



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Andreia Sofia Freitas Pereira

DEBRIEFING APÓS PARAGEM
CARDIORRESPIRATÓRIA: A PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

DEBRIEFING APÓS PARAGEM
CARDIORRESPIRATÓRIA: A PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Relatório Final de Estágio

Andreia Sofia Freitas Pereira

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica sob orientação do Professor Mestre Mário Branco

Oliveira de Azeméis | 2024

“Primeiro parecia uma montanha. Depois descobri que era só um degrau.”

Manuel Clemente

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, ao orientador deste projeto, Professor Mestre Mário Branco, pela orientação, atenção e disponibilidade demonstrada.

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa por tornar tão enriquecedor este percurso académico.

À minha família e aos meus amigos, por todo o apoio e motivação, por nunca duvidarem que seria capaz.

Em especial à minha mãe, a quem nem sempre consegui dar todo o apoio que merecia nesta luta contra a doença oncológica. Mesmo nos momentos de maior fraqueza nunca deixou de me dar força e de provar que o amor é sempre a melhor solução. Fez-me acreditar que o amor cura! Que nunca nos falte amor Mamã!

Ao meu irmão, por quem tenho um orgulho imenso, por colocar a bandeira de Portugal ao peito e fazer da paz o seu propósito de vida. Apesar de todos os quilómetros que nos separam nunca deixou de me dar a força que precisava para aguentar firme e forte, tal como me ensinou: *“o medo é uma reação, a coragem uma ação!”*.

Ao meu pai, que mesmo sem proferir uma palavra diz tudo o que preciso ouvir. Tem o dom de falar com o olhar. Um olhar que se enche de orgulho a cada conquista, e esta também é tua!

Ao Filipe, pelo amor incondicional, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis, por me limpar as lágrimas quando desanimava, por caminhar comigo pela vida.

Aos Enfermeiros Tutores pelo acolhimento e partilha de conhecimento proporcionado.

Aos colegas de equipa e à chefia do meu serviço por toda a compreensão demonstrada.

A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia*

APA – Agência Portuguesa do Ambiente

BIS – Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

DGS – Direção Geral de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

E – Entrevistado

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEIH - Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

GCLPCIRA - Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IH – Intra-Hospitalar

MAR – Medicação de Alto Risco

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MI- Medicina Intensiva

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMUC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

VV – Via Verde

RESUMO

A evolução dos cuidados de saúde exige, dos profissionais, rigor a nível técnico e científico, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma necessidade que permite melhorar de forma contínua a prática de enfermagem. Considerando a complexidade e multidimensionalidade da pessoa em situação crítica, torna-se fundamental que os profissionais desenvolvam competências que lhes permitam a mobilização de conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados de saúde, demonstrando a necessidade de uma intervenção altamente qualificada para assegurar as funções vitais de forma eficaz e em tempo útil, com vista à recuperação total.

A paragem cardiorrespiratória representa um evento comum em ambientes que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, assim, torna-se crucial que as equipas se encontrem preparadas para responder adequadamente. A abordagem a pessoas em paragem cardiorrespiratória encontra-se associada a uma carga de stress e ansiedade que pode comprometer a prestação da equipa e consequentemente, a segurança da pessoa. Para combater este efeito é fundamental implementar metodologias de reflexão sistematizadas. O *debriefing* após reanimação é um instrumento valioso na abordagem à pessoa em situação crítica.

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II foi realizado no Serviço de Urgência e no Serviço de Medicina Intensiva de uma Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal. Ambos os locais de estágio representaram uma oportunidade para a obtenção de uma visão holística na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A aquisição de competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica da área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica facultaram o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de tomada de decisão e de reflexão crítica em enfermagem avançada.

A componente de investigação incrementou competências no desenvolvimento da prática baseada na melhor evidência científica. Realizou-se um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo com o objetivo de conhecer a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente à utilização do *debriefing* após abordagem a situações de Paragem Cardiorrespiratória. Para a colheita de dados realizou-se um *focus group*, por videoconferência, com 10 enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desempenhar funções em Serviços de Urgência e Serviços de Medicina

Intensiva há pelo menos 5 anos. Os participantes foram selecionados através de uma amostra por conveniência.

Com a análise dos resultados constatamos que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica percebem o *debriefing* como uma ferramenta com imenso potencial para melhorar os cuidados na abordagem a situações de Paragem Cardiorrespiratória. No entanto, apontam razões como a cultura institucional, a falta de formação e a inexistência de protocolos como barreiras à sua implementação nos contextos da prática clínica.

Palavras-Chave: *Debriefing*; Emergências; Paragem Cardiorrespiratória; Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

The evolution of healthcare requires professionals to be technically and scientifically rigorous, and differentiation and specialisation are increasingly a necessity to continuously improve nursing practice. Considering the complexity and multidimensionality of the person in a critical situation, it is essential that professionals develop skills that enable them to mobilise knowledge and abilities to provide healthcare, demonstrating the need for highly qualified intervention to ensure vital functions effectively and in good time, with a view to full recovery. Cardiorespiratory arrest is a common event in environments that provide care to people in critical situations, so it is crucial that teams are prepared to respond appropriately. The approach to people in cardiopulmonary arrest is associated with a load of stress and anxiety that can jeopardise the team's performance and, consequently, the person's safety. To combat this effect, it is essential to implement systematised reflection methodologies. Debriefing after resuscitation is a valuable tool in the approach to the person in a critical situation. The Nursing Internship for the Critically Ill Person II was carried out in the Emergency Department and the Intensive Care Department of a Local Health Unit in the North of Portugal. Both places provided an opportunity to obtain a holistic view of the care provided to people in critical situations. The acquisition of common and specific competences in Medical-Surgical Nursing in the area of Specialisation in Nursing for the Critically Ill Person enabled the development of critical thinking, decision-making skills and critical reflection in advanced nursing.

The research component increased competences in the development of practice based on the best scientific evidence. A qualitative, exploratory and descriptive study was carried out with the aim of finding out the perception of Medical-Surgical Nurse Specialists regarding the use of debriefing after approaching Cardiorespiratory Arrest situations. To collect the data, a focus group was held via videoconference with 10 nurses specialising in medical-surgical nursing who had been working in emergency departments and intensive care units for at least five years. The participants were selected through a convenience sample.

Analysing the results, we found that Medical-Surgical Nurse Specialists perceive debriefing as a tool with immense potential for improving care when dealing with cardiac arrest situations. However, they point to reasons such as institutional culture, lack of training and the absence of protocols as barriers to its implementation in clinical practice contexts.

Keywords: Debriefing; Emergencies; Cardiorespiratory arrest; Medical -Surgical Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Realização de <i>debriefing</i>	68
Tabela 2: Vantagens do <i>debriefing</i>	71
Tabela 3: Desvantagens do <i>debriefing</i>	74
Tabela 4: Desafios na implementação de <i>debriefing</i>	76

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	19
1. Enquadramento dos contextos de estágio	21
1.1. Estágio em contexto de urgência	21
1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos	23
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	27
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	29
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	32
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	33
3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	37
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	37
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	41
3.3. 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	43
4. Considerações finais	49
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	51
1. Resumo	53
2. Abstract	55
3. Fundamentação/enquadramento teórico	57
4. Finalidade e objetivos	61
5. Metodologia	63
5.1. Desenho do estudo	63

5.2. Considerações éticas	65
6. Resultados e Discussão.....	67
7. Conclusão	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS	89
ANEXO I: RESUMO “MODELO SISTEMATIZADO DE <i>DEBRIEFING</i> : A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE MEDICINA INTENSIVA	91
ANEXO II: PÓSTER “MODELO SISTEMATIZADO DE <i>DEBRIEFING</i> : A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE MEDICINA INTENSIVA	97
ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL	99
ANEXO IV: PRÉMIO MELHOR PÓSTER	101
ANEXO V: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO.....	103
ANEXO VI: FORMAÇÃO EM SERVIÇO	105
ANEXO VII: GUIÃO FOCUS GROUP.....	111
ANEXO VIII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSNorteCVP	113
ANEXO IX: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	115

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular- Estágio à Pessoa em Situação Crítica II, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. A conclusão deste ciclo de estudos assegura a aquisição de uma especialização de natureza profissional que visa o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

Através deste documento é apresentada uma análise crítico-reflexiva fundamentada que visa evidenciar as competências desenvolvidas rumo à especialização em Enfermagem ao longo dos momentos de estágios no Serviço de Urgência (SU) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

A evolução dos cuidados de saúde exige, dos profissionais, rigor a nível técnico e científico durante a prestação de cuidados, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma necessidade que permite melhorar de forma contínua a prática de enfermagem, tornando os enfermeiros mais autónomos e competentes.

Entende-se que a pessoa em situação crítica é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento Nº429/2018, 2018, p.19362), demonstrando a necessidade de uma intervenção altamente qualificada e diferenciada para assegurar a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo, detetando e respondendo de forma adequada, e em tempo útil, aos focos de instabilidade com vista à recuperação total.

Considerando a complexidade e multidimensionalidade da pessoa em situação crítica, torna-se fundamental que os profissionais desenvolvam competências que lhes permitam a mobilização de conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados de saúde. Benner (2001), define competência em enfermagem como a capacidade de desempenhar determinada tarefa, produzindo os resultados desejados, sob as mais variadas circunstâncias. Logo, a experiência e o contacto com o mundo real produzem alterações significativas na forma como o enfermeiro analisa e interpreta as situações com que se depara, mudando a sua forma de atuação perante as mesmas.

Para além do papel crucial do Enfermeiro Especialista (EE) na prestação de cuidados diretos à pessoa/família, estes não se limitam nesta vertente. É igualmente expectável que o EE assuma uma posição central na conceção e operacionalização de projetos de melhoria contínua da qualidade assistencial, funcionando como um veículo para a disseminação das melhores e mais recentes práticas, de acordo com a evidência científica disponível (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Deste pressuposto surge o projeto de investigação intitulado “*Debriefing* após Paragem Cardiorrespiratória: a Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica”.

O *debriefing* é definido como o momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação (Cheng et al., 2023; Greif et al., 2021). O *debriefing*, quando devidamente implementado após a abordagem a uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), permite avaliar os fatores que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança da pessoa em situação crítica em tempo real, reconhecendo barreiras na abordagem, lacunas na formação e, sobretudo, propondo soluções viáveis para os problemas identificados (Kam et al., 2022).

Estruturalmente este relatório encontra-se organizado em duas grandes partes: componente de estágio e componente de investigação. A primeira encontra-se dividida em 4 capítulos: contextualização dos campos de estágio; descrição do processo de aquisição de competências comuns do EE; descrição das competências específicas do EEEMC da área de especialização à pessoa em situação crítica e, por último, a apresentação de algumas considerações finais.

A segunda parte divide-se em 5 capítulos: o primeiro remete-nos para o enquadramento teórico da temática central - *Debriefing*; o segundo descreve a finalidade do estudo e os objetivos; o terceiro permite expor a metodologia de investigação utilizada, nomeadamente, o tipo de estudo, amostra, instrumento de recolha de dados e considerações éticas; o quarto corresponde à apresentação e discussão dos resultados obtidos; e em último lugar, são apresentada as conclusões.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Os estágios representam momentos de formação de extrema relevância na profissão de Enfermagem uma vez que permitem aprimorar o “saber fazer” aliado ao mais recente conhecimento científico. O estágio facilita a articulação da prática com a teoria, permitindo desenvolver competências, colmatar falhas e reconhecer necessidades durante o contacto com o contexto real.

A Unidade Curricular - Estágio à Pessoa em Situação Crítica II, decorreu em dois contextos distintos: Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital da Região Norte de Portugal, no período compreendido entre 2 de outubro de 2023 e 12 de março de 2024, com um total de 440 horas de contacto.

Ambos os contextos prestam cuidados à pessoa em situação crítica com uma vasta diversidade clínica, o que permitiu atingir os objetivos definidos institucionalmente, assim como os objetivos específicos definidos em conjunto com os Enfermeiros Tutores.

Os estágios possibilitaram a melhoria da minha prática de forma coesa, baseada no esforço e dedicação que atribuí a este percurso académico. No futuro irá, certamente, refletir-se no cuidado que prestarei à pessoa em situação crítica.

1.1. *Estágio em contexto de urgência*

O primeiro momento de estágio realizou-se num Serviço de Urgência de um Hospital da Região Norte de Portugal, sob a orientação do Professor Mestre Mário Branco e Tutoria de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Segundo a classificação da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).

O SU caracteriza-se por um ambiente rico em situações clínicas desafiantes e complexas, por se tratar de um serviço que recebe uma vasta tipologia de apresentações clínicas. Para ser possível dar resposta adequada e atempadamente a todos, torna-se necessária uma organização metódica dos espaços e dos recursos humanos.

O SU presta cuidados diferenciados 24 horas por dia a uma abrangente área geográfica, para além da população do concelho onde se situa, abarca ainda os cinco concelhos vizinhos. A complexidade estrutural e a disponibilidade alargada de meios permite dar resposta efetiva

a valências médicas como Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia.

O SUMC representa o segundo nível de acolhimento de situações de urgência e deve funcionar com redes de referência bem estabelecidas, uma vez que irá receber pessoas encaminhadas de Serviços de Urgência Básicos e, irá referenciar, situações que necessitem de cuidados mais diferenciados, para os Serviços de Urgência Polivalentes (Despacho n.º10329/2014, 2014).

Dispõe de especialidades de Clínica Geral, Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral e Ortopedia. Existem outras especialidades que prestam apoio, nomeadamente, a Cardiologia e a Medicina Intensiva. As especialidades que não se encontram disponíveis em período noturno ou ao fim-de-semana implicam a transferência para uma urgência com nível de resposta superior.

Fisicamente encontra-se distribuído em áreas funcionais distintas: Posto de Triagem, Sala de Emergência, Sala de Trauma, Área Medicina Interna, Área Cirurgia/Ortopedia, Área verde/azul, Unidade de Observações e Unidade de Decisão Clínica. Possui uma Área de Sujos, Armazém Avançado, Farmácia e Parque de Equipamentos.

Existem 3 postos de triagem, 2 para adultos e 1 para o atendimento pediátrico. O sistema de triagem tem valor intrínseco ao tornar possível a identificação da prioridade relativa dos doentes, assim como, mandar a criação de um circuito pós-triagem. As Vias Verdes (VV) são circuitos de encaminhamento com participação do extra e do intra-hospitalar que preconizam uma abordagem estruturada e precoce, dado o risco de morbimortalidade das situações clínicas identificadas ou suspeitas (Grupo Português de Triagem, 2011).

A Sala de Emergência (SE) tem capacidade para 3 doentes e é assegurada permanentemente por 1 enfermeiro com formação em Suporte Avançado de Vida e um médico da Especialidade de Medicina Interna. Uma das unidades encontra-se organizada para receber especificamente doentes em idade pediátrica. O enfermeiro alocado à SE é também o elemento destacado para a Equipa de Emergência Intra-Hospitalar e, sempre que é ativado, deixa a SE ao cuidado do elemento de enfermagem previamente estipulado no plano de trabalho. A mala de transporte e o monitor-desfibrilhador que acompanha o enfermeiro na deslocação estão sempre disponíveis na SE.

A Unidade de Decisão Clínica comporta 6 macas e a Sala de Observações um total de 8. A Sala de Observações contempla a possibilidade de admissão de doentes em isolamento de gotículas por patentear capacidade para pressão negativa.

Em todas as áreas do serviço, com exceção da SE e da Sala de Trauma, encontra-se disponível um dispensador automático de medicação que implica senha de acesso do profissional, assim como a associação da prescrição do fármaco ao respetivo doente.

No que concerne à equipa de enfermagem, é composta por 94 enfermeiros que se organizam por equipas de trabalho fixas. Todas as equipas são lideradas por um Enfermeiro Coordenador e são esses elementos que se articulam diretamente com o Enfermeiro Gestor.

O Enfermeiro Coordenador carece de algumas atividades compatíveis com o cargo de responsabilidade que desempenha, dispõe de autonomia na gestão dos elementos da sua equipa relativamente aos postos de trabalho que ocupam. No entanto, cada profissional tem autonomia para gerir os cuidados de enfermagem na área em que se encontra alocado.

A equipa de enfermagem trabalha em jornadas de 12 horas e o horário segue um *rollman* fixo previamente estipulado pela Enfermeiro Gestor.

Durante o período diurno a afluência é substancialmente superior pelo que são necessários 15 enfermeiros para assegurar o turno. O turno da noite é composto apenas por 13 elementos da equipa de enfermagem.

A equipa de enfermagem encontra-se dividida em grupos de trabalho com o objetivo de dar resposta a necessidades identificadas no serviço, permitindo caminhar no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que o serviço presta à comunidade.

Este campo de estágio potenciou a aquisição de competências e teve sempre como guia orientador a temática central da componente de investigação deste relatório de estágio – o *debriefing* - motivo pelo qual se definiram os seguintes objetivos específicos:

1. Desenvolver competências especializadas na promoção e implementação de momentos de *debriefing* realizados após Paragem Cardiorrespiratória na Sala de Emergência.
2. Desenvolver competências especializadas no âmbito de atuação da equipa de emergência intra-hospitalar.

1.2. Estágio em contexto de cuidados intensivos

O segundo período de estágio desenvolveu-se no Serviço de Medicina Intensiva do mesmo Hospital da Região Norte de Portugal, sob a orientação do Professor Mestre Mário Branco e

a tutoria de um EEEMC na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

A Medicina Intensiva (MI) é a área que aborda as situações de doença aguda grave, potencialmente reversíveis, em pessoas que apresentem falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (Ministério da Saúde, 2013).

O SMI é o lugar qualificado para assumir a responsabilidade integral pela pessoa em situação crítica independentemente do local em que se encontre no hospital, assumindo e/ou colaborando na SE ou na enfermaria, através da ativação da equipa de emergência intra-hospitalar.

