

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

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

André Correia Rocha

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

***Debriefing* na equipa multidisciplinar em situação de urgência**

Lisboa, setembro de 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

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

André Correia Rocha

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

***Debriefing* na equipa multidisciplinar em situação de urgência**

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa para a conclusão do Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em
Situação Crítica

Docente:

Professora Doutora Leila Sales

Lisboa, setembro de 2024

RESUMO

O presente relatório final de estágio, realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, surge no seguimento da conclusão do mestrado e especialidade, de forma a analisar todo o meu percurso enquanto estudante na aquisição e no desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

O meu percurso iniciou-se nas aulas teóricas, teórico-práticas e práticas, realizadas na escola, tendo estas sido a base para o cumprimento dos três ensinamentos clínicos realizados de dezembro a julho do presente ano, tendo os mesmos decorrido da forma cronológica em que são apresentados: Viatura Médica de Emergência e Reanimação, Serviço de Urgência Geral Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos.

Utilizei como base teórica o Modelo de Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy, tendo prestado cuidados como foco na segurança e na constante promoção e melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Considerando que os cuidados de Enfermagem vão muito além daquilo que é a prática concreta, torna-se necessário prestar mais atenção a muitos fatores e competências não técnicas, sendo estes pontos-chave na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Com base no descrito anteriormente, desenvolvi para cada contexto de ensino clínico um plano de projeto sobre a realização de *debriefing* na equipa multidisciplinar em situação de urgência. Através da aplicação de *debriefing* estruturado, constatei que este representa desenvolvimento pessoal e profissional para as equipas de saúde, sendo deste modo um fator indispensável para a segurança, promoção e melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e sua família.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; *Debriefing*; Segurança do Doente; Qualidade de Cuidados; Emergência Pré-hospitalar; Urgência; Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

This final internship report, carried out within the scope of the Internship Curricular Unit with Report of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Nursing for People in Critical Situation of the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa, comes following the completion of my master's degree and specialty, in order to analyze my entire journey as a student in the acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse.

My trajectory began with theoretical, theoretical-practical and practical classes, held at school, which were the basis for carrying out the three clinical teachings that I carried out from December to July this year, occurring in the chronological way in which they are presented, Medical Vehicle Emergency and Resuscitation, Multipurpose Emergency Service and Intensive Care Unit.

I used Joanne Duffy's Quality-Care Model as a theoretical basis, I provided care focusing on safety, the constant promotion and improvement of Nursing care.

Considering that Nursing care goes far beyond what is concrete practice, it is necessary to pay more attention to many non-technical factors and skills, these being key points on providing safe and quality care.

Based on the above, I developed a project plan for each clinical teaching context on carrying out debriefing in the multidisciplinary team in an emergency situation. Through the application of structured debriefing, I found that this represents personal and professional development for other health teams, thus being an indispensable factor for the safety, promotion and continuous improvement of the care provided to people in critical situations and their families.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Debriefing; Patient Safety; Quality of Care; Pre-hospital Emergency; Urgency; Intensive Care.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer às pessoas mais importantes na minha vida, aos meus pais pelo incentivo e motivação constante. Adriana por ser sempre o meu porto de abrigo e por toda a paciência que teve com a minha constante ausência. Ao meu irmão e meus sobrinhos, Maria Carolina e Martim, por sempre me aconchegarem com um sorriso. Aos meus avós e ao meu tio Paulo que sempre me apoiaram e sem eles seria impossível sequer ter obtido o grau de licenciatura em Enfermagem.

Quero expressar o meu muito obrigado por toda a ajuda e apoio da Professora Doutora Leila Sales durante este percurso.

Aos meus supervisores clínicos dos vários ensinamentos clínicos pela partilha de conhecimentos, sou melhor profissional graças aos vossos ensinamentos.

Aos meus colegas Marco e Vanessa por todo o apoio e camaradagem demonstrada durante a realização do curso.

A toda a turma do mestrado pelo grande espírito de união durante este percurso.

Aos meus colegas da Urgência, em especial a toda a chefia do serviço e chefes de equipa por todo o apoio, compreensão e motivação para comigo ao longo deste percurso.

Lista de Abreviaturas e Siglas

BASIC – *Basic Assessment and Support in Intensive Care*

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensinos Clínicos

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSCVP-L – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa

GPTM – Grupo Português de Triagem de Manchester

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – *International Trauma Life Support*

NRBQ – Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUGP – Serviço de Urgência Geral Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

Índice de Quadros.....	12
I. Introdução.....	13
II. Enquadramento Teórico.....	16
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre...	22
III.1. Ensino Clínico realizado na VMER.....	22
III.1.1. Contextualização do Ensino Clínico.....	22
III.1.2. Diagnóstico de Situação.....	23
III.2. Ensino Clínico realizado no Serviço de Urgência Geral Polivalente...	26
III.2.1. Contextualização do Ensino Clínico.....	26
III.2.2. Diagnóstico de Situação.....	27
III.3. Ensino Clínico realizado no Serviço de Medicina Intensiva.....	32
III.3.1. Contextualização do Ensino Clínico.....	32
III.3.2. Diagnóstico de Situação.....	33
III.4. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas.....	34
III.4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.....	35
III.4.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A).....	35
III.4.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B).....	44
III.4.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados (C).....	51
III.4.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D).....	55

