermagem em UCI. Como referido no Parecer n.º 15/2018 da OE, que indica a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em cuidados intensivos através do instrumento NAS (OE, 2018). Também Macedo, R. *et al.* (2021) referem que a NAS se revela uma ferramenta mais completa de mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI, abrangendo 80,8% da carga de

trabalho enquanto o TISS-28 mensura apenas 43,3% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI.

A UCIC onde realizei o estágio é classificada como unidade Nível II (Monteiro *et al.*, 2020), de acordo com o regulamento de dotações seguras da OE (Regulamento n.º 743/2019, 2019). De forma a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações deve ser garantida uma correta adequação dos recursos humanos às reais necessidades da população, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, baseada no nível de qualificação e perfil de competência dos mesmos. Nesta medida verifiquei que são cumpridas as recomendações desta norma, com um rácio de 1:2 a 1:3.

Com o objetivo de atingir esta competência, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador de turno nos diferentes campos de estágio no desenvolvimento das suas atividades. Neste campo o enfermeiro especialista deve promover a garantia da qualidade dos cuidados, conduzindo a sua equipa de forma a otimizar a resposta à pessoa, tendo em conta as diferentes situações e contextos com que se depara. Constatei que é essencial que este possua competências de liderança, de gestão de recursos humanos e materiais, assim como de gestão de conflitos e capacidades na tomada de decisão envolvendo questões de ordem clínica e ética.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Os cuidados de enfermagem à PSC, estão associados a uma elevada exigência no que diz respeito à estabilidade hemodinâmica, requerendo uma vigilância rigorosa e apertada com cuidados imediatos complexos. Nesta medida, é exigido o desenvolvimento da prestação de cuidados especializados e avançados baseados na evidência, que requerem dos profissionais capacidades de estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança em que o foco é a pessoa e o respeito pelas suas subjetividades (Cruz, 2014). Neste domínio o EE deve demonstrar capacidades de autoconhecimento, e aplicá-lo na sua prática, quer em contexto de prestação de cuidados diretos ao doente e família pelo estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, quer também como um agente facilitador dos processos de aprendizagem junto da sua equipa de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No decorrer dos três EC pude refletir sobre a necessidade constante de atualização e mantive uma postura de iniciativa em busca de situações de aprendizagem procurando basear essas aprendizagens em evidência científica e na pesquisa de normas e protocolos existentes nos diferentes serviços. É reconhecido que a prática baseada na evidência facilita o processo de

tomada de decisão clínica (Goot *et al.*, 2018), nesta medida, integrei a importância da tomada de decisão fundamentada na prestação de cuidados à PSC, pude participar na tomada de decisão com a partilha de decisões com a equipa, fundamentadas em conhecimentos científicos, o que trouxe satisfação como mestranda e futura enfermeira especialista, pelo reconhecimento da equipa, mas também pela promoção de cuidados de qualidade à PSC baseados na evidência.

O atendimento ao doente no SUMC pressupõe a prestação de cuidados de enfermagem altamente especializados, com especial atenção na prevenção de complicações e minimização da incapacidade da pessoa. Neste EC tive a oportunidade de aprofundar temáticas que são também da minha realidade no contexto pré-hospitalar, mas que principalmente no contexto de SE pude dar seguimento aos cuidados, no que diz respeito essencialmente à aplicação e encaminhamento das vias verdes, à abordagem ao doente politraumatizado e ao procedimento relativo às transferências intra-hospitalares.

No EC realizado no SUMC tive também a oportunidade de conhecer o funcionamento do gabinete de informação à família e pude observar as capacidades notáveis do enfermeiro especialista no processo de comunicação entre enfermeiro, familiar e doente, quer presencialmente quer telefonicamente. A comunicação eficaz e o cuidar centrado na pessoa, num ambiente de atendimento em ritmo acelerado conduz a um reconhecimento e satisfação do doente no serviço de urgência. A pessoa/família que recorre ao SUMC apresenta-se a vivenciar uma situação de transição por mudanças de saúde-doença, definido por Meleis (2010) como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de redefinição. Estes processos de transição são acompanhados por alterações no bem-estar físico que podem conduzir a uma elevada e ampla gama de emoções. Desta forma os cuidados de enfermagem vão muito para além dos processos de saúde-doença, uma vez que o enfermeiro gere reações da pessoa/família aos problemas reais e/ou potenciais que constituem o foco dos seus diagnósticos (Sheehy, 2011).

Numa fase em que a sobrelotação do serviço se assumiu como um problema real que condicionou uma resposta eficaz do sistema, o enfermeiro do GI assume um papel fundamental também na gestão de emoções, expectativas e conflitos entre a pessoa/família e os próprios profissionais, devendo assumir uma postura de assertividade, cooperação, disponibilidade e respeito (Nascimento & Sayed, 2002).

Os EC em contexto de UCI e UCIC foram experiências desafiantes, mas bastante enriquecedoras. A necessidade de responder à complexidade dos cuidados à PSC no

contexto de emergência e/ou UCI levou-me a pesquisar evidência, aprofundar a teoria, protocolos e *guidelines* o que se traduziu em crescimento profissional e pessoal.

Ao EE cabe a responsabilidade de colaborar nos projetos de formação realizados no serviço, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem. No contexto formativo realizei uma ação de formação no SUMC com o tema “Sala de Emergência e a resposta ao trauma – Evidência científica da utilização do *Point-of-Care-Ultrasound* (POCUS)”. Com esta formação procurei contribuir para a melhoria dos cuidados na abordagem da vítima de trauma na SE (Apêndice I).

No SMI identifiquei algumas dúvidas da equipa na manutenção da analgesia epidural, nesta medida e trazendo alguns dos conhecimentos da minha área profissional que desenvolvo no Bloco Operatório, realizei em conjunto com três colegas de estágio um documento que pretende ser um manual de consulta e de esclarecimento da equipa relativamente à analgesia epidural, à analgesia por *Drug Infusion Ballon* (DIB) e *Patient Controlled Analgesia* (PCA), intitulado “Manutenção de Analgesia Epidural” (Apêndice II). Com a criação deste manual procurei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa na abordagem da analgesia epidural e nos cuidados ao doente com analgesia por DIB e PCA.

Na UCIC procurei contribuir para as aprendizagens da equipa de enfermagem, realizando uma pesquisa de artigos relevantes na área do doente cardíaco em UCIC, essa pesquisa foi partilhada com a equipa, promovendo a discussão e o desenvolvimento de aprendizagens com base em evidência científica, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem (Apêndice III).

Ainda a nível formativo tive a oportunidade de participar em várias ações de formação:

- “Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas” que decorreu nos dias 2 e 3 de junho de 2022, no qual para além de participar como formanda (Anexo I), apresentámos em grupo a comunicação livre em formato de poster “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico nas Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde – Revisão Teórica” (Anexo II). Foi uma experiência enriquecedora, pois permitiu-me desenvolver competências de investigação, organização e divulgação, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento da prática clínica.

- “XVI Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria” que decorreu nos dias 13 e 14 de novembro de 2022 (Anexo III). A participação neste encontro permitiu-me atualizar e adquirir mais conhecimentos e melhorar procedimentos.

- *Webinar* “Enfermagem Forense: Uma Realidade” promovido pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico Universitário (CESPU) que decorreu no dia 12 de janeiro de 2023 (Anexo IV). A participação neste evento permitiu-me desenvolver competências em enfermagem forense contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos e promovendo o desenvolvimento da minha prática clínica.

- “International Congress of Emergency (ICE) 23” promovido pela Associação Portuguesa de Médicos e Enfermeiros de Emergência (APMERG), que decorreu no dia 14 de abril (ANEXO V). Para além de participar como formanda tive a oportunidade de apresentar um poster com o tema “Sala de Emergência e a resposta ao trauma – Evidência científica da utilização do *Point-of-Care-Ultrasound* (POCUS)” (ANEXO VI). Foi uma experiência muito enriquecedora que permitiu desenvolver competências de investigação e contribuir o desenvolvimento de aprendizagens na enfermagem.

Desenvolvi ainda trabalhos escritos nos diferentes EC, no SUMC foi realizada uma análise crítica reflexiva, o tema que escolhi prende-se com a comunicação ao utente e família em situação de doença crítica e o papel do enfermeiro especialista no GI. Na SMI realizei um trabalho escrito de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no qual tive oportunidade de pesquisar e identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com o papel do enfermeiro especialista no apoio à família da pessoa dadora de órgãos. Na UCIC para a realização do trabalho em linguagem CIPE® procurei aprofundar o papel do enfermeiro especialista na sensibilização e controle dos Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV) no doente que sofreu um EAM.

O desenvolvimento de cuidados durante o EC nos diferentes serviços, com o contato com as diferentes equipas e com a exigência da especialização dos cuidados valorizou as minhas competências, quer a nível profissional, pelo aprofundar de conhecimentos, técnicas e capacidades, mas também pela melhoria do autoconhecimento proporcionados por momentos de reflexão que contribuíram para o meu crescimento a nível pessoal.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA SITUAÇÃO CRÍTICA

Tendo em conta a diversidade e complexidade dos processos de transição vivenciados pela pessoa e/ou família em situação crítica, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, fomentando a conceção, a implementação e avaliação de um plano de intervenção ajustados às necessidades da pessoa/família, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

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

De acordo com a OE, a PSC é aquela em que a vida está ameaçada por disfunção ou falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência necessita de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Nesta medida, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC pressupõe cuidados de enfermagem altamente qualificados, tendo em vista a recuperação total da pessoa (OE, 2018). O EE no desenvolvimento desta competência e, tendo em conta a complexidade destas situações de saúde, deve ter a capacidade de identificar focos de instabilidade respondendo de forma adequada às necessidades da pessoa, demonstrando conhecimentos técnicos e habilidades na abordagem do doente crítico (OE, 2018).

No decurso do EC, nos diferentes serviços, tive a oportunidade de vivenciar várias situações de processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. No SUMC, a prestação de cuidados de enfermagem exige um grande domínio de competências científicas, técnicas, éticas e de comunicação por parte dos enfermeiros que ali trabalham. Tendo realizado a maioria dos turnos na SE que é por definição o espaço que concentra um número complexo de capacidades para avaliação e tratamento inicial de um doente em estado crítico, de acordo com a Ordem dos Médicos (OM), (OM, 2009). Foram muitas as oportunidades de aprendizagem, vivenciei uma grande diversidade de situações em colaboração com a equipa da SE que foram geradoras de competências, tendo sempre por base na abordagem à pessoa a priorização das intervenções de enfermagem segundo o algoritmo de suporte básico e suporte avançado de vida da *American Heart Association* (AHA), A - *Airway* (Via aérea); B - *Breathing* (Ventilação); C - *Circulation* (Circulação); D- *Disability*; E- *Exposure* (Exposição), adotado pela instituição. Na SE o trabalho de equipa coordenado e rápido é fundamental, assim como a comunicação eficaz.

A aplicação e cumprimento das VV tem um papel essencial para a eficácia do tratamento, tratando-se de uma estratégia orientada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado. A implementação das VV contribuí para a redução do tempo de atuação desde o aparecimento de sintomas até ao tratamento e apoiando de forma significativa a redução das complicações e da mortalidade. O acionamento das VV tem o seu início na maioria das vezes no pré-hospitalar, cabe ao CODU desencadear um conjunto de procedimentos que conduzam à estabilização e ao rápido transporte destes doentes até ao tratamento definitivo. Como enfermeira da VMER participo muitas vezes na ativação destas VV, mas foi muito interessante ter a oportunidade de ver o seu encaminhamento e o seguimento das VV no intra-hospitalar. Permitiu não só tomar conhecimento dos protocolos da instituição, mas também ter a perspetiva da continuidade dos cuidados que muitas vezes inicio no pré-hospitalar.

Pude verificar a aplicação das diferentes VV implementadas na instituição, nomeadamente a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), que se encontra bem implementada na instituição cumprindo totalmente a Norma de Orientação Clínica n.º 015/2017 da DGS (DGS, 2017b), o que me permitiu conhecer e aprofundar o protocolo existente. Prestei cuidados ao doente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC), desde a sua entrada na SE, com reconhecimento precoce dos sinais e sintomas dando início ao protocolo da VVAVC, avaliando o doente de forma sistematizada com uma abordagem ABCDE, participei na estabilização e acompanhamento dos doentes e num dos casos realizar a fibrinólise de acordo com o protocolo.

Relativamente ao protocolo Via Verde Sépsis (VVS), este ainda não se encontra implementado na instituição. A DGS na Norma n.º 10/2016 (DGS, 2017c), indica que todos os serviços de urgência devem ter equipas de sépsis constituídas no mínimo, por um médico e um EEEMCPSC. No desenvolvimento do EC prestei cuidados ao doente em choque séptico o que me permitiu desenvolver competências na abordagem à PSC em choque séptico, participando na prestação de cuidados ao doente e na sua estabilização hemodinâmica e também verificar a importância da implementação da VVS. Tive a oportunidade de discutir a importância da aplicação deste protocolo com a equipa e verifiquei que também é uma preocupação dos profissionais do SUMC, estando em fase final para passar à implementação.

A ativação do protocolo VVC, permitiu-me tomar conhecimento e aprofundar o protocolo. Na SE tive a oportunidade de participar na admissão dos doentes recolhendo a informação acerca do evento, dos antecedentes clínicos, medicação habitual e alergias, estabelecendo com base nesses dados uma avaliação inicial do doente e o estabelecimento de um plano de cuidados com o levantamento de focos e intervenções de enfermagem individualizadas à

pessoa. Em simultâneo, pude realizar uma avaliação metódica que me permitiu identificar precocemente focos de instabilidade hemodinâmicos e hidroeletrólíticos, atuando de forma imediata e adequada à sua resolução. Na UHICV tive a oportunidade de acompanhar a ativação de três VVC, duas delas ativadas no pré-hospitalar acompanhadas pela equipa da VMER, pude acompanhar a realização da angioplastia coronária, foi muito interessante perceber a fisiologia cardíaca e a tradução das alterações de reperfusão cardíaca no traçado eletrocardiográfico, a existência de patologia na artéria coronária direita e o aumento do risco de arritmias, estabelecendo medidas que antecipem a ocorrências destes eventos. Colaborei no posicionamento e na monitorização do doente, na administração de terapêutica, e na preparação do doente e equipa para o procedimento. Após a realização do cateterismo cardíaco procedi ao encerramento vascular com dispositivos de compressão mecânica da artéria radial com TR Band®. Este dispositivo promove a hemóstase, tendo verificado e monitorizado a existência de uma hemóstase eficaz e a existência de sinais compromisso circulatório e neurológico. Para além da colocação deste dispositivo, também tive oportunidade de proceder à sua desinsuflação, de acordo com o protocolo de cuidados ao utente submetido a realização de cateterismo cardíaco, implementado na instituição, baseado nas recomendações da *European Society of Cardiology* (2016).

O doente crítico cardíaco é um doente com patologia cardiovascular progressivamente mais complexa, associada em muitos casos a comorbilidades não cardiovasculares agudas ou crónicas, que têm implicações na abordagem e prognóstico destes doentes (Monteiro *et al.*, 2020). Nesta medida os enfermeiros que prestam cuidados ao doente do foro cardíaco devem ter um corpo de conhecimentos clínicos, técnicos e científicos que lhe permitam responder à necessidade de cuidados altamente especializados que este tipo de doentes requerem.

Foram muitas as oportunidades de aprendizagem que vivenciei em colaboração com as diferentes equipas multidisciplinares, pude ter a noção do circuito do doente crítico desde a sua admissão no SUMC, tive a possibilidade de acompanhar o doente nas diferentes fases do seu processo de transição o que foi muito gratificante. Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores das pessoas e famílias que experienciam transições, nomeadamente na PSC, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no quotidiano dos mesmos, de forma a capacitá-los com competências para o processo de transição (Meleis, 2010). Na prestação de cuidados à PSC o enfermeiro antecipa focos de instabilidade, diminui a ansiedade, transmite informação e promove o conforto, assumindo um papel importante na reabilitação e prevenção, nomeadamente na capacitação para controlo dos FRCV (Anderson *et al.*, 2007). No caso dos doentes com EAM existe uma doença arterial coronária que está relacionada com vários fatores de risco. Os fatores de risco da doença coronária estão

categorizados como modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis relacionam-se com o estilo de vida (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, stress) e os não modificáveis estão relacionados com a idade, o género, a etnia e a história familiar/genética (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2019; *European Society of Cardiology*, 2016). Nestes doentes o papel do EEEMCPSC é fundamental na implementação de uma prevenção secundária com adesão terapêutica e mudanças de estilo de vida de forma a reduzir os FRCV modificáveis, prevenindo a ocorrência de novos eventos cardíacos (Piepoli *et al.*, 2016). Na UCIC tive a oportunidade de promover ensinamentos sobre a doença cardiovascular, o controle dos FRCV, a atividade sexual, a adesão terapêutica e a consulta de reabilitação cardíaca. Verifiquei que o envolvimento da família neste processo é muito importante, favorecendo a redução da insegurança e traduzindo-se como uma oportunidade para o enfermeiro estabelecer com a família uma relação terapêutica, envolvendo-a também no processo de cuidados, sendo muitas vezes parceira no processo de educação para a alteração de estilos de vida que contribuem para a redução dos FRCV, como referem Hatchett e Thomson (2006).

O desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica foi um objetivo proposto por mim, neste sentido, a comunicação revela-se uma importante ferramenta que o enfermeiro possui no desenvolvimento do processo terapêutico (Phaneuf, 2005), o EE deve ser capaz de desenvolver diferentes formas de comunicar promovendo a relação de ajuda.

No SUMC verifiquei que a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes tem influência sobre o estado de saúde e a utilização dos serviços, permitindo uma maior consciencialização dos riscos e a motivação para a mudança de comportamentos. Neste serviço a comunicação com a pessoa/família decorre de forma informal, desorganizada e variável, apresentando barreiras a uma comunicação eficaz. Situações como interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, a não eficiência no *handover*, a sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados na literatura, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde (Brás & Ferreira, 2016). O EE deve promover uma comunicação eficaz, pois a comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente e a informação prestada pelo profissional de saúde deve ter em conta as necessidades e especificidades de cada doente, individualmente considerado, respeitando os direitos da pessoa (Lei n.º 15/2014, 2014).

A PSC em cuidados intensivos encontra-se frequentemente impossibilitada de comunicar verbalmente, nesta medida procurei comunicar de forma verbal e não verbal com o doente, procurando que a pessoa sentisse a minha presença, explicando-lhe os cuidados prestados,

tranquilizando-a e procurando a sua colaboração de forma a proporcionar menos ansiedade relativamente à sua condição clínica, com vista à humanização dos cuidados.

O envolvimento da família neste processo foi também um fator importante para mim, pois a família faz parte do processo de cuidados, também esta se encontra a viver transições, o que implica uma mudança no estado de saúde ou nas relações, expectativas ou capacidades de assumir papéis e implica que a pessoa incorpore novos conhecimentos (Meleis, 2010). Verifiquei que o envolvimento da família precocemente nos cuidados, pelo acesso à informação relativa ao seu familiar contribuí para a redução da insegurança sentida pela pessoa/família na situação crítica. Pude vivenciar e participar no acolhimento da família no período da visita, sendo uma oportunidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica, mostrando-lhe que naquele momento de angústia e ansiedade, não está sozinha. Como referem Fernandes e Silva (2016, p.1902), “as emoções, os sentimentos e as informações partilhados podem não diminuir a dor do familiar, mas minimizam a sua insegurança e expectativas negativas, dando sentido à existência de ser enfermeiro/a e à essência de cuidar”.

Ainda neste contexto de comunicação foi-me possível fazer parte da equipa multidisciplinar e estar presente num momento de transmissão de más notícias no SMI. Como referem Araújo e Leitão (2012), a transmissão de más notícias é percecionada por grande parte dos profissionais como uma situação difícil, pela complexidade dos aspetos emocionais a ela associados. Nesta medida, a transmissão de más notícias requer treino e o desenvolvimento de técnicas e competências por parte do profissional que a executa. Na SMI verifiquei a inexistência de um protocolo de transmissão de más notícias e questioneei a minha orientadora nesse sentido. Efetivamente existe um grupo de trabalho a desenvolver este protocolo, mas ainda não está em vigor. Existem vários protocolos que facilitam a comunicação de más notícias, tive a oportunidade de sugerir o protocolo SPIKES. Este protocolo utiliza uma mnemónica de seis passos que proporciona mais segurança ao profissional de saúde e que apresenta quatro objetivos principais: saber o que o doente e seus familiares compreendem acerca da situação; fornecer as informações de acordo com o que o doente/família estão preparados para ouvir; acolher qualquer reação que pode vir a acontecer e, por último, planear o seguimento. O objetivo do protocolo SPIKES é, organizar a comunicação neste momento, ajudando o profissional de saúde e o doente/família a manter uma comunicação clara e honesta (Cruz & Riera, 2016).