Trata-se de uma unidade polivalente do foro médico e cirúrgico para o tratamento de adultos, possui todo o material necessário para a prestação de cuidados a doentes classificados como nível II e III. O sistema classifica o nível de cuidados tendo por base a capacidade de resposta, neste contexto existe uma equipa (médica e de enfermagem) funcionalmente dedicada com capacidade para monitorização invasiva, diagnóstica e terapêutica que permitirá assegurar as funções vitais.

Encontra-se dividida em duas alas, designadas por Ala A e Ala B, com uma lotação de 12 camas, 6 para doentes de nível III e 6 para nível II. O facto de existir esta distribuição não significa, necessariamente, que seja cumprida a divisão dos doentes tendo em conta o nível de cuidados. Assim, podemos verificar doentes nível II e nível III na mesma ala, pois ambas dispõem de capacidade técnica e humana para dar resposta às mais diversas situações.

A equipa é constituída por 45 enfermeiros, nomeadamente: 1 Enfermeiro Gestor, 4 EEEMC e 7 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A equipa de enfermagem do SMI foi alargada no contexto da pandemia por COVID-19 e, atualmente, encontram-se vários profissionais a realizar formação na área da pessoa em situação crítica, quer em contexto de formação pós-graduada, quer na realização de ciclo de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Num serviço que se pretende altamente diferenciado, onde se desenvolvem as mais sofisticadas intervenções à pessoa em situação crítica é fundamental incrementar nos profissionais a necessidade de especialização e aquisição de conhecimento constante e, neste sentido, prevê-se, a curto prazo, que o número de EEMC escale para 12 até meados de Janeiro de 2025. Torna-se importante ressaltar que foi perceptível o empenho e preocupação da chefia do serviço em dar cumprimento ao preconizado no Parecer n.º 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018) relativamente à recomendação de dotações seguras em Serviços de Medicina Intensiva, no que ao número de EEMC na área da pessoa em situação crítica diz respeito, para que seja possível distribuir os profissionais com essa competência

equitativamente em todos os turnos. Importa reconhecer que há um amplo percurso a traçar.

Em cada turno estão presentes 6 enfermeiros e, nos turnos diurnos (manhã e tarde) acresce 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O serviço conta com uma equipa de 14 médicos e 14 assistentes operacionais.

A equipa médica encontra-se em presença física 24 horas por dia, ininterruptamente.

O serviço está localizado contíguo ao SU, ao Serviço de Imagiologia e ao Bloco Operatório (BO), apresentando, inclusive, circuito interno de acesso ao BO.

Recebe doentes provenientes de todos os serviços do hospital e, fruto do protocolo com o BO, admite doentes com cirurgia major programada, estando sujeita a uma reserva de vaga que deve ser confirmada no próprio dia. A cedência da vaga é da inteira responsabilidade da Diretora Clínica do Serviço.

A organização do serviço, com vista à melhoria contínua da qualidade, estabeleceu grupos de trabalho para a criação de normas e procedimentos (revistos periodicamente) que tem como linha orientadora os Enunciados Descritivos apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os grupos de trabalho patenteiam também a realização de auditorias internas e momentos de formação em serviço para apresentação e discussão dos resultados obtidos, assim como para a partilha de conhecimento de cada uma das áreas temáticas.

No que concerne ao enunciado da Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, o serviço tem em vigor o Programa STOP Infeção Hospitalar 2.0 em articulação com o Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos do hospital, estando sujeitos a auditorias desta entidade.

Atualmente, o SMI encontra-se em fase de acreditação para reconhecimento da Idoneidade Formativa da Ordem dos Enfermeiros (OE).

A capacidade para abordar, de forma holística, integrada e multidisciplinar, pessoas com problemas complexos e graves é de extrema relevância num mundo em constante especialização do conhecimento. Alinhada com esta necessidade, e por conhecer de perto a realidade do SMI, foram definidos os seguintes objetivos específicos para este período de estágio:

1. Implementação de momentos de *debriefing* no SMI com o desenvolvimento do projeto “Implementação de um modelo sistematizado de *debriefing*”;

2. Desenvolvimento de competências especializadas na realização de ação de formação no âmbito do *debriefing*;

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A evolução dos cuidados de saúde exige, dos profissionais, rigor a nível técnico e científico durante a prestação de cuidados, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma necessidade que permite melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se devidamente regulamentadas e compreendem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para melhor compreendermos o processo de aquisição de competências no cuidado especializado em enfermagem podemos recorrer ao modelo teórico desenvolvido por Patrícia Benner.

Assim, pretende-se apresentar as competências adquiridas tendo como guia orientador a descrição das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, dando resposta aos objetivos estabelecidos.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O cuidado humano não é mais do que um compromisso bidirecional entre o conhecimento, as competências e a ação. Sendo a enfermagem uma profissão pautada pelo contacto humano, torna-se fulcral que seja assente em normas éticas, legais e deontológicas.

É imperativo o respeito pelos direitos humanos, crenças e valores, reconhecendo a individualidade da pessoa/família alvo dos nossos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste domínio, o meu percurso foi orientado e construído com base numa tomada de decisão fundamentada, atendendo à mais recente evidência científica, assim como, à responsabilidade ética e social. Incuti esforços para melhorar a relação terapêutica com a

pessoa/família, respeitando as suas crenças e a sua cultura em todos os momentos, agindo em concordância com o exposto no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no Código Deontológico da profissão.

Num contexto repleto de técnicas invasivas, aliadas à necessidade de monitorização contínua, com recurso à mais recente tecnologia em saúde, como acontece no SMI e na SE do SU, destaca-se a importância do respeito pela dignidade humana e a criação de um ambiente favorável para a prestação de cuidados de saúde especializados. Tanto no SMI como na Sala de Emergência, as pessoas encontram-se dispostas em conceito *open space*, pelo que se revela indiscutível o papel do enfermeiro na garantia da privacidade e intimidade de cada um.

O SU apresenta uma organização, em termos estruturais, que requer um grande foco no cumprimento do direito à privacidade e intimidade. As macas e os cadeirões são dispostos lado a lado e, por vezes, não existe uma cortina ou biombo que permita a individualização. No entanto, sempre que era necessário colher dados ou realizar intervenções de enfermagem que implicassem a exposição da pessoa, a mesma era transportada para uma área destinada para o efeito.

Ambos os contextos são pautados pela criticidade das situações clínicas o que torna a pessoa bastante suscetível para consentir os cuidados. No SU os utentes acometidos por situações graves apresentavam, na sua maioria, capacidade para consentir os cuidados prestados, após uma adequada explicação. No SMI, o facto de as pessoas apresentarem alteração do estado de consciência (por indução farmacológica ou não), e, por necessitarem de ventilação mecânica invasiva, impossibilita-os de comunicar e de decidir sobre si mesmos.

Tentei adequar estratégias que permitissem obter o consentimento, informado livre e esclarecido dos doentes, quer por via da comunicação verbal ou não verbal. Na impossibilidade absoluta de comunicação em qualquer um dos formatos, recorremos à pessoa significativa e/ou representante legal. Em última instância, a atuação foi concretizada assumindo-se o consentimento presumido em prol de obter o melhor prognóstico da pessoa, garantindo que o princípio da beneficência e da não maleficência fossem meticulosamente respeitados (Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

As questões éticas devem representar uma preocupação para o EE e, para enriquecer o meu percurso, tive a oportunidade de submeter um pedido à Comissão de Ética do hospital onde decorria o estágio com o intuito de apresentar os dados colhidos no SMI num congresso de Enfermagem. Este processo burocrático revelou-se uma mais valia para perceber como

funciona e quais os documentos necessários, efetivamente trata-se de um procedimento muito célere e bastante pormenorizado, onde nenhum pormenor pode falhar. Foi necessário realizar algumas alterações na forma de apresentação da documentação a pedido da Comissão, apesar de ser um processo bastante trabalhoso, retirei grandes aprendizagens para que, no futuro, o processo de submissão seja mais simples.

Assim, posso afirmar que sustentei o meu percurso com uma postura profissional ética e legal e mantive a pessoa em situação crítica como sujeito no centro dos cuidados prestados, valorizando e priorizando uma visão holística.

2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

Dentro da generalidade dos profissionais de saúde, o EE encontra-se numa posição privilegiada, tendo em conta o corpo de conhecimentos técnicos e científicos que possui. De acordo com o legislado no Artigo 6º do Regulamento nº 140/2019 (2019), o EE deve garantir *“um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro”* (p. 4745).

O EE assume o dever de investigar as melhores práticas para as incorporar na sua atividade individual e disseminá-las pelos seus pares, instituições e sistemas, tendo por base o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade. Basear a prática de enfermagem na melhor e mais recente evidência científica implica a busca incessante por estudos científicos com rigor metodológico para orientar a conduta e a tomada de decisão. Esta procura deve fomentar, em simultâneo, o espírito crítico reflexivo do EE.

A reflexão sistematizada dos padrões especializados dos cuidados de enfermagem possibilita a elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade permitindo aumentar os níveis de satisfação da pessoa, cuidador e/ou família, a vivenciar um processo de doença aguda grave (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Procurei desenvolver a minha prática baseada na evidência mais recente e atual. Em ambos os contextos de estágio existiam planos de melhoria contínua em curso dos quais tive oportunidade de conhecer e colaborar, sendo que no SMI este desafio elevou-se a outro patamar porque desenvolvi um projeto em conjunto com o Enfermeiro Tutor.

No SU, encontrava-se em desenvolvimento uma formação em serviço, direcionada à equipa de enfermagem, para a utilização do compressor torácico mecânico externo - LUCAS®. A formação do tipo *workshop* era constituída por um momento informal teórico e, posteriormente, um momento prático para permitir o manuseamento do compressor por parte dos profissionais. O serviço dispõe deste equipamento na sala de emergência, mas, após análise da chefia do serviço, detetou-se que o mesmo não era utilizado por falta de formação. A equipa de emergência intra-hospitalar, constituída por um médico do SMI e um enfermeiro do SU, nem sempre recorria ao uso do equipamento para abordar as vítimas em Paragem Cardiorrespiratória (PCR).

Assim, tive a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento, planificação e estruturação do *workshop* e perceber que a implementação de momentos formativos no serviço acarreta grandes alterações na prestação de cuidados.

No SU, em conjunto com o Enfermeiro Tutor, foram vastos os momentos de aprendizagem com vista à melhoria contínua da qualidade. Diariamente era desafiada a querer fazer melhor e sobretudo, realizar a ação com a certeza que de era a intervenção mais apropriada tendo como finalidade o bem-estar e a melhoria da condição das pessoas a quem prestava cuidados.

O SMI prima por incrementar nos profissionais esta premissa da elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade, o facto do serviço apresentar grupos de trabalho que realizam auditorias internas periodicamente, com apresentação de resultados, torna evidentes as necessidades dos profissionais, facilitando a perceção de qual o rumo a seguir. O facto de conhecer de perto a realidade do SMI e quais as suas necessidades tornou possível o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito do *debriefing*.

O SMI não apresenta nenhum modelo sistematizado de *debriefing* para aplicar após a abordagem a situações complexas, pelo que a proposta passou pela sua implementação. O projeto iniciou-se com a abordagem aos profissionais para conhecer a perceção dos mesmos. Após a análise dos dados obtidos, a maioria dos enfermeiros do serviço encontrava-se alinhada com esta carência e reconhece a ferramenta como uma oportunidade de evoluir individualmente e como equipa, no entanto, foi evidente que não apresentavam conhecimento sobre modelos de aplicação de *debriefing*. Do contacto que estabelecemos para a obtenção dos dados foi também notório que os enfermeiros do SMI realizam momentos de *debriefing* em contexto informal, sem grande critério ou organização.

Vários são os estudos que defendem a aplicação de um modelo de *debriefing* estruturado, independentemente da estratégia utilizada para a sua realização, pois permitem desenvolver capacidades como o pensamento crítico, capacidade de autoavaliação e resolução de problemas (Lee, et al., 2020).

Assim, surge oficialmente o projeto intitulado “Implementação de um Modelo Sistematizado de *Debriefing* no Serviço de Medicina Intensiva”.

Após o caminho inicial traçado e depois de analisados os dados, em conjunto com o Enfermeiro Tutor e sob a orientação do Professor Mestre Mário Branco decidimos submeter um resumo (ANEXO I) para apresentação dos resultados da perceção dos enfermeiros do SMI em formato póster – “Modelo Sistematizado de *Debriefing*: Perceção dos Enfermeiros de Medicina Intensiva” - no II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, realizado nos dias 22 e 23 de fevereiro em Amares (ANEXO II).

As questões éticas e deontológicas não podiam ser esquecidas e, para divulgar os resultados foi necessário solicitar o parecer à Comissão de Ética do Hospital onde decorria o estágio que recebeu parecer favorável (ANEXO III).

Importa ressaltar que o SMI dispõe na equipa de enfermagem elementos responsáveis pelo *marketing* digital que foram cruciais na elaboração do póster, pelo que, se encontram identificados como autores pela participação ativa na questão gráfica e lúdica.

A Comissão Científica do evento atribuiu o prémio de melhor póster ao trabalho, a inovação do tema central – *debriefing* – foi enaltecida pelos mesmos como uma área que permitirá enriquecer as equipas e contribuir como um impulsor na procura da melhoria contínua da qualidade (ANEXO IV E ANEXO V).

Com o intuito de integrar toda a equipa de enfermagem do SMI foi realizada uma ação de formação sobre o *debriefing* (ANEXO VI). O projeto pretende, inicialmente, envolver apenas os profissionais de enfermagem e após implementação e avaliação será aplicado de forma macro, incluindo todos os intervenientes na abordagem da situação complexa, enaltecendo a importância do trabalho enquanto equipa multidisciplinar na abordagem à pessoa em situação crítica. No decurso do estágio, por questões temporais não foi possível avaliar o impacto da implementação, no entanto, o projeto continuará em curso no serviço.

O objetivo central passa por implementar o modelo de *hot debriefing* - STOP5 - de Walker (2020), por se tratar de um modelo sintético realizado em apenas cinco minutos, permitindo

a reflexão contínua das práticas, sendo este SMI o serviço pioneiro na aplicação desta modalidade. O tema será abordado e definido mais pormenorizadamente no capítulo II deste relatório.

Considero que toda e qualquer prática de enfermagem deve ser potenciadora da melhoria contínua dos cuidados prestados, com incremento nas práticas a cada dia, sendo o EE um dos grandes impulsionadores da promoção da qualidade nos contextos.

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

A gestão e a liderança em enfermagem assumem um papel de extrema relevância, tendo em conta que podem introduzir melhorias significativas no ambiente onde se desenvolvem eficazmente. O EE deve possuir competências de liderança, negociação e comunicação para dar resposta às dificuldades presentes no serviço onde desempenha funções de forma versátil.

De acordo com o Artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019 (2019) o EE deve gerir “*os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta na sua equipa e a articulação na equipa de saúde*”, assim como apresentar capacidade para “*adaptar a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados*” (p. 4745).

Para o desenvolvimento da profissão de enfermagem é necessário a criação de ambientes que se demonstrem seguros e favoráveis à prática de cuidados, tornando assim notória a importância da atribuição de papéis de gestão aos enfermeiros nos diferentes níveis institucionais. O EE deve representar um elemento de referência no que concerne a questões de gestão, assumindo-se como um líder. As habilidades de liderança em enfermagem integram o desenvolvimento de uma prática avançada e especializada com aumento da qualidade dos cuidados prestados. A liderança deve ser pensada de forma complexa nas instituições de saúde, uma vez que permite obter ganhos em saúde (Mota et al., 2021).

Como já foi referido neste relatório, no SU os profissionais encontram-se organizados em equipas e, cada uma delas, com um coordenador. O Enfermeiro Gestor do SU atribui a função de coordenador de equipa a determinados elementos com competências de gestão e delega funções que devem desempenhar, nomeadamente a gestão e alocação dos profissionais às áreas de trabalho, assim como gerir os recursos materiais para garantir cuidados de qualidade. Como o Enfermeiro Tutor desempenhava o papel de coordenador de equipa, foram várias as aprendizagens neste contexto, nomeadamente, acompanhar processos de

execução de planos semanais, distribuição dos elementos pelas áreas funcionais do serviço, reorganizar as áreas de trabalho sempre que existia a necessidade de realizar um transporte inter-hospitalar, gerir e agilizar o processo de internamento, evitando a acumulação nas salas, assim como gerir a questão material, nomeadamente a realização de pedidos ao serviço de aprovisionamento e à farmácia hospitalar.

No SMI tive a oportunidade de realizar um turno com a Enfermeira Gestora o que permitiu entender algumas das suas funções, para além da gestão dos recursos humanos e materiais, participei ativamente na articulação com as posições hierárquicas superiores, nomeadamente com a Enfermeira Diretora. O meu percurso no SMI decorreu durante a fase de preparação para a recertificação da qualidade pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)*, tendo colaborado com a Enfermeira Gestora na revisão e atualização de normas e procedimentos do serviço de acordo com a mais recente evidência científica, assim como com as novas orientações da Direção Geral da Saúde.

Durante o percurso nos dois momentos de estágio, compreendi que se torna fundamental ter um conhecimento aprofundado de todos os elementos da equipa para conseguir gerir, evitar e mediar conflitos. Para a resolução dos conflitos destaca-se o papel da comunicação. A comunicação é algo que faz parte do dia-a-dia do enfermeiro qualquer que seja o contexto da prática clínica onde se encontra inserido. No que concerne às aptidões de comunicação estas revelam-se como um elo fundamental na gestão e liderança das equipas, sendo um fator influenciador de um trabalho em equipa eficaz.