III.4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.....	59
III.4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	60
III.4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	60
III.4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	61
IV. Considerações Finais.....	64
V. Referências Bibliográficas.....	68

Apêndices

Apêndice A – Plano de Projeto realizado no âmbito do EC da VMER

Apêndice B – Questionário realizado à equipa da VMER sobre o *Debriefing*

Apêndice C – Cartaz realizado no EC da VMER

Apêndice D – Plano de Projeto realizado no âmbito do EC do SUGP

Apêndice E – Questionário realizado à equipa do SUGP sobre o *Debriefing*

Apêndice F – Cartaz realizado no EC do SUGP

Apêndice G – Questionário realizado à equipa da UCI sobre o *Debriefing*

Apêndice H – Apresentação em formato *online* realizado à equipa da UCI

Apêndice I – Exposição oral da apresentação realizada em formato *online* para a equipa da UCI

Apêndice J – Resumo da revisão *scoping* com o título: “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: revisão *scoping*”

Apêndice K - Revisão Integrativa da literatura “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”

Apêndice L – Póster “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”

Apêndice M - Ciclo Reflexivo de *Gibbs* realizado no âmbito do EC da VMER

Anexos

Anexo A – Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa

Anexo B – Sessão de Formação em Serviço sobre “Grupo de Auditoria Interna – Prevenção e Controlo de Infecção associada à Cateterização do Acesso Venoso Periférico”

Anexo C – Webinar “A importância do In-Exsufador: modo de utilização e as suas vantagens”

Anexo D – Curso “ Gestão de Equipas em Gestão de Serviços de Saúde”

Anexo E – Webinar “Enfermagem no SAP: Reconhecimento Precoce da Sépsis”

Anexo F – Webinar “Reconhecimento e opções de tratamento em Ritmos de periparagem: taquicardia”

Anexo G – Preletor na sessão de formação em serviço sobre “Disfagia e Escala de *Guss*”

Anexo H – Sessão de Formação em Serviço sobre “Utilização da caixa de drenagem torácica (*Eurocets Rome*)”

Anexo I – Webinar “Abordagem ao doente crítico na sala de reanimação”

Anexo J – Webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”,

Anexo K – Colaboração na “UFC VI – Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica” orientação, supervisão e avaliação de um estudante

Anexo L – Certificado de Formação Profissional “Ventilação Mecânica Invasiva

Anexo M – Sessão de Formação em Serviço sobre “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – técnica ISBAR”

Anexo N – Congresso Internacional do Doente Crítico 2023

Anexo O – 2ª Edição da Reunião “AVC 360º Integrar e Aplicar”

Anexo P – Sessão de Formação “Gestos que salvam no pré-hospitalar”

Anexo Q – *I International Webinar – Master`s Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person – Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care*

Anexo R – Certificado de melhor póster na área do mestrado em Enfermagem médico-Cirúrgica

Anexo S – Certificado de aprovação no curso de SAV

Anexo T – Certificado de aprovação no curso de ITLS

Anexo U – Certificado de aprovação no curso de BASIC

Índice de Quadros

Quadro 1 – Respostas do questionário à questão: “ O que entende saber o que é o *Debriefing*?”.....28

Quadro 2 - Respostas do questionário à questão: “Em que situações é utilizado o *Debriefing* na sua prática profissional?”30

I. Introdução

No âmbito das Unidades Curriculares (UC) de Estágio com Relatório, inseridas no 2º semestre do 1º ano e no 1º semestre do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (ESSCVP-L), surge a realização do presente relatório de estágio intitulado: “*Debriefing* na equipa multidisciplinar em Situação de Urgência”, sob orientação da Professora Doutora Leila Sales.

O presente documento resulta dos três Ensinos Clínicos (EC) realizados, em ambiente pré-hospitalar numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com a duração de 208 horas de contacto, no Serviço de Urgência Geral Polivalente (SUGP) e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) cada um deles com a duração de 204 horas de contacto. Tendo estes tido início em dezembro de 2023 e o seu término em julho de 2024, com uma duração total de 616 horas de campo em EC. Todos eles realizados na Área Metropolitana de Lisboa.

A temática por mim selecionada foi o *debriefing* em situações de urgência com foco na equipa multidisciplinar. Esta escolha recaiu sobre o facto de o *debriefing* ser considerado um processo dinâmico e reflexivo sobre a prática, com uma vertente educacional, dirigido ao ciclo de aprendizagem de modo a alterar pensamentos e atitudes e influenciar uma mudança positiva numa equipa¹⁻³. Considero também que esta temática seja um componente essencial nos cuidados de Enfermagem, seja como pilar para a segurança do doente, como no que concerne à melhoria contínua dos cuidados através da formação dos profissionais que constituem a equipa multidisciplinar.