Na SMI tive a oportunidade de prestar cuidados à PSC em várias vertentes, procurei pautar a minha prática pelo estabelecimento de um plano de cuidados com a atenção nas necessidades fundamentais do doente, identificando precocemente situações de instabilidade

e/ou falência orgânica; planeando intervenções eficazes sobre os problemas identificados; prestando cuidados diferenciados à PSC pela execução de técnicas e procedimentos complexos baseados em evidência científica. Pude compreender e alargar os meus conhecimentos relativamente à prestação de cuidados em doentes ventilados, mobilizei conhecimentos acerca dos modos ventilatórios, relacionando com o estado geral do doente, participei no desmame ventilatório e extubação do doente e a utilização do sistema de aspiração fechado, desenvolvendo competências nesta área. Procurei respeitar os objetivos da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), que são melhorar as trocas gasosas, aliviar o stress respiratório, prevenir ou tratar atelectasias, prevenir o agravamento de lesões, suportar o doente até que as lesões pulmonares e da via aérea melhorem e evitar complicações (Marcelino *et al.*, 2008). Constatei a importância de o enfermeiro estar capacitado com conhecimentos técnicos e científicos que permitam antecipar e prevenir a ocorrência de complicações, atuando de forma precoce na preparação do material de intubação, montagem e testagem do ventilador, assim como o trabalho em equipa desenvolvido perante a intubação, extubação e na manutenção dos cuidados ao doente ventilado (Miguel & Mendes, 2020).

Relativamente à prestação de cuidados técnicos de elevada qualidade dirigidos à PSC, tive a oportunidade de participar, observar e executar várias situações que se revelaram excelentes momentos de aprendizagem, tais como: colocação de acessos venosos centrais, linhas arteriais, cateter de diálise, a avaliação da Pressão Intra-Abdominal (PIA), realização e interpretação de gasometrias arteriais e venosas, prestação de cuidados ao doente submetido a técnica dialítica, observação de vários exames complementares como pericardiocentese, endocardiograma, broncofibroscopia, é de salientar que se traduziram em situações de aprendizagem possibilitadas apenas pelo desenvolvimento do EC.

A gestão da dor é um cuidado muito importante na prestação de cuidados à PSC, é essencial implementar intervenções que envolvam a sua avaliação, monitorização e tratamento, utilizando escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que facilitem identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016). De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19363), o EEEMCPSC “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, permitindo assim uma otimização das respostas implementadas em termos do controlo da dor.

No SUMC verifiquei que a avaliação, monitorização e controlo da dor na PSC é uma preocupação dos enfermeiros, seguindo o procedimento de avaliação da dor no adulto, baseado na Circular Normativa da DGS (DGS, 2003) que aponta a necessidade da avaliação, monitorização e registo do nível de dor, através da utilização de várias escalas de avaliação

da dor, adotando medidas terapêuticas e aplicando intervenções não farmacológicas no controlo da dor. No SMI, há uma preocupação na avaliação da dor da PSC, a maioria dos doentes encontram-se ventilados, sedados, analgesiados e por vezes curarizados, a avaliação da dor nesta situação é realizada com a aplicação da *Behavioral Pain Scale* (BPS). A BPS, baseia-se em três indicadores: a expressão facial, o movimento dos membros e a adaptação ao ventilador. De acordo com Teixeira e Durão (2016), a BPS é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico ventilado. Quando a condição do doente o permite, é utilizada a Escala Visual Analógica (EVA). Também na UCIC avaliei a dor utilizando de forma mais regular e sistematizada a Escala Numérica (EN) e a EVA, as diferentes escalas estão incluídas no plano de cuidados de enfermagem estabelecido no sistema informático B-Simple®. O enfermeiro levanta os focos e as intervenções associadas, participando no planeamento, monitorização, controlo e reavaliação da dor na PSC, de forma a promover um adequado controlo terapêutico e uma prestação de cuidados humanizados. Ao nível do controlo da dor realizei várias ações farmacológicas e não farmacológicas (nomeadamente massagens, posicionamentos, utilização do calor ou frio e a promoção de um ambiente calmo) com o objetivo da promoção do bem-estar e do conforto da PSC. O conforto da PSC deve ser uma preocupação do EEEMCPSC, traduzindo-se como um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem junto da PSC com dor. A promoção do conforto pelo EEEMCPSC requer intervenções que englobam a gestão da dor e prevenção de complicações, pelo que o EE tem responsabilidade na deteção de necessidades do doente, tendo em conta o seu relato, indicadores comportamentais/observáveis e a utilização de escalas para monitorização (Kolcaba, 2003).

No SMI confirmei também a importância do *Team Leader* na prestação de cuidados, tive a oportunidade de participar numa Paragem cardiorrespiratória (PCR), na execução de manobras de SAV. A execução do algoritmo de SAV decorreu de forma pouco coordenada na equipa pela falha no desempenho do papel de *Team Líder*. Este deve orientar os membros da equipa e supervisionar a situação de emergência, garantido que cada membro cumpre as suas funções de maneira segura e correta (Gregório, 2017). Pude refletir com a minha orientadora no final da situação e propor situações de simulações, de treino de SAV em equipa e também a realização de *debriefing* pós PCR. A realização do *debriefing* deve promover um resumo da situação, uma análise reflexiva acerca da performance da equipa e dos diferentes intervenientes, focando pontos positivos e aqueles que podem ser melhorados, otimizando competências técnicas e não técnicas, com vista à melhoria na prestação de cuidados em situações futuras (Bagorriha, 2020).

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

O EEEMCPSC deve utilizar metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em PSC que sejam promotoras da qualidade, otimizando uma resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situação de catástrofe ou emergência multivítima, de acordo com a OE (OE, 2017b).

No SUMC foi-me proporcionada a oportunidade de participar num exercício de *tabletop* com o propósito de simular uma situação de catástrofe, com ativação do Plano de Emergência Externo (Catástrofe) (PEE) da instituição. O PEE em vigor na instituição foi elaborado para a definição de regras e normas gerais de atuação em contexto de crise, assim como, no sentido do reforço de avaliação de meios de reação da instituição face à situação, indo ao encontro das recomendações emanadas pela Orientação n.º 007/2010 da DGS, que orienta a elaboração de um plano de emergência nas Unidades de Saúde (DGS, 2010b). O objetivo principal do PEE é garantir uma atuação eficaz no caso de uma situação multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade (DGS, 2010b).

Como refere Evans e Schwartz (2019), os *tabletops* são momentos essenciais para a preparação e prontidão em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, sendo que estes permitem o treino das equipas para que quando o evento ocorra, os intervenientes apliquem as suas habilidades, conhecimentos e recursos da melhor forma. A realização do *tabletop* (Apêndice IV) decorreu na sala de reuniões do SUMC onde nos foi colocada uma situação de potencial catástrofe e onde de acordo com o PEE deveríamos, assumindo os nossos papéis previamente definidos seguir o PEE e dar resposta à situação. O treino do plano de catástrofe existente, pela realização do *tabletop* permitiu a identificação das forças, fraquezas, ameaças, dificuldades e até algumas falhas no plano. Esta experiência foi extremamente enriquecedora, tendo-me permitido o desenvolvimento de competências a nível da conceção e análise de planos de emergência, planeamento de situações de catástrofe e gestão dos cuidados nestas situações, indo ao encontro ao preconizado no Regulamento n.º 429/2018 (2018).

O SMI e a UCIC na ativação deste plano atuam como serviços recetores de doentes da área médica. Tive a oportunidade discutir com os meus orientadores o conhecimento deste plano por parte da equipa e a importância do papel do EE na sua difusão. Como refere o Regulamento n.º 429/2018 (2018), é responsabilidade do EEEMCPSC difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa, garantindo que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe seja realizado periodicamente, idealmente pela realização de um simulacro ou *tabletop*.

Tive oportunidade de tomar conhecimento do plano de evacuação do SMI e da UCIC, e pude refletir e discutir com os meus orientadores. Estes serviços encontram-se sediados num local distante do Bloco Operatório e do SUMC, o que contraria as Recomendações da ACSS para a instalação técnica de Unidades de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013). Estas orientações recomendam a continuidade deste serviço ao Bloco Operatório e serviço de Radiologia e também recomendam a proximidade das UCI ao Serviço de Urgência. Ora esta localização geográfica compromete uma segura e eficaz evacuação de doentes, pois está dependente dos elevadores, o que em caso de catástrofe por incêndio pode ser uma condicionante. Constatei que os colegas sentem que o plano devia ser mais difundido de maneira que os profissionais se sintam mais seguros e preparados no caso de ser necessária a sua ativação.

No decorrer do EC não presenciei situações de cuidados a vítimas de situações de exceção como violência ou agressão, mas tive a oportunidade de conhecer alguns procedimentos da instituição, relacionados com esta temática, tais como o protocolo de abordagem de vítimas de abuso sexual, normas de colheita de vestígios biológicos em vítimas de agressão sexual, procedimento para despiste de substâncias psicotrópicas e alcoolémias e impresso da cadeia de custódia para transporte de amostras. Procurei também consolidar conhecimentos na área da enfermagem forense pela frequência de um *webinar* “Enfermagem Forense uma realidade” (ANEXO IV), esta formação promoveu o desenvolvimento de conhecimentos do exercício em Enfermagem Forense, como resposta aos problemas de saúde da pessoa, família e comunidade relacionados com cenários de violência, violação dos direitos humanos, traumatologia forense e/ou desastre de massa, no decorrer do ciclo de vida (Regulamento n.º 728/2021, 2021).

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da 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

As IACS são responsáveis pelo aumento da morbidade e a mortalidade dos doentes, pelo aumento dos períodos de internamento e pelo agravamento dos custos em saúde (DGS, 2018b). Estas constituem-se como um dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde mais frequentes e consideram-se como um importante problema de saúde pública com efeitos negativos na morbidade, mortalidade e qualidade de vida, como referem Cassini *et al.* (2016).

O Regulamento n.º 429/2018, refere que o EEEMCPSC deve ser aquele que “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da 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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359, 2018). O EEEMCPSC deve ter em conta o risco de infeção associado à complexidade da situação e diferenciação dos cuidados à PSC, sendo que estes cuidados requerem o recurso a medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida, tendo presente a prevenção, o controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O EEEMCPSC tem assim um papel relevante na prevenção e controlo da infeção, como referem Silva e Cruz (2017), principalmente na promoção de boas práticas ao nível das PBCI, como a higienização das mãos e o uso de equipamento de proteção individual (DGS, 2012). Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, referem que cabe ao EE maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, na procura da prestação de cuidados de excelência à PSC (OE, 2017b).

De acordo com a Circular Normativa n.º 07/2019 (DGS, 2019b), a higiene das mãos integrada no conjunto das PBCI, constitui a medida mais importante na prevenção no controlo da infeção e todos os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos, tendo em conta o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS.

Tendo por base este programa nacional a instituição adotou estas medidas visando uma diminuição da IACS e a melhoria da segurança nos cuidados. Durante o EC constatei que existe uma preocupação real por parte dos enfermeiros em aplicar as PBCI. Nomeadamente na SMI e na UCIC, onde se denota a intervenção dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes operacionais) no incentivo dos doentes, familiares e outros profissionais de saúde para a higiene das mãos, respeitando as indicações da DGS (DGS, 2019b). Durante estes EC, como futura EE pude refletir na importância da implementação de medidas na prevenção e controlo da infeção essencialmente na prestação de cuidados à PSC, assim como na importância do EEEMCPSC na atualização de conhecimentos na melhor evidência científica, divulgando os seus conhecimentos por todos os membros da equipa, atuando como um elo dinamizador e promotor da prestação de cuidados diferenciados de acordo com as recomendações do Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Verifiquei que existem aspetos facilitadores do controlo da infeção, no SMI e UCIC, tais como: o facto das unidades dos doentes serem individualizadas, equipadas, com um armário de apoio que contém o material necessário e suficiente para cuidar do doente, a existência de soluções antissépticas de base alcoólica ao fundo da cama de todos os doentes e junto aos

lavatórios na unidade e de contentores de resíduos e de roupa individualizados, promovendo um conceito de boas práticas no que diz respeito à prevenção, intervenção e controlo da infeção.

Relativamente ao atendimento do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19 no SUMC, a instituição tem definido um circuito para o doente COVID-19, tendo em conta a Norma da DGS n.º 04/2020, atualizada a 06/07/2022 (DGS, 2020a). O circuito dos doentes com sintomatologia respiratória inicia com entrada pela Zona de Prestação de Cuidados 2 ou pela SE, do serviço de urgência, o doente é avaliado, triado e submetido a um teste para SARS-CoV-2 ou no caso de situações de emergência, é realizado um teste rápido de antigénio (TRAg) de uso profissional, para a gestão medidas de isolamento e abordagem do doente. No caso de confirmação de SARS-CoV-2 os doentes independentes aguardam observação na Zona de Prestação de Cuidados 2, mas aqueles que estão em maca são alocados à zona em *open-space* correspondente à avaliação do nível de prioridade (no mesmo espaço que os doentes negativos para SARS-CoV-2) o que por vezes condiciona a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção com base nas vias de transmissão de SARS-CoV-2 e na probabilidade de existirem situações potencialmente geradoras de aerossóis. Esta situação deve-se essencialmente à sobrelotação do serviço que se apresenta como o maior desafio. A questão da sobrelotação do SUMC, a escassez de profissionais e a constante mobilização de doentes, são fatores que dificultam a aplicação de algumas medidas de prevenção e controlo das IACS por parte dos enfermeiros. Denotei que situações como a limitação de espaço em que não se conseguia respeitar a distância entre doentes e eram alocados dois doentes por box, o número reduzido de dispositivos médicos (monitores, termómetros, glucómetros) e o número elevado de utilizadores dificultaram a adequada higienização entre utilizações. No entanto, verifiquei uma preocupação efetiva na implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção por parte dos profissionais, tais como a utilização de máscara cirúrgica por todos os doentes e a utilização de equipamentos de proteção individual adequados pelos profissionais de saúde, indo ao encontro da Norma n.º 07/2020 da DGS (DGS, 2020b).

Verifiquei que existe uma preocupação das equipas no cumprimento das normas relativas aos vários feixes de intervenção promovidos pela DGS. Pude também fundamentar a minha prática pela atualização de conhecimentos relativos aos diferentes feixes de intervenção de prevenção da infeção promovidos pela DGS. De acordo com o *Centre for Disease Control and Prevention* (CDC), (2011) deve existir uma preocupação por parte da equipa de enfermagem no que diz respeito aos feixes de intervenção na prevenção da infeção associada ao Cateter Venoso Central (CVC), conhecendo as indicações e os procedimentos adequados à sua

colocação, manutenção e ao cumprimento das medidas adequadas de controlo da infeção associada ao CVC. No decorrer do EC, verifiquei que os enfermeiros das diferentes equipas têm conhecimento e formação sobre a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC, cumprindo o feixe de intervenções da DGS (DGS, 2022a).

Como futura EE considero que o EEEMCPSC tem um papel ativo na formação e vigilância contínua na aplicação dos feixes de intervenção da DGS, sendo que o cumprimento destas *bundles* consideram-se ferramentas essenciais para o alcance da eficácia das práticas de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação Traqueal (PAI). A PAI é a infeção mais frequente adquirida nas UCI, contribuindo para prolongar a duração da VMI, fomentar o consumo de antibióticos, o aumento do tempo de internamento hospitalar, traduzindo-se assim numa maior morbimortalidade e custos associados (DGS, 2022b). Pude refletir sobre a aplicação destes feixes com a minha orientadora e perceber o seu papel ativo como EEEMCPSC na formação dos profissionais das unidades, na realização de auditorias periódicas, na comunicação dos indicadores de processo e dos resultados de retorno aos profissionais (DGS, 2022b). Relativamente a este feixe de intervenções, no SMI a equipa desenvolve intervenções tais como: a higiene oral com cloroheixidina a 0,2% uma vez por turno e sempre que necessário; a elevação da cabeceira do leito em ângulo superior a 30°; a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O e manutenção os circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes, cumprindo assim o protocolo da instituição, indo ao encontro das recomendações da DGS (DGS, 2022b).

Relativamente ao feixe de intervenções da prevenção da infeção associada ao cateterismo vesical, verifiquei que os enfermeiros cumprem as indicações descritas na norma da DGS (DGS, 2022c), e todo o procedimento é documentado no processo clínico. Na SMI e na UCIC o próprio programa informático B-Simple® permite planear intervenções que facilitam o cumprimento do feixe de intervenções da prevenção da infeção associada ao cateterismo vesical, o que se constituiu uma mais-valia para o cumprimento deste feixe por parte dos enfermeiros, como refere Saint *et al.* (2019).

As IACS constituem-se como um dos grandes desafios inerentes à prestação de cuidados de saúde (Pereira, 2020), nomeadamente em contexto de UCI, onde o plano terapêutico, a diversidade de dispositivos e intervenções invasivas aplicadas à PSC aumentam a incidência de infeções relativamente a outras especialidades contribuindo para um aumento dos custos em saúde. Nesta medida, na SMI são seguidas as normas definidas pela DGS, no contexto de prevenção de infeção: - está protocolada a realização de um rastreio séptico realizado à entrada do doente no serviço, que comporta hemoculturas, zaragatoas e urocultura, a fim de avaliar o estado infeccioso do doente; - a sua repetição de acordo a norma ou a condição do

doente; - a higienização das mãos; - a utilização dos EPI's; - a distribuição dos doentes pelos quartos de isolamento, a forma de identificação do microorganismo; - a informação relativa à infeção transmitida aos profissionais e familiares; - a distribuição de doentes por enfermeiro em função da infeção e a implementação de protocolos relativamente ao controle da infeção. Estas medidas podem traduzir-se numa diminuição da mortalidade em doentes com risco de sépsis ou choque séptico, como refere Westphal e Lino (2015).

Constatei que na UHICV nos procedimentos invasivos como a colocação de pacemaker definitivo é cumprida a Norma n.º 31/2013 da DGS (DGS, 2014b) que define a administração profilática de antibiótico nos 60 minutos que antecedem o procedimento, assegurando níveis tecidulares adequados no momento da incisão cirúrgica, é realizada a administração de profilaxia antibiótica em dose única, favorecendo a redução da infeção do local cirúrgico (ILC) que se assume como uma complicação comum da cirurgia, com taxas de incidência entre 2 e 20%, e está associada a alta morbidade, mortalidade e custos.

Durante o EC verifiquei que existe em cada serviço um elo de ligação com o grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), que dinamiza a problemática da infeção, promovendo o interesse em melhorar as práticas no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção por parte das equipas, tendo em conta as características e vulnerabilidades da PSC.

3. CONCLUSÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A Parte I do presente relatório surge com o intuito de permitir a reflexão acerca do percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem, abordando a aquisição das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, integrando os conteúdos lecionados com a prática dos EC. Esta reflexão das práticas permitiu a construção de saberes e mobilização de conhecimentos que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista.

A procura de competências na prática de enfermagem deve ser acompanhada de um autoconhecimento, da procura de evidência científica e fundamentalmente da reflexão das nossas práticas. Este percurso permitiu este crescimento, quer a nível pessoal como profissional.

Os EC revelaram-se excelentes oportunidades de aquisição de competências. Sair da nossa zona de conforto, ver os serviços, as equipas, a prática de cuidados, com uma “visão de especialista” levou-me a refletir, a procurar evidência, a fundamentar as minhas práticas, a procurar soluções e a ver os cuidados, sempre numa perspetiva de melhoria da qualidade. Os cuidados prestados à PSC nos diferentes campos de estágio, o contacto com equipamentos, procedimentos inovadores e organização dos cuidados de enfermagem ao doente crítico, revelaram-se como aspetos fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas. Neste sentido, compreendi a visão do EEEMCPSC como tendo um papel preponderante na prestação de cuidados à PSC, pois ele é detentor de um conjunto de competências diferenciadas que alcança ao longo da sua especialização. O enquadramento concetual, a alusão às teorias de enfermagem e a procura da prática baseada na evidência servem de base na fundamentação de cuidados diferenciados com ganhos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO / AÇÃO

Título: *Debriefing* no pré-hospitalar: uma estratégia de melhoria da prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica

RESUMO

Enquadramento: Em contexto de emergência o *debriefing* tem sido associado a melhorias no desempenho das equipas, com impacto no desenvolvimento de competências não-técnicas, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança do utente.

Objetivo: Implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica, com recurso à aplicação de uma estratégia de *debriefing* estruturado, após evento crítico.

Metodologia: Estudo quantitativo-descritivo-correlacional numa perspetiva de investigação-ação. Amostra de 35 profissionais de uma VMER de um hospital da região centro de Portugal. Aplicada a Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação, modificada para contexto clínico.