Considero que desenvolvi competências especializadas neste âmbito, fundamentais para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao longo dos anos a Enfermagem tem sido alvo de variadas transformações, nomeadamente na alteração do paradigma no que se refere à aquisição e consolidação do conhecimento. O enfermeiro deve reconhecer a necessidade de atualização e realizar a sua prática de acordo com a evidência científica mais recente, tornando o espírito crítico o seu escudo motivador nesta caminhada que se prevê contínua, uma vez que a ciência e o conhecimento se alteram diariamente.

Esta competência do enfermeiro especialista encontra-se devidamente regulamentada, mencionando que o profissional deverá desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua *práxis* clínica especializada com evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A promoção do autoconhecimento é um pilar no desenvolvimento do EE, este deve dotar a sua prática na literatura mais recente. A prática baseada na evidência deve ser vislumbrada como uma ferramenta útil para a capacitação do enfermeiro. O EE deve estimular esta prática nos contextos, contribuindo ativamente para o reconhecimento da profissão, assim como para maximizar o potencial das pessoas que recebem os seus cuidados.

As aprendizagens profissionais surgem dos desafios com os quais nos deparamos na prática clínica, sendo estes desafios que nos levam a um patamar superior onde desenvolvemos o espírito crítico reflexivo, primordial na prática de uma enfermagem avançada. A abordagem à pessoa em situação crítica revela-se por si só um enorme desafio e, por esse motivo, o EEEMC deve privilegiar a aquisição e o desenvolvimento de *soft skills*.

Com a globalização e a revolução tecnológica na saúde o enfermeiro necessita de adquirir competências transversais que lhe permitam adequar a intervenção e estabelecer relações terapêuticas eficazes. Segundo Laari et al. (2021) as competências não técnicas representam 85% do sucesso para o trabalho, estando apenas os restantes 15% associados às competências técnicas. Equipas que apresentam melhor desempenho das competências não técnicas exibem melhores resultados nas competências técnicas interferindo no potencial de recuperação e na segurança da pessoa favoravelmente (Nogueira et al., 2021).

Entre as competências não técnicas identificadas, destacamos o papel do *debriefing* como ferramenta indubitavelmente benéfica na aquisição das competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, dado permitir adequar as práticas tendo por base o autoconhecimento, a assertividade e o espírito crítico-reflexivo.

De acordo com Cheng et al. (2023), o *debriefing* permite obter *insights* que evidenciam áreas do conhecimento em enfermagem que careçam de formação e investimento por parte das equipas. Em ambos os contextos da prática clínica tentei, juntamente com os enfermeiros tutores, colocar em prática, ainda que de forma informal, momentos de *debriefing*, que tiveram um papel fundamental na aquisição de competências especializadas.

No SMI, o *debriefing* foi a temática orientadora no desenvolvimento de competências especializadas como já mencionei, de forma detalhada, neste relatório.

Durante o meu percurso no SU muitos foram os momentos de *debriefing* informal realizados com o Enfermeiro Tutor, sobre temas sensíveis, nomeadamente a estabilização da coluna vertebral e cervical com recurso a plano duro e colar cervical rígido.

A imobilização da coluna em pessoas vítimas de trauma sofreu alterações significativas, neste momento, as indicações apontam para um maior risco de efeitos adversos quando aplicadas de forma rotineira (Kreinst et al., 2016). Apesar da entidade responsável pela abordagem das vítimas em contexto pré-hospitalar – INEM – ter atualizado as normas neste âmbito, a maioria dos doentes ainda é admitida no SU imobilizada em plano duro e com colar cervical rígido, permanecendo longos períodos com restrição de movimentos sem justificação aparente. Após várias reflexões realizadas foi perceptível que as próprias equipas médicas ainda não se encontram sensibilizadas para esta questão, motivo pelo qual atrasam a remoção do equipamento até obter os resultados dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). A imobilização da coluna vertebral e cervical em vítimas de trauma gera ainda controvérsias em ambiente pré e intra-hospitalar por se tratar de uma atuação amplamente difundida e universalmente aceite mas, atualmente, sabe-se que não existe evidência científica credível que suporte esta atuação, sendo cada vez mais reconhecidos efeitos adversos como: dor, desconforto, agravamento da função ventilatória, úlceras por pressão, lesões em vítimas com patologia osteoarticular, aumento da pressão intracraniana causada pela compressão do colar cervical rígido nas veias jugulares e atrasos significativos no transporte de vítimas críticas causados pela complexidade da execução das técnicas de extração e imobilização (INEM, 2023; Kreinst et al., 2016).

Enquanto estudante em processo de aquisição de competências especializadas foi muito enriquecedor conseguir perceber que a abordagem à vítima de trauma no SU tem vindo a alterar-se, permitindo estar alerta para questões práticas. Foi sem dúvida um fator positivo que proporcionou momentos de reflexão com base na melhor evidência científica, assim como possibilitou a interação com a equipa médica, no sentido de promover o conforto da pessoa, removendo precocemente a imobilização.

Assim, encontro-me em condições de afirmar que delineei o meu trajeto em ambos os momentos de estágio, tendo por base novas atitudes, formas de pensar e ser enquanto

pessoa e enquanto profissional de enfermagem na área de especialização à pessoa em situação crítica. Consegui perceber a importância da prática baseada na evidência e o impacto que apresenta na prestação direta de cuidados, tornando as minhas intervenções mais adaptadas e diferenciadas.

3. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Neste capítulo pretende-se refletir acerca das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica adquiridas no Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II.

A par do que é comum a todas as especialidades da profissão de enfermagem é imprescindível que cada enfermeiro aprofunde e adeque o seu quadro de conhecimentos de acordo com a sua área de especialidade, permitindo a prestação de cuidados mais eficiente e eficaz dentro do seu campo de atuação.

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em que a vida se encontra *“ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento n.º429/2018, 2018, p.19362).

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

Para garantir a melhoria da qualidade de vida da pessoa acometida por uma situação de doença aguda grave é necessário elaborar planos de intervenção especializados que respondam às necessidades identificadas da pessoa e da sua família/cuidador (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os contextos onde desenvolvi esta etapa do percurso académico permitiram-me prestar cuidados a pessoas com compromisso de uma ou mais funções vitais, contribuindo para a obtenção de uma ótica alargada da abordagem à pessoa em situação crítica em ambiente hospitalar.

A ordem dos estágios realizados foi SU e, posteriormente, SMI o que tornou possível, no período próximo à permuta de local de estágio, acompanhar a evolução de pessoas com as quais tinha contactado na SE e se encontravam depois no SMI.

É importante enfatizar que ao longo do percurso no SU foram várias as formas de apresentação da pessoa em situação crítica, por um lado eram admitidas já com sinais e sintomas que evidenciavam falência de funções vitais, por outro, existiam circunstâncias em que eram admitidas na Triagem de Manchester sem compromisso evidente da capacidade vital, mas agravavam o padrão clínico durante a permanência no serviço necessitando, à posteriori, de uma intervenção especializada e diferenciada atendendo às necessidades instaladas. Alguns destes episódios sucediam num curto espaço de tempo, outros apresentavam uma evolução insidiosa o que tornava possível o internamento da pessoa na enfermaria e, conseqüentemente despoletava a necessidade de ativação da Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH).

Outro aspeto fundamental na aquisição de competências cruzou-se com a atuação da EEIH. A ativação da equipa é realizada telefonicamente, existindo um contacto atribuído para o efeito. Em concordância com o protocolo da instituição, a equipa que reconhece a situação potencialmente ameaçadora de vida contacta o médico da EEIH, o número para a ativação - 2222 - foi definido de acordo com as indicações da Direção Geral de Saúde (DGS) (2018), com o objetivo de uniformizar e facilitar o processo de ativação.

Em países com esta medida já implementada de forma transversal, 98% dos profissionais reconhece este contacto pelo facto de ser fácil de memorizar e digitar, considerando-se esta medida um mecanismo que garante a segurança do doente (DGS, 2018). Em caso de necessidade de apoio é o médico da EEIH que solicita a presença do enfermeiro, que se desloca ao local da ocorrência fazendo-se acompanhar da mala de transporte e do monitor-desfibrilhador.

A EEIH é uma equipa multidisciplinar formada por profissionais com experiência em abordagem à pessoa em situação crítica (Kim et al., 2019). Na instituição, dando o devido cumprimento às orientações emanadas pela DGS, a equipa é constituída por um médico do SMI e um enfermeiro do SU, após validação da aprovação e validade do curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) de acordo com a certificação europeia (DGS, 2018).

O conceito de EEIH surgiu na década de 90 e trouxe um novo paradigma na forma de abordar a pessoa com sinais de deterioração fisiológica aguda fora das unidades de cuidados intensivos e do serviço de urgência. Estudos sugerem que a presença destas equipas reduz as taxas de mortalidade hospitalar e a taxa de ocorrência de PCR (Moreira et al., 2018). Esta equipa pode intitular-se de variadas formas, mas, independentemente do nome atribuído,

existe um fundamento comum: identificar pessoas em risco e implementar o tratamento adequado o mais rapidamente possível (Czempik et al., 2019).

É evidente que esta conceção tem por base a comunicação eficaz da equipa da enfermaria com a EEIH. É responsabilidade da equipa multidisciplinar a identificação precoce da situação de instabilidade ou a sua eminência, para realizar o pedido de colaboração da EEIH atempadamente, evitando situações mais graves como a PCR (Kim, et al., 2019). Dado que *“as taxas de sobrevivência verificadas, em situações em que a prontidão da resposta intra-hospitalar permitiu intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após a paragem cardiorrespiratória, são significativamente superiores”* (DGS, 2018, p. 27533).

Para o correto funcionamento destas equipas existem critérios de ativação definidos narrados em norma interna da instituição, elaborada com base nas indicações estabelecidas a nível nacional. Os enfermeiros revelam uma posição privilegiada por serem o profissional mais próximo do doente, estando em condições para identificar alterações do padrão de base que possam prevenir a necessidade de ativação da EEIH ou que permitam uma ativação em tempo útil.

Após ter definido o objetivo específico no âmbito da emergência intra-hospitalar passei a acompanhar o elemento destacado para essa função em todas as ativações para que fosse possível o maior número de experiências.

Ao ter em consideração a aquisição de competências especializadas desenvolvidas neste âmbito, posso assegurar que me possibilitaram entender que os cuidados à pessoa em situação crítica são bastante abrangentes. A pessoa em situação crítica pode encontrar-se em qualquer espaço físico nas instituições de saúde, por isso, importa inferir esforços para que sejam assistidos prontamente com o nível de cuidados adequado, assegurando a manutenção da situação e contribuindo para a redução das taxas de mortalidade hospitalar.

Para adquirir habilidades especializadas foram inúmeras as experiências proporcionadas pelos enfermeiros tutores, prestei cuidados a pessoas com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, assistindo e colaborando nos momentos de abordagem à via aérea avançada com recurso a intubação orotraqueal. Neste âmbito desenvolvi competências valiosas para o meu percurso pois consegui atribuir significado a muitas das alterações realizadas pela equipa clínica nos parâmetros e modos ventilatórios.

O aperfeiçoamento na interpretação da gasometria arterial permitiu-me desenvolver uma visão mais alargada acerca da apresentação clínica da pessoa. Adicionar a interpretação de gasometrias aos dados disponibilizados pela monitorização contínua levou-me a um patamar superior no cuidado à pessoa em situação crítica, uma vez que me permite prestar cuidados de enfermagem diferenciados. A aquisição de competência neste âmbito revelou-se uma mais valia nesta jornada, não só porque me permitiu colmatar falhas no que à ventilação e oxigenação diz respeito mas, sobretudo, porque me permitiu interpretar o equilíbrio ácido-base prevenindo e antecipando possíveis focos de instabilidade.

A casuística de patologia respiratória foi elevada tanto no SU como no SMI por se tratar de um período de estágio a decorrer no inverno e, à parte disso, estar associado a um período com aumento significativo de casos de *Influenza A* em Portugal que provocaram compromisso da capacidade ventilatória (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P, 2024).

No tratamento à pessoa em situação crítica, o recurso a exames complementares de diagnóstico exibe um papel de relevo por possibilitar a interpretação das apresentações clínicas e orientar as intervenções, nomeadamente a imagem de raio-X e a Tomografia Computorizada (TC). Sendo esta uma área muito específica, empenhei esforços em observar as imagens disponíveis das pessoas a quem prestava cuidados com o objetivo de interligar conhecimentos e acrescentar pormenor ao meu percurso enquanto futura enfermeira especialista. De salientar que para além dos enfermeiros tutores também as equipas médicas foram fundamentais para realizar algumas explicações sobre este tópico.

Manipulei e administrei Medicação de Alto Risco (MAR), assim como medicação estupefaciente recorrentemente nos dois contextos. No SMI a gestão de medicação realiza-se de acordo com valores alvo, prescritos pela equipa clínica tendo por base determinadas escalas comumente utilizadas em cuidados intensivos, nomeadamente: Behavioral Pain Scale (BPS), Escala de *Richmond* de Agitação-Sedação (RASS). Esta capacidade de gestão permite desenvolver autonomia mas acarreta um desafio, na medida em que o enfermeiro especialista na área de especialização à pessoa em situação crítica deve desenvolver uma visão holística durante este processo. A questão não se prende apenas a obtenção do valor ideal prescrito mas, sobretudo, a capacidade de identificar sinais e sintomas que representam alterações provocadas pelo incremento ou a redução de sedação e analgesia, sendo a monitorização de sinais vitais um aspecto central.

Contactei com técnicas de substituição renal contínuas, gestão de pessoas em choque (independentemente da sua tipologia), prestei cuidados a pessoas em morte cerebral tendo participado na realização das provas de morte e em todo o processo de preparação para doação de órgãos, entre muitas outras situações que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional.

Cuidar da pessoa em situação crítica é extremamente complexo, não só pela gestão da diversidade de intervenções especializadas que são necessárias, mas também pela existência da dualidade pessoa/família ou cuidador. Não é possível prestar cuidados holísticos à pessoa em situação crítica sem incluir as pessoas significativas. Estar internado na Medicina Intensiva ou ter um familiar na SE é algo que gera grande ansiedade e angústia e é necessário que os profissionais da equipa multidisciplinar sejam minuciosos nesta gestão de emoções, garantido transparência no processo de cuidar com os familiares, permitindo apoio na gestão das expectativas sobretudo nas questões mais sensíveis.

É notável o crescimento proporcionado por estes contextos da prática clínica, encontro-me em condições de afirmar que otimizei a minha conduta profissional através da perícia na identificação, antecipação e atuação perante situações de instabilidade. O aperfeiçoamento na tomada de decisão rápida e especializada deve-se à posição de compromisso que adquiri em ambos os contextos.

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

Pressupõe-se que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica seja detentor de competências na área de intervenção em situação de emergência, exceção e catástrofe nomeadamente: cuida da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe; concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência em catástrofe; planeia a resposta à situação de catástrofe; gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O mundo encontra-se em constante desenvolvimento mas a era da vanguarda tecnológica despoleta novos perigos e preocupações. A intervenção humana e os fenómenos naturais podem originar situações com elevado número de vítimas que, consequentemente, irão

sobrecarregar os serviços de saúde exigindo *“recursos humanos, financeiros, materiais e equipamentos adequados e, sobretudo, organização e planeamento (...), para garantir a prontidão da resposta* (IGAS, 2021, p. 7).

De acordo com o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil (2006), acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, com capacidade para afetar as pessoas, os bens e o ambiente envolvente. No mesmo documento podemos observar a definição de catástrofe: *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional* (Lei n.º 27/2006, p.1).

Tendo em conta a possibilidade de ocorrência de um destes fenómenos em Portugal é indispensável que as instituições de saúde disponham de planos de emergência hospitalar e os mesmos devem reger-se de acordo com as diretrizes emanadas pelo governo de Portugal. O Guia de Orientação para a elaboração de um Plano de Emergência Interno da Agência Portuguesa do Ambiente (APA) (2016) é um dos documentos utilizados para discriminar alguns tópicos a ter em linha de conta na elaboração do plano interno institucional. O hospital da Região Norte de Portugal onde decorreu o percurso de aquisição de competências especializadas possui plano de emergência interno e externo devidamente atualizados e validados.

O SU será o primeiro serviço do hospital a lidar com a procura de cuidados de saúde superior à capacidade de resposta, sendo fundamental que os profissionais estejam alinhados com o plano de emergência da instituição para que o consigam operacionalizar eficazmente e em tempo útil. Para facilitar essa operacionalização é recomendada a realização de simulacros periodicamente, apesar de no decorrer do estágio não ter tido oportunidade de participar em nenhum, verifiquei o agendamento dos mesmos no plano de atividades da instituição, assim como a participação ativa com a atribuição de funções de responsabilidade na elaboração e verificação dos mesmos por parte de profissionais de enfermagem.

Durante este período não consegui vivenciar nenhuma situação de exceção ou catástrofe, pelo que neste âmbito a minha postura pautou-se pela proatividade em conhecer os protocolos de atuação existentes, tanto no SMI como SU, refletindo sobre a sua operacionalidade, assim como através de conversas informais com os enfermeiros responsáveis por esta área.

Dia após dia a violência e a criminalidade aumentam exponencialmente, representando um preocupante problema de Saúde Pública. O impacto negativo na vida dos cidadãos pode acontecer em qualquer fase do ciclo vital, justificando-se assim a tomada de iniciativas na perspectiva de melhorar os modelos organizativos dos serviços e incrementar a qualificação dos profissionais para responder rápida e adequadamente (DGS, 2016).