Está comprovado que os enfermeiros vivenciam na sua prática clínica diária situações de sofrimento, sendo expostos a variados traumas físicos e psicológicos, tendo essas situações repercussões a nível pessoal e profissional⁵. O *debriefing* nestas situações vai permitir aos enfermeiros, processar e refletir sobre o incidente em causa, tornando-se importante aplicar o *debriefing* no local ou perto do mesmo, na mais curta janela temporal possível, de modo a obter uma maior eficácia.

É possível compreender a importância que o *debriefing* tem para esta área, pois, a prática clínica em contexto de doente crítico é propícia a situações de maior ansiedade, *stress* e conflito⁴.

Através das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de Enfermagem à PSC: “1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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”⁶. Posso direcionar para a importância que esta temática pode ter no desenvolvimento destas competências, assente na melhoria da dinâmica na equipa multidisciplinar e em ganhos para a pessoa alvo dos cuidados e profissionais de saúde.

Relativamente às competências específicas do EEEMC com a aplicabilidade do *debriefing* é expectável que consiga responder às seguintes competências: “1.3 Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados; 1.4 Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”⁶.

Deste modo, pretendo através da aplicação do *debriefing* em contexto clínico, desenvolver conhecimentos e práticas baseadas na melhor e mais atual prática baseada na evidência (PBE), prestando mais e melhores cuidados especializados e diferenciados à PSC e sua família, contribuindo para uma melhor resposta a futuros incidentes de emergência, exceção e catástrofe, e ainda para o controlo do risco de infeção da PSC em qualquer que seja o seu ambiente clínico. Assim, espero contribuir para a diminuição dos incidentes de segurança à PSC, aumentando a segurança dos cuidados e da qualidade dos cuidados prestados.

Como futuro EEEMC considero que o *debriefing* surge como método para reconhecer erros e barreiras e estruturar novos planos de ação para agir e intervir de forma mais benéfica para a PSC e sua família. Não só permitirá a prestação de cuidados de

qualidade, bem como, maior segurança em momentos de maior conflito e *stress*. Conversar sobre os erros, realçar aspectos positivos e negativos da nossa intervenção permite a evolução e assim prestar cada vez melhores cuidados à PSC e à sua família.

Para este percurso defini como objetivo geral: desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais no cuidado especializado à PSC e/ou falência orgânica e sua família; e como objetivos específicos: realizar a integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica do serviço; realizar a caracterização do campo de EC; evidenciar competências para a prestação de cuidados especializados à PSC e sua família; contribuir para a realização de *debriefing* na equipa de enfermagem tendo em vista a melhoria e segurança dos cuidados prestados; sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do *debriefing*.

A estrutura do presente documento é dividida em cinco capítulos: Introdução; Enquadramento Teórico, onde irei contextualizar toda a temática tendo por base evidência científica atual; Percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre, onde será apresentada a contextualização e o diagnóstico de situação de cada um dos três EC, onde realizei a descrição e apresentação dos vários campos de EC, a análise reflexiva das competências adquiridas do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem e as competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC no contexto de emergência pré-hospitalar, no contexto de SU e em contexto de cuidados intensivos; as Considerações Finais, onde espelhei reflexões sobre o meu percurso académico, aprendizagens e instigações encontradas nos EC; as Referências Bibliográficas, segundo Norma de Vancouver, base de toda a fundamentação teórica utilizada na concessão deste documento; e por último, os Apêndices e Anexos.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a redação deste relatório basei-me em documentação com valor científico e profissional para a prática de Enfermagem e no que diz respeito à temática abordada, o *debriefing*, recorrendo a pesquisa em bases de dados científicas e literatura cinzenta, tendo tido em consideração o período temporal dos últimos cinco anos, de modo a que o meu trabalho esteja baseado em literatura o mais atual possível.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a profissão de Enfermagem apresenta como objetivo prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano que se apresente doente ou não, durante todo o seu ciclo vital, bem como, a todos os grupos sociais onde esteja inserido, por forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde⁷. O Enfermeiro é o profissional habilitado que apresenta competências científicas, técnicas e humanas, de forma a prestar cuidados de enfermagem à pessoa, família, grupos e comunidade no que diz respeito à prevenção primária, secundária e terciária⁷.

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (8 p. 1). Desta forma, existem domínios comuns que guiam a prática de cuidados do Enfermeiro Especialista, que são os seguintes: responsabilidade profissional, onde se inclui a responsabilidade ética e legal; promoção contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento e incremento de novas aprendizagens profissionais⁸.

O *debriefing* é considerado como o ponto-chave no processo de aprendizagem, devendo ser utilizado de modo estruturado e reflexivo, pois nele é realizada uma estimulação reflexiva da situação vivenciada, bem como a estruturação do pensamento coletivo, de forma a solidificar as aprendizagens vivenciadas^{2,9}.

Torna-se perceptível a importância que desempenha o *debriefing* na prática de Enfermagem especializada, através da sua importância no desenvolvimento de competências, sejam elas científicas, técnicas