Resultados: As dimensões avaliadas dizem respeito aos valores psicossocial, cognitivo e afetivo. A média mais elevada verifica-se nas dimensões *Valor Cognitivo* (4,63±0,48) e *Valor Afetivo* (4,63±0,44). A média mais baixa observou-se na dimensão Valor Psicossocial (4,28±0,49). No global, constatou-se uma média de 4,49±0,42, o que revela um impacto positivo desta estratégia.

Conclusão: O *debriefing* estruturado assume-se como uma estratégia que promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC pela equipa da VMER de um hospital da região centro de Portugal.

Palavras-chave: *Debriefing*; *Debriefing* de Eventos Críticos; Emergência Pré-hospitalar; Melhoria Contínua da Qualidade.

ABSTRACT

Background: In an emergency context, debriefing has been associated with improvements in team performance, with an impact on the development of non-technical skills, with a view to optimizing quality and user safety.

Objective: Implementation of a project to continuously improve the quality of care provided to Person in Critical Situation, using the implementation of a structured debriefing strategy, after a critical event.

Methodology: Quantitative-descriptive-correlational study from an action research perspective. Sample of 35 professionals from a VMER at a hospital in the central region of Portugal. The Debriefing Assessment Scale associated with Simulation was applied, modified for the clinical context.

Results: The dimensions assessed concern psychosocial, cognitive and affective values. The highest average is found in the Cognitive Value (4.63 ± 0.48) and Affective Value (4.63 ± 0.44) dimensions. The lowest average was observed in the Psychosocial Value dimension (4.28 ± 0.49). Overall, an average of 4.49 ± 0.42 was found, which reveals a positive impact of this strategy.

Conclusion: Structured debriefing is a strategy that promotes improvement in the quality of care provided to PSC by the VMER team at a hospital in the central region of Portugal.

Keywords: Debriefing; Critical Event Debriefing; Pre-hospital Emergency; Continuous Quality Improvement.

RESUMEN

Marco contextual: En un contexto de emergencia, el debriefing se ha asociado con mejoras en el desempeño del equipo, con impacto en el desarrollo de habilidades no técnicas, con miras a optimizar la calidad y la seguridad de los usuarios.

Objetivo: Implementación de un proyecto para mejorar continuamente la calidad de la atención brindada al Persona en Situación Crítica, mediante la implementación de una estrategia estructurada de debriefing, después de un evento crítico.

Metodología: Estudio cuantitativo-descriptivo-correlacional desde una perspectiva de investigación-acción. Muestra de 35 profesionales de un VMER de un hospital de la región central de Portugal. Se aplicó la Escala de Evaluación Debriefing asociada a la Simulación, modificada para el contexto clínico.

Resultados: Las dimensiones evaluadas se refieren a valores psicosociales, cognitivos y afectivos. El promedio más alto se encuentra en las dimensiones Valor Cognitivo ($4,63\pm 0,48$) y Valor Afectivo ($4,63\pm 0,44$). El promedio más bajo se observó en la dimensión Valor

Psicosocial ($4,28 \pm 0,49$). En general se encontró un promedio de $4,49 \pm 0,42$, lo que revela un impacto positivo de esta estrategia.

Conclusión: El debriefing estructurado es una estrategia que promueve la mejora de la calidad de la atención brindada a PSC por el equipo VMER en un hospital de la región central de Portugal.

Palabras clave: Debriefing; Debriefing de eventos críticos; Emergencias prehospitalarias; Mejora continua de la calidad.

1. INTRODUÇÃO

A emergência médica pré-hospitalar combina a prestação de cuidados de saúde personalizados à situação do doente com uma gestão adequada, de forma a promover uma melhor resposta de cuidados até à chegada a uma unidade hospitalar. A prestação de cuidados em contexto de emergência pré-hospitalar exige que os profissionais tenham a capacidade de ser flexíveis, criativos e consistentes na abordagem à pessoa em situação crítica. O desenvolvimento de competências não técnicas como o juízo clínico, o trabalho em equipa, a tomada de decisão em situações complexas, a comunicação com os doentes, família e outros profissionais, a gestão de prioridades e a liderança, assumem um papel importante na prevenção de erros, melhorando a resiliência dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade e o aumento da segurança dos doentes (Servotte *et al.*, 2020).

O *debriefing* é um processo de discussão reflexiva que permite o *feedback* interpessoal (Kam *et al.*, 2022). A utilização de estratégias de *feedback* envolvendo a participação dos profissionais de saúde contribui para a diminuição de perturbações e/ou falhas na comunicação dentro das equipas de saúde responsáveis pela diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes (JCI, 2018).

Em contexto de emergência, a comunicação e a implementação de processos como o *debriefing*, que permitam a reflexão das equipas sobre as suas práticas, assumem especial importância. Este tem uma dupla tarefa, por um lado permite fornecer *feedback* orientado para a melhoria do desempenho das equipas, por outro lado funciona como ferramenta de suporte emocional dos profissionais, considerado essencial do ponto de vista da melhoria da qualidade e segurança dos doentes (Kam *et al.*, 2022). Assim, procurando dar resposta a uma proposta de melhoria da qualidade dos cuidados trabalhámos o tema: a utilização da estratégia de *debriefing* estruturado na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à

Pessoa em Situação Crítica (PSC) por uma equipa de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um hospital da região centro. Foi definido como objetivo principal: implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da equipa de uma VMER de um hospital da região centro de Portugal, à PSC, com recurso a uma estratégia de *debriefing* estruturado, após evento crítico.

Pelo que partimos para o presente estudo procurando analisar o conhecimento da equipa da VMER sobre a estratégia de *debriefing*; conhecer a perceção da equipa da VMER sobre os aspetos/fatores que poderão traduzir melhorias com a implementação da estratégia de *debriefing*; analisar a perceção da equipa da VMER relativamente às vantagens e limitações da utilização do *debriefing*; enunciar os resultados da implementação do guião de estruturação de *debriefing* pós-evento crítico e identificar as melhorias evidenciadas pela equipa da VMER com a implementação da estratégia de *debriefing* após evento crítico, com recurso à Escala de Avaliação do *Debriefing* adaptada de Dias Coutinho, Martins e Pereira (2014) para contexto clínico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na literatura existe alguma imprecisão entre o conceito de *feedback* e *debriefing*. O *feedback* é definido como a avaliação do desempenho comparado com um padrão definido (Arriaga *et al.*, 2020), sendo considerado um tipo de avaliação formativa, com a transmissão de informações relativas ao desempenho dos intervenientes de forma unidirecional (Sá-Couto *et al.*, 2022).

O *debriefing* é definido como uma conversa reflexiva que inclui os participantes e facilitadores, em que o evento é resumido, analisado e os intervenientes refletem sobre o seu desempenho em equipa e individual, promovendo mudanças sobre práticas futuras (Sá-Couto *et al.*, 2022).

Em contexto de emergência o *debriefing* tem sido associado a melhorias no desempenho das equipas (Coggins *et al.*, 2020). Ainda segundo estes autores, o *debriefing* pode resultar em melhorias de ligação interdisciplinar, desenvolvimento da capacidade de reflexão das equipas, reconhecimento dos problemas associados à segurança do doente, proporcionando oportunidades de mudança e aprendizagem. O objetivo do *debriefing* no contexto de prestação de cuidados de saúde é facilitar a discussão de ações e processos de pensamento, promover a reflexão e, através deste processo assimilar comportamentos melhorados na prática. O *debriefing* é uma poderosa ferramenta educacional e de qualidade que pode influenciar positivamente o comportamento da equipe e conseqüentemente os resultados nos cuidados à pessoa de acordo com Kessler *et al.* (2015). De acordo com Gilmartin *et al.* (2020), o *debriefing* facilita a discussão acerca do desempenho individual e da equipa no seu todo,

identificando pontos fortes, assim como pontos a melhorar. Nesta medida é um processo facilitador para o desenvolvimento de planos de melhoria, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança do doente.

A *American Heart Association* (AHA) (2020), recomenda o *debriefing* após todas as paragens cardíacas, consideradas eventos críticos. E esta recomendação vem no sentido de implementar programas de melhoria da qualidade, promovendo a análise do desempenho das equipas, assim como, o suporte mental e bem-estar dos profissionais. Individualmente e em contexto de equipa é fundamental reconhecer e compreender as contribuições para um erro, é um passo vital para corrigir esse comportamento. Através do *debriefing* é possível uma reflexão em grupo acerca do evento, reconhecendo conhecimentos, atitudes, habilidades ou trabalho em equipa identificando os que foram facilitadores e aqueles que requerem melhoria (Kessler *et al.*, 2015).

Um dos benefícios importantes do *debriefing* é permitir identificar o impacto negativo que os eventos críticos podem ter sobre os profissionais de saúde (Twigg, 2020). O *debriefing* pode atuar como um mecanismo de suporte de bem-estar aos profissionais de emergência, beneficiando o respeito mútuo dos intervenientes, a confiança da equipa, o respeito e investimento no desenvolvimento do outro (Hitchner *et al.*, 2023). Esta estratégia demonstrou ter impacto na melhoria dos resultados para o doente, no funcionamento das equipas e na melhoria dos níveis de stress e resiliência dos profissionais de saúde (Kam *et al.*, 2022).

O *debriefing* após eventos críticos é considerado pela literatura como um processo fundamental que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. No entanto, apesar de muito apoiado pela literatura, existe uma lacuna entre o princípio e a realidade. Em estudos na área da saúde, como refere Arriaga *et al.* (2020); Kam *et al.* (2022) e Twigg, (2020), verifica-se que o *debriefing* após eventos críticos ocorre apenas numa percentagem pequena das situações, apenas em cerca de 25% dos eventos pós reanimação são desenvolvidos *debriefings* pelas equipas envolvidas.

Existem vários guiões que promovem a estruturação de *debriefing*, de forma a facilitar a sua implementação é fundamental que as equipas reconheçam os seus objetivos. Hale *et al.* (2020) descrevem várias ferramentas diferentes utilizadas na estruturação do *debriefing*, no entanto, não existe um método de *debriefing* clínico universalmente aplicável. A sua utilização depende da variedade de ambientes em que é aplicada, tal como ambientes de simulação, ambientes clínicos ou na formação de profissionais (Kam *et al.*, 2022). A abordagem mais comum utilizada no *debriefing* é a Plus-Delta, de acordo com Cheng *et al.* (2021) trata-se de um processo de aplicação e interpretação simples que promove e facilita a capacidade de

autoavaliação. Como resultado produz duas listas de comportamentos, situações que correram bem e que são identificadas pelos profissionais como positivas, e situações identificadas como merecedoras de processos de melhoria, tendo um efeito de gerar discussão, reflexão e aprendizagem. O fundamento deste processo é envolver os participantes numa avaliação ativa do desempenho usando as suas observações como pontos de partida para discussões sobre melhorias neste campo, incorporando fatores humanos, segurança do doente e metodologias de melhoria da qualidade.

3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Considerando a problemática em estudo, os objetivos propostos e com base na fundamentação teórica, elaborou-se uma questão de investigação central: “O *debriefing* estruturado é uma estratégia adequada para a melhoria da prestação de cuidados à PSC, na perspetiva da Equipa da VMER de um hospital da região centro de Portugal?”

4. METODOLOGIA

Aplicou-se uma metodologia de estudo quantitativo-descritivo-correlacional, numa perspetiva de investigação-ação, propondo melhorias da qualidade dos cuidados a partir da implementação da estratégia de *debriefing* estruturado.

O estudo foi aplicado nos profissionais de uma equipa da VMER de um hospital da região centro de Portugal. A técnica de amostragem utilizada é não probabilística por conveniência, mediante a aceitação de participação dos profissionais no estudo. A amostra é constituída por todos os profissionais da equipa da VMER (Médico e Enfermeiros), que cumpriram os critérios de inclusão e que demonstraram de forma livre, informada e esclarecida querer participar, com recurso ao preenchimento do consentimento e de ambos os questionários do estudo.

No âmbito do desenvolvimento deste projeto de melhoria contínua, foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados:

- O **Questionário 1** (Apêndice V), constituindo-se por duas partes – primeira parte: caracterização sociodemográfica (idade, género, profissão), académica (habilitações académicas, especialidade) e profissional dos participantes (tempo de exercício profissional, tempo de exercício em funções na VMER, tempo de formação de Curso da VMER); segunda parte: perceção dos profissionais face à estratégia de *debriefing* estruturado (conhecimento da estratégia, contexto da utilização do *debriefing*, dificuldades na implementação do *debriefing* e aspetos/fatores de impacto do *debriefing*). A aplicação do Questionário 1 foi realizada a todos os profissionais que

fazem parte da equipa da VMER, que demonstraram consentir livre, informada e esclarecidamente o seu preenchimento.

- O **Questionário 2** (Apêndice VI), composto por uma primeira questão que procurou perceber em que tipo de eventos críticos foi utilizada a estratégia de *debriefing* estruturado após a prestação de cuidados à PSC, seguida da aplicação da Escala de Avaliação do *Debriefing* Associado à Simulação (EADaS) de Dias Coutinho, Martins e Pereira (2014), adaptada para avaliação em contexto clínico com a devida autorização dos autores à sua adaptação (Anexo VII). A adaptação da EADaS foi realizada nas questões que dizem respeito ao contexto de simulação, visto que esta escala foi aplicada no contexto clínico, foram modificadas as questões 15, 25 e 28. As questões incidem sobre as dimensões do *debriefing*, de acordo com os autores são consideradas as dimensões de *Valor Psicossocial* (13 itens) que diz respeito aos aspetos psicológicos e sociais, a dimensão de *Valor Cognitivo* (9 itens) que diz respeito à consolidação de conhecimentos através da discussão e a dimensão de *Valor Afetivo* que diz respeito aos sentimentos e emoções sentidas pelos profissionais relativamente à estratégia de *debriefing* (12 itens). Na aplicação da EADaS adaptada para contexto clínico, foi utilizada uma escala de resposta tipo *Likert* sendo: 1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo e 5 – concordo totalmente, para responder às questões tendo em conta a implementação do *Debriefing* estruturado, com recurso ao Guião de *Debriefing*, aplicado aos eventos críticos, foi questionado se os profissionais consideravam que a estratégia teve impacto nas três dimensões apresentadas. Para a implementação do Questionário 2 foram definidos como critérios de inclusão, para os profissionais da equipa da VMER, a atuação em eventos críticos, tais como: Paragens Cardiorrespiratórias (PCR), agressões, suicídio, cenários de trauma, situações de multivítimas, cenários pediátricos, complicações/erros ou a própria morte de doentes, e igualmente obrigatória a participação na implementação da estratégia de *debriefing* estruturado após esse evento crítico.

Como critérios exclusão para o Questionário 2 foram definidos a participação em cenários não referidos nos critérios de inclusão, assim como a não participação na implementação da estratégia de *debriefing* estruturado após esse evento crítico.

O estudo desenvolveu-se em três fases distintas, na primeira fase foi aplicado o Questionário 1 à equipa da VMER via *google forms*, com o propósito de servir de diagnóstico de situação. Numa segunda fase foram realizadas duas sessões de formação à equipa da VMER com a apresentação do estudo (Apêndice VII), do poster (Apêndice VIII) e do guião de *debriefing*

estruturado aos profissionais da equipa (Apêndice VIII). Este guião foi construído com base no guião desenvolvido por Bagorriha, (2020) e teve a sua autorização à aplicação neste estudo (Anexo VIII). Teve na sua construção a base dos princípios Plus-Delta, e é constituído por três fases:

- **Fase I – Reação:** Realização de um resumo da situação experienciada e dos antecedentes da situação clínica, permitindo a expressão de emoções e a revisão dos fatos ocorridos de acordo com as perspetivas dos diferentes participantes (Gardner, 2013; Bagorriha, 2020).

- **Fase II – Entendimento / Reflexão:** Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa; sobre os comportamentos/performance de cada profissional isoladamente; sobre as *guidelines*/protocolos/algoritmos usados; descrição de pontos positivos da situação e a descrição de pontos a melhorar no futuro (Gardner, 2013; Bagorriha, 2020).

- **Fase III – Sumário:** Revisão das lições apreendidas, ou seja, os intervenientes são convidados a refletir e partilhar aquilo que fizeram bem e que acharam que correu bem no evento clínico e por outro lado são também levados a refletir sobre aquilo que fariam de diferente numa próxima vez, ou seja os pontos de melhoria (Gardner, 2013; Bagorriha, 2020).

Por fim num 3º momento foi realizada a aplicação do Questionário 2, via *google forms*, 45 dias após a realização da formação e da implementação do guião de *debriefing* estruturado na equipa da VMER para avaliar a sua eficácia com recurso à EADaS adaptada para contexto clínico.

O tratamento de dados foi realizado com o apoio de software informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 28.0. Para caracterizar a distribuição das variáveis, foi utilizada a estatística descritiva, recorrendo a frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão ou variabilidade (máximo, mínimo e desvio padrão). Na análise estatística inferencial, recorreu-se à Correlação de *Spearman* (teste não paramétrico), tendo em consideração que a amostra não apresentava uma distribuição normal (amostra inferior a 50 participantes – teste de Shapiro-Wilk).

Relativamente à confiabilidade da EADaS adaptada para contexto clínico, foi avaliada a consistência interna do instrumento calculando o valor do Alfa de *Cronbach*.

Neste estudo foi respeitado o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo “*Debriefing* no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria na prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica”. Os dados recolhidos foram tratados com confidencialidade e anonimato, sendo destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados foi efetuado apenas pelos investigadores do estudo. Neste âmbito foi pedido parecer à Comissão de Ética do IPL,

obtendo um parecer favorável (Parecer n.º CE/IPLEIRIA/04/2023 de 22/02/2023) (Anexo IX) (Anexo X), no sentido de garantir o cumprimento de todas as premissas para a realização de estudo cumprindo as considerações éticas, legais e deontológicas.

5. RESULTADOS

Na aplicação do primeiro questionário – inquérito para diagnóstico da situação, participaram 35 profissionais da VMER, com uma média de 44 anos ($43,69 \pm 10,62$), sendo que os profissionais médicos têm em média 41 anos ($41,33 \pm 11,85$) e os profissionais de enfermagem têm em média 47 anos ($47,21 \pm 7,52$) (Tabela 1). De salientar, ainda que, a maioria dos participantes (57,1%) são do sexo feminino, sendo que da amostra fizeram parte 21 médicos (60%) e 14 enfermeiros (40%). No que diz respeito às habilitações académicas verificou-se que 42,9% dos profissionais têm licenciatura, 48,6%, para além da licenciatura, têm mestrado e 8,6% são pós-graduados. Relativamente à especialidade, da amostra obtida, verificámos que a maioria dos profissionais 65,7% (médicos e enfermeiros) são especialistas.

Os profissionais da VMER apresentam, em média, uma experiência profissional de 19 anos ($18,66 \pm 10,42$): os médicos com aproximadamente 15 anos de experiência ($14,86 \pm 10,83$) e os enfermeiros com 24 anos ($24,36 \pm 6,71$). Em termos de funções na VMER constatou-se que, globalmente, estes profissionais prestam cuidados nos pré-hospitalar há aproximadamente 12 anos ($12,20 \pm 9,17$), evidenciando-se ser superior nos enfermeiros, com média de 16 anos ($16,07 \pm 8,95$), comparativamente à equipa médica, associado a uma maior rotatividade de entrada e saída de elementos nesta última equipa. No que concerne ao tempo de curso de VMER, a amostra apresentou ter a formação há cerca de 12 anos ($11,54 \pm 8,95$), igualmente superior nos enfermeiros com 15 anos ($14,57 \pm 8,11$).

Tabela 1

Caraterização dos profissionais da VMER relativamente à idade, experiência profissional, tempo de serviço em funções na VMER e tempo de formação de curso de VMER

CARATERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA VMER	N	M	DP	Min	Máx
Idade	35	43,69	10,62	29	69
Experiência Profissional	35	18,66	10,42	4	38
Tempo de serviço em funções na VMER	35	12,20	9,17	1	25
Tempo de formação de curso de VMER	35	11,54	8,95	1	25

Nota. N = Número da amostra; M = Média; DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx = Máximo

Neste questionário, relativamente à utilização da estratégia de *debriefing*, a maioria dos participantes (91,4%) refere já ter utilizado esta estratégia, alguns em contexto formativo/simulação clínica (5,7%), outros em contexto de prestação de cuidados à PSC (48,6%) e também em ambos os contextos (45,7%). De salientar que 100% dos participantes refiram achar pertinente a implementação desta estratégia, na VMER, após eventos críticos.

Relativamente às questões que procuraram aferir a perceção dos profissionais da VMER acerca da estratégia de *debriefing*, observou-se que 14 profissionais da VMER (40%) definiram esta estratégia como “Conversa estruturada sobre o evento, com reflexão e debate, envolvendo pontos fortes, pontos a melhorar e performance dos elementos, com objetivo principal da excelência”; igualmente 14 profissionais (40%) definiram esta estratégia como “Resumo geral do acontecimento com discussão crítica construtiva” e 7 profissionais da VMER (20%) definiram o *debriefing* como “Avaliação de ações executadas no procedimento com o objetivo de melhorar desempenho futuro”.