Os profissionais de saúde a desempenhar funções no SU têm como principal objetivo manter a vida e promover a saúde, no entanto, a sociedade beneficia com profissionais capazes de reconhecer, documentar, preservar e, se necessário, recolher vestígios sob a hipótese de patentear significado médico-legal (Coelho, 2016). Relativamente à preservação de vestígios e/ou indícios de prova de crime durante a prestação de cuidados de enfermagem no SU presenciei um episódio de trauma por arma branca na região abdominal com atingimento hepático no contexto de uma rixa, motivo que o levou à SE e, posteriormente, intervenção cirúrgica. Durante a abordagem a esta vítima foi notório o cuidado com a manipulação das provas, nomeadamente no corte e remoção da roupa.

Para garantir a manutenção das provas de crime de forma exímia poderá ser necessário recorrer ao conhecimento adquirido pelo enfermeiro da área de especialização à pessoa em situação crítica, assumindo este profissional uma posição ímpar na manutenção e recolha de provas na assistência à vítima crítica.

3.3. 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

A pessoa em situação crítica requer dos profissionais de saúde um esforço acrescido no que ao controlo de infeção diz respeito. Esta tipologia de pessoa encontra-se particularmente vulnerável a infeções associadas aos cuidados de saúde por microrganismos multirresistentes. A resistência a antimicrobianos é um fenómeno complexo e multifatorial, acontece essencialmente através de processos de transmissão cruzada, à necessidade de técnicas altamente invasivas e à emergência de diversas situações clínicas, induz a multiplicidade de oportunidades de advir transmissão, por exemplo, através das mãos dos profissionais de saúde (Kernéis & Lucet, 2019).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência aos Antimicrobianos (RAM) representam um problema crescente à escala mundial, comprovando que as instituições de saúde não podem ignorar o seu impacto (DGS, 2017). Assim, a prevenção e controlo de infeção revela uma componente estruturante da qualidade dos cuidados prestados, determinante para a segurança da pessoa em situação crítica.

Percepcionando a magnitude do problema torna-se primordial que o enfermeiro especialista da área de especialização à pessoa em situação crítica adquira competências diferenciadas neste âmbito, na medida em que concebe planos de intervenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos para responder às necessidades do contexto e lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção (Regulamento. N.º429/2018, 2018).

No decurso dos dois momentos de estágio, a prevenção e controlo de infeção representou um pilar orientador no desenvolvimento das competências especializadas. O controlo de infeção é já um tema do meu interesse profissional, assumindo atualmente uma posição privilegiada no meu local de trabalho, motivo que despertou em mim uma forte curiosidade para analisar como são aplicadas as normas e protocolos nos outros serviços, especialmente no SU.

O Grupo de Coordenação Local de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (GCLPCIRA) do hospital da região Norte onde realizei o estágio emana com regularidade normas, protocolos e procedimentos para aplicação nos diferentes serviços e realiza auditorias com regularidade, de acordo com as indicações hierarquicamente definidas pela Direção Geral de Saúde. Em todos os serviços hospitalares existem elementos que representam o elo de ligação com o GCLPCIRA e têm como principal função sensibilizar os elementos do serviço (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) para esta temática, bem como a elaboração e operacionalização das orientações no contexto. No entanto, todo e qualquer profissional deve estar alerta para estas questões e sugerir alterações ou novas formas de realizar determinada ação, tendo por objetivo maior uma prática segura com a redução de riscos associados à aquisição de IACS.

O enfermeiro especialista deve acarretar um corpo de conhecimento, assim como uma capacidade de pesquisa de evidência científica que o coloque numa posição de destaque perante os pares sempre que surjam dilemas que carecem de apreciação para posterior implementação de protocolos ou a atualização dos pré-existentes. A capacidade crítico-

reflexiva deve também evidenciar-se neste âmbito, permitindo a reflexão sobre as práticas que permitam obtenção de melhores resultados com a redução da morbimortalidade associada às IACS e às RAM (DGS, 2017).

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) são a base de todo o processo, pelo que, o enfermeiro deve reconhecer as dez medidas e implementá-las no dia a dia, nomeadamente a medida mais simples e mais eficaz, continua a ser a higienização das mãos quando realizada de forma correta e nos momentos adequados. As práticas de higiene das mãos nos locais prestadores de cuidados de saúde têm vindo a aumentar de forma gradual (DGS, 2017).

A higienização das mãos é uma medida transversal a todos os profissionais de saúde e verifica-se em todos os serviços com os quais contactei, sendo notório que o SU apresenta ainda algumas lacunas neste âmbito, sobretudo quando comparado com o SMI. Acredito que se possa justificar as diferentes taxas de adesão com o facto do SMI apresentar dispensadores de solução alcoólica em todas as unidades, permitindo o cumprimento da higiene das mãos nos cinco momentos.

Fruto da observação realizada, o SU encontra-se sensibilizado para as questões do controlo de infeção e realiza esforços diários. O SU foi recentemente remodelado e dispõe de instalações modernas o que facilita a aplicação de protocolos e procedimentos no que se refere às indicações para a higienização dos espaços hospitalares, diminuindo assim as taxas de transmissão cruzada de microrganismos e a disseminação da doença.

A sala de emergência é uma área particularmente sensível, representa o momento de abordagem de situações emergentes e, por vezes, o stress e ansiedade que assola os profissionais fazem com que possa ser difícil ter em linha de conta todas as indicações existentes, pois a prioridade é sempre abordar a pessoa e melhorar a sua condição de saúde com eficiência e prontidão. Nos turnos realizados na SE com o Enfermeiro Tutor tudo era realizado considerando a necessidade de cumprir as PBCI em todos os momentos.

No SU e no SMI são realizados vários procedimentos que exigem técnica asséptica e/ou representam intervenções com elevado risco, tais como a colocação e manutenção de acessos venosos centrais e arteriais, introdução e manutenção de cateter vesical e abordagem à via aérea invasiva, entre muitas outras.

No SMI a cultura de prevenção e controlo de infeção é algo bastante enraizado e os resultados das auditorias internas e externas do GCLPCIRA espelham esse grau de compromisso. Os feixes de intervenção da DGS são cumpridos de forma integrada para garantir a segurança dos cuidados que o serviço presta à comunidade. Os feixes de intervenções asseguram que a pessoa em situação crítica recebe cuidados recomendados e baseados em evidência científica atual.

Medidas como a monitorização da pressão do *cuff* em pessoas com intubação orotraqueal, assim como a manutenção da cabeceira elevada a aproximadamente 30º (em todos os casos que não exista contra-indicação) são medidas cumpridas de forma exemplar para prevenir a pneumonia associada à intubação, dando cumprimento às indicações do feixe de intervenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI) (DGS, 2022a).

Por outro lado, também o feixe de intervenções para a prevenção de infeção relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC), regulamentado na Norma Clínica 022/2015, atualizada a 29 de Agosto de 2022, (DGS, 2022b), revelou-se um guia orientador para o desenvolvimento de competências na prevenção de infeção associada à corrente sanguínea. A abordagem à pessoa em situação crítica justifica a necessidade de introdução de CVC para possibilitar monitorização hemodinâmica e garantir um acesso seguro para administração de terapêutica *life saving*. Todavia a mesma não é totalmente isenta de riscos, aumentando de forma exponencial a possibilidade de infeção associada ao CVC. Segundo esta linha de pensamento, em ambos os locais de estágio, cumpri com seriedade as indicações com o objetivo de contribuir para o cumprimento do alvo previsto: *“uma redução da taxa de infeção da corrente sanguínea associada ao CVC de cerca de 30% entre 2022-2025”* (DGS, 2022b, p.7).

Para o tratamento de situações complexas a necessidade de Cateter Vesical representa uma realidade. A infeção urinária associada a este dispositivo é significativamente elevada em contexto hospitalar e revela um importante evento adverso (DGS, 2022c). Assim, a introdução e manutenção do cateter vesical mereceu todo o meu cuidado e empenho no cumprimento rigoroso de todos os feixes de intervenção na introdução e manutenção do Cateter vesical em concordância com a Norma nº 019/2015, atualizada a 29 de Agosto de 2022 (DGS, 2022c).

No SU e no SMI pode não parecer óbvia a importância do Feixe de Intervenções para Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, mas a mesma é valorizada dada a necessidade de

intervenção cirúrgica a pessoas já admitidas. Assim, os enfermeiros desempenham um papel crucial na realização dos banhos pré-operatórios com clorhexidina a 2% na noite anterior e no próprio dia, até duas horas antes da cirurgia (DGS, 2022d.).

Todos as pessoas admitidas no SMI realizam rastreio para *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC), e são asseguradas medidas de isolamento de contacto até à obtenção dos resultados. As medidas de isolamento dependem sempre do agente isolado. No SMI o equipamento de proteção individual necessário para cada tipo de isolamento é fornecido também aos familiares para que os mesmos realizem a visita em total segurança.

Tanto no SMI como no SU a prestação de cuidados decorreu de acordo com as indicações e orientação nesta área, o que me permitiu realizar reflexões acrescidas sobre o papel autónomo do EEEMC na área de especialização à pessoa em situação crítica, enquanto elemento dinamizador e transmissor das medidas preventivas de IACS e RAM. Estas reflexões permitiram o desenvolvimento de competências nas mais variadas vertentes, contribuindo de forma ativa para o meu crescimento exponencial naquilo que será, no futuro, a minha prestação de cuidados enquanto enfermeira especialista.

4. Considerações finais

Dada a abrangência da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi necessário especificar as competências de acordo com o alvo dos cuidados e com o contexto de prestação dos mesmos, surgindo assim a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica (OE, 2018). Por acreditar piamente que a Enfermagem só continuará a evoluir enquanto profissão se os profissionais a elevarem a um patamar superior, baseando as suas práticas na melhor evidência científica disponível e contribuindo ativamente para a produção científica contínua decidi desafiar-me e entrar nesta jornada, tendo como foco a pessoa em situação crítica e a aquisição de competências para além do domínio comum da prática de enfermagem.

No decurso deste ciclo formativo muitas foram as oportunidades proporcionadas pelos Enfermeiros Tutores e a aprendizagem obtida revelou-se frutífera. Considero ter traçado um percurso adequado aos objetivos específicos que desenhei inicialmente e dando resposta aos objetivos fixados pela instituição para os diferentes momentos de estágio.

A aquisição de competências especializadas terá um impacto significativamente positivo na minha carreira enquanto enfermeira a desempenhar funções na área da pessoa em situação crítica, uma vez que permitiu a construção de um perfil de competências avançadas, acrescentado significado a tantas das minhas práticas diárias.

Nesta reflexão tentei espelhar o caminho de aquisição de competências nos dois contextos, através de momentos descritivos e, essencialmente, reflexivos. A elaboração deste capítulo do relatório representa por si só o desenvolver do pensamento crítico.

A elevação das aptidões crítico-reflexivas a par de uma tomada de decisão consciente e baseada em evidência científica suportará as atividades autónomas e a assertividade na abordagem holística à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador.

Apresentei uma postura proativa, de interesse e disponibilidade para conseguir absorver o maior número de oportunidades. As minhas práticas foram sempre pautadas pelo cumprimento das questões éticas e legais, quer na relação com a pessoa/família/cuidador, quer na relação estabelecida com os enfermeiros e todos os profissionais com quem trabalhei diretamente.

Deste modo, considero ter adquirido competências compatíveis com o grau de especialista, e no futuro irei, certamente, prestar cuidados de excelência, contribuindo para o

reconhecimento da profissão de enfermagem. Acredito que após este percurso representarei um elemento diferenciado na equipa onde presto cuidados diariamente e espero ser reconhecida como uma referência para os meus pares.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

***DEBRIEFING* APÓS PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

1. Resumo

Enquadramento: O *debriefing* é definido como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a promoção da segurança hospitalar. Nos serviços que alocam pessoas em situação crítica, a paragem cardiorrespiratória é um evento frequente. Sabe-se que o *debriefing* pós-reanimação é hoje reconhecido como um instrumento valioso na abordagem à pessoa em situação crítica. O *debriefing* encontra-se recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais de reanimação e demonstrou melhorar o desempenho das equipas envolvidas no processo, melhorando a sobrevivência dos utentes acometidos pela paragem cardiorrespiratória, aperfeiçoando a comunicação durante a atuação e, possibilitando a redução do stress e ansiedade dos intervenientes.

Objetivo: Conhecer a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente à utilização do *debriefing* após abordagem a situações de paragem cardiorrespiratória.

Metodologia: Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os dados foram colhidos através da realização de um *focus group* com 10 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica a exercer funções em Serviços de Medicina Intensiva e Serviços de Urgência, há pelo menos 5 anos. Os participantes foram selecionados através de uma amostra por conveniência. O *focus group* foi realizado através do programa Microsoft Teams. O tratamento de dados foi concretizado tendo por base as orientações da análise de conteúdo de Bardin (2022) com categorização à posteriori. No decurso do estudo foram salvaguardados todos os princípios éticos subjacentes.

Resultados: Da análise dos resultados obtidos a partir do *focus group*, sobressaíram quatro categorias alicerçadas na Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre o *Debriefing* após Paragem Cardiorespiratória, nomeadamente “realização de *debriefing*”, “vantagens do *debriefing*”, “desvantagens do *debriefing*” e “desafios na implementação de *debriefing*”. As categorias principais denotam a sua abrangência quando relacionadas com as subcategorias e as unidades de registo mais relevantes. Na generalidade os resultados alcançados vão ao encontro da literatura já disponível sobre o *debriefing*.

Conclusão: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica percebem o *debriefing* como uma ferramenta com imenso potencial para melhorar os cuidados prestados na abordagem a situações de Paragem Cardiorrespiratória nos Serviços de Urgência e Serviços de Medicina Intensiva, referindo que já praticaram *debriefing* em algum momento, embora de uma forma informal. Reconhecem a utilidade do instrumento na redução do stress e da ansiedade, aumentando a coesão das equipas multidisciplinares. Apontam razões como a cultura institucional, a falta de formação e a inexistência de protocolos como barreiras à sua implementação. Consideram que contribui diretamente na melhoria contínua da qualidade na abordagem à pessoa em Paragem Cardiorrespiratória.

Palavras-Chave: *Debriefing*; Emergências; Paragem Cardiorrespiratória; Enfermagem Médico-Cirúrgica

2. Abstract

Background: Debriefing is defined as a time for group reflection in which relevant aspects related to performance are analysed and explored that will have an impact on the quality of future clinical practice, contributing to the continuous improvement of the quality of care and the promotion of hospital safety. In services that treat people in critical condition, cardiorespiratory arrest is a frequent event. Post-resuscitation debriefing is now recognised as a valuable tool in the approach to the critically ill person. Debriefing is recommended by national and international resuscitation guidelines and has been shown to improve the performance of the teams involved in the process, improving the survival of patients affected by cardiopulmonary arrest, improving communication during the procedure and making it possible to reduce the stress and anxiety of those involved.

Objective: To find out about the perception of Medical-Surgical Nurse Specialists regarding the use of debriefing after dealing with cardiac arrest situations.

Methodology: This is a qualitative, descriptive and exploratory study. Data was collected through a focus group with 10 Medical-Surgical Nurse Specialists who had been working in Intensive Care and Emergency Departments for at least 5 years. The focus group was conducted using the Microsoft Teams program. The data was processed using the guidelines of Bardin's content analysis (2022) with a posteriori categorization. All the underlying ethical principles were safeguarded during the study.

Results: From the analysis of the results obtained from the focus group, four categories emerged based on the Perception of Medical-Surgical Nurse Specialists on Debriefing after Cardiorespiratory Arrest, namely "carrying out debriefing", "advantages of debriefing", "disadvantages of debriefing" and "challenges in implementing debriefing". The main categories show their comprehensiveness when related to the subcategories and the most relevant registration units. In general, the results are in line with the literature already available on debriefing.

Conclusion: The Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing perceive debriefing as a tool with immense potential for improving the care provided when dealing with cardiorespiratory arrest situations in Emergency Departments and Intensive Care Medicine Departments, mentioning that they have already practiced debriefing at some point, albeit informally. They recognize the usefulness of the tool in reducing stress and anxiety, increasing the cohesion

of multidisciplinary teams. They point to reasons such as institutional culture, lack of training and the absence of protocols as barriers to its implementation. They consider that it contributes directly to the continuous improvement of quality in the approach to people in cardiac arrest.

Keywords: Debriefing; Emergencies; Cardiorespiratory arrest; Medical-surgical nursing

3. Fundamentação/enquadramento teórico

No decorrer da Segunda Guerra Mundial surge pela primeira vez o conceito de *debriefing*, os militares eram abordados no sentido de analisar o impacto da missão e identificar as dificuldades encontradas, por forma a procurar redefinir a estratégia, ao longo do tempo esta prática transitou para outras áreas profissionais (Clark & McLean, 2018).

O valor do *debriefing* está amplamente reconhecido em vários setores como a aviação e a indústria militar e, mais recentemente, na prestação de cuidados de saúde. É uma ferramenta já utilizada com excelentes resultados na formação e simulação nas áreas médicas e de enfermagem (Clark & McLean, 2018).

O *debriefing* representa uma oportunidade estruturada para os profissionais obterem apoio, permitindo a reflexão e otimizando o desempenho individual e da equipa. Este contribui ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Clark & McLean, 2018).

Mullan et al. (2013), referia-se ao *debriefing* como uma discussão facilitada das ações dos participantes e dos processos de pensamento, por forma a incentivar a reflexão. Anos mais tarde, Cheng et al. (2023) e Greif et al. (2021) definem *debriefing* como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação. O *debriefing*, quando devidamente implementado após a abordagem a uma vítima em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), permite avaliar os fatores que contribuem para a melhoria da qualidade e segurança da pessoa em situação crítica em tempo real, reconhecendo barreiras na abordagem, lacunas na formação e, sobretudo, propondo soluções viáveis para os problemas identificados (Kam, et al., 2022).