Quando questionados estes profissionais da VMER relativamente às principais dificuldades identificadas à implementação da estratégia de *debriefing*, constatou-se que 11 profissionais (31,4%) referiram a “Falta de tempo” como principal dificuldade; “Capacidade de autoavaliação e exposição à avaliação dos outros elementos (medo da crítica/culpabilização)” foi referida por 9 elementos (25,7%); 6 profissionais (17,1%) “Não referiram apresentar dificuldades”; “Desvalorização da estratégia” foi apontada por 4 elementos (11,4%); “Estruturação e sistematização do *debriefing*” foi referido por 3 profissionais (8,6%) e a “Comunicação entre os elementos” foi enunciada por 2 profissionais (5,7%).

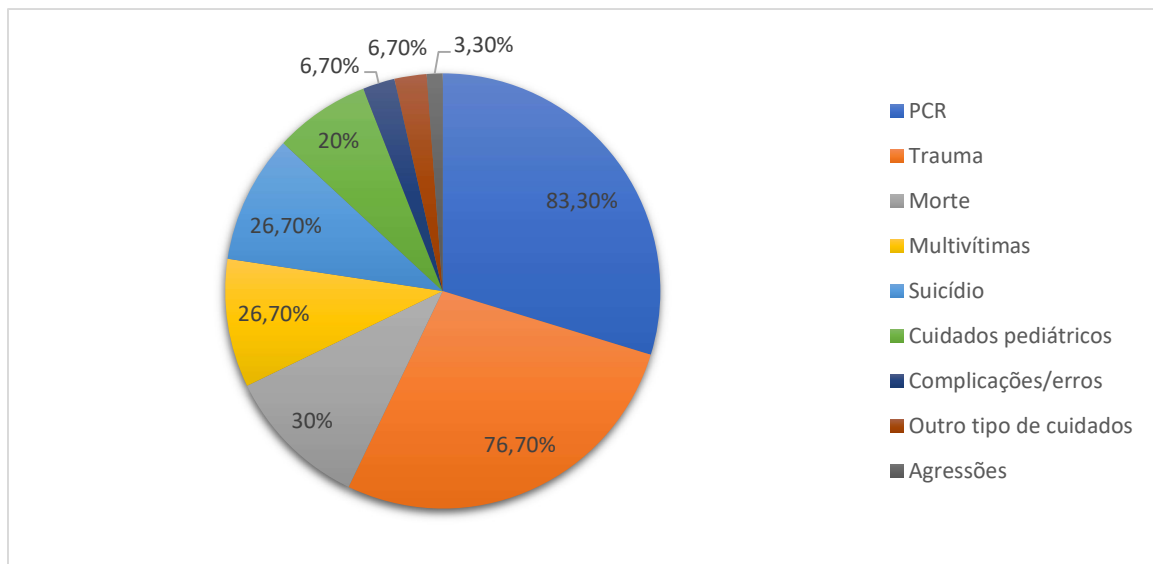
Sobre a questão “Em que aspetos/fatores, de forma global, considera que a implementação da estratégia de *debriefing* tem impacto”: 57,1% dos participantes referiram permitir o “Desenvolvimento de competências não técnicas (comunicação, conhecimentos, tomada de decisão, espírito de equipa, resolução de conflitos), com partilha de sentimentos e redução da ansiedade, com vista à melhoria dos cuidados e aos ganhos em saúde”; 22,9% referiram a sua importância para “Identificar pontos críticos, erros, necessidades de formação e/ou estratégias de melhoria”; 14,3% consideraram que permite “Mudança de atitudes em situações futuras e partilha de experiências”; 2,9% referiram que é uma estratégia que permite “Autoavaliação e heteroavaliação com o objetivo de melhorar o desempenho” e o “Desenvolvimento de competências técnicas na abordagem inicial e escalada terapêutica”.

Após a apresentação do estudo à equipa, que incluiu duas sessões de formação sobre o *debriefing* estruturado e implementação do guião de *debriefing* estruturado durante 45 dias (na prática de cuidados à PSC, no âmbito das situações enunciadas como critérios de inclusão

para responder ao segundo questionário), foi implementado o questionário 2. Responderam ao questionário 36 elementos da VMER, sendo que desta amostra 6 dos elementos responderam não ter implementado a estratégia de *debriefing* estruturado após eventos clínicos no contexto deste estudo, pelo que estas resposta foram excluídas para o estudo. Verificou-se que os eventos críticos onde se aplicou mais vezes a estratégia de *debriefing* foram os eventos com Paragem Cardiorrespiratória (PCR) (83,3%). Todos os participantes aplicaram esta estratégia em, pelo menos, um tipo de ocorrência (Gráfico 1).

Gráfico 1

Distribuição das respostas da amostra relativamente à questão “Em que tipo de eventos críticos aplicou mais vezes a estratégia de debriefing”



Através da aplicação da EADaS adaptada ao contexto clínico, verifica-se que a média global obtida foi de 4,49 em 5 pontos possíveis ($4,49 \pm 0,42$). Por dimensão, constata-se uma média mais elevada nas dimensões *Valor Cognitivo* ($4,63 \pm 0,48$) e na dimensão *Valor Afetivo* ($4,63 \pm 0,44$) (Tabela 2).

Tabela 2

Valores da média de cada dimensão da EADaS adaptada para contexto clínico

DIMENSÃO	N	M	Mediana	DP	MIN	MÁX
Valor Psicossocial	30	4,28	4,31	0,489	3,00	5,00
Valor Cognitivo	30	4,63	4,89	0,479	3,00	5,00
Valor afetivo	30	4,63	4,79	0,438	3,17	5,00
Global	30	4,49	4,65	0,417	3,06	5,00

Nota: N = Número da amostra; M = Média; DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx = Máximo

Na análise da Tabela 3, que diz respeito aos valores descritivos dos itens nas dimensões *Valor Psicossocial*, *Valor Cognitivo* e *Valor Afetivo*, é de salientar que a dimensão que apresenta valores mais baixos é a dimensão *Valor Psicossocial*. O valor mais baixo é apresentado no item 28 “Eu me sentir no centro do processo de formação contínua” com 3,80 pontos e todos os outros itens obtiveram pontuação superior a 4. O item com pontuação mais alta é o item 19 “Aumentar o potencial de trabalho em equipa” com 4,63 pontos. Verificou-se que os participantes consideraram que a estratégia de *debriefing* estruturado teve impacto positivo nesta dimensão.

Na dimensão *Valor Cognitivo* todos os itens tiveram pontuação superior a 4 pontos, variando entre os 4, 50 pontos nos itens 1 “Estruturar o meu pensamento” e 8 “Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação” e os 4,77 pontos no item 3 “Aprender mais”.

Na análise dos resultados relativos à dimensão *Valor Afetivo* o item com o valor menor 4,33 pontos foi o 29 “Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes” e as respostas com valor mais elevado foram os itens 9 “Me humilhar frente aos outros” e 15 “Não querer participar em mais nenhuma ocorrência em Pessoa em Situação Crítica”. Também nesta dimensão foram verificadas pontuações superiores a 4 pontos em todos os itens o que revela que a utilização da estratégia de *debriefing* estruturado foi entendida pelos profissionais como tendo impacto positivo na dimensão afetiva.

Tabela 3

Valores descritivos dos itens nas dimensões Valor Psicossocial, Valor Cognitivo e Valor Afetivo

DIMENSÃO	N	M	Med	DP	Min	Máx
VALOR PSICOSSOCIAL						
16. Aumentar a minha autoconfiança	30	4,33	4,00	0,711	3	5
17. Desenvolver competências de liderança	30	4,37	4,00	0,556	3	5
19. Aumentar o potencial de trabalho em equipa	30	4,63	5,00	0,556	3	5
21. Eu me sentir realizado	30	4,07	4,00	0,785	2	5
22. Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	30	4,47	4,50	0,571	3	5
23. Desenvolver a relação de ajuda	30	4,47	5,00	0,681	3	5
25. Reforçar a minha autonomia para intervir	30	4,23	4,00	0,817	1	5
26. Identificar dificuldades na minha atuação	30	4,40	5,00	0,855	1	5
27. Promover a autoconsciência (conhecer as próprias emoções)	30	4,37	4,00	0,615	3	5
28. Eu me sentir no centro do processo de formação contínua	30	3,80	4,00	0,997	1	5
30. Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	30	4,37	4,00	0,669	3	5
32. Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	30	4,13	4,00	0,819	2	5
33. Eu sentir que a equipa tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional	30	4,03	4,00	0,765	3	5
VALOR COGNITIVO						
1. Estruturar o meu pensamento	30	4,50	5,00	0,630	3	5
3. Aprender mais	30	4,77	5,00	0,504	3	5
4. Me focar nos aspetos importantes da atuação	30	4,63	5,00	0,556	3	5
6. Refletir sobre as minhas competências	30	4,67	5,00	0,547	3	5
7. Identificar prioridades na atuação	30	4,57	5,00	0,568	3	5
8. Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	30	4,50	5,00	0,630	3	5
10. Aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação	30	4,63	5,00	0,556	3	5
12. Identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras	30	4,73	5,00	0,521	3	5
13. Desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas	30	4,63	5,00	0,556	3	5
VALOR AFETIVO						
2. Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros	30	4,70	5,00	0,651	3	5
5. Me deixar muito ansioso / stressado	30	4,47	5,00	0,776	2	5
9. Me humilhar frente aos outros	30	4,87	5,00	0,434	3	5

(continuação)						
11. Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante	30	4,63	5,00	0,615	3	5
14. Criar conflitos no grupo	30	4,77	5,00	0,568	3	5
15. Não querer participar em mais nenhuma ocorrência em Pessoa em Situação Crítica	30	4,87	5,00	0,346	4	5
18. Eu me sentir incompreendido	30	4,37	5,00	0,928	2	5
20. Eu me sentir desrespeitado	30	4,53	5,00	0,900	1	5
24. Eu sentir que foi uma perda de tempo	30	4,77	5,00	0,568	3	5
29. Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	30	4,33	5,00	1,155	1	5
31. Bloquear o meu raciocínio	30	4,60	5,00	0,855	2	5
34. Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação	30	4,60	5,00	0,770	2	5

Nota: N = Número da amostra; Med = Mediana; M = Média; DP = Desvio Padrão; Min = Mínimo; Máx = Máximo

Relativamente à confiabilidade global da EADaS adaptada ao contexto clínico, o valor de Alfa de Cronbach nesta pesquisa foi de 0,945, revelando uma consistência interna muito boa do questionário.

Com recurso à Correlação de Spearman obtivemos uma noção da interdependência das dimensões da escala. Verificou-se que existe uma correlação positiva entre a dimensão Valor Psicossocial e a dimensão Valor Cognitivo, obtendo-se um coeficiente de correlação de 0,763 com um $p = 0,001$. Também existe uma correlação positiva entre as dimensões Valor Cognitivo e a dimensão Valor Afetivo, com um coeficiente de correlação de 0,492 com um $p = 0,006$. Verificou-se ainda que a dimensão Valor Psicossocial e a dimensão Valor Afetivo, não apresentam resultados estatisticamente significativos.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo pretendeu-se implementar um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados à PSC, prestados pelos profissionais de uma equipa da VMER de um hospital da região centro de Portugal, com recurso a uma estratégia de *debriefing* estruturado após eventos críticos. A amostra foi constituída predominantemente por profissionais do sexo feminino (57,1%), o que vai de encontro ao que é apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), relativamente à distribuição de profissionais por sexo no distrito do hospital onde foi aplicado o estudo, onde 85% dos enfermeiros são do sexo feminino (OE, 2021). A amostra foi constituída por médicos (60%) e enfermeiros (40%), podendo-se afirmar que é representativa da equipa, pois neste estudo participaram todos os enfermeiros que fazem parte da equipa e, a equipa médica, sendo em número superior, representa igualmente a população em estudo.

Dos resultados obtidos, verificou-se que a equipa de enfermagem fez, em média, o curso de VMER há mais anos (14,57 anos), quando comparado com o tempo da equipa médica (9,52 anos). Estes dados vão de encontro aos dados do INEM (INEM, 2021), onde se verificou que o ano com mais formação de profissionais enfermeiros foi em 2014 (84 enfermeiros), contrariamente aos profissionais médicos que tiveram mais elementos em formação no ano de 2019 (246 médicos), corroborando os dados apresentados.

Na análise dos dados verificou-se que a amostra na sua maioria (91,4%) já tinha utilizado previamente a estratégia de *debriefing*. Quando questionados em que tipo de cenários observámos que a maioria utilizou em contexto de prestação de cuidados à PSC (48,6%), indo ao encontro das recomendações da AHA (AHA, 2020), mas contrariando os estudos que referem que o *debriefing* ocorre apenas em 25% das ocorrências com evento crítico, como os estudos de Kessler *et al.* (2015); Gilmartin *et al.* (2020) e Arriaga *et al.* (2020). Kam *et al.* (2022).

Auscultando os participantes, evidenciou-se a pertinência da implementação do *debriefing* estruturado como estratégia de melhoria da qualidade de cuidados prestados à PSC, também a AHA (2020) promove a sua implementação após eventos críticos no sentido do desenvolvimento de projetos de melhoria contínua.

Verificou-se que a estratégia de *debriefing* foi percecionada por parte da amostra como uma “Conversa estruturada sobre o evento, com reflexão e debate, envolvendo pontos fortes, pontos a melhorar e performance dos elementos, com objetivo principal da excelência”; um “Resumo geral do acontecimento com discussão crítica construtiva” e uma “Avaliação de ações executadas no procedimento com o objetivo de melhorar desempenho futuro”. Desta forma, verifica-se que vai de encontro da literatura que define esta estratégia como “conversa de aprendizagem reflexiva guiada” (Coggins *et al.*, 2020). O *debriefing* é definido como um processo de discussão facilitada que permite a reunião e reflexão da equipa, promovendo a identificação de lacunas no sistema e pontos a melhorar nos profissionais, com o objetivo da melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados (Kessler *et al.*, 2015; Arriaga *et al.*, 2020; Gilmartin *et al.*, 2020; Kam *et al.*, 2022).

O *debriefing* foi percecionado pela amostra na sua maioria, como uma estratégia que permite o desenvolvimento de competências não técnicas (comunicação, conhecimentos, tomada de decisão, espírito de equipa, resolução de conflitos), com partilha de sentimentos e redução da ansiedade, com vista à melhoria dos cuidados e aos ganhos em saúde. No contexto do pré-hospitalar em que as equipas trabalham muitas vezes em situações críticas, situações de exceção e de multivítimas, que exigem dos profissionais competências e habilidades excepcionais, é fundamental que estas equipas utilizem estratégias que permitam o

desenvolvimento de conhecimentos, habilidades interpessoais e de comunicação, o que se traduz numa melhoria de cuidados à PSC. Como refere Hale *et al.* (2020) a utilização da estratégia de *debriefing* demonstrou ter impacto positivo nos resultados do doente, ou seja, a sua utilização contribui para a melhoria da qualidade da Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e da taxa de retorno da circulação espontânea.

Apesar da totalidade dos profissionais da amostra referirem reconhecer a importância do *debriefing*, um em cada três participantes apontou como limitação, que condiciona a sua implementação, a falta de tempo, indo ao encontro dos estudos de Rose *et al.* (2022) e Kam *et al.* (2022). No entanto, houve outros fatores que se apresentaram como barreiras à realização do *debriefing*, tais como: a dificuldade na autoavaliação e na exposição à avaliação dos outros elementos devido ao medo da crítica e culpabilização, a desvalorização da estratégia e a dificuldade na estruturação e sistematização do *debriefing*. As barreiras apresentadas vão de encontro aos estudos de Arriaga *et al.* (2020) e Twigg (2020), que referem como barreiras a falta de estruturação e facilitação do *debriefing*, o medo do julgamento dos colegas, o desconforto em relação ao evento e a falta de interesse dos profissionais. Reconhecendo estas dificuldades, os profissionais consideram que a realização do *debriefing* estruturado se apresenta como uma mais-valia na prestação de cuidados de qualidade à PSC, beneficiando a prática clínica e o bem-estar psicológico dos participantes, como refere Gilmartin *et al.* (2020).

Após a intervenção de formação e implementação do guião de *debriefing* estruturado, verificou-se que os resultados obtidos com a aplicação da escala de avaliação do impacto do *debriefing* (EADaS) traduziram melhorias na qualidade da prestação de cuidados à PSC, constatando-se a sua importância não só na simulação como também em contexto de prática clínica. Nas três dimensões avaliadas a amostra referiu dados positivos pela aplicação do *debriefing* estruturado. As dimensões *Valor Cognitivo* e *Valor Afetivo* são aquelas que são percecionadas pela amostra como refletindo um maior impacto pela aplicação desta mesma estratégia. No que diz respeito à dimensão *Valor Psicossocial* verificou-se que os participantes consideraram que a estratégia de *debriefing* estruturado teve impacto positivo nesta mesma dimensão. Esta situação é igualmente referenciada nos estudos de Arriga *et al.* (2020) e Kam *et al.* (2022) onde enunciam o *debriefing* como promotor da melhoria da comunicação, do desenvolvimento de competências de liderança, do autoconhecimento e da autoconfiança, de relação de ajuda, da capacidade de gerir emoções e trabalhar em equipa, sendo que este fator é fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados, reduzindo os erros em saúde.

Relativamente à dimensão *Valor Cognitivo* verificou-se que os participantes consideram que esta estratégia contribui para o desenvolvimento cognitivo melhorando fatores como o

estabelecimento de prioridades na atuação e a reflexão sobre as suas competências, promove o raciocínio clínico, a tomada de decisão e permite identificar aspetos a melhorar em atuações futuras o que se revela como um fator facilitador de aprendizagens. Como refere Coggins *et al.* (2020) e Twiggs (2020) o *debriefing* tem impacto na capacidade na tomada de decisões e na priorização das ações, competências fundamentais na prestação de cuidados à PSC, especialmente no ambiente pré-hospitalar em que os profissionais lidam com situações potenciadores de elevado stress, que ameaçam sobrecarregar a sua capacidade individual podendo conduzir a situações em que as suas habilidades sejam afetadas.

A dimensão *Valor Afetivo* tem itens que avaliam os sentimentos e as relações estabelecidas entre a equipa, como o respeito, a compreensão e o reconhecimento do valor individual. A estratégia de *debriefing* foi reconhecida pela amostra como tendo um impacto positivo nesta dimensão. Constata-se que o ambiente seguro, de respeito e sem juízos de valor criado através do *debriefing* facilita as aprendizagens, promove a segurança e contribui para aumentar a qualidade dos cuidados como referido no estudo de Hitchner *et al.* (2023). Nesta dimensão foi também reconhecido o papel do *debriefing* no apoio psicológico das equipas, promovendo o suporte e bem-estar para os profissionais envolvidos no evento crítico, como referem vários autores (AHA, 2020; Kam *et al.*, 2020; Twiggs, 2020; Gilmartin *et al.*, 2020). A partilha da experiência e o reconhecimento das emoções com os outros membros da equipa configura-se como uma oportunidade de apoio emocional da equipa que ajuda na redução de stress tanto para os líderes como para os restantes profissionais (Rose *et al.*, 2022).

No domínio da enfermagem, a utilização da estratégia de *debriefing* promove o desenvolvimento do raciocínio clínico, que permite a mobilização de conhecimentos na avaliação do doente e na tomada de decisão, fomentando assim a promoção da prática da enfermagem avançada [*International Council of Nurses (ICN)*, 2020].

Tendo em conta o ambiente stressante em que os profissionais prestam cuidados no pré-hospitalar, onde as taxas de erro são geralmente mais altas, devido a fatores como a necessidade de rapidez na tomada de decisões e procedimentos. Podemos considerar que a utilização do *debriefing* estruturado favorece o trabalho em equipa e o desenvolvimento de aprendizagens, o que se traduz na prática clínica numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, contribuindo assim para melhorar a segurança do doente e a diminuição do erro em saúde (Rodziewicz *et al.*, 2023).

De referir ainda que este estudo apresentou algumas limitações, particularmente no que diz respeito a não terem sido encontrados muitos estudos a nível do pré-hospitalar acerca do *debriefing* e a maioria dos que foram encontrados debruçam-se em realidades diferentes da

realidade portuguesa, nomeadamente estudos com paramédicos no pré-hospitalar. Também a inexistência de instrumentos de avaliação do *debriefing* em contexto clínico foi uma limitação. Assim foi realizada uma adaptação da EADaS para o contexto da prática clínica, com a devida autorização dos autores.

7. CONCLUSÃO

O objetivo principal deste estudo foi implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC, com recurso à aplicação de uma estratégia de *debriefing* estruturado, após evento crítico.

A análise dos nossos resultados permite concluir que os profissionais reconheceram que esta estratégia tem efeito positivo nas três dimensões estudadas: na dimensão *Valor Cognitivo* foi reconhecido o impacto positivo da utilização do *debriefing*, com a promoção de fatores como o desenvolvimento do raciocínio clínico, a tomada de decisão, a reflexão sobre as próprias competências e o reconhecimento de situações de melhoria em atuações futuras; na dimensão *Valor Afetivo*, os participantes referiram a importância do *debriefing* no estabelecimento de um ambiente seguro para a equipa, baseado em respeito, compreensão e reconhecimento individual, favorecendo o suporte e bem-estar das equipas; e por fim, na dimensão *Valor Psicossocial*, que teve menor reconhecimento, mas ainda assim positivo, foi reconhecido o valor do *debriefing* em fatores como a melhoria da comunicação, liderança e trabalho em equipa, amplamente relacionados com a diminuição dos erros em saúde.

Podemos assim concluir que apesar das limitações apresentadas, o *debriefing* estruturado assume-se como uma estratégia que promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC pela equipa da VMER de um hospital da região centro.

Sugerimos a sua aplicação noutros contextos da prática de cuidados à PSC, pela criação de uma instrução de trabalho a implementar na instituição, assim como, o desenvolvimento de mais estudos a nível do pré-hospitalar.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association Guidelines for CPR and ECC (2020). <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. (2020). Real-time debriefing after critical events: exploring the gap between principle and reality. *Anesthesiology Clinics*, 38(4), 801-820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Bagorrihla, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Cheng, A., Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M., & Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. *Advances in Simulation*, 6(1), 1-9. 1) <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>
- Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Dias Coutinho, V. R., Amado Martins, J. C., & Carneiro Ribeiro Pereira, M. D. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 41-50. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. In *Seminars in perinatology* (Vol. 37, No. 3, pp. 166- 174). <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>
- Gilmartin S., Martin L., Kenny S., Callanan I. & Salter N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* 2020; 9: doi:10.1136/bmjopen-2020-000913 <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen/9/3/e000913.full.pdf>
- Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of postresuscitation debriefing frameworks in emergency settings: a systematic review. *AEM Education and Training*, 4(3), 223-230. <https://doi.org/10.1002/aet2.10444>
- Hitchner, L., Yore, M., Burk, C., Mason, J., & Sawtelle Vohra, S. (2023). The resident experience with psychological safety during interprofessional critical event debriefings. *AEM Education and Training*, 7(2), e10864. <https://doi.org/10.1002/aet2.10864>
- International Council of Nurses (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Genève: ICN. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Instituto de Emergência Médica (2021). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica, atualização 2021. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Joint Commission Internacional (2018). Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care. Joint Commission International. [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_(1).pdf)

- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., Brar, M. & Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Estatística de Enfermeiros. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>
- Rodziewicz T.L., Houseman B., Hipskind J.E. (2023). Medical Error Reduction and Prevention. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing—does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695-701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>
- Sá-Couto, C., Rodrigues, D., & Gouveia, M. (2022). Debriefing or Feedback: Exploring the Impact of Two Post-Scenario Discussion Methods in the Acquisition and Retention of Non-Technical Skills. *Acta Médica Portuguesa*, 36(1), 34–41. <https://doi.org/10.20344/amp.16898>
- Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuyssen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in Simulation*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>
- Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337-342. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000890>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC foi um investimento pessoal que surgiu de uma necessidade de crescimento pessoal e profissional numa perspetiva de aquisição de conhecimentos e competências, mas também da validação de muitas competências adquiridas pelo decorrer da prática clínica. A evolução foi marcada em vários aspetos, desde o desenvolvimento de práticas seguras assentes nos princípios preconizados pela OE, o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, o desenvolvimento da pesquisa e da fundamentação das práticas na evidência, mas também um desenvolvimento pessoal, uma mudança na forma de ver e validar as minhas competências como enfermeira e futura EE.

O percurso vivido neste mestrado foi extremamente desafiante, permitiu-me muitas vivências, e superações só possíveis pela experiência desta caminhada. Desde a oportunidade de prestar cuidados à PSC em diferentes situações no âmbito dos diferentes EC, mas também pelo desenvolvimento da pesquisa de evidência. A construção e partilha de saberes que tive a oportunidade de ter neste mestrado, pela realização de trabalhos, pela apresentação de dois poster em eventos científicos, mas fundamentalmente pela realização de um trabalho de melhoria contínua com componente de investigação que se revelou um momento muito interessante de crescimento pessoal e profissional, na medida em que tive a oportunidade, como futura enfermeira especialista, de implementar um projeto que realmente tem impacto na melhoria dos cuidados. Todo este percurso revelou-se evolutivo e muito positivo, levando-me a atingir os objetivos a que me propus.

A gestão de tempo revelou-se como um fator dificultador no desenvolvimento do mestrado. A capacidade de gerir a complexidade dos estágios com o desenvolvimento dos trabalhos escritos e com o projeto de investigação, foram de facto um desafio para com a vida profissional e familiar. Como aspetos facilitadores destaco a motivação, satisfação, empenho, capacidade de iniciativa e humildade que procurei demonstrar neste processo de aquisição de competências, mas também todo o apoio da parte dos professores e orientadores que me acompanharam.

A conclusão deste relatório levou ao desenvolvimento de competências que geraram conhecimento e valor na enfermagem traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC. Desta forma, finalizando a redação deste relatório, considero que foram adquiridas e desenvolvidas as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica e as Competências de Mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. (R.T. 09/2013). 1-32. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. (R.T. 14/ 2019) <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf.
- American Heart Association Guidelines for CPR and ECC (2020). <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Anderson, J. L., Adams, C. D., Antman, E. M., Bridges, C. R., Califf, R. M., Casey, D. E., Chavey 2nd, W. E., Fesmire, F.M., Hochman, J.S., Levin, T.N., Lincoff, A.M., Peterson, E.D., Theroux, P., Wenger, N. K., Wright, R. S., Smith Jr, S. C., Jacobs, A. K., Adams, C. D., Anderson, J. L., ... Wright. (2007). ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, 116(7), 803–877. DOI: [10.1016/j.jacc.2007.02.013](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.02.013)
- Araujo, J., & Leitão, E. M. (2012). A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 11(2). <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8943/6836>
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. (2020). Real-time debriefing after critical events: exploring the gap between principle and reality. *Anesthesiology Clinics*, 38(4), 801-820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Bagorriha, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre] <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª ed. New York: Springer, 2009.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: revisão de literatura. 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2016), (pp. 572-577). Universidade Lusófona do Porto. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/78>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., WeiB, B., Kramarz, P., Monnet, D.L., Kretzschmar, M.E. & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS medicine*, 13(10), e1002150. DOI: [10.1371/journal.pmed.1002150](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150)
- Centre for Disease Control and Prevention (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011) <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>

- Chan, S., Cheung, N., Graham, C., & Rainer, T. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*. 21(4), 345–352. DOI: [10.12809/hkmj144399](https://doi.org/10.12809/hkmj144399)
- Cheng, A., Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M., & Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. *Advances in Simulation*, 6(1), 1-9. 1) <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>
- Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Corso R, Vacirca F, Patelli C, Leni D (2014). Use of “Time-Out” checklist in interventional radiology procedures as a tool to enhance patient safety. *Radiol Med*. 2014;119(11):828-34. <https://doi.org/10.1007/s11547-014-0397-9>
- Cruz, C. D. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. *Diagn. tratamento*, 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Cruz, I. C. (2014). Nurse´s self-knowledge—a book review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 7(1). <https://www.proquest.com/docview/1652862952?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true#>
- Despacho n.º 10319/2014 da Direção-Geral da Saúde (2014). Diário da República n.º 153/2014, Série II de 11 de 8 de 2014, páginas 20673 – 20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 5613/2015 da Direção-Geral da Saúde (2015). Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, páginas 13550-13553. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º1250/2020 da Direção-Geral da Saúde (2020). Diário Da República: II Série, p.125– 127. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1250-2020-128571977>
- Despacho n.º11/2002 do Ministério da Saúde. Diário da República (2002), I Série- B, nº55. <https://dre.tretas.org/dre/149913/despacho-normativo-11-2002-de-6-de-marco>
- Dias Coutinho, V. R., Amado Martins, J. C., & Carneiro Ribeiro Pereira, M. D. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 41-50. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>
- Diogo, P. Rodrigues, J., Sousa, L.O., Martins, H. & Fernandes, N. (2016). Supervisão de Estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 4*, p. 115 – 122. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0150>
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010a). Manual de implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 Versão Portuguesa. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde (2010b). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Orientação n.º 007/2010 de 06/10/2010. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de06102010-pdf.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma n.º 029/2012, atualização 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde (2014a). Norma nº 020/2014: Medicamento com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção-Geral Da Saúde. p. 1-8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2014b). Norma nº 031/2013 atualizada a 18/12/2014. Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Nº 002/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). Rede de referência de Cardiologia. http://www.acss.minsaude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf.
- Direção-Geral da Saúde (2015c). Norma n.º 015/2013 atualizada a 4 de novembro de 2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. <https://www.dgs.pt/servicos-online1/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-p>
- Direção-Geral da Saúde (2015d). Norma nº 014/2015: Medicamentos de alerta máximo. Direção-Geral Da Saúde. p. 1-7. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma nº001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. p. 1-8 <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma nº 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-25. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017c). Norma n.º 010/2016. Via Verde Sepsis no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2016/09/30/via-verde-sepsis-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde (2018a). Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018b). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019a). Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2019b). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular normativa nº007/2019, Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.as>
- Direção-Geral da Saúde (2020a). Norma nº 004/2020 de 23/03/2020 atualizada a 21/04/2022. Abordagem das Pessoas com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Direção-Geral da Saúde, 1-18. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25978/norma-004-2020-covid-19-abordagem-das-pessoas-com-suspeita-ou-confirma%C3%A7%C3%A3o-de-covid-19-atualizada-a-21042022.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2020b). Norma nº 007/2020 de 29/03/2020. Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17925/norma_007_2020_preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o-por-sars-cov-2-covid-19-equipamentos-de-prote%C3%A7%C3%A3o-individual-epi.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022a). Norma nº 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022b). Norma nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” da Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Direção-Geral da Saúde (2022c). Norma nº 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- European Society of Cardiology (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Biot, France: European Society of Cardiology. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVDPrevention-in-clinical-practice-European-Guidelines-on>
- Evans, C., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing Education Perspectives*: 1/2 2019 - Volume 40 - Issue 1 - p 62-64 doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000308
- Fernandes, M. J. C., & Silva, A. L. D. (2016). Os significados do cuidado de enfermagem à família em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(6), 1899-1908. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11200/12764>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-45. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9296/1/9296.pdf>
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019). Portal da Fundação Portuguesa de Cardiologia [Internet]. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia. <http://www.fpcardiologia.pt>
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. In *Seminars in perinatology* (Vol. 37, No. 3, pp. 166- 174). <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>

- Gilmartin S., Martin L., Kenny S., Callanan I. & Salter N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* 2020; 9: doi:10.1136/bmjopen-2020-000913 <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen/9/3/e000913.full.pdf>
- Goot, W., Keers, J., Kuipers, R., Nieweg, R., & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Gregório, C. (2017). O Debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3029>
- Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of postresuscitation debriefing frameworks in emergency settings: a systematic review. *AEM Education and Training*, 4(3), 223-230. <https://doi.org/10.1002/aet2.10444>
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). Enfermagem cardíaca—um guia polivalente. *Loures: Lusociência*, 163-203.
- Hawranek, M., Gašior, P.M., Buchta, P., Gierlotka, M., Czaplá, K., Tajstra, M., Pyka, T., Lekston, A., Polonski, L., Gasiór, M. (2015). Periprocedural checklist in the catheterisation laboratory is associated with decreased rate of treatment complications. *Kardiol Pol.* 2015;73(7):511-9. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0038>
- Henriques Camelo, S. H., & Pedreschi Chaves, L. D. (2013). O trabalho em equipe como competência do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 107-115. https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle_Range.6.aspx
- Hitchner, L., Yore, M., Burk, C., Mason, J., & Sawtelle Vohra, S. (2023). The resident experience with psychological safety during interprofessional critical event debriefings. *AEM Education and Training*, 7(2), e10864. <https://doi.org/10.1002/aet2.10864>
- Instituto de Emergência Médica (2021). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica, atualização 2021. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Instituto Politécnico de Leiria, C. T.-C. (2018). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. <https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/Guia-de-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%A9micos-ESSLei-2018.pdf>
- International Council of Nurses (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Genève: ICN. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Joint Commission Internacional (2018). Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care. Joint Commission International. [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_(1).pdf)
- Joint Commission International (2021). Hospital National Patient Safety Goals. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/simplified-2021-hap-npsg-goals-final-11420.pdf>
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., Brar, M. & Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-

- resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Lei n.º 12/93 da Assembleia da República (1993). Diário da República: - I Série-A nº 94 (1993) (pp. 1961– 1963). <http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, páginas 2127 – 2131. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 – 8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Macedo M.B., Santos T.B., Santana T.S., de-Sousa A.R., de-Oliveira L.C. (2021). Controle glicêmico em pacientes críticos: operacionalização de um protocolo de insulino terapia. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*. 2021; 6:01-09. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210053>
- Macedo, R., Dias, a. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19-30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Germano, N., Caramelo, N., Dias, C., & Borba, A. (2008). Manual de ventilação mecânica no adulto-Abordagem ao doente crítico. *Loures: Lusociência*. ISBN: 9789728930424
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
- Melo, E. C. A., & Enders, B. C. (2013). Construção de sistemas de informação para o processo de enfermagem: uma revisão integrativa. *Journal of Health Informatics*, 5(1) <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/233/161>
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 137-180). Lisboa: Lidel. https://issuu.com/lidel/docs/9789897524196_enfermagem_em_cuidados_intensivos_is

- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cardiac intensive care in Portugal: The time for change. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, 39(7), 401-406. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2174204920301999>
- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., & Ruivo, A. (2017). Preservação do direito à privacidade: perceção do doente internado Revisão Integrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 1000-1012. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/211/299.
- Nascimento, E. & El Sayed, K. (2002) – Administração de conflitos. Curitiba: Coleção Gestão empresarial, 2002, p.47-56. <http://some-educacional.com.br>
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 25(2), e4500014, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Conselho Jurisdicional. Parecer N.º 20/2001: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Parecer n.º 61/2017. Atribuição do Tempo para a Passagem de Turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer N.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer N.º 15/2018- Funções Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecern%C2%BA15_2018fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicinaintensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Estatística de Enfermeiros. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>

- Ordem dos Médicos (2009). Normas de boa prática em trauma. Lisboa: Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boa-pratica-em-trauma/>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. D., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. D. A. L. M., Vattimo, M. D. F. F., Kimura, M., ... & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (tiss-28): directions for application. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39(2), 229- 233. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/14.pdf>.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., & Coutinho, P. (2016). Rede de referenciação de medicina intensiva. *Redes de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva*. <https://r-3.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, volume IV (11), 121 - 132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e contro de infeção. Em J. A. Pinho, A. C. Teixeira, A. Bernardino, A. Costa, A. S. Rosinhas, A. Dias, ... T. Peixoto. Lisboa: Lidel. ISBN:978-989-752-419-6
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. ISBN: 9789728383848
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., Giannuzzi, P. (2016). Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. European Journal of Preventive Cardiology, 23(18), 1994–2006. <https://doi.org/10.1177/2047487316663873>
- Pimenta, C., Pastana, I., Sichieri, K., Solha, R. & Souza, W. (2015). *Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem*. <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%2025.02.14.pdf>
- Rafei, P., Walser E.M., Duncan, J.R., Rana, H., Ross, J.R., Kerlan, R.K., Gross, K.A., Balter, S., Bartal, G., Abi-Jaoudeh, N., Stecker, M.S., Cohen, A.M., Dixon, R.G., Thornton R.H. & Nikolic, B. (2016). Society of Interventional Radiology IR Pre-Procedure Patient Safety Checklist by the Safety and Health Committee. J Vasc Interv Radiol. 2016;27(5):695-9. <https://doi.org/0.1016/j.jvir.2016.03.002>
- Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). Relatório CRRNEU <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>
- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série, N.º 233, 2/12, p. 30247-30254. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, N.º48, 10/03, p. 5948-5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República: 2ª série, N.º 135, 16/7, p. 19359-19370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª série, N.º 26, 6/02, p. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, páginas 128 – 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 728/2021 da Ordem dos Enfermeiros (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República n.º 151/2021, Série II de 2021- 08-05 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>
- Ribeiro, J. C., Ruoff, A. B., & Baptista, C. L. B. M. (2014). Informatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Avanços na Gestão do Cuidado. *Journal of health informatics*, 6(3). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/296/199>
- Rocheta, J. F. P. (2018). Indicadores de qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos (Doctoral dissertation). <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20%20Disserta%3%a7%3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>
- Rodziewicz T.L., Houseman B., Hipskind J.E. (2023). Medical Error Reduction and Prevention. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing- does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695-701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>
- Sá-Couto, C., Rodrigues, D., & Gouveia, M. (2022). Debriefing or Feedback: Exploring the Impact of Two Post-Scenario Discussion Methods in the Acquisition and Retention of Non-Technical Skills. *Acta Médica Portuguesa*, 36(1), 34–41. <https://doi.org/10.20344/amp.16898>
- Saint, S., Greene, M. T., Fowler, K. E., Ratz, D., Patel, P. K., Meddings, J., Krein, S. L. (2019). What US hospitals are currently doing to prevent common device-associated infections: results from a national survey. *BMJ Qual Saf.*, September, 28(9), 741-749. <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/28/9/741.full.pdf>
- Sales C.B., Bernardes A., Gabriel C.S., Brito M.F.P., Moura A.A., Zanetti A.C.B. (2018) Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(1):126-34. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuyesen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in Simulation*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>
- Sheehy S. (2011). *Enfermagem de Urgência – Da teoria à Prática*. 6ªed. Lusociência; 2011. ISBN: 9789728930639
- Silva, A.C.P., & Cruz, I.C.F. (2017). Risco de infecção - revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 9(1). <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2930/732>.

- Silva, T., Freire, M., Vasconcelos, M., Junior, S., Silva, W. J., Araújo, P., & Eloy, A. (2018). Deontological aspects of the nursing profession: Understanding the code of ethics. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(1), 3-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos. Recomendações 2008. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). Plano Nacional de Avaliação da Dor. https://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf.
- Teixeira, J.M.F., & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10(5), 135-142. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn10/serlVn10a15.pdf>.
- Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337-342. DOI:10.1097/MOP.0000000000000890
- Valle, R. B. L. R., Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H., & Gasparino, R. (2021). A relação entre a liderança autêntica dos enfermeiros e o empoderamento estrutural: revisão sistemática. *Journal of School of Nursing-University of São Paulo*, (nº55), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201902900366>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. D. S., Trindade, L. D. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *J. Health NPEPS*, 1-18. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>
- Westphal, G. A., & Lino, A. S. (2015). Rastreamento sistemático é a base do diagnóstico precoce da sepse grave e choque séptico. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 27, 96-101. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150018>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “ A SALA DE EMERGÊNCIA E A RESPOSTA EM TRAUMA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA UTILIZAÇÃO DO POCUS”

Plano de Sessão

Designação da Ação:	A Sala de Emergência e a resposta em Trauma – Evidência científica da utilização do POCUS	Duração Total:	1H00
Data:	2022.07.08	Local Realização:	Gefop
Formador (s):	Catarina Isabel de Sousa Rodrigues Aluna do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica		
Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o conhecimento e a capacitação dos enfermeiros para atuar na abordagem ao doente de trauma na Sala de Emergência. 		
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o conceito de Sala de Emergência e as recomendações existentes. Compreender o conceito de trauma e as normas de boas práticas em trauma. Compreender o conceito de equipa de trauma e os critérios definidos para a sua ativação. Conhecer as ferramentas de triagem em trauma. Capacitar os enfermeiros para a abordagem da vítima de trauma. Compreender a evidência científica da utilização do POCUS na resposta ao trauma na Sala de Emergência. 		
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos Ferramentas de triagem em trauma. Equipas de trauma e critérios de ativação. Abordagem à vítima de trauma. Evidência científica da utilização do POCUS na resposta ao trauma na Sala de Emergência. 		
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	<p>Métodos Afirmativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo X Método Demonstrativo <p>Métodos Interrogativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica de Perguntas___ Ensino Programado___ <p>Métodos Activos</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo de Casos___ Brainstorming___ Jogo de Papeis___ <p>Outros_Table top</p>		

Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação em PowerPoint (computador e projetor)
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">• Que os enfermeiros do SUG compreendam a utilização do POCUS na abordagem ao doente de trauma na Sala de Emergência.