Sabe-se que a PCR é um acontecimento súbito e constitui a terceira causa de morte na Europa, estimando-se entre 350.000 a 700.000 indivíduos afetados por ano (Grasner, et al., 2021). A PCR pode ser distinguida tendo por base o local onde a mesma ocorre - PCR intra-hospitalar (IH) e PCR extra-hospitalar. A PCR IH é comum e encontra-se associada a uma alta taxa de mortalidade (Andersen, et al., 2019).

De acordo com o *European Resuscitation Council* a incidência anual de PCR IH situa-se entre 1,5 e 2,8 por cada 1000 internamentos (Grasner, et al., 2021). No entanto, a sobrevida do

doente após a alta hospitalar encontra-se ainda em valores pouco satisfatórios, cerca de 10,7%, sendo de extrema importância a atuação de equipas com formação em suporte avançado de vida (INEM, 2020).

Grasner et al. (2021) aponta uma panóplia de fatores que podem contribuir diretamente para o sucesso da abordagem às situações de PCR IH, tais como: a dinâmica das equipas, o tempo de resposta e a qualidade do tratamento proporcionado pelos profissionais de saúde, comprovando a necessidade de incrementar planos de melhoria contínua para otimização das dinâmicas.

Os enfermeiros que desempenham funções em Serviços de Urgência e Serviços de Medicina Intensiva prestam cuidados a pessoas em situação crítica, o que eleva significativamente o risco de PCR IH. A monitorização da vítima no momento do colapso, assim como o ritmo inicial de PCR, são identificados como fatores que contribuem para melhorar os *outcomes* da pessoa vítima de PCR em ambiente hospitalar (Andersen, et al., 2019).

A abordagem a pessoas em PCR é habitualmente associada a situações de grande stress, em que a qualidade das manobras de reanimação se encontra abaixo do nível ideal em ambiente hospitalar (Mullan et al., 2013).

Walker et al. (2020) considera que, para prevenir este efeito, é fundamental promover um ambiente clínico seguro para todos, possibilitando o desenvolvimento das necessidades específicas de cada elemento da equipa. A identificação das carências individuais pode ser facilitada se incrementarmos técnicas de análise reflexiva regular destes episódios. Embora o *debriefing* possa melhorar as dinâmicas da equipa, pode proporcionar, em primeira instância, uma melhoria no desempenho de cada elemento isoladamente (Clark & McLean, 2018).

O *debriefing* pós-reanimação é hoje reconhecido como um instrumento valioso na abordagem à pessoa em situação crítica. Encontra-se recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais de reanimação e demonstrou melhorar o desempenho das equipas envolvidas no processo, melhorando a sobrevivência dos utentes acometidos pela PCR, aperfeiçoando a comunicação durante a atuação e, possibilitando a redução do stress e ansiedade de todos os intervenientes (Hale et al., 2020).

Apesar da importância e dos benefícios do *debriefing* após manobras de reanimação, a prática efetiva do método ocorre apenas em 25% das situações e, a maioria dos profissionais de saúde reconhece que seria importante receber formação formal para facilitar a aplicação da apreciação crítico-reflexiva (Kam, et al., 2022).

Os profissionais referem a carga de trabalho e a falta de cultura organizacional neste âmbito como as principais barreiras. O facto de as instituições hospitalares não contemplarem um

modelo sistematizado de *debriefing* com protocolos pormenorizados é enfatizado pelos elementos das equipas multidisciplinares como um dos motivos que contribui para a não adesão aos momentos de *debriefing* (Kam et al., 2022).

Importa ressaltar que as equipas que se envolvem em momentos de *debriefing* estruturados e bem conduzidos para se adaptarem e evoluírem em conjunto, superam equipas que não utilizam este formato (Walker et al., 2020).

A vasta literatura sobre o tema descreve a existência de dois tipos de *debriefing* que podem ser classificados com base no momento em que são realizados – *debriefing* a quente e *debriefing* a frio, que são comumente denominados de *hot debriefing* e *cold debriefing* respetivamente (Couper & Perkins, 2013).

O *hot debriefing* é realizado imediatamente após o evento e é, maioritariamente, liderado por um dos elementos da equipa de reanimação. Este método de implementação é provavelmente a forma de *debriefing* mais usada, embora de forma informal (Couper & Perkins, 2013). O *debriefing* a quente deveria ser um diálogo interativo e estruturado da equipa que aborda a situação complexa. No entanto, existe ainda uma escassez de modelos de *hot debriefing* disponíveis que sejam adequados para utilizar após paragem cardiorrespiratória nos Serviços de Urgência e nos Serviços de Medicina Intensiva (Walker et al., 2020). Esta modalidade de aplicação precoce do *debriefing* facilita a participação e permite que a recordação dos eventos seja mais fidedigna (Gilmartin, et al., 2020).

Por outro lado, dispomos também da possibilidade de aplicar modelos de *cold debriefing*. Este formato de implementação pode ocorrer horas, dias ou semanas após o evento crítico. Neste caso, os intervenientes na abordagem à pessoa vítima com PCR IH podem já ter iniciado um processo crítico-reflexivo sobre o desempenho individual e o momento de discussão em equipa será baseado numa perspetiva algo adulterada, uma vez que permite que o participante apresente a sua visão sobre o acontecimento (Couper & Perkins, 2013; Couper, et al., 2016). Esta dimensão do *debriefing* pode realizar-se com toda a equipa do serviço e permite analisar dados objetivos do desempenho, remetendo este momento para uma intervenção formativa, nomeadamente com base da observação e interpretação dos registos do desfibrilhador aquando do evento crítico (Clark & McLean, 2018).

O *debriefing* é um tema com elevada representatividade na comunidade científica da área da pessoa em situação crítica, pelo que são disponibilizados vários modelos padronizados para aplicação de *debriefing* após PCR. Apesar de todos os modelos sistematizados para a realização de *debriefing*, cada instituição deve conceber e/ou adotar o modelo que melhor

se adeque à sua realidade por forma a dar resposta às barreiras e necessidades específicas de cada contexto (Hale et al., 2020).

A *American Heart Association* recomenda realização de *debriefing* após abordagem a todas as paragens cardiorrespiratórias atendidas por profissionais de saúde em ambiente hospitalar desde 2010 (Gilmartin et al., 2020), no entanto a realidade portuguesa fica bastante aquém no que a esta orientação diz respeito.

Para que os profissionais de saúde, dos quais destacamos os enfermeiros, desenvolvam competências para a realização de *debriefing* após manobras de reanimação, é imperativo que os mesmos se encontrem num patamar em que já possuam capacidade crítico-reflexiva apurada.

De acordo com a teoria “De Iniciado a Perito” de Patrícia Benner (2001), a aquisição e evolução das competências dos enfermeiros ocorre com base em experiências. A autora defende que o desenvolvimento das capacidades de intervenção é um processo complexo porque requer que o profissional saiba como realizar um conjunto de intervenções técnicas. No entanto, exige também que esta componente técnica seja apoiada pelo conhecimento e a capacidade de recolher e analisar a informação e tomar decisões. Este processo é dinâmico e inerente à variável temporal. Para Benner (2001), a competência é entendida como a combinação elementar de três componentes: conhecimentos, aptidões e atitudes. Benner (2001) identifica 5 níveis de competência na prática clínica: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. No último nível do seu modelo, Benner (2001) retrata o enfermeiro perito como detentor de um vasto conhecimento e experiência, evidenciando um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação e prevenção de problemas permitindo cuidar da pessoa em situação crítica de forma holística, com recurso a uma tomada de decisão avançada. A mesma autora considera que a perícia é um fator determinante para o desempenho de funções não clínicas, nomeadamente a coordenação de equipas e o apoio aos pares mais inexperientes.

O Modelo de Aquisição de Competências apresentado por Benner (2001) serve de referencial para a realização deste estudo, uma vez que se adequa à problemática central, permitindo sustentar a aquisição de competências para a implementação padronizada de momentos de *debriefing* após PCR.

Assim, para a aquisição efetiva de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática clínica nos oferece diariamente, coligando os saberes da prática à teoria, sem descurar uma conduta baseada em pressupostos éticos e legais.

4. Finalidade e objetivos

A natureza mutável da população mundial traduz-se em alterações significativas na área da saúde, observando-se, por um lado, uma maior predisposição para exigir cuidados de saúde de qualidade e, por outro, aumentando o número de casos cada vez mais complexos.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, devem munir-se de competências técnicas e não técnicas que lhes permitam obter a perícia necessária para uma prática de cuidados de excelência em que o foco se encontra para além da realização de tarefas isoladamente.

Assim, identificou-se a seguinte questão de partida, que norteou este estudo de investigação: “Qual a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente à utilização do *debriefing* após abordagem a situações de paragem cardiorrespiratória?”. O objetivo geral para o estudo é: “Conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica relativamente à utilização do *debriefing* após abordagem a situações de Paragem Cardiorrespiratória”.

Este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, auxiliando no desenvolvimento de práticas baseadas em evidência para melhorar a prestação de cuidados nos Serviços de Urgência e Serviços de Medicina Intensiva.

5. Metodologia

A metodologia constitui um importante instrumento de trabalho, do qual depende em grande parte o êxito da investigação. O desenho da investigação deverá expressar o plano lógico criado pelo investigador com o propósito de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009).

5.1. Desenho do estudo

Face à problemática e perante o objetivo definido foi realizada uma investigação assente num paradigma qualitativo, descritivo e exploratório.

Segundo Vilelas (2022), a investigação qualitativa centra-se no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências, permitindo a interpretação de fenómenos complexos e a atribuição de significados. O processo de investigação permitirá descrever e classificar detalhadamente o fenómeno, e categorizar a informação recolhida (Fortin, 2009). No que se refere à dimensão exploratória, esta tornará possível uma maior familiaridade com o problema, pois pretende fornecer uma visão geral e aproximada dos fenómenos em estudo (Vilelas, 2022).

A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuam características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista a finalidade da investigação (Fortin et al., 2009). Assim, foram definidos os critérios de inclusão: enfermeiro detentor de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desempenhar funções em Serviços de Urgência ou Serviços de Medicina Intensiva há pelo menos 5 anos, entrando assim em concordância com a teoria de Patricia Benner (2001) e, de acordo com a atribuição de competências acrescidas avançadas da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que nos remete para a perícia adquirida *“fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista”* (Regulamento n.º 76/2018, 2018, p.3478).

A amostra foi constituída por conveniência, tendo os participantes sido convidados a participar via e-mail.

Para a colheita de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas combinam questões abertas e fechadas, onde é fornecida a possibilidade ao entrevistado de relatar a sua experiência e vivência acerca do tema (Vilelas, 2022). Nesta tipologia de entrevista apesar de existir um guião previamente elaborado pelo entrevistador é permitida alguma liberdade aos entrevistados para desenvolverem as respostas segundo a direção que os mesmos considerem mais adequada.

Para a concretização da entrevista foi realizado um *focus group*. A constituição de *focus group* não procura apenas a informação individual, mas também as interações grupais que seriam menos evidentes fora do contexto de interação em que se encontrará o grupo. Por este motivo as questões levantadas pelo investigador devem ser capazes de instaurar e alimentar o debate entre os participantes (Vilelas, 2022).

Para o agendamento da sessão foram realizadas duas rondas para averiguar a data que reunia o maior número de participantes, recorrendo ao Microsoft Forms[®]. Após auscultação das disponibilidades foi enviado um e-mail a oficializar a data do evento, disponibilizado o link de acesso à reunião, assim como o documento de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.

A amostra foi constituída por 10 participantes e o *focus group* decorreu na plataforma Microsoft Teams[®] com a duração aproximada de 90 minutos, tendo sido moderado pela investigadora principal e pelo orientador do projeto de investigação, com base num guião previamente elaborado (ANEXO VII). Salvaguarda-se que o guião da entrevista foi construído através de questões que emergiram da revisão da literatura.

Foi realizada gravação audiovisual da sessão com conhecimento e autorização de todos os participantes.

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

Após a realização das entrevistas foi realizada a transcrição integral das mesmas para formato Microsoft Word[®].

O tratamento dos dados foi executado em concordância com o modelo de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, com categorização à posteriori. De acordo com a autora, esta técnica de tratamento dos dados inclui várias estratégias para interpretar e analisar o que nos é transmitido pelos participantes, permitindo responder à questão de investigação levantada. Esta técnica de análise de conteúdo contempla três fases: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2013).

5.2. Considerações éticas

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definido tanto no Código Deontológico de Enfermagem, como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros os princípios éticos e deontológicos a valorizar e a cumprir aquando do seu exercício, no qual a investigação se inclui.

Este estudo obteve o parecer positivo nº 016/2024 da Comissão de Ética da ESSNorteCVP, conforme consta no ANEXO VIII.

Assim, e por forma a garantir e assegurar todos os procedimentos éticos, os participantes manifestaram por escrito o seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido através do documento disponibilizado via e-mail (ANEXO IX). Este documento foi enviado previamente a todos os participantes para confirmarem a aceitação no estudo de investigação e novamente remetido para a investigadora principal, devidamente datado e rubricado.

O direito ao anonimato e à confidencialidade foram garantidos através da codificação dos participantes com letras e algarismos, aquando da transcrição integral do *focus group*. Assim como foram ocultadas todas as referências que permitiam identificar a instituição onde os participantes desempenham funções, garantindo assim o anonimato dos dados e dos entrevistados.

O armazenamento de dados ficou a cargo da investigadora principal. Estes não serão facultados ou disponibilizados em momento algum, sendo utilizados única e exclusivamente para o efeito deste estudo, sendo destruídos após conclusão do estudo de investigação.

Este estudo não acarretou qualquer custo para os participantes. A participação foi de carácter totalmente voluntário, podendo o participante desistir em qualquer momento do estudo de investigação.

A investigação em causa não apresenta conflito de interesses.

Permanece o compromisso de facultar os resultados desta investigação a todos os participantes.

6. Resultados e Discussão

No processo de análise e interpretação minuciosa dos resultados obtidos no *focus group* foi possível organizar e agrupar os dados em categorias e subcategorias com as respetivas unidades de registo. Na apresentação dos dados apenas as unidades de registo mais relevantes serão apresentadas.

Assim, alicerçadas na percepção dos EEEMC sobre o *debriefing* após PCR, emergiram quatro categorias: **realização de *debriefing***, **vantagens do *debriefing***, **desvantagens do *debriefing***, **desafios na implementação de *debriefing***, apresentadas esquematicamente nas tabelas infra.

Realização de *Debriefing*

As subcategorias correspondentes à categoria principal – realização de *Debriefing* – mencionadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica entrevistados são: conhecimento, interesse e formato informal (Tabela 1).

Tabela 1: Realização de *debriefing*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Realização de <i>Debriefing</i>	Conhecimento	E7: “Não há cultura do <i>debriefing</i> ”
		E10: “ (...) a perceção que tenho é que não há <i>debriefing</i> (...) a maioria nem conhece o termo”
		E2: “não se realiza e não há um modelo”
	Interesse	E5: “é um conceito que não está muito enraizado”
		E9: “cada vez mais há esse interesse (...) sempre que acontece é motivado pelos enfermeiros”
		E4: “passou a existir interesse em falar sobre o que correu bem e menos bem, (...) para reduzir o stress”
	Formato Informal	E3: “atualmente o que vamos tendo são conversas informais (...)”
		E8: “o que se verifica são conversas entre pares (...) conversamos com o objetivo de perceber o que poderia ter corrido melhor”
		E1: “prática de conversas informais que não são propriamente obrigatórias”
		E6: “ (...) formato informal, do tipo “o que é que correu bem?””
		E10: “(...) aquilo que se verifica é uma conversa informal”
		E2: “de forma totalmente informal e casual”
		E4: “falávamos de forma informal”

Relativamente ao conhecimento associado à realização de *debriefing* após PCR, os EEEMC que constituíram o *focus group*, concordaram massivamente na falta de conhecimento do conceito e da importância da ferramenta por parte dos pares. Mullana *et al.* (2013) refere que, apesar das inúmeras recomendações, era raro realizar-se *debriefing* após manobras de reanimação.

Num estudo recente, cerca de 10 anos mais tarde, Cheng *et al.* (2023) continua a afirmar que o *debriefing* é realizado em raras situações nas instituições de saúde, afirmando que o paradigma precisa de ser alterado, corroborando a ideia exposta, por alguns dos participantes, relativamente à manifestação de interesse por parte da equipa profissional, destacando os enfermeiros como promotores da discussão.

O *debriefing* é apoiado por décadas de literatura na área da saúde, “no entanto, em estudos da prática clínica existe uma lacuna entre o princípio e a realidade” (Arriaga *et al.*, 2020, p. 802). “Enfermeiros de cuidados críticos relatam que o *debriefing* não é oferecido rotineiramente e pode ser inadequado ou inexistente” (Clark & McLean, 2018, p.79). Esta ideia cruza-se com os dados obtidos, comprovando a escassez da execução de momentos de *debriefing* associados a situações de PCR nos contextos da prática clínica.

Todavia, a sobrevivência da pessoa em situação crítica vítima de PCR continua reduzida, torna-se fundamental aumentar, produzir e divulgar conhecimento sobre o tema para melhorar os *outcomes* das vítimas (Clark & McLean, 2018; Couper *et al.*, 2016; Couper & Perkins, 2013; Walker *et al.*, 2020).

Para Allen *et al.* (2018) e Arriaga *et al.* (2020), o incremento de técnicas de *debriefing* funciona como um instrumento de avanço do conhecimento, da prática e aumento da confiança dos elementos da equipa envolvidos na situação de reanimação, com o objetivo de mitigar o impacto negativo do acontecimento.