APÊNDICE II – MANUAL DE CONSULTA “MANUTENÇÃO DA ANALGESIA EPIDURAL”

MANUTENÇÃO DA ANALGESIA EPIDURAL EM CUIDADOS INTENSIVOS

SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

3º Curso De Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem À
Pessoa em Situação Crítica

Ana Monteiro

Catarina Rodrigues

Inês Damásio

Mónica Baptista

Leiria, novembro de 2022

Índice

INTRODUÇÃO	2
1. ANESTESIA EPIDURAL.....	3
2. INFUSORES ELASTOMEROS DRUG INFUSION BALLON (DIB).....	4
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CATETER EPIDURAL.....	6
4. ATUAÇÃO PERANTE EVENTUAIS EFEITOS SECUNDÁRIOS	8
5. REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL	9
6. PATIENT CONTROLLED ANALGESIA E PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA	10
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

SIGLAS

- **DIB** – *Drug Infusion Balloon* (bomba ou dispositivo elastomérico)
- **EN** – Escala Numérica da dor
- **PCA** – *Patient Controlled Analgesia*
- **PCEA** – *Patient Controlled Epidural Analgesia*
- **PIEB** - *Programmed Intermittent Epidural Bolus*
- **UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- **UCPA** – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- **RASS** – *Richmond Agitation-Sedation*

INTRODUÇÃO

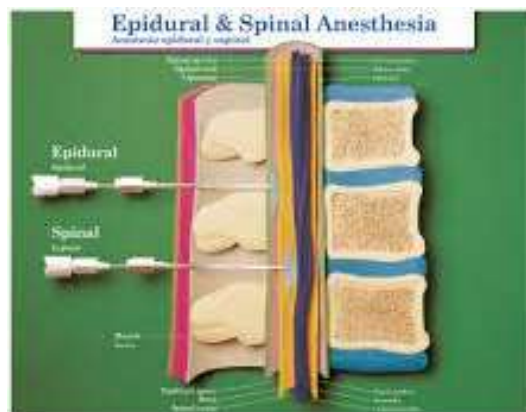
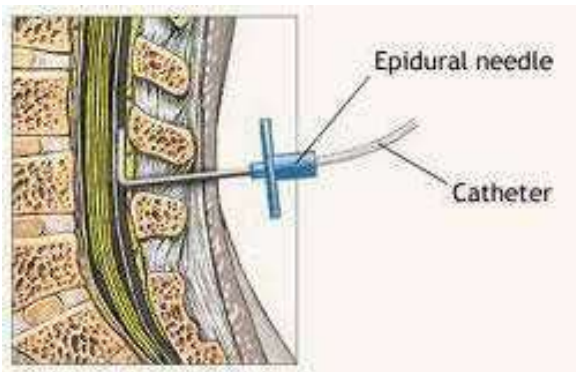
Cerca de 50% dos doentes não cirúrgicos graves referem dor durante o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). As causas de dor são várias, nomeadamente, doença subjacente ao internamento, trauma, cirurgia, cuidados de enfermagem (mobilização, aspiração da via aérea, fisioterapia), imobilização prolongada e procedimentos invasivos terapêuticos, diagnósticos ou de monitorização (Guedes *et al.*, 2012). O método considerado mais confiável para a avaliação da intensidade da dor e da resposta à analgesia é a indicação pelo doente, com recurso a escalas objetivas (Escala Visual Analógica, Escala Numérica Visual, Escala Descritiva Visual) (Guedes *et al.*, 2012).

A presença do tubo endotraqueal, o nível de consciência e/ou a administração de fármacos sedativos dificultam a aplicação destas escalas. A observação de respostas comportamentais como a avaliação da expressão facial, agitação, postura bem como, das respostas fisiológicas ao *stress* como, o aumento da tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diaforese, pressão intracraniana, podem constituir a única avaliação possível da dor (Guedes *et al.*, 2012).

A analgesia eficaz no doente crítico traduz-se em melhoria da função pulmonar e acelera o desmame ventilatório. Neste sentido, a analgesia epidural é a técnica regional mais frequentemente usada no doente crítico sendo particularmente eficaz na obtenção desses objetivos, sobretudo no contexto de analgesia multimodal, onde se reduzem as doses necessárias de opióides para minorar os efeitos colaterais. Está também descrito que a analgesia epidural reduz a incidência de íleos paralítico e melhora a analgesia e a satisfação do doente em situações de trauma torácico, cirurgias do foro abdominal, vascular, ortopédico de grande porte, cardíaco assim como, na pancreatite aguda (Guedes *et al.*, 2012).

ANESTESIA EPIDURAL

A **anestesia epidural** consiste na **administração de fármacos anestésicos ou analgésicos no espaço epidural**. Na realização desta técnica é utilizada a agulha de *Tuohy*, a ponta curva desta agulha diminui a possibilidade de punção acidental da dura e facilita a passagem do cateter.



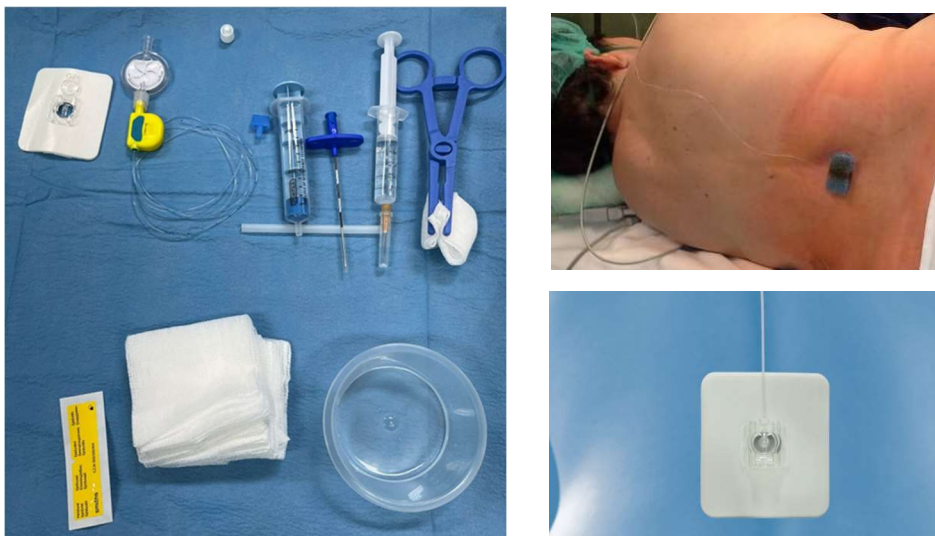
➤ Indicações Do Bloqueio Do Neuro Eixo

- Técnica anestésica: Cirurgias abdominais, pélvicas e dos membros inferiores;
- Adjuvante na analgesia em cirurgia *major* com anestesia geral;
- Controlo da dor aguda no pós-operatório;
- Tratamento da dor crónica.

➤ Complicações

	Cefaleias	Reação tóxica ao agente anestésico
	Náuseas e Vômitos	Analgesia ineficaz/incompleta
	Alterações hemodinâmicas e respiratórias	Hipotensão arterial
	Hematoma epidural	Prurido
	Bloqueio subaracnoideu	Tremores
	Retenção urinária	Depressão respiratória
	Parestesias/Síndrome neurológico transitório	Sedação
	Infeção (abscesso epidural, meningite, aracnoidite)	Obstipação

➤ **Kit de cateter epidural / Posição e Fixação de cateter epidural**



INFUSORES ELASTOMEROS DRUG INFUSION BALLON (DIB)

➤ Existem dois tamanhos de DIB nomeadamente, 100mL e 250mL



➤ **Componentes do DIB**



1 - Corpo do infusor - Elemento que protege o reservatório; **2 - Reservatório** - Membrana Elástica livre de látex, que contém o fármaco; **3 - Linha de infusão** - Incorpora um regulador de fluxo fixo ou variável (elemento que estabelece ligação entre o reservatório e o acesso efetuado ao doente via endovenosa, subcutânea ou epidural).

➤ **Preenchimento do infusor (procedimento geral)**

- Utilizar **técnica asséptica**;
- **Preencher o reservatório** de acordo com a prescrição médica;
- **Introduzir o Soro Fisiológico antes do(s) fármaco(s)**, ou preparar a perfusão em seringa e só depois preencher o DIB, pois será o primeiro líquido introduzido que irá preencher o prolongamento (fig.2);
- **Eliminar possíveis bolhas de ar** antes de introduzir a solução no reservatório;
- **Expurgar o sistema** de forma a não ser introduzido ar através do cateter no momento do início da perfusão (para expurgar o sistema, é só abrir a tampa do prolongador, fig.4);
- **Colocar no DIB rótulo com a identificação e dosagem do fármaco, hora e data de preparação, identificação do utente a que se destina e do enfermeiro responsável pela preparação**;
- **Adaptar o prolongamento do DIB ao filtro** do cateter epidural;
- **Regular o débito de perfusão** de acordo com a prescrição médica (fig.6);
- **Fixar o DIB** de forma segura, para evitar que se solte;



Figura 1



Figura 2



Figura 3

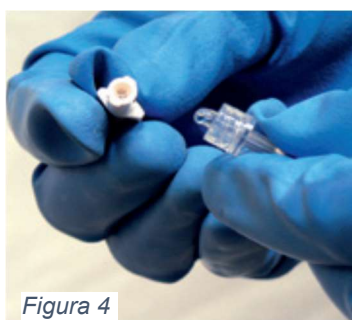


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Precauções

- **Não reutilizar** os infusores elastoméricos;
- **Utilizar exclusivamente a linha de infusão que acompanha o infusor**;
- O fluxo nominal da infusão está calculado para condições de 32°C
- **Não encher o reservatório acima do volume indicado**;
- **Evitar um excesso de temperatura, de humidade ou uma exposição direta da luz** durante o armazenamento dos infusores elastoméricos.

➤ **Administração de bólus pelo cateter epidural**

- Higienizar as mãos;
- Realizar desinfeção da tampa do filtro com clorexidina 2% em álcool (deixar a solução secar totalmente);
- Introduzir a seringa de 5 ml vazia na tampa para injeção e aspirar: **Caso retorne sangue ou LCR límpido, suspender o procedimento e avisar o médico**. Se não houver retorno, proceder à administração do medicamento, conforme a prescrição.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CATETER EPIDURAL

(com base no protocolo institucional disponível na intranet)

- Manter acesso venoso alternativo;
- Vigilância do penso e do local de inserção do cateter:
 - Refazer penso caso se encontre repassado;
 - não utilizar soluções alcoólicas para limpar a inserção do cateter, pois esse agente pode causar lesão nervosa em contato com o espaço epidural;
 - observar se existem sinais inflamatórios do local de inserção do cateter.
- Avaliação e registo da Escala de Avaliação de Bloqueio Motor de *Bromage* e da Escala de Sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)

EscaLa de Bromage

Grau	Descrição
0	Sem bloqueio motor
1	Flete o pé e o joelho; incapaz de elevar a perna em extensão
2	Flete apenas o pé
3	Bloqueio motor completo da extremidade

Fonte: Protocolo PC.514.00

EscaLa de Sedação de RASS

Pontuação	Classificação	Descrição
+4	Combativo	Francamente combativo, violento, risco para a equipa
+3	Muito agitado	Agressivo, puxa tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não-intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por > 10seg
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10seg
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
-4	Sedação profunda	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

Fonte: Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA 289(22):2983–2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

- **Verificar se o cateter ou prolongador não estão obstruídos ou dobrados** e se a pressão de perfusão (PCEA ou DIB) é a normal;
- Em caso de **hipotensão (decrécimo > 20% do valor inicial)**, administrar **soro cristalóide 500 ml IV em perfusão rápida (500 ml em 30 minutos)**, interromper a analgesia em curso e **contactar o Anestesiologista** de serviço (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20- 08h);

- Se o doente apresentar **parestesias/ bloqueio motor, suspender elastómero durante 2 horas. Voltar a ligar com débito basal inferior** (perfusão contínua: menos 2ml/h do que definido previamente. Se bomba de PCEA: contactar o Anestesiologista de serviço (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- **Manter todo o sistema em circuito fechado. Se desconexão acidental do filtro ou cateter, proteger a ponta com compressa estéril e contactar o Anestesiologista.**

ATUAÇÃO PERANTE EVENTUAIS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Náuseas e/ou vômitos: **Ondansetron 4 mg IV (injeção lenta), dose única.** Em caso de **persistência de vômitos, contactar o Anestesiologista** de urgência (2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Prurido: **Ondansetron 4mg IV**; se não se verificar resolução e o prurido for severo, **administrar Naloxona 0,05 - 0,1 mg IV.**
- Sedação: **Naloxona 0,1 mg IV e repetir a cada 2 minutos** (dose máxima 0,6 mg). **Contactar o Anestesiologista** de urgência (2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Bradipneia (frequência respiratória < 8 cpm): **Naloxona 0,1 mg IV e repetir a cada 2 minutos** (dose máxima 0,6 mg). Administrar **oxigenoterapia a 15L/minuto. Contactar o Anestesiologista** de urgência (ext. 2404 das 8-20h / 2424 das 20-08h);
- Retenção urinária: algaliação.

REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL

Retirar quando analgesia sistémica é eficaz no controlo da dor

- **Técnica:** Doente em decúbito lateral com flexão dos joelhos, com luvas esterilizadas desinfetar a zona de inserção do cateter com solução antisséptica, puxar o cateter em direção aos membros inferiores (se existir resistência, não continuar!);
- Verificar e registar presença de sinais inflamatórios ou outra anomalia no local de inserção do cateter (se sinais inflamatórios enviar a extremidade do cateter para microbiologia);
- Verificar a integridade da extremidade inserida do cateter aquando da sua remoção e cobrir o ponto de entrada com compressa estéril durante 24 horas;
- Monitorizar e registar o bloqueio sensitivo e motor até 24 horas após extração do cateter epidural;
- A remoção do cateter epidural deve respeitar as recomendações relativas à terapêutica anticoagulante:

	Tempo suspensão para retirar o cateter	Nova dose após retirar o cateter
Apixabano	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
Rivaroxabano	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
Dabigatrano	≥ 36h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HBPM profilática	≥ 12h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HBPM terapêutica	≥ 24h	≥ 6h (24h se punção traumática)
HNF sc	≥ 12h	≥ 1h
HNF ev	≥ 6h	≥ 1h

Aspirina, triflusal e AINEs

Sem necessidade de suspensão

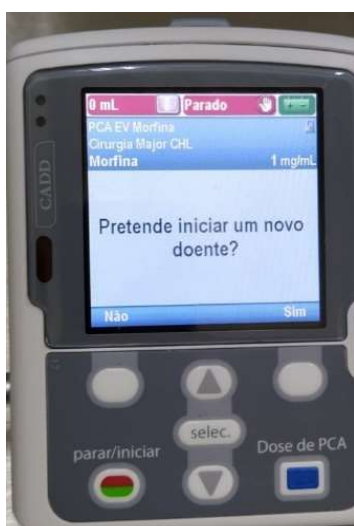
Fonte: Protocolo PC.514.00

PATIENT CONTROLLED ANALGESIA (PCA) e PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA (PCEA)

Patient Controlled Analgesia (PCA)	Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA)
<ul style="list-style-type: none"> • Administração de analgesia por via endovenosa • Opióides (morfina, por exemplo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia fornecida por PCA via epidural • Opióides (sufentanilo ou morfina, por exemplo)

- ✓ Programada pelo enfermeiro ou anestesista (microprocessador) – com programas pré-estabelecidos (protocolos PCA/PCEA);
- ✓ Fornece uma dose pré-programada de fármaco de forma contínua;
- ✓ Permite a autoadministração de analgésico de forma intermitente, controlada pelo doente através da pressão no botão de controlo;
- ✓ Permite bólus suplementar pelo anestesista (com código);
- ✓ Permite estabelecer um intervalo entre bólus pedidos pelo doente (intervalo mínimo de 8 minutos);
- ✓ Limite de dose em 4 horas (morfina limite de 25 mg).

➤ Programação da PCA



1. Admitir novo doente



2. Iniciar novo doente



3. Selecciona terapêutica
PCA



4. Selecionar terapêutica
PCEA



5. Selecionar fármaco



6. Introduzir código



7. Aceitar os valores
pré-definidos

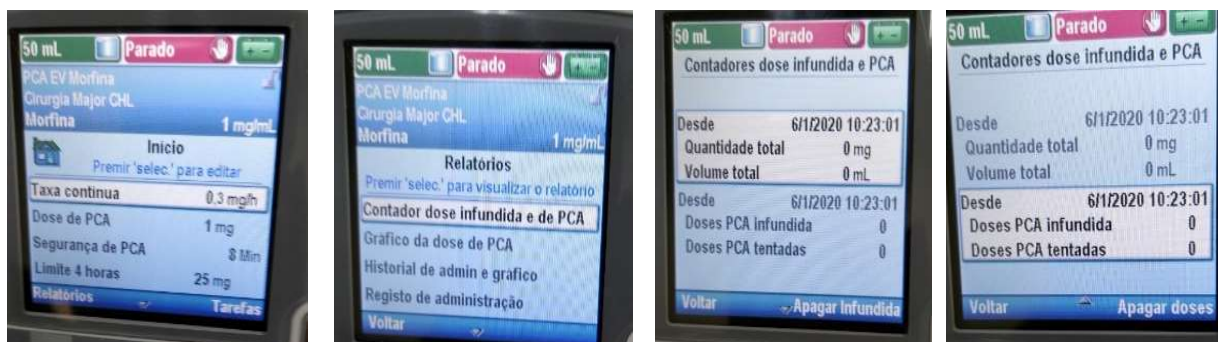


8. Selecionar volume do reservatório: 50 ml, 100ml ou
150ml

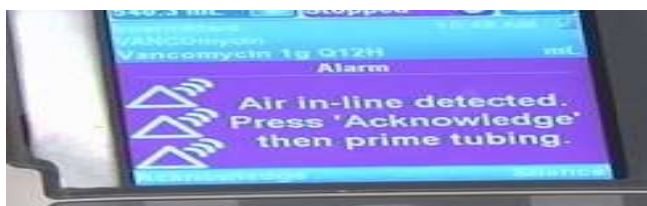
➤ **Selecionar relatórios para visualizar e contabilizar**

Permite avaliar:

- Dose infundida nas últimas 24h;
- Número de pedidos feitos pelo doente;
- Número de doses administradas.



➤ Erros de bomba parada



- Ar na linha;
- Oclusão a jusante/montante. Removê-la e reiniciar;
 - Verifique a obstrução:- torneira fechada
 - clampe fechado
 - prolongador dobrado
- Falta de bateria (PCA pode funcionar com pilhas);
- Quando se preenche o reservatório da PCA/PCEA e se coloca novamente no doente tem que se redefinir o volume do reservatório na programação da PCA;
- Sempre que necessário na SMI o Enfermeiro pode contactar o Anestesiista de urgência ou Enfermeiro da visita da dor aguda/UCPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. (3ª Edição). Ficha Técnica.
- Duarte, A.; Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. (1ª Edição). Lidel.
- Ely EW, Truman B, Shintani A, et al. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289 (22), páginas 2983–2991. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196696>
- Guedes, L.; Rebelo, H.; Oliveira, R.; Neves, A. (2012). Analgesia Regional em Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62 (5), páginas 724-730. <https://www.scielo.br/j/rba/a/cvcR5r9ZT4XMvnrjtHsnkrp/?format=pdf&lang=pt>
- Machado, H. (2018). *Manual de Anestesiologia*. (1ª Edição). Lidel.
- Manica, J. (2018). *Anestesiologia*. (4ª Edição). Artmed Editora.
- Morgan, G.; Mikhail, M. (2017). *Anestesiologia Clínica*. (5ª Edição). Revinter.
- Sou Enfermagem. (2018, julho, 5). *Administração por via epidural (peridural)*. <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/administracao-por-via-epidural-peridural>

APÊNDICE III – ARTIGOS PARTILHADOS PARA DISCUSSÃO DA EQUIPA DA UCIC

Rev Port Cardiol. 2020;39(7):401–406



ARTIGO DE REVISÃO

Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança



Sílvia Monteiro^{a,*}, Ana Teresa Timóteo^b, Daniel Caeiro^c, Marisa Silva^c,
António Tralhão^d, Cláudio Guerreiro^c, Doroteia Silva^e, Carlos Aguiar^f,
José Santos^g, Pedro Monteiro^h, Victor Gilⁱ, João Morais^j



RESEARCH

Managing educational practices for qualified nursing care in cardiology

Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia
Gestionando prácticas educativas para la atención de enfermería calificada en cardiología

Cintia Koerich¹, Alacoque Lorenzini Erdmann¹

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Health Sciences Center, Nursing Department. Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

International Journal of Nursing Studies 120 (2021) 103975



Can an individualized adherence education program delivered by nurses improve therapeutic adherence in elderly people with acute myocardial infarction?: A randomized controlled study



Elena Calvo^{a,*}, Sílvia Izquierdo^{b,1}, Rocio Castillo^{c,1}, Elisabeth César^{c,1}, Gerard Domene^{c,1},
Ana Belén Gómez^{c,1}, Carmen Guerrero^{d,1}, Lola Andreu-Periz^{c,1},
Joan Antoni Gómez-Hospital^{d,1}, Albert Ariza-Solé^{d,1}

Received: 11 December 2019 | Revised: 20 April 2020 | Accepted: 22 May 2020

DOI: 10.1002/nop.2.544

RESEARCH ARTICLE

NursingOpen WILEY

Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway

Elise Kvalsund Bårdsgjerde¹ | Bodil J. Landstad^{2,3} | Torstein Hole^{4,5} |
Magne Nylenna^{6,7} | Kari Hanne Gjeilo^{8,9,10} | Marit Kvangarsnes^{1,11}

APÊNDICE IV – GUIA DA FORMAÇÃO TABLETOP

TABLE TOP Plano de Emergência Externo de Catástrofe do Hospital da região centro (13/07/2022)

Chefe de Equipa: J. O. Diretora Clínica: S. D. Enfª Coordenadora: I. D. Médico responsável pela área: A. C. Enfª Triagem: C. R. Registos do *table top*: M. B.