Num estudo sobre a implementação de *debriefing* após manobras de reanimação foi apurada uma taxa de 26% de cumprimento, sendo que, cerca de 90% dos entrevistados, referem que, quando realizado, desenvolve-se em formato informal, limitado a alguns elementos da equipa que demonstram interesse em participar (Arriaga *et al.*, 2020; Mullan *et al.*, 2017). O formato informal revelou ser a subcategoria com a maior referência ao longo do *focus group*, dado que, todos os EEEMC relatam já ter participado em momentos de *debriefing*, porém, com uma configuração informal e sem qualquer sistematização ou com recurso a orientações.

De acordo com Clark & McLean (2018), enfermeiros e médicos em ambientes de cuidados críticos, encontram-se mais expostos a situações de *stress* emocional e, quando inquiridos, referem valorizar mais a necessidade de implementação de momentos formais de *debriefing* consistentes.

O estudo conduzido por Spencer *et al.* (2019), foi o primeiro a avaliar o impacto do atendimento a uma PCR sobre o bem-estar emocional dos profissionais de cuidados de saúde e a prática de *debriefing* nesse cenário. Em primeira instância, o estudo concluiu que 10% dos profissionais de saúde sofreram, ou estavam em risco de sofrer, *stress* pós-traumático como consequência de participar frequentemente em manobras de reanimação. Para além de contribuir para a redução do impacto emocional, o *debriefing* pode ser uma arma valiosa para ajudar os profissionais a desenvolverem as suas competências em circunstâncias difíceis e perturbadoras. Liderar uma equipa segura e saudável requer a prestação de apoio de pares oportuno e eficaz após casos clínicos particularmente difíceis e angustiantes, isto pode ser alcançado com a massificação de técnicas de *debriefing* nos ambientes de prestação de cuidados (Walker et al., 2020).

Deste modo, o *debriefing* é um tema consistentemente positivo que apresenta grande destaque na melhoria dos sistemas, nas interações das equipas e na segurança.

Vantagens do Debriefing

Da categoria – vantagens do *debriefing* – emergiram as subcategorias: potenciar a aprendizagem, trabalho em equipa, melhoria contínua da qualidade e segurança (Tabela 2).

Tabela 2: Vantagens do *debriefing*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Vantagens do Debriefing	Potenciar a Aprendizagem	E5: “potencia a aprendizagem e melhora a nossa experiência” E9: “potencia a aprendizagem e a procura de formação” E10: “(...) desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas” E2: “importante para o crescimento individual e da equipa”
	Trabalho em equipa	E5: “a grande vantagem é melhorar a equipa” E3: “melhoria da comunicação entre a equipa” E1: “(...) a equipa irá funcionar melhor (...) melhoria na articulação de todos os papéis” E8: “vai fomentar o trabalho em equipa”
	Melhoria Contínua da Qualidade	E3: “melhoria contínua e evolução da equipa” E10: “(...) melhoria da qualidade dos nossos cuidados” E1: “melhora no desempenho” E6: “contribui fortemente para a melhoria contínua”
	Segurança	E9: “promove a segurança dos cuidados” E6: “contribui para a melhoria (...) da segurança” E8: “melhor segurança de cuidados, melhor procedimento para o cliente e para todos nós” E7: “promove um ambiente seguro”

A segunda categoria emerge da enumeração das vantagens reconhecidas pelos EEEMC na concretização de momentos de *debriefing* após abordagem a situações de PCR. Pelo que já foi exposto na categoria anterior, percebe-se que a literatura é clara quanto ao nível de recomendação de momentos de *debriefing* nas instituições hospitalares. Deste modo, revela-se fundamental espelhar quais as vantagens da realização desta ferramenta na prática clínica.

Deparamo-nos, atualmente, com um aumento da diversidade da apresentação clínica da pessoa em situação crítica no SU e no SMI, exigindo dos profissionais respostas mais complexas que se fazem acompanhar de oportunidades de melhoria contínua do desempenho individual e das equipas multidisciplinares (Walker, et al., 2020). Conforme refere Walker et al. (2020), equipas que se envolvem em momentos de reflexão crítica após abordagem a situações complexas, com recurso a métodos de comunicação eficaz, superam equipas que não utilizam este formato (Walker, et al., 2020).

Se o *debriefing* tem como finalidade encontrar pontos de *performance* ótima das equipas, contribuirá na potencialização das competências dos profissionais que lidam diariamente com a PCR. Importa reforçar que as vantagens não se limitam à melhoria do desempenho individual mas, sobretudo, à melhoria significativa do desempenho coletivo, que culmina na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, garantindo e assegurando a condição da pessoa após PCR (Clark & McLean, 2018; Hale, et al., 2020; Walker et al., 2020).

Hale et al. (2020), menciona que a aplicabilidade do *debriefing* após PCR é benéfica, ao reduzir a carga de *stress* associada à reanimação, pois permite que os profissionais se sintam confortáveis e competentes ao cumprir o seu papel na dinâmica do processo de reanimação em situações futuras. No que concerne às vantagens, diretamente associadas à pessoa em PCR, verifica-se uma melhoria na qualidade das manobras de reanimação e melhoria na taxa de retorno da circulação espontânea.

A segurança é, cada vez mais, um tema central na área da saúde, a pessoa/família representa o foco dos cuidados e devem ser asseguradas todas as medidas que cumpram os requisitos de segurança dentro das instituições hospitalares. Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 do Diário da República, define nos termos da lei, as metas a cumprir. Neste documento depreende-se que o Serviço Nacional de Saúde deve pautar-se por atribuir a devida relevância à qualidade e à segurança, sem negligenciar princípios como a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. A melhoria da comunicação

contribui para a segurança do paciente e para fomentar o trabalho em equipa, é essencial para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade (Mullan, 2013).

Assim, os EEEMC que constituíram o *focus group* foram unânimes ao mencionar a segurança como uma vantagem indiscutível do *debriefing* após PCR, uma vez que torna possível obter soluções em tempo real para resolver lacunas identificadas durante a reanimação, contribuindo ativamente para a melhoria contínua da qualidade (Kam, et al., 2022).

Desvantagens do *Debriefing*

Disponibilidade, características individuais, e gestão de conflito são as subcategorias correspondentes à categoria principal: desvantagens do *debriefing* (Tabela 3).

Tabela 3: Desvantagens do *debriefing*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Desvantagens do <i>Debriefing</i>	Disponibilidade	E10: “a equipa (...) tem que estar disposta a conversar e refletir de forma construtiva”. E9: “implica que as pessoas estejam disponíveis para o realizar” E5: “a participação da parte médica parece-me importante (...) devia ser realizado com todos os intervenientes” (...) se algumas pessoas não quiserem participar? Fazemos com os que mostrarem interesse!”
	Características individuais	E10: “as características das próprias pessoas vão condicionar a direção e o caráter que o <i>debriefing</i> vai ter” E6: “quem está envolvido possa ter receio de ser apontado” E1: “receio de ferir suscetibilidades”
	Gestão de Conflitos	E10: “o <i>debriefing</i> pode ser um instrumento mais destrutivo do que propriamente construtivo” E9: “podem achar que o <i>debriefing</i> pode ser punitivo” E4: “pode criar (...) atritos entre as equipas”

Apesar das inúmeras vantagens referidas pelos EEEMC nenhum modelo é irrepreensível e as experiências individuais conduzem à identificação de algumas desvantagens.

A falta de conhecimento de metodologias de *debriefing*, e do seu real propósito, pode conduzir a juízos errados que colocam os profissionais numa posição delicada. Alguns optam por não participar por acreditarem que o seu cargo pode ficar em risco ao enumerar situações em que a sua *performance* se encontrou abaixo do ideal. (Kessler et al., 2015).

É importante garantir que as lideranças não fomentem este conceito punitivo. Os momentos de *debriefing* não são sessões hostis de culpabilização, a confidencialidade deve imperar (Kessler et al., 2015). A profissão de enfermagem é regida por uma conduta moral e ética com pressupostos bem definidos que devem ser assegurados também neste contexto. Assim sendo, reforça-se que não há obrigatoriedade de participação e deve ser respeitado o livre arbítrio de cada elemento da equipa.

No entanto, Walker et al., (2020) fornece a ideia de que devemos concentrar as atenções sobretudo naquilo que correu verdadeiramente bem e explorar o “porquê?” e não situar o foco nas situações que correram menos bem. Esta transformação pode permitir uma maior adesão por parte dos intervenientes.

A carga de trabalho é referida em vários estudos como uma das desvantagens a condicionar a realização de momentos de *debriefing*, assim como a existência de um local adequado para o efeito, onde os profissionais se sintam capazes de partilhar de forma genuína a sua visão (Clark & McLean, 2018; Kam, et al., 2022; Spencer et al., 2019).

Desafios na implementação do *Debriefing*

Tabela 4: Desafios na implementação de *debriefing*

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Desafios na Implementação <i>Debriefing</i>	Espaço Físico	E8: “falta de espaço adequado (...) um espaço de partilha” E9: “onde é que isto acontece?”
	Carga de Trabalho/Gestão do Tempo	E8: “vou enumerar (...) dificuldades (...): a falta de tempo” E9: “a gestão do tempo é uma dificuldade (...) quando acontece mais tarde (...) já não vai ser tão genuíno” E3: “o serviço (...) terá que facultar tempo para a equipa refletir” E10: “essa questão da sobrecarga de trabalho (...) é um obstáculo”
	Formação	E6: “desconhecimento do papel do <i>debriefing</i> ” E1: “qual o melhor <i>timing</i> para realizar o <i>debriefing</i> ? Não sabemos (...) passa, sobretudo, por formação prévia dos profissionais” E7: “um bom plano de formação, estruturado para potenciar os profissionais” E9: “sensibilização dos profissionais (...) para perceber o que é o <i>debriefing</i> ”
	Competências Relacionais	E8: “todos nós falhamos mas as pessoas não gostam de ouvir em público que falharam” E9: “competências relacionais (...) não é só o que vamos dizer mas, sobretudo, a forma como o vamos dizer” E6: “habilidades de comunicação” E10: “desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo”
	Normalização/Padronização	E6: “a falta de protocolos, não sabemos que linhas seguir, (...) sistematizar esta reflexão (...) falta uma norma, um protocolo” E5: “o maior problema é a implementação do processo. Como fazer? Quem faz?” E2: “falta uma norma” E4: “falta um protocolo”
	Liderança	E6: “quem lidera o <i>debriefing</i> ? (...) liderar e gerir conflitos dentro da equipa exige uma grande capacidade comunicacional” E10: “temos que perceber quem é que vai liderar o <i>debriefing</i> ”

A última categoria principal, torna-se evidente, através da análise detalhada da Tabela 4, que os profissionais a desempenhar funções em SU e SMI identificam vários desafios para a implementação de momentos de *debriefing* após PCR na prática clínica.

O estado da arte referente ao *debriefing* demonstra que a falta de formação das equipas multidisciplinares, conceções erradas e a falta de cultura de *debriefing* nas instituições representam uma enorme barreira na implementação de *debriefing* após PCR (Clark & McLean, 2018; Kam, et al., 2022; Spencer, et al., 2019).

Sabe-se que a estrutura organizacional tem um grande impacto nas equipas prestadoras de cuidados à pessoa em situação crítica (Walker et al., 2020). A cultura organizacional é um peça chave na mudança de paradigma relativamente ao *debriefing*, não é suficiente que um grupo de profissionais se mostre interessado em adotar uma estrutura formalizada de reflexão, precisa de obter apoio e consentimento das posições hierarquicamente superiores para a efetivação do projeto (Kam, et al., 2022).

A questão da liderança é mencionada frequentemente na literatura sobre o *debriefing* como um aspecto dificultador. Após se deparar com esta dificuldade no serviço de urgência onde trabalha, Walker et al. (2020) criou e testou um modelo sistematizado onde qualquer um dos elementos da equipa pode assumir a liderança e obteve resultados favoráveis na sua investigação. Ao adotar esta estratégia de liderança livre e voluntária pretende minimizar o impacto negativo da autoridade percebida, por exemplo, pelo *team* líder da reanimação. Ao aplicar o seu modelo – STOP5 - Walker et al. (2020) conseguiu inferir que iniciar o momento de discussão com reforço positivo à equipa, garante um ambiente psicologicamente seguro para a partilha que se sucede.

Kam et al. (2022) considera o *debriefing* um aspecto importante na melhoria contínua da qualidade mas que é difícil de aplicar devido à má padronização e às crenças em torno da necessidade de formação específica.

Por outro lado, Hale et al. (2020) considera que, ao invés de treinar todos os profissionais do serviço para a realização de momentos formais de *debriefing*, devem ser selecionados alguns profissionais para representarem facilitadores e se evidenciarem como líderes. Spencer et al. (2019), relata que profissionais com formação em *debriefing* se encontram mais predispostos a despoletar e liderar a discussão após PCR. Enfermeiros séniores inquiridos no estudo de Clark & McLean (2018) expressaram a opinião de que a formação e as orientações sobre as

principais áreas a discutir oferecem orientação sobre como iniciar e facilitar um *debriefing* eficaz, ajudando a garantir que se torne uma prática mais sistematizada.

No *focus group* surge a questão do *timing* ideal para a realização de *debriefing* após manobras de reanimação. Sabe-se que existem dois formatos distintos no que diz respeito ao momento em que se executa o *debriefing*, no entanto, Hale et al. (2020) reforça que cada instituição deve reconhecer qual o melhor modelo de *debriefing* a adotar, independentemente de se tratar de um *hot debriefing* ou *cold debriefing*. A seleção da ferramenta mais apropriada deve ter em linha de conta fatores como: valores e preferências da equipa, as dinâmicas, restrições do ambiente físico e restrições de tempo (Kam et al., 2022).

As competências relacionais foram referidas como um desafio, no entanto, salienta-se que o EEEMC na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve deter competências neste âmbito que o permitam conduzir um *debriefing* com base na assertividade. Competências não técnicas como a liderança e a comunicação eficaz, assim como a gestão das equipas e dos conflitos existentes são pilares fundamentais para um profissional que se pretende diferenciado e especializado.

7. Conclusão

O EEEMC deve representar um promotor de cuidados de excelência, identificando de forma contínua alvos passíveis de melhoria, assim como, a melhor forma para operacionalizar a mudança que pretendem implementar. Derivado do papel que o EEEMC deve assumir na prática de uma enfermagem avançada, considerou-se oportuno estudar a perceção do EEEMC sobre o *debriefing* após PCR.

Este estudo possibilitou a identificação da perceção dos EEEMC através da exploração e descrição das práticas diárias nos contextos, da enumeração de vantagens, desvantagens e barreiras à implementação de momentos de *debriefing* após PCR.

Os EEEMC percecionam o *debriefing* após PCR como uma ferramenta educacional de extrema importância, referindo que já o praticaram em algum momento, embora de uma forma informal. Apontam razões como a cultura institucional, a falta de formação e a inexistência de protocolos como barreiras à sua implementação. Reconhecem o *debriefing* como um instrumento com extrema relevância na redução do *stress* e da ansiedade, assim como, uma condição elementar para aumentar a coesão das equipas multidisciplinares, na abordagem a situações de PCR.

No que se refere às implicações deste estudo para a prática, foi possível detetar diversas barreiras à implementação de momentos de *debriefing* nos contextos da prática clínica, o que oferece margem para dar início a projetos que as pretendam minimizar e/ou eliminar. É evidente que a sensibilização dos profissionais deverá ser o primeiro passo, motivando-os a criar e executar normas e procedimentos para dar cumprimento aos pressupostos emanados, há mais de uma década, pelas principais associações de reanimação. Com efeito, este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, auxiliando no desenvolvimento de práticas baseadas na mais recente evidência científica.

Consideram-se como limitações ao estudo o número reduzido de participantes, o que condiciona a generalização de resultados, bem como, o facto de a maioria dos intervenientes pertencer a instituições de saúde da Região Norte de Portugal, não sendo possível obter a perceção, dos EEEMC sobre o *debriefing* após PCR, com representatividade a nível nacional.

Como outra limitação, destacamos o carácter subjetivo da interpretação dos dados obtidos, próprios dos estudos de índole qualitativa.

Apesar destas limitações, constata-se a contribuição deste estudo para investigações desenvolvidas no futuro sobre o *debriefing* e a prestação de cuidados após PCR, nomeadamente, a necessidade de pesquisas para identificar estratégias eficazes na superação das barreiras reconhecidas e a eleição do melhor, e mais adequado, modelo sistematizado de *debriefing*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão da componente de estágio possibilitou o desenvolvimento de competências pessoais, comunicacionais, técnicas, científicas e reflexivas inerentes às competências de domínio comum e específico de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Para a realização dos estágios foram alinhados objetivos específicos para cada um dos contextos, que considero ter atingido com sucesso. Importa reforçar que os momentos de estágio se revelaram determinantes na maturação e aquisição de capacidades e competências na abordagem holística à pessoa em situação crítica, espelhando o meu grau de compromisso na procura contínua da excelência dos cuidados de enfermagem.

A componente de investigação proporcionou uma panóplia de aquisição de competências indispensáveis para a prática de enfermagem avançada. Os ganhos não se resumiram aos conhecimentos adquiridos sobre a temática em estudo, obtive ainda a noção da importância da atualização frequente para prestar cuidados baseados na mais recente evidência científica. Em termos conceptuais, foi também fundamental para perceber todo o processo de construção de conhecimento.

O percurso delineado na área do *debriefing* após PCR permitiu compreender a percepção dos EEEMC, assim como as principais barreiras à implementação de momentos de reflexão nos contextos da prática clínica. O estudo desenvolvido acarreta uma contribuição para a Enfermagem Médico-Cirúrgica e visa melhorar a capacidade assistencial à pessoa em situação crítica acometida por PCR no SU e no SMI.

Gostaria de destacar que a realização deste relatório foi possível graças à constante busca por conhecimento e ao desenvolvimento das competências que caracterizam a conferência do grau de mestre. Essas competências, que incluem a capacidade de conduzir pesquisas de forma independente, analisar criticamente o conhecimento científico já existente, e propor soluções inovadoras, foram adquiridas e aprimoradas ao longo desta jornada

A obtenção do grau de mestre, não é apenas o reconhecimento do meu percurso académico, mas também a validação de uma formação sólida que me prepara para enfrentar desafios profissionais complexos com competência e autonomia.

Em suma, considero ter atingido os objetivos pessoais, profissionais e acadêmicos a que me propus no início desta jornada, fruto de uma atitude proativa e de uma enorme resiliência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. A., Reiter-Palmon, R., & Crowe, H. (2018). Debriefs: Teams Learning From Doing in Context. *American Psychological Association*, 73 (4), 504-506. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000246>
- Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W., & Grandfeldt, A. (2019). In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA - Journal of American Medical Association*, 321, 1200-1210. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696>
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology Clin*, 38, 801-820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Bardin, L. (2022). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. ISBN: 9789724415062
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora .
- Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-Hilaire, A., & Lin, Y. (Junho de 2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*, 14, 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2023.100401>
- Clark, R., & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>
- Coelho, M., Cunha, M., & Libório, R. (2016). Impacto da Formação em Ciências Forenses. *Revista SERVIR*, 59, 27-33. <https://doi.org/10.48492/servir021.21361>
- Couper, K., & Perkins, G. D. (June de 2013). Debriefing after resuscitation. *Current Opinion in Critical Care*, 9. DOI: 10.1097/MCC.0b013e32835f58aa
- Couper, K., Kimani, P. K., Davies, R. P., Baker, A., Davies, M., Husselbee, N., . . . Perkins, G. D. (2016). An evaluation of three methods of in-hospital cardiac arrest educational debriefing: The cardiopulmonary resuscitation debriefing study. *Resuscitation*, 105, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.05.005>
- Czempik, P., Kopyan, C., Krok, M., & Woyniak, N. (2019). Effects of introducing a rapid response team in a university teaching hospital - preliminary analysis. <https://doi.org/10.5114/ait.2019.90919>

Despacho n.º: 9390/2021. (24 de setembro de 2021). *Diário da República*. Obtido em 2024, de Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Despacho n.º10329/2014. (11 de agosto de 2014). *Diário da República*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Diário da República. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento n.º 140/2019, 2ª Série*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro*. Obtido em Abril de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>

Direção Geral da Saúde. (2022). *Norma Clínica 021/2015, atualizada a 17/11/2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação- Norma Clínica: 021/2015 revista a 17/11/2022*. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde. (2022b). Norma Clínica 020/2015, Atualizada a 17 de Novembro de 2022: "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico - Norma Clínica 020/2015 atualizada a 17/11/2022. Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde. (s.d.). Violência Interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Portugal.

Direção Geral de Saúde. (2022). Norma Clínica 022/2015 atualizada a 29 de Agosto de 2022: "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2022). Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022: "Feixe de Intervenções" para Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa.

Entidade Reguladora da Saúde. (Maio de 2009). *Consentimento Informado - Relatório Final*. Obtido de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.

Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callnan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-000913)

Grasner, J.-T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., . . . Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>), 61-79.

- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conagjan, P., Kuzovlev, A., . . . Monsieurs, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388-407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes*. Obtido de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of Postresuscitation Debriefing Frameworks in Emergency Settings: A Systematic Review. *Society for Academic Emergency Medicine*, 4 (3), 223-230. <https://doi.org/10.1002/aet2.10444>
- Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I. (2023). *Trauma: Técnicas* (Vol. versão 3). Lisboa.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (2024). *Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe e outros Virus Respiratórios: Época 2023/2014*. Lisboa.
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, j., Cupido, C., . . . Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefng: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefng frameworks. *BMC Emergency Medicine* , 22, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
- Kernéis, S., & Lucet, J.-C. (2019). Controlling the Difusion of Multidrug-Resistant Organisms in Intensive Care Units. *40(4)*, pp. 558-568. DOI: 10.1055/s-0039-1696980
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Pratical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65 (6), 691-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kim, H.-J., Min, H.-J., Lee, D.-S., Choi, Y.-Y., Yoon, M., Lee, D.-Y., . . . Lee, Y. J. (2019). Performance of patient acuity rating by rapid response team nurses for predecating short-team prognosis. *PLoS ONE*, 14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225229>
- Kreinst, M., Gliwitzky, B., Schöler, S., Grützner, P. A., & Münzberg, M. (2016). Development of a new Emergency Medicine Spinal Immobilization Protocol for trauma patients and a test of applicability by German emergency care providers. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24
- Laari, L., Anim-Boo, O. A.-B., & Boso, C. M. (2021). ntegrative review of soft skills the desirable traits and skills in nursing practice.<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-605637/v1>

- Lee, J., Lee, H., Kim, S., Choi, M., Ko, I. S., BAe, J., & Kim, S. H. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 1-12
- Ministério da Saúde - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. (Dezembro de 2021). *Capacidade de resposta dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde em situações de emergência: Memorando do Plano de Auditoria*. Obtido em Abril de 2024, de https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/AUD_Memo_Capacidade_resposta_situacoes_emergencia_20220202.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Lei n.º 27/2006 de 03 de Julho de 2006. *Lei de Bases da Proteção Civil*. Lisboa, Portugal.
- Moreira, A., Ramos, R., Ligório, A. B., Junqueira, K., & Correa, K. (2018). Rapid responde team: what factors interfere with your performance? <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e05>
- Mota, L., Príncipe, F., Cruz, A., & Melo, M. (2021). Leadership roles of nurse managers from the Portuguese nurses's viewpoint. *Nursing Practice Today*, 8, 51-59. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i1.4491>
- Mullan, P. C., Cochrane, N. H., Chamberlein, J. M., Burd, R. S., Brown, F. D., Zinns, L. E., . . . O'Connell, K. J. (2017). Accuracy of Postresuscitation Team Debriefings in a Pediatric Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.01.034>
- Mullan, P. C., Wuestner, E., Kerr, T. D., Cristopher, D. P., & Patel, B. (2013). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*, 84, 946 - 951. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.005>),
- Nogueira, A., Gonçalves, J. F., & Costa, M. A. (2021). Competências Não Técnicas em Suporte Avançado de Vida: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibérico-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7, Nº3, 400-421.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* de 16 de Setembro.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de 10 de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*. Obtido de Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade da Enfermagem Médico-Cirúrgica: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer N.º15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.Regulamento Nº429/2018 de 16 de Julho (2018). Diário da República, 2ª Série, N.º 135.
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 de Janeiro de 2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série — N.º 2.
- Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142, 175-181.<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hor debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 7, 259-266. <https://doi.org/10.15441/ceem.19.086>

ANEXOS

**ANEXO I: RESUMO “MODELO SISTEMATIZADO DE
DEBRIEFING: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE MEDICINA
INTENSIVA**

MODELO SISTEMATIZADO DE DEBRIEFING: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE MEDICINA INTENSIVA

MODELO DE DEBRIEFING SISTEMÁTICO: PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS DE MEDICINA INTENSIVA

SYSTEMATIZED DEBRIEFING MODEL: PERCEPTION OF INTENSIVE MEDICINE NURSES

- **Andreia Pereira (AUTOR PRINCIPAL)**; Estudante do Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica da ESSNorteCVP; Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Alto Ave; asfpereira2@gmail.com

- **Cátia Ribeiro**; Licenciada em Enfermagem; Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Alto Ave; catiaribeiro7000@gmail.com

- **José Pedro Guimarães**; Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica; Enfermeiro Especialista no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Alto Ave; pedroguimaraes15@hotmail.com

- **Rafael Figueiredo**; Licenciado em Enfermagem; Enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Alto Ave; rafaelrmfigueiredo@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A promoção de um ambiente clínico seguro para todos é fundamental e deve orientar as práticas dos profissionais de saúde (Walker, 2020). A evolução da diversidade clínica acarreta oportunidades de melhoria que não podemos desvalorizar.

O *debriefing* surge como a ferramenta que irá auxiliar a detetar as necessidades individuais e da equipa. O valor do *debriefing* está amplamente reconhecido em vários setores, com grande destaque na saúde, é utilizado com excelentes resultados na formação e simulação nas áreas médicas e de enfermagem.

Cheng (2023), define *debriefing* como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação. Walker (2020) assume que o *debriefing* é um tema consistentemente positivo e com grande impacto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros a desempenhar funções em Serviços de Medicina Intensiva prestam cuidados a pessoas em situação crítica, o que eleva significativamente o risco de ocorrência de eventos emergentes. Para que os enfermeiros desenvolvam competências para a realização de *debriefing* é imperativo que possuam capacidade crítico-reflexiva. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), este deve desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

A identificação das carências individuais pode ser facilitada se incrementarmos técnicas de análise reflexiva regulares (Walker, 2020).

Assim, importa perceber “Qual a perceção dos enfermeiros acerca da implementação de um modelo sistematizado de *debriefing* num Serviço de Medicina Intensiva?”

OBJETIVOS: No âmbito geral pretendemos conhecer a perceção dos enfermeiros de Medicina Intensiva acerca da implementação de um modelo sistematizado de *debriefing*. Especificamente, ambicionamos verificar o conhecimento sobre modelos sistematizados de *debriefing*; a existência de momentos de *debriefing* informal e, por último, a pertinência da implementação de um modelo sistematizado.

METODOLOGIA: Estudo de abordagem qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital da Região Norte de Portugal. A análise de conteúdo foi realizada de acordo com Bardin (2016). O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética do referido Hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Após a análise de conteúdo verificámos que a maioria dos enfermeiros não conhece nenhum modelo sistematizado de *debriefing* e que esses momentos só acontecem “*raramente*” e em contexto informal, demonstrando a importância da implementação de um modelo sistematizado. Kam et al., (2022) refere que a maioria dos profissionais de saúde reconhece que seria importante receber formação para facilitar a aplicação da apreciação crítico- reflexiva. Complementando, Benner (2001) refere que a aquisição e evolução das competências dos enfermeiros ocorre com base em experiências. A competência é entendida como a combinação elementar de três componentes: conhecimentos, aptidões e atitudes.

CONCLUSÃO: Comprovámos que a perceção dos enfermeiros de medicina intensiva está alinhada com a necessidade de implementação de um modelo sistematizado de *debriefing*.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros; *Debriefing*; Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Promover un entorno clínico seguro para todos es fundamental y debe guiar la práctica de los profesionales de la salud (Walker, 2020). La evolución de la diversidad clínica nos da la oportunidad de mejorar, factor este, que no podemos subestimar.

El *debriefing* aparece como la herramienta que ayudará a detectar las necesidades individuales y del equipo. Su valor es ampliamente reconocido en varios sectores y con gran énfasis en el sanitario, se utiliza con excelentes resultados en formación y simulación en el área médica y de enfermería.

Cheng (2023), define el *debriefing* como un momento de reflexión grupal donde se analizan y exploran aspectos importantes relacionados con el desempeño, con el objetivo de obtener *insights* que tendrán un impacto en la calidad de la práctica clínica futura, identificando posibles áreas de conocimiento que faltan capacitación.

Walker (2020) asume que el *debriefing* es un elemento positivo con un gran impacto en la mayoría continua de la calidad en la atención.

Los enfermeros que trabajan en los Servicios de Medicina Intensiva brindan atención a personas en situaciones críticas, lo que aumenta significativamente el riesgo de que ocurran

eventos emergentes. Para que los enfermeros desarrollen habilidades para realizar el *debriefing* es imprescindible que tengan capacidad crítico-reflexiva. Según el Reglamento de Competencias Comunes de los Enfermeros Especialistas (2019), deben ser desarrollados prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua.

La identificación de necesidades individuales puede ser facilitada si incrementamos las técnicas de análisis reflexivo habituales (Walker, 2020)

Por tanto, es importante comprender “¿Cuál es la percepción de los enfermeros sobre la implementación de un modelo de *debriefing* sistematizado en un Servicio de Medicina Intensiva?”

OBJETIVOS: En general, pretendemos comprender la percepción de los enfermeros de cuidados intensivos sobre la implementación de un modelo de *debriefing* sistematizado. En concreto, pretendemos verificar el conocimiento sobre modelos sistematizados de *debriefing*; la existencia de momentos de *debriefing* informal y, finalmente, la relevancia de implementar un modelo sistematizado.

METODOLOGÍA: Estudio con enfoque cualitativo, exploratorio, de estudio de caso, mediante entrevistas semiestructuradas a enfermeros del Servicio de Medicina Intensiva de un Hospital de la Región Norte de Portugal. El análisis de contenido se realizó según Bardin (2016). El estudio obtuvo opinión positiva del Comité de Ética del Hospital antes mencionado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Después del análisis de contenido, encontramos que la mayoría de los enfermeros no conocen ningún modelo de *debriefing* sistematizado y que estos momentos ocurren “raramente” y en un contexto informal, terminando por demostrar la importancia de implementar un modelo sistematizado. Kam et al., (2022) afirma que la mayoría de los profesionales de la salud reconocen que sería importante recibir formación para facilitar la aplicación de la evaluación crítico-reflexiva. Además, Benner (2001) afirma que la adquisición y evolución de las habilidades de los enfermeros se produce a partir de la experiencia. Se entiende por competencia la combinación elemental de tres componentes: conocimiento, habilidad y actitud.

CONCLUSIÓN: Comprobamos que la percepción de los enfermeros de cuidados intensivos está alineada con la necesidad de implementar un modelo de *debriefing* sistematizado.

PALABRAS CLAVE: Enfermeros; *Debriefing*; Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCTION: The promotion of a safe clinical environment is fundamental for every healthcare professional and should guide the practices of all of them (Walker, 2020). The evolution of clinical diversity brings the opportunities for improvement that we cannot undervalue.

Debriefing appears as a tool that will help to detect individual or team needs.

The value of Debriefing is widely recognised in many fields and with significant highlight in healthcare, where it is used with excellent results in training and simulation in medical and nursing sectors.

Cheng (2023), defines debriefing as a group reflexion moment, where relevant aspects about performance are analysed and discussed, aiming to obtain insights that will have impact in the future clinical practice, identifying potential areas requiring further training.

Walker (2020) affirms that debriefing is consistently positive and has a significant impact on the continuous improvement of care quality.

Nurses working in Intensive Care Units provide care to critically ill patients, that significantly increases the risk of emergency events. For nurses to develop skills to carry out debriefing, it is imperative that they have critical and reflective capacity.

According to the Regulation of Common Competencies for the Specialist Nurse (2019), the nurse should develop high quality practices, managing and collaborating in continuous improvement programs.

Identifying individual needs can be facilitated by implementing regular reflective analysis techniques (Walker, 2020).

It is crucial to understand "What is the perception of nurses regarding the implementation of a systematic debriefing model in an Intensive Care Unit?

OBJECTIVES: In a general context, we aim to understand the perception of intensive care nurses regarding the implementation of a systematic debriefing model. Specifically, we look for to assess knowledge about systematic debriefing models; the existence of informal debriefing moments, and, finally, the relevance of implementing a systematic model.

METHODOLOGY: A qualitative study, exploratory, adopting a case study approach with semi- structured interviews to ICU nurses from a hospital in the North Region. The analysis was conducted following Bardin's (2016) guidelines. The study received ethical approval from the hospital's Ethics Committee, adhering to all ethical principles.

RESULTS AND DISCUSSION: After content analysis, we found that the majority of nurses are unfamiliar with any systematic debriefing model, and these moments occur "rarely" and in a informally context, showing the importance of implementing a systematic model.

Kam et al. (2022) mention that most healthcare professionals recognized the importance of training to facilitate critical reflective appraisal. Benner (2001) adds that nurses acquire and evolution skills it is based on experiences. The competence it is a blend of knowledge, skills, and attitudes.

CONCLUSION: We have confirmed that the perception of intensive care nurses matches with the need for implementing a systematic debriefing model.

KEYWORDS: Nurses; Debriefing; Intensive Care Unit

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, Lda. ISBN 978-85 629 38-04-7

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra : Quarteto Editora

Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*, 2-10

Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 259 - 266.

**ANEXO II: PÓSTER “MODELO SISTEMATIZADO DE
DEBRIEFING: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE MEDICINA
INTENSIVA**

MODELO SISTEMATIZADO DE DEBRIEFING: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE MEDICINA INTENSIVA

ANDREIA PEREIRA¹ | CÁTIA RIBEIRO¹ | JOSÉ PEDRO GUIMARÃES^{2,3} | RAFAEL FIGUEIREDO³

¹Estudante do Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Especialização a Pessoa em Situação Crítica da ESSNorteCVF | asf@essnorte2@gmail.com
²Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica
³Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Alto Ave



PALAVRAS-CHAVE: ENFERMEIROS; DEBRIEFING; UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

ENQUADRAMENTO:

O valor do *debriefing* está amplamente reconhecido em vários setores, com grande destaque na saúde.

Cheng (2023), define *debriefing* como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação.

Walker (2020) assume que o *debriefing* é um tema consistentemente positivo e com grande impacto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para que os enfermeiros desenvolvam competências para a realização de *debriefing* é imperativo que possuam capacidade crítico-reflexiva (Walker, 2020).

Existem, atualmente, vários modelos que permitem realizar *debriefing* de forma sistematizada, no entanto, destacamos o modelo STOP5 de Walker (2020).

Assim, importa perceber “Qual a percepção dos enfermeiros acerca da implementação de um modelo sistematizado de *debriefing* num Serviço de Medicina Intensiva?”



METODOLOGIA/OBJETIVO:

Desenvolvemos um estudo **qualitativo**, exploratório, do tipo estudo de caso com recurso a entrevistas semiestruturadas a enfermeiros do SMI de um Hospital da Região Norte de Portugal com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da implementação de um modelo sistematizado de *debriefing*.

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com Bardin (2016).

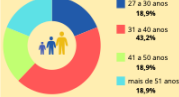
O estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética do referido Hospital.