HORA	INTERVENIENTE	TAREFA
16:55	Vigilante + C.R.	Vigilante encontra a C.R. lá fora e diz-lhe que está a haver incêndios com muita gente e já com estradas cortadas
16:56	C.R.	C.R. avisa o J.O. sobre esse possível alerta e é preenchido por ambos o Documento 1 (Registo da informação do alerta)
16:57	J.O.	J.O. liga para o CODU para validar a situação, não atendem, liga à Proteção Civil que dá a seguinte informação: - Encontram-se a avaliar ainda a situação não conseguindo ainda fornecer muita informação - Que estradas estão efetivamente cortadas - Que se encontram em situação de exceção, porém o plano municipal não foi ativado
17:00	J.O. I.D.	J.O. reúne com a Inês dizendo a informação que tem, e pede à Inês para lhe dar <i>up date</i> de como está a lotação do SUMC. Lotação do SUMC: - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 27 doentes na área Laranja - 52 doentes na área Amarela - 26 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 30 doentes a aguardar primeira observação médica (FRAGILIDADE) - 8 doentes a aguardar triagem
17:03	J.O. e Gestor de Camas	J.O. decide gerir os doentes que se encontram no SUMC para perceber quais podem ser drenados para internamentos e quais podem ter alta. Comunica com o gestor de camas do SUMC para averiguar essa situação. Percebeu-se que existem 12 vagas de internamento, e 15 macas livres em corredor do SUMC.
17:05	I.D.	Comunica com os Enfermeiros de cada área para agilizarem os internamentos o mais rapidamente possível. Percebe que devido aos incêndios, irão faltar dois Enfermeiros no turno da Noite, pelo que ausculta a equipa de Enfermagem presente, se duas pessoas poderão seguir turno.
17:12	-----	Continuamos sem informação que justifique ativar o plano de emergência Cada área do SUMC já conseguiu frenar 2 doentes para internamentos, portanto um total de 6 doentes já foram para o internamento

17:15	-----	Mantemos ainda 30 doentes a aguardar avaliação médica!
17:17	J.O.	Dado o número de doentes a aguardar avaliação médica, o J.O. decide fazer <i>pressing</i> a médicos para agilizarem os doentes que aguardam a sua avaliação e eventualmente até altas logo que possível.
17:23	C.R.	Chegou uma doente dependente em maca com Bombeiros do domicílio, triagem de Manchester aplicada, aguarda. Os Bombeiros não têm grande informação sobre a situação dos incêndios e da situação de exceção em questão.
17:25	Assistentes técnicas	Mantêm-se a tentar contactar o CODU para mais informação.
17:27	J.O.	Contacta hospitais próximos para solicitar, se possível, não enviar doentes. Contacta hospitais que drenam para este hospital para informar que só deverá enviar doentes em situação crítica
17:30	J.O.	Contactar se temos recursos materiais em quantidade suficiente, em especial o nível de oxigénio do hospital. Ligou para serviço de apoio e percebeu que o oxigénio foi reabastecido hoje.
17:31	J.O.	Informou BO (nomeadamente anestesia), SMI, da eventualidade de precisarmos de apoio. SMI com 5 vagas.
17:35	J.O.	Informar serviço de Imunohemoterapia que poderá ser necessário transfusão de vários e diversos hemoderivados
17:37	J.O.	Contactar assistente social para informar que não será possível receber casos sociais e que poderemos ceder 9 camas/macas para outro local onde se irá drenar os casos sociais.
17:41	-----	Informação de capotamento de um autocarro de Bombeiros, feito novo alerta e preenchido novo documento 1 de registo da informação do alerta
17:42	-----	CODU informa que não sabe a gravidade das vítimas, apenas que são 15 vítimas, não conseguindo desviar nenhuma para outro centro hospitalar e que prevê-se que cheguem ao SUMC dentro de 15/20min.
17:44	J.O. I.D.	Nova reavaliação da lotação do SUMC. Lotação do SUMC: - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 20 doentes na área Laranja - 48 doentes na área Amarela - 21 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 25 doentes a aguardar primeira observação médica - 11 doentes a aguardar triagem

17:45	J.O. e Diretora de Serviço	Comunica alerta e como se encontra o SUMC à Diretora de Serviço para decisão do nível a acionar do plano de catástrofe.
17:49	-----	Decidido acionar nível I e convocar gabinete de crise em conformidade com o estipulado no plano, via SMS conforme o manual. Informado restante centro hospitalar que foi ativado o Nível I do plano de Catástrofe.
17:51	I.D. J.O.	Decide colocar a C.R. na triagem primária junto à sala de emergência, uma assistente técnica e um assistente operacional. João decide que fica um médico generalista na triagem primária. Montada mesa e respetivos kits de triagem primária em catástrofe (START)
17:58	J.O.	Decide evacuar a área Verde, alocando 10 dos doentes na área laranja, e 11 na área amarela, que serão zonas não catástrofe, ficando a área verde e a área dos vermelhos disponível para catástrofe.
18:00	J.O.	Decide como alocar a equipa médica consoante especialidade, e lotação às diferentes áreas. - 1 Médico responsável, 1 cirurgião, 1 ortopedista na área catástrofe - 1 Medicina interna na Sala de Emergência (MÁ DECISÃO)
	I.D.	Decide alocar 4 Enfermeiros na área catástrofe, e 2 na Sala de Emergência
18:05	C.R.	Chegada do doente 1: masculino a andar com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:07		Doente 2: Feminino, não anda, com FR de 22 cpm, FC de 100bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:08		Doente 3: masculino e anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 4: masculino, não anda, FR 22 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 5: feminino, não anda, FR 37 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de emergência com numeração conforme kit de triagem
18:13	J.O.	Realocação do médico afeto à sala de emergência, colocado Médico internista na área não catástrofe dos amarelos e colocado cirurgião na sala de emergência.
18:15	C.R.	Doente 6: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:16		Doente 7: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 8: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 9: masculino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem

18:17		Doente 10: masculino, não anda, FR 32 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de Emergência com numeração conforme kit de triagem
		Doente 11: feminino, não anda, FR 20 cpm, FC 80 bpm, TPC 1.5 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:18		Doente 12: masculino, não anda, FR 27 cpm, FC 147 bpm (prioridade Vermelha), alocado à sala de emergência com numeração conforme kit de triagem
18:20	J.O. I.D.	Constatam que é o 3º doente vermelho a entrar na sala de emergência. J.O. decide acrescentar mais um cirurgião e I.D. decide colocar o Enfermeiro do gabinete de informações para a sala de emergência.
18:22	I.D.	Decide que um dos 4 Enfermeiros da área catástrofe inicia triagem secundária TRTS de 15/15min
18:23	C.R. e Médico de triagem	Doente 13: não respira, permeabilizada via aérea, mantém-se sem respirar (prioridade Preta), levado para a casa mortuária com numeração conforme kit de triagem
18:24	C.R.	Doente 14: não anda, FR 12 cpm, FC 152 bpm (prioridade Vermelha), alocado à área catástrofe por decisão do João e Inês, visto terem mais espaço físico e mais recursos humanos disponíveis. Vai com numeração conforme kit de triagem
18:25		Doente 15: masculino, não anda, FR 19 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:26	-----	Recebe chamada do CODU a informar que não irão mais vítimas de momento
18:27	J.O. I.D.	Decidem desmontar a triagem primária e arrumar material. Porém o plano mantém-se, apenas é desativado quando todos os doentes estão orientados e por indicação do Presidente do CA.
18:28	-----	Término do <i>table top</i> , considerações finais

Forças:

- Plano de Catástrofe do Hospital da região centro de Portugal já existe (embora com necessidade de atualizações)
- Sala de Emergência sem doentes, pronta a receber
- Inicialmente, diretora de serviço, Enfº Chefe e 2 enfermeiros coordenadores presentes no SUMC
- Antecipamos a possível situação de catástrofe, tendo drenado vários doentes para internamento nomeadamente
-

Ameaças:

- Falta de informação

Fraquezas/Fragilidades:

- 30 a 25 doentes a aguarda avaliação médica

Falhas no plano:

- De momento não existe biblioteca nem UCPA 1 (em obras)
- Apenas está contemplado no plano a ativação dos níveis mediante numa de doentes e respetiva prioridade baseada em estatística, porém se houver um balanço diferente entre prioridades, o plano não contempla como decidir relativamente ao nível
- Não há carta de ação para o Enfermeiro Chefe do SUMC
- Carro de emergência já existe um em cada área, pelo que não será necessário mobilizar um conforme está no plano
- Prevê que a saída de doentes do Hospital é feita junto ao refeitório, porém não contempla se existir falha de elevador, como deslocar doentes em maca. Se no mesmo piso do SUMC pensámos na saída dos profissionais no piso 01, se doentes de outros pisos não sabemos

Erros:

- Médico Internista alocado à Sala de Emergência
- Chefe de equipa não usufruiu da presença da Diretora Clínica, Enfermeiro Chefe e 2 coordenadores no gabinete da chefia que estavam presentes inicialmente, que poderiam ter agilizado as primeiras decisões antes do segundo alerta do autocarro de Bombeiros capotado.

Dificuldades:

- Alocação dos recursos humanos às respetivas áreas mediante as diferentes necessidades.
- O facto de transpormos certas decisões que são tomadas habitualmente, não sendo provavelmente mais corretas, mas pelo hábito tomamos as mesmas decisões
- Esquecimento de contactar diferentes serviços de apoio
- Cingimo-nos muito ao plano em vigor, dificilmente pensámos um bocado fora do plano vigente

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Colega, eu, Catarina Isabel de Sousa Rodrigues, estudante nº 5110029 do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, e Enfermeira na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um hospital da região centro de Portugal, venho solicitar a sua colaboração na realização deste trabalho de investigação, intitulado “O *Debriefing* no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria na prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte (hugo.s.duarte@ipleiria.pt).

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas como melhoria da qualidade dos cuidados enquadra-se no âmbito das competências do enfermeiro especialista. Neste sentido como enfermeira da VMER, cuidando diariamente de pessoas em situação crítica, pretendo implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da equipa da VMER, à Pessoa em Situação Crítica, com recurso à estratégia de debriefing estruturado, após evento crítico.

Para a concretização da investigação, solicito a sua colaboração no preenchimento de dois questionários: questionário 1, cujo objetivo é a realização de um diagnóstico de situação acerca do *debriefing*; e o questionário 2 que permite analisar a implementação do debriefing estruturado nos profissionais da equipa da VMER, após evento crítico.

Este questionário – 1 – é constituído por duas partes: caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos participantes, e perceção dos profissionais face à estratégia de *debriefing*. O preenchimento do questionário tem uma duração estimada de 7 minutos.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato, sendo destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados será efetuado apenas pelos investigadores do estudo. Se em qualquer momento quiser desistir da participação do mesmo poderá fazê-lo sem qualquer tipo de implicação.

Agradeço desde já a sua colaboração. Catarina Rodrigues (5210029@ipleiria.pt).

QUESTIONÁRIO 1

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação, através do preenchimento deste questionário, permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço. A confidencialidade e anonimato serão mantidos.

- Aceito participar
- Não aceito participar

Código do Participante:

Coloque os últimos 3 algarismos do seu número de cartão de cidadão e a última letra da sua localidade (p.e. 123A). (Número-Número-Número-Letra):

Parte I – Caracterização Sociodemográfica, Académica e Profissional do Participante

1.1. Idade:

_____ anos

1.2. Género:

- Feminino
- Masculino
- Enfermeiro

1.3. Profissão:

- Enfermeiro
- Médico

1.4. Habilitações Académicas:

- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

1.5. Especialidade:

- Sim
- Não

Se respondeu sim, na questão anterior, qual a especialidade?

1.6. Tempo de exercício profissional (em anos):

1.7. Tempo de exercício de funções na VMER (em anos):

1.8. Tempo de formação de Curso de VMER (em anos):

Parte II – Opinião dos profissionais face à estratégia de Debriefing

Os profissionais de saúde que trabalham na VMER estão frequentemente sujeitos a situações consideradas eventos críticos, definidas como situações que ameaçam sobrecarregar a sua capacidade para os enfrentar, ou lhe trazem um conjunto de emoções, pensamentos ou comportamentos com uma elevada carga cognitiva e emocional.

Como evento crítico consideramos situações como PCR, agressões, suicídios, trauma, situações de multivítimas, ocorrências pediátricas, complicações, erros ou a própria morte do doente.

2.1. O que é para si o *Debriefing*?

2.2. No decorrer da sua atividade profissional, já alguma vez implementou a estratégia de *Debriefing*?

Sim

Não

2.3. Se respondeu sim, na questão anterior, quais as principais dificuldades identificadas à implementação da estratégia de *Debriefing*?

2.4. Em que contexto implementou a estratégia de *Debriefing*?

Formativo / Simulação Clínica

Prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica

2.5. Em que aspetos / fatores, de forma global, considera que a implementação da estratégia de *Debriefing* tem impacto?

2.6. Acharia pertinente a implementação desta estratégia, na VMER, após eventos críticos?

Sim

Não

Grata pela sua colaboração,

Catarina Rodrigues

APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO 2

QUESTIONÁRIO 2

Este questionário insere-se no projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvido no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Venho solicitar a sua colaboração na realização deste trabalho de investigação, intitulado “O Debriefing no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria na prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica”, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

O desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas como melhoria da qualidade dos cuidados enquadra-se no âmbito das competências do enfermeiro especialista. Neste sentido como enfermeira da VMER de um hospital da região centro de Portugal, cuidando diariamente de pessoas em situação crítica, pretendo implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com recurso à utilização da estratégia de debriefing, após eventos críticos.

Para a concretização desta investigação, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A aplicação deste instrumento após a realização do debriefing estruturado pretende avaliar a importância desta estratégia na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na equipa da VMER.

O instrumento caracteriza a implementação do Debriefing, com recurso à Escala de Avaliação do Debriefing de Coutinho, Martins e Pereira (2014), adaptada para avaliação em contexto prático. O preenchimento do questionário tem uma duração estimada de 6 minutos.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato, sendo destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados será efetuado apenas pelos investigadores do estudo. Se em qualquer momento quiser desistir da participação do mesmo poderá fazê-lo sem qualquer tipo de implicação.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Catarina Rodrigues

Consentimento informado, livre e esclarecido

Declaro ter lido e compreendido as informações enunciadas. Aceito participar nesta investigação, através do preenchimento deste questionário, permitindo a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço. A confidencialidade e anonimato serão mantidos.

- Aceito participar
- Não aceito participar

O *debriefing* considera-se um processo facilitador para o desenvolvimento de planos de melhoria, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Implementou a estratégia de *Debriefing* estruturado, após eventos críticos, no âmbito deste protocolo de melhoria da qualidade de cuidados?

- Sim
- Não

Os eventos críticos podem ser considerados como aquelas situações que ameaçam sobrecarregar a capacidade do indivíduo para os enfrentar, ou que lhe trazem um conjunto de emoções, pensamentos ou comportamentos com uma carga excessivamente forte, podendo no caso dos profissionais de saúde conduzir a situações em que as suas habilidades sejam afetadas.

Após a formação realizada sobre *debriefing* estruturado prestou cuidados à pessoa em situação crítica em que tipo de eventos críticos:

- Paragens Cardiorrespiratórias
- Agressões
- Suicídio
- Cenários de trauma
- Situações de multivítimas
- Cenários pediátricos

- Complicações / erros
- Morte de doentes
- Outros

Parte II – Escala de Avaliação do *Debriefing* de Coutinho, Martins e Pereira (2014), adaptada para avaliação em contexto prático

Após a realização do *Debriefing* estruturado, com recurso ao Guião de *Debriefing*, aplicado aos eventos críticos, considera que esta estratégia contribuiu para:

Na aplicação da EADaS solicito a resposta a 34 questões, com a aplicação de uma escala tipo Likert.

1- Discordo totalmente

2- Discordo

3- Nem concordo nem discordo

4- Concordo

5- Concordo totalmente

Item	1	2	3	4	5
1. Estruturar o meu pensamento					
2. Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros					
3. Aprender mais					
4. Me focar nos aspetos importantes da atuação					
5. Me deixar muito ansioso / stressado					
6. Refletir sobre as minhas competências					
7. Identificar prioridades na atuação					
8. Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação					
9. Me humilhar frente aos outros					
10. Aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação					
11. Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante					
12. Identificar aspetos que devo melhorar em atuações futuras					

13. Desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas					
14. Criar conflitos no grupo					
15. Não querer participar em mais nenhuma ocorrência de Pessoa em Situação Crítica					
16. Aumentar a minha autoconfiança					
17. Desenvolver competências de liderança					
18. Eu me sentir incompreendido					
19. Aumentar o potencial de trabalho em equipa					
20. Eu me sentir desrespeitado					
21. Eu me sentir realizado					
22. Reforçar a minha iniciativa em situações futuras					
23. Desenvolver a relação de ajuda					
24. Eu sentir que foi uma perda de tempo					
25. Reforçar a minha autonomia para intervir					
26. Identificar dificuldades na minha atuação					
27. Promover a autoconsciência (conhecer as próprias emoções)					
28. Eu me sentir no centro do processo de formação contínua					
29. Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes					
30. Melhorar a minha capacidade de gerir emoções					
31. Bloquear o meu raciocínio					
32. Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente					
33. Eu sentir que a equipa tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional					
34. Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação					

Grata pela sua colaboração,
 Catarina Rodrigues

APÊNDICE VII – POWERPOINT FORMAÇÃO *DEBRIEFING*

3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O DEBRIEFING NO PRÉ-HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Mestranda Catarina Isabel de Sousa Rodrigues nº 5210029
Docente Orientador: Professor Doutor Hugo Duarte



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



OBJETIVOS

- Dar a conhecer o projeto de investigação à equipa da VMER
- Definir conceito de *debriefing*
- Estruturar o processo de *debriefing*
- Explicar as vantagens do *debriefing*
- Indicar as limitações à realização do *debriefing*
- Definir o conceito de evento crítico
- Apresentar o guião de *debriefing* estruturado
- Treinar a implementação do guião estruturado (com exemplos práticos)

IMP CATARINA RODRIGUES - MESTRADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



O DEBRIEFING NO PRÉ-HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Projeto de Investigação

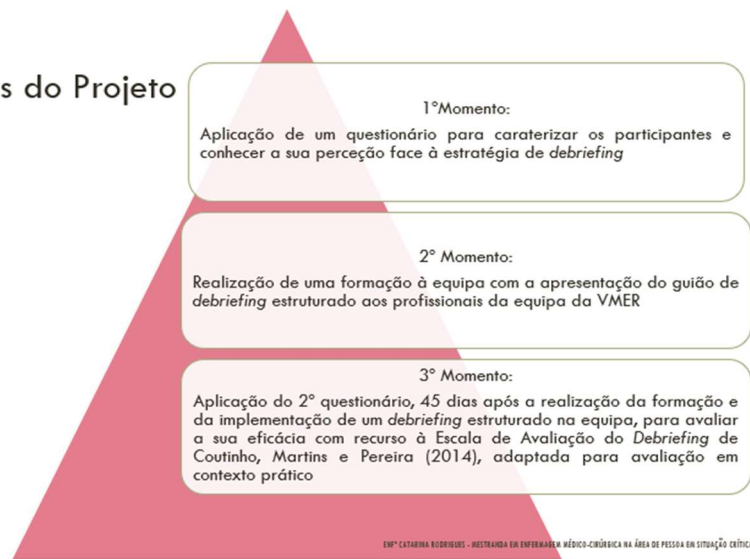
3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Catarina Isabel de Sousa Rodrigues nº 5210029

Este trabalho permitirá a reflexão sobre esta estratégia, auscultando a equipa, percebendo a importância do *debriefing* na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, com o objetivo de implementar um projeto de melhoria da qualidade.

IMP CATARINA RODRIGUES - MESTRADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Fases do Projeto



ENQUADRAMENTO DO PROJETO

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), no regulamento n.º 429/2018 (p.19362), define:

A Pessoa em Situação Crítica 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”.