RESULTADOS:

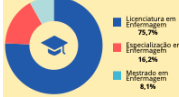
Género:



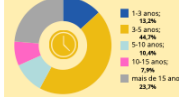
Idade:



Formação Académica:



Tempo de Serviço no SMI:



Q1: Considera que existem momentos de *debriefing* informal no SMI?

- E4: “não fazemos nada esquematizado mas às vezes conversamos sobre o acontecimento”;
E7: “*debriefing*? Não. Aquilo que fazemos é uma reflexão, na passagem de turno, nem sei se isso se pode considerar *debriefing*.”;
E15: “é raro, muito raro... mas às vezes acontece”;
E24: “é um conceito recente, ainda não está enraizado aqui no serviço”;
E31: “acho que nem sabemos como pôr em prática por isso acho que se acontece, deve ser em situações muito particulares que provavelmente eu desconheço”;
E35: “foço com que na minha equipa haja um esforço para realizar *debriefing*, tento incrementar isso (...).”

Q2: Conhece algum modelo sistematizado de *debriefing*?

- E20: “não conheço.”;
E17: “não, sei que existem porque já ouvi falar mas conhecer não conheço”;
E36: “não sou capaz de nomear nenhum”;
E8: “conheço um mas é muito extenso, o PEARLS”;

37
ENTREVISTAS



Q3: Considera pertinente a implementação de um modelo sistematizado de *debriefing* no SMI?

- E2: “se a evidência nos leva nesse sentido, acho que sim”;
E6: “não temos nada a perder em tentar melhorar enquanto equipa, quem ganha são os doentes”;
E18: “seria uma mais valia, mas tem que ser uma coisa estruturada e normalizada”;
E35: “acho que será uma ferramenta importante para melhorar o cuidado que prestamos”;
E25: “a equipa precisa de formação para colocar em prática, mas sim, acredito que a reflexão crítica nos pode trazer benefícios”;

DISCUSSÃO:

Após a análise de conteúdo, verificámos que a maioria dos enfermeiros não conhece nenhum modelo sistematizado de *debriefing* e esses momentos só acontecem “raramente” e em contexto informal. A prática efetiva do método ocorre apenas em 25% das situações e, a maioria dos profissionais de saúde, reconhece que seria importante receber formação para facilitar a aplicação do *debriefing* (Kam et al., 2022).

O facto das instituições não contemplarem um modelo sistematizado de *debriefing* é enfatizado pelos elementos das equipas de enfermagem como um dos motivos que contribui para a não adesão (Kam, et al., 2022). Importa ressaltar que as equipas que se envolvem em momentos de *debriefing* estruturados para se adaptarem e evoluírem serão reconhecidas pela qualidade dos cuidados que prestam (Walker et al., 2020).

.....

CONCLUSÃO:

Concluimos que a percepção dos enfermeiros de medicina intensiva está alinhada com a necessidade de implementação de um modelo sistematizado de *debriefing*. Assim, pretendemos avançar com o projeto de implementação no referido SMI, com o objetivo de enraizar a cultura do *debriefing* em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que o serviço presta ao doente crítico.

BIBLIOGRAFIA:

- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, Lda. ISBN 978-85 629 38-04-7
Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation*, 210, 1-8. doi:10.1002/aet2.10444
Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of Postresuscitation Debriefing Frameworks in Emergency Settings: A Systematic Review. *Society for Academic Emergency Medicine*, 1-8. doi:10.1002/aet2.10444
Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 259 - 266.

ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Título: “Modelo de Sistematização de Debriefing: Perceção de Enfermeiros em Medicina Intensiva”.

Ref: 09/2024 – Projeto de Investigação

Investigador Principal: José Pedro Leite Guimarães, Enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva, no ULSAAVE.

Andreia Sofia Freitas Pereira, Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva, no ULSAAVE.

Nos termos desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião no dia 30 de janeiro de 2024:

Analisado o Projeto de Investigação acima mencionado, a Comissão de Ética não tem nada a opor à execução do referido projeto desde que cumpra os requisitos da Encarregada de Proteção de Dados do ULSAAVE.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. João Lima Reis

Presidente da Comissão de Ética do ULSAAVE

MOD.020.ULSAA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO AVE, EPE
Rua dos Cutileiros, Creixomil – 4835-044 Guimarães
Tel: 253 540 334

ANEXO IV: PRÉMIO MELHOR PÓSTER

II CONGRESSO INTERNACIONAL EM
Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

22-23
Fev/2024



Melhor Póster

Inscrição gratuita de todos os autores no próximo
evento de Enfermagem realizado pelo ISAVE.

ISAVE

ANEXO V: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II CONGRESSO INTERNACIONAL EM
Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

22-23
Fev/2024

CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho intitulado **"MODELO SISTEMATIZADO DE DEBRIEFING: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE MEDICINA INTENSIVA"** da autoria de **Andreia Pereira Cátia Ribeiro, José Pedro Magalhães e Rafael Figueiredo** foi apresentado, na modalidade *"Poster"*, no II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, realizado no ISAVE - Instituto Superior de Saúde, em Amares, no dia 22 de fevereiro de 2024.

A PRESIDENTE DO ISAVE



PROFESSORA DOUTORA MAFALDA DUARTE

ISAVE

ANEXO VI: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de implementação de um modelo sistematizado de *debriefing* no Serviço de Medicina Intensiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir *debriefing*;
- Contextualizar a importância da ferramenta na abordagem ao doente crítico;
- *Debriefing* na melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Apresentação do projeto de implementação no SMI;
- Apresentação da proposta de implementação: MODELO STOP5.



Quality improvement report

BMJ Open Access

Promoting hot debriefing in an emergency department

Stephen Gilmartin,¹ Laura Martin,¹ Siobhain Kenny,¹ Ian Callanan,² Nigel Satter¹



Resuscitation

European Resuscitation Council Guidelines 2021:
Education for resuscitation

**Robert Greif^{a,*}, Andrew Lockey^b, Jan Breckwoldt^c, Frances Carmona^d,
Patrick Conaghan^e, Artem Kuzovov^f, Lucas Pfaffel-Khazacek^g, Ferenc Sarti^h,
Saima Shannarⁱ, Andrew Scapigliati^j, Nigel Turner^k, Joyce Young^l,
Konrad G. Moninger^m**

^a Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Germany; ^b School of Medicine, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom; ^c Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^d School of Medicine, University of Würzburg, Germany; ^e Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^f School of Medicine, University of Würzburg, Germany; ^g Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^h Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ⁱ Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^j Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^k Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^l Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany; ^m Department of Paediatric Cardiology, University of Würzburg, Germany

Debriefing após Paragem Cardiorrespiratória: a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DEBRIEFING NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

O *debriefing* é hoje reconhecido como um instrumento valioso na abordagem do doente crítico

[Hale et al., 2020]

- Diminui o STRESS dos profissionais;
- Promove um ambiente clínico SEGURO;
- Fomenta o ENVOLVIMENTO e a coesão da equipa;
- Reduz o risco de EVENTOS ADVERSOS;
- Direciona a FORMAÇÃO em serviço para necessidades específicas;

[Walker et al., 2020; Hale et al., 2020; Kim et al., 2022]

DEBRIEFING NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

FUNDAMENTAL:

1. Não se objetiva a atribuição de culpa, nem o julgamento individual.

(Walker, 2020)



DEBRIEFING NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

FUNDAMENTAL:

2. Tentar perceber essencialmente o "porquê" do sucesso ao invés de focar o debriefing no que correu menos bem.

(Walker, 2020)



DEBRIEFING NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Apesar das vantagens identificadas na utilização do *debriefing* o método só é aplicado em 25% das situações de forma informal.

(Kam et al., 2022)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

O *DEBRIEFING* contribui ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

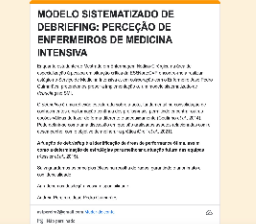
DEBRIEFING: A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SMI

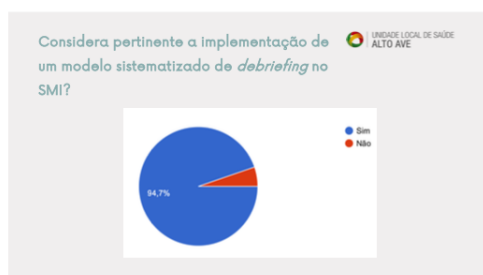
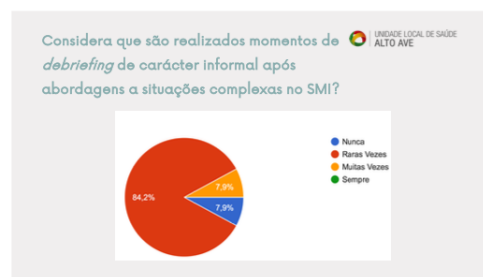
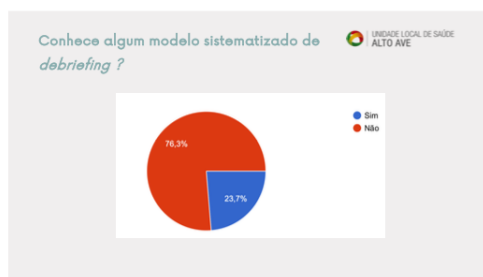
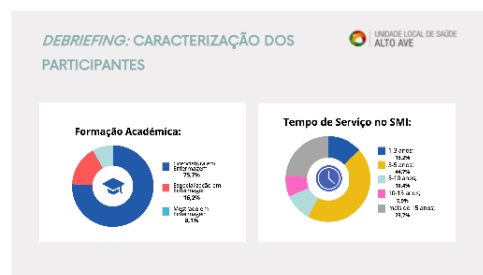
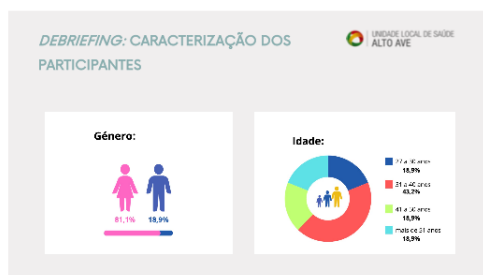
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Modelo Sistematizado de Debriefing: Perceção de Enfermeiros de Medicina Intensiva

Respostas: 37

ADESÃO: 82,2%





APÓS ANÁLISE...

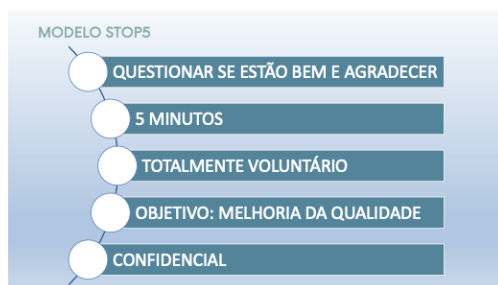
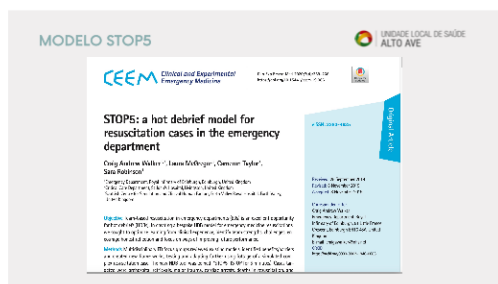
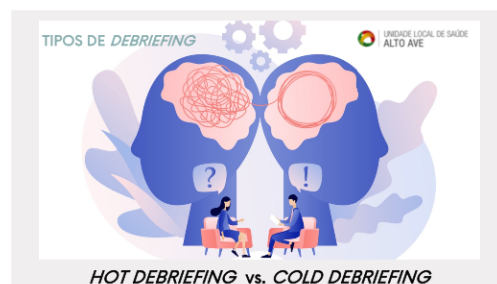
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO AVE

Os enfermeiros do SMI encontram-se alinhados com a necessidade de implementação de um modelo sistematizado de debriefing;

↓

Pretendemos enraizar a cultura do debriefing em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que o serviço presta ao doente crítico.

Debriefing após Paragem Cardiorrespiratória: a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica



MODELO STOPS



"PROCURAMOS OTIMIZAR A APRENDIZAGEM ATRAVES DA EXPERIÊNCIA PRÁTICA, IDENTIFICAR OS PONTOS FORTES E OS DESAFIOS DA EQUIPA, INCENTIVANDO A REFLEXÃO E CONCENTRADOS EM ENCONTRAR FORMAS DE MELHORAR O DESEMPENHO"

(WALKER, 2020, p.259)



"Não queremos fazer mais...
QUEREMOS FAZER MELHOR!"

GRATA PELA ATENÇÃO



QUESTÕES?

BIBLIOGRAFIA



- Cheng, A., Davidson, J., Wan, B., St-Onge-St-Hilaire, A., & Lin, Y. (2023). Data-informed debriefing for cardiopulmonary arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation Plus*, 2-10.
- Clark, R., & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 78-84.
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Monsieus, K. G. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 387- 407.
- Hale, S. J., Parker, M. J., Cupido, C., & Kam, A. J. (2020). Applications of Postresuscitation Debriefing Frameworks in Emergency Settings: A Systematic Review. *Society for Academic Emergency Medicine*, 1-8. doi:10.1002/ast2.10444
- Kam, A. J., Goncalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., 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, 1-15. doi:https://doi.org/10.1186/s12875-022-00707-4
- Mullan, P. C., Wiestner, E., Kerr, T. D., Christopher, D. P., & Patel, B. (2012). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*, 946 -951.
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOPS: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 259 - 266.



ANEXO VII: GUIÃO FOCUS GROUP

GUIÃO FOCUS GROUP - Debriefing após PCR: a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Duração: 60-90 minutos

Realização: Microsoft Teams

Moderadores: Andreia Pereira e Mário Branco

- Relembrar questões éticas e consentimento informado livre e esclarecido.
- Apresentar uma breve definição de debriefing para que todos estejam cientes de qual o objetivo do investigador

Debriefing: Momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho, com o objetivo de obter *insights* que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, identificando possíveis áreas do conhecimento que careçam de formação.

Moderador: Certamente que já vivenciaram diversas situações de PCR. Pedia que recorressem à vossa experiência relativamente a este evento para responderem às questões.

1. De que forma é realizado o debriefing após uma situação de PCR?
(se necessário para orientar os participantes acrescentar: Como é que é realizado? Quem participa? Quem lidera/dinamiza? Utilizam algum modelo? Se sim, qual?)
2. Quais consideram ser as vantagens na utilização do debriefing?
3. Quais consideram ser as desvantagens na utilização do debriefing?
4. Quais as dificuldades/desafios sentidos no local onde exerce funções em relação à implementação do debriefing? (se necessário para orientar os participantes acrescentar: espaço físico, equipa, tempo, recursos humanos, questões de carácter individual)
5. O que consideram necessário para iniciar a implementação sistematizada do debriefing nos vossos serviços?

ANEXO VIII: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSNorteCVP

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

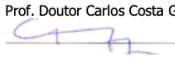
Parecer n.º 016/2024	Código: 2024.001	Data: 22 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Debriefing após Paragem Cardiorrespiratória: a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: N/A

Investigador responsável: Andreia Sofia Freitas Pereira (orientador: Mário Rui Correia Branco) **Protocolo (se aplicável):** N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒ Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade ☐ Rejeitado por maioria ☐
Resumo do Parecer/Recomendações: O projeto de investigação pertinente e relevância para a temática em estudo. 1. O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática; 2. O projeto contempla procedimentos éticos que respeitam os princípios éticos da investigação, nomeadamente, a confidencialidade e a privacidade CONCLUSÃO Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.		
Pelo que se submete à consideração superior.		
Data: 22 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:	

ANEXO IX: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Debriefing após Paragem Cardiorrespiratória: a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enquadramento: *Debriefing* é definido como um momento de reflexão em grupo onde são analisados e explorados aspetos relevantes relacionados com o desempenho que terão impacto na qualidade da prática clínica futura, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. A paragem cardiorrespiratória é um evento frequente nos serviços que alocam doentes críticos. O *debriefing* pós-reanimação é hoje reconhecido como um instrumento valioso na abordagem ao doente crítico. Encontra-se recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais de reanimação e demonstrou melhorar o desempenho das equipas envolvidas no processo de reanimação, assim como melhorar a sobrevida dos utentes acometidos pela paragem cardiorrespiratória (Hale et al., 2020).

Assim, importa conhecer qual a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica relativamente à utilização do *debriefing* após abordagem a situações de paragem cardiorrespiratória.

Com este estudo pretende-se contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, auxiliando no desenvolvimento de práticas baseadas em evidência para melhorar a prestação de cuidados nos Serviços de Urgência e nos Serviços de Medicina Intensiva.

Explicação do estudo: Será desenvolvido um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com focus group para dar resposta à questão de investigação "Qual a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a utilização do *debriefing* após Paragem Cardiorrespiratória?".

O consentimento será obtido via e-mail uma vez que não existirá contacto presencial com os participantes.

Será garantido o direito à autodeterminação e poderá abandonar o estudo sem prejuízo se assim o entender. Este estudo não apresenta conflitos de interesse.

¹ http://portal.arsnorte.mis-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dce.pt/pdf1.adp/2001.01.002A00/00140036.pdf>



Condições e financiamento: O estudo não acarretará custos para os participantes e a participação é de carácter totalmente voluntário.

Confidencialidade e anonimato: Garantidos através da codificação dos participantes com letras e algarismos, aquando da transcrição integral das mesmas. Serão ocultadas referências que permitam identificar a instituição onde os participantes desempenham funções.

O armazenamento de dados ficará a cargo do investigador principal, não será facultado ou disponibilizado em momento algum, serão utilizados única e exclusivamente para o efeito deste estudo.

Assinatura do investigador: Andreia Pereira

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