PROFISSIONAIS DA VMER devem ter a capacidade de reconhecimento precoce do doente crítico e ser dotados de competências e conhecimentos na abordagem emergente destes doentes (INEM, 2019).

EM^a CATARINA RODRIGUES - BREVETADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ENQUADRAMENTO DO PROJETO

- **desenvolvimento de competências não técnicas**, como:
- juízo clínico
 - trabalho em equipa
 - tomada de decisão em situações complexas
 - comunicação com os doentes, família e outros profissionais
 - gestão de prioridades
 - Liderança



As competências não técnicas assumem um papel importante na prevenção de erros, melhorando a resiliência dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade e o aumento da segurança dos doentes. (Servotte et al., 2020)

EM^a CATARINA RODRIGUES - BREVETADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ENQUADRAMENTO DO PROJETO

A utilização do **feedback** envolvendo a participação dos profissionais de saúde



Contribui para a diminuição de perturbações e/ou falhas na comunicação dentro das equipas de saúde responsáveis pela diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes. (JC, 2018)

Em contexto de emergência

A comunicação e a implementação de processos que permitam a reflexão das equipas sobre as suas práticas, como o **debriefing** assumem especial importância uma vez que, os profissionais vivenciam uma multiplicidade de sentimentos, quer positivos quer negativos, que interferem no trabalho da equipa de saúde.

(Azinhaga, 2014)

EM⁺ CATARINA RODRIGUES - MESTRADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEBRIEFING

- ❖ O debriefing surgiu inicialmente associado às forças armadas e indústria da aviação.
- ❖ Com base nestas experiências percebeu-se a importância do debriefing na cultura de segurança das organizações e assim foi introduzido o conceito de debriefing na saúde.
- ❖ No final da década de 80, Dr. David Gaba introduz o treino dos anestesiológistas em incidentes críticos com a utilização de manequins, promovendo o debriefing como uma parte fundamental no processo de desenvolvimento e aprendizagem, associado não só a processos de simulação, mas também a pós-eventos críticos constituindo-se uma mais-valia na maximização da aprendizagem e facilitação de mudança a nível individual e sistemático.

(Gardner, 2013)

EM⁺ CATARINA RODRIGUES - MESTRADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

DEFINIÇÕES DE DEBRIEFING

- Conversa ou reflexão guiada no sentido de produzir aprendizagem, tendo sido associado em contexto de emergência a melhorias no desempenho das equipas (Coggins *et al.*, 2020).
- Discussão e análise de uma experiência utilizando a avaliação e integração das lições aprendidas, permite a discussão da experiência identificando os pontos que correram bem e aqueles que podem ser melhorados (Gardner, 2013).
- Poderosa ferramenta educacional e de qualidade que pode influenciar positivamente o comportamento da equipe e consequentemente os resultados nos cuidados à pessoa (Kessler *et al.*, (2015).
- Facilita a discussão acerca do desempenho individual e da equipa no seu todo, promovendo o desenvolvimento de planos de melhoria, tendo em vista a otimização da qualidade e segurança do doente (Gilmartin *et al.*, 2020).

EM⁺ CATARINA RODRIGUES - MESTRADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Debriefing

O *debriefing* visa melhorar o desempenho das equipas de saúde, incorporando abordagens que promovem o bem-estar, a resiliência individual e a coesão das equipas.

(Coggins et al., 2020)

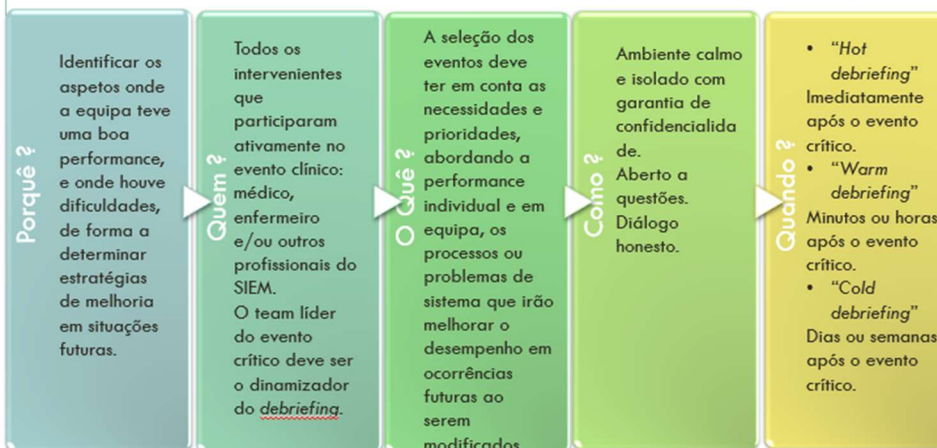
A *American Heart Association (AHA)* recomenda o *debriefing* após todas as paragens cardíacas, consideradas eventos críticos. *Debriefings* interdisciplinares após paragens cardiorrespiratórias demonstraram melhorar a sobrevivência dos pacientes.

(Servotte et al., 2020; Gilmartin et al., 2020; Kessler et al., 2015)

FBP CATARINA RODRIGUES - BARRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PROCESSO DE *DEBRIEFING*

(Kessler et al., 2015; Gardner, 2013)



PROCESSO DE *DEBRIEFING*

(Kessler et al., 2015; Gardner, 2013)

Onde ?

Numa atmosfera amigável, com a promoção de um ambiente aberto, definido como “zona de segurança” onde é permitida a autorreflexão de cada um dos participantes com enfoque na análise do seu trabalho em equipa, reconhecendo o valor da cada participante nos principais objetivos de aprendizagem.

BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING

- ✓ Falta de tempo
- ✓ Dificuldade na estruturação do *debriefing*
- ✓ Fatores culturais, como a falta de interesse de alguns profissionais
- ✓ Medo da crítica
- ✓ Cultura de culpabilização
- ✓ Desvalorização desta estratégia por parte dos profissionais

ENP CATARINA RODRIGUES - INESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

EVENTOS CRÍTICOS

Definem-se como situações que ameaçam sobrecarregar a capacidade do indivíduo para os enfrentar, ou que lhe trazem um conjunto de emoções, pensamentos ou comportamentos com uma carga excessivamente forte, podendo no caso dos profissionais de saúde conduzir a situações em que as suas habilidades sejam afetadas.

(Burns, 2016; Healy & Tyrrel, 2013)

ENP CATARINA RODRIGUES - INESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

EVENTOS CRÍTICOS



ENP CATARINA RODRIGUES - INESTRANDA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

GUIÃO DE *DEBRIEFING* ESTRUTURADO

Fase 1 - Reação

- Resumo da situação experienciada
- Resumo dos antecedentes da situação clínica

Fase 2 – Entendimento/Reflexão

- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa
- Reflexão sobre os comportamentos/performance de cada profissional isoladamente
- Reflexão sobre as *guidelines*/protocolos/algoritmos usados
- Descrição de pontos positivos da situação
- Descrição de pontos a melhorar no futuro

Fase 3 - Sumário

- Reconhecimento de aspetos a melhorar no futuro
- Resumo das aprendizagens

(Adaptado de Gardner, 2013; Bagornilha 2020)
EM* CATARINA RODRIGUES - HESTRADA EN ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Take Home Messages

- ✓ O principal foco do *debriefing* não deve ser apontar erros e falhas dos indivíduos, mas sim a análise dos fatos e das diferentes perspetivas da ação, no sentido de promover uma melhoria dos processos e resultados no doente.
- ✓ Promover a utilização de questões abertas com linguagem objetiva.
- ✓ Manter as conversas confidenciais entre o grupo envolvido.
- ✓ Permitir uma reflexão individual e de grupo, dando espaço aos profissionais para compreender as suas emoções e experiências, assim como o desenvolvimento de conhecimentos que podem ser utilizados em situações futuras.
- ✓ A realização de sessões de *debriefing* em grupo podem fornecer aos profissionais o apoio necessário para combater o impacto negativo de situações com elevado nível de stress.

EM* CATARINA RODRIGUES - HESTRADA EN ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azinhaga, A. I. R. (2014). Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:5338>
- Bagornilha, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400/26/33210>
- Burns B. (2016). Caring for colleagues through debriefing. *Nursing New Zealand* (Wellington, N.Z.1995), 22(8), 12–42. <https://www.aonahospital.org.nz/wp-content/uploads/2019/08/Kai-Tiaki-Article-Sept-16-Caring-for-colleagues-through-debriefing.pdf>
- Coggins, A., Santos, A. D. L., Zaklana, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(1). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A., & Pereira, M. D. F. C. R. (2014). Construção e validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239972005>
- Gardner, R. (2013, June). Introduction to debriefing. In *Seminars in perinatology* (Vol. 37, No. 3, pp. 166- 174). <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>
- Gilmartin S., Martin L., Kenny S., et al. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* 2020; 9: e000913 <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen-2020-000913.full.pdf>
- Healy, S., Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32–37. doi:10.7748/en2013.03.20.10.32.s8
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). Manual de suporte avançado de Vida: Versão 1.0. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Joint Commission Internacional (2018). Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care. Joint Commission International. https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_11.pdf
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República: 2ª série, N.º 135, 16/7, p. 19359-19370. <https://www.dre.pt>
- Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuyssen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in Simulation*, 5(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>

EM* CATARINA RODRIGUES - HESTRADA EN ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APÊNDICE VIII – POSTER *DEBRIEFING*

DEBRIEFING ESTRUTURADO APÓS EVENTOS CRÍTICOS

VMER

Deve responder a:

PORQUÊ ?

Identificar os aspetos onde a equipa teve uma boa performance, e onde houve dificuldades, de forma a determinar estratégias de melhoria em situações futuras.

QUEM ?

Todos os intervenientes que participaram ativamente no evento clínico: médico, enfermeiro e/ou outros profissionais do SIEM.
O team líder do evento crítico deve ser o dinamizador do *debriefing*.

O QUÊ ?

A seleção dos eventos deve ter em conta as necessidades e prioridades, abordando a performance individual e em equipa, os processos ou problemas de sistema que irão melhorar o desempenho em ocorrências futuras ao serem modificados.

COMO ?

Ambiente calmo e isolado com garantia de confidencialidade.
Aberto a questões.
Diálogo honesto.

QUANDO ?

Imediatamente após o evento crítico "*hot debriefing*"
Minutos ou horas após o evento crítico "*warm debriefing*"
Dias ou semanas após o evento crítico "*cold debriefing*"

ONDE ?

Numa atmosfera amigável, com a promoção de um ambiente aberto, definido como "zona de segurança" onde é permitida a autorreflexão de cada um dos participantes.

Fase I: Reação

- Resumo da situação experienciada
- Resumo dos antecedentes da situação clínica

Fase II: Entendimento/Reflexão

- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa
- Reflexão sobre os comportamentos/performance de cada profissional isoladamente
- Reflexão sobre as *guidelines*/protocolos/algoritmos usados
- Descrição de pontos positivos da situação
- Descrição de pontos a melhorar no futuro

Fase III: Sumário

- Reconhecimento de aspetos a melhorar no futuro
- Resumo das aprendizagens

APÊNDICE IX – GUIÃO DE *DEBRIEFING* ESTRUTURADO

GUIÃO DE *DEBRIEFING* ESTRUTURADO

Data: ___/___/___

Duração do *debriefing*:

Tipo de Ocorrência:

	Efetuado
Decorreu em ambiente calmo e isolado	
Foi liderado pelo <i>Team Leader</i>	
FASE I – REAÇÃO	
Realização de um resumo da situação experienciada	
Realização de um resumo dos antecedentes da situação clínica	
FASE II – ENTENDIMENTO/ REFLEXÃO	
Reflexão sobre o comportamento/ performance da equipa	
Reflexão sobre o comportamento/ performance de cada profissional isoladamente	
Reflexão sobre as <i>guidelines</i> / protocolos/ algoritmos utilizados	
Descrição de pontos positivos da situação	
Descrição de aspetos a melhorar no futuro	
FASE III – SUMÁRIO	
Reconhecimento de aspetos a ter atenção no futuro	
Resumo das aprendizagens	

Adaptado de Gardner (2013) e Bagorriha (2020)

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CONGRESSO INTERNACIONAL DE FERIDAS E LESÕES
MULTIPROBLEMÁTICAS 2022”



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Catarina Isabel de Sousa Rodrigues

Participou no **Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas 2022**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 02 e 03 de junho de 2022,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 06 de junho de 2022



A Presidente do Congresso
Lígia Monterroso



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



ANEXO II – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE EM FORMA DE POSTER “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE – REVISÃO TEÓRICA”



Certificado

Certifica-se que **Ana Monteiro, Catarina Rodrigues, Dora Nunes, João Oliveira e Cátia Santos**, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE- REVISÃO TEÓRICA**, no Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas, CIFLM2022, que se realizou via On-Line.

Porto, 06 de junho de 2022



A Presidente do Congresso
Lígia Monterroso



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes



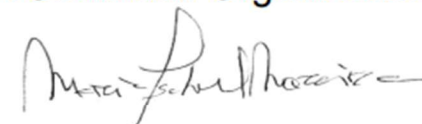
ANEXO III – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “XVI ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO CHL”



Certificado

Declara-se para os devidos efeitos que ***Catarina Isabel de Sousa Rodrigues*** participou no XVI Encontro de Enfermagem do CHL subordinado ao tema “***Novos rumos para novos desafios***”, realizado nos dias 13 e 14 de outubro de 2022 com a duração de 16 horas.

A Comissão Organizadora



ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO *WEBINAR* “ENFERMAGEM FORENSE: UMA REALIDADE”



ANEXO V – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “*INTERNATIONAL CONGRESS OF EMERGENCY (ICE)*
23”



ICE

14 abril 2023



INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

Auditório da Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade de Lisboa

www.opemerg.pt

CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Isabel De Sousa Rodrigues**

participou como **Congressista no ICE 2023 (Internacional Congress on Emergency)**,

realizado no Auditório da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de

Lisboa, no dia 14 de abril de 2023.



ANEXO VI – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “A SALA DE EMERGÊNCIA A RESPOSTA AO TRAUMA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DA UTILIZAÇÃO DA POCUS” NO CONGRESSO ICE 23



Diploma



Para os devidos efeitos, a **Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (APEMERG)** declara que:

Catarina Isabel Sousa Rodrigues; Hugo Miguel Santos Duarte

apresentaram o Póster intitulado:

A sala de emergência e a resposta ao trauma – Evidência científica da utilização da POCUS
no Congresso ICE23 (International Congress on Emergency), que decorreu no dia 14 de Abril de 2023, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Lisboa, 20 de Abril de 2023

Tiago Carvalho

Presidente da Direção da APEMERG

ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO “II ENCONTRO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA” DA UTAD

utad
UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

CERTIFICADO

A Escola Superior de Saúde - UTAD certifica que Catarina Isabel de Sousa Rodrigues, esteve presente no II Encontro do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – O Cuidado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com a duração de 7 horas, que decorreu através da plataforma de vídeo e audioconferência online *Zoom*, no dia 3 de junho 2023.

Vila Real, 3 de junho de 2023.

P'la Comissão Científica P'la Comissão Organizadora

Cristina Luagimário



Elsa Teixeira

ANEXO VIII – AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO *DEBRIEFING* ASSOCIADO À SIMULAÇÃO (ALTERAÇÃO DA EADAS PARA CONTEXTO CLÍNICO)



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA**

Exm^a Sr^a Enfermeira Catarina Rodrigues,


Verónica Rita Dias Coutinho, professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra na Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Médico-cirúrgica, vem por este meio autorizar a utilização da "Escala de Avaliação do *Debriefing* associado à Simulação" para o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, intitulado "O *Debriefing* no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria na prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica". Mais informo, que dou parecer favorável às alterações que sugerem para que a Escala possa ser utilizada no contexto da prática clínica uma vez que não altera o seu objetivo principal.

Solicito que, no final do trabalho envie um exemplar, artigo ou relatório (PDF) do mesmo.

Ao dispor para qualquer questão.


Com os mais respeitosos cumprimentos.

Coimbra, 12 de outubro de 2022



(Verónica Rita Dias Coutinho)

ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO GUIÃO DE *DEBRIEFING*

Projeto de Investigação "O Debriefing no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria na prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica"     Caixa de entrada x



Catarina Isabel Sousa Rodrigues




 sex., 24 de fev., 15:15 (há 13 dias) 

Boa tarde Caro Enfermeiro Tiago, espero que se encontre bem. O meu nome é Catarina Isabel de Sousa Rodrigues, sou estudante do 3º Mestrado de Enfermage...



Tiago Bagorrihla

para mim ▾

ter., 28 de fev., 23:07 (há 9 dias)   

Boa noite Catarina

Fico contente pelo desenvolvimento de mais projetos académicos no mesmo âmbito do que foi o meu.

São sempre importantes para o desenvolvimento de enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão.

O *Debriefing* é de extrema importância nos serviços como medida de segurança para o doente e como defesa mental das próprias equipas de saúde. Infelizmente pouco trabalhado, mas com esperança de que no futuro se entenda a importância do mesmo.

Da minha parte encontra-se autorizada a utilizar o "Formulário de Observação de *Debriefing* no Serviço de Urgência", com votos de bom trabalho e com esperança de que o teu trabalho enriqueça o desenvolvimento de enfermagem e contribua para a segurança do doente.

Cumprimentos pessoais

Tiago M. O. Bagorrihla

ANEXO X – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/04/2023

Data: 22/02/2023

Título do estudo – O Debriefing no Pré-Hospitalar como estratégia de melhoria da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Nome do (s) proponente (s): Catarina Rodrigues e Prof. Hugo Duarte

Este estudo tem como objetivo principal implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da equipa da VMER, à Pessoa em Situação Crítica, com recurso à estratégia de debriefing estruturado, após evento crítico. -----
Foram definidas a população e amostra assim como os critérios de inclusão pelo que o estudo será aplicado na equipa de Profissionais de Saúde da VMER [REDACTED] constituída por Enfermeiros e Médicos e da qual a investigadora faz parte. A técnica de amostragem será não probabilística por conveniência, mediante a aceitação de participação dos profissionais no estudo, através do preenchimento do consentimento livre, informado e esclarecido. -----
Num 1.º momento pretendem aplicar um questionário (Questionário 1), para caracterizar os participantes e conhecer a sua perceção face à estratégia de debriefing e, num 2.º momento, aplicar um questionário (Questionário 2) 60 dias após a realização da formação e da implementação de um debriefing estruturado na equipa, para avaliar a sua eficácia com recurso à Escala de Avaliação do Debriefing de Coutinho, Martins e Pereira (2014), adaptada para avaliação em contexto prático. -----
Para o 2.º momento do estudo foram definidos como critérios de inclusão a atuação em eventos críticos, tais como: Paragens Cardiorrespiratórias (PCR), agressões, suicídio, cenários de trauma, situações de multivítimas, cenários pediátricos, complicações / erros ou a própria morte de doentes, e mediante a participação na realização de debriefing estruturado após esse evento crítico. Critérios exclusão: participação em cenários não referidos nos critérios de inclusão e não participação na implementação do debriefing. -----
Com a colaboração do Coordenador da VMER da [REDACTED] os questionários para a recolha de dados serão disponibilizados via online com recurso ao google forms, assim como o consentimento informado antes da disponibilização das questões sobre o assunto em estudo. -----
No consentimento informado e esclarecido os participantes são informados que irão participar nas várias fases do estudo e é apresentada a forma como será garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia, sendo também assegurado que os dados são destinados exclusivamente ao estudo em causa. -----
As questões dos questionários não identificam os participantes e um código com os últimos 4 algarismos do número de telefone e a última letra da localidade de cada participante unirão as respostas dos participantes nos dois momentos do estudo. -----

1



Atendendo ao exposto, consideramos que se encontram reunidas as condições necessárias para a emissão de um parecer favorável à realização do estudo, realçando-se que este não dispensa a autorização das instituições onde o estudo irá ser efetuado. -----

P'la CE a Presidente

Assinado por: **MARIA DOS ANJOS COELHO RODRIGUES DIXE**
Num. de Identificação: 05813419



ANEXO XI – PARECER DIRETOR DO SERVIÇO E ENFERMEIRO COORDENADOR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL
Para estudo ou projeto de investigação com promotor interno

Título do estudo ou projeto de investigação: *Debriefing no pré-hospitalar: uma estratégia de melhoria da prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica*

Nome do proponente: Catarina Isabel de Sousa Rodrigues (Enfermeira)

N.º mec. 2244

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL

Na qualidade de **Diretor(a) de Serviço**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Serviço: VMER

Data: 06/03/2023

Assinatura

(Dr. Jorge Tomás)

Comentários:

*Considero-se um trabalho pertinente no âmbito da aplicação de um projeto de melhoria contínua da qualidade.
Nessa medida tem um parecer favorável à sua aplicação.*

Aplicar ou adicionar, consoante aplicável

Na qualidade de **Chefe de Enfermagem**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

Serviço: VMER

Data: 06/03/2023

Assinatura

(Enf.ª João Paulo Carvalho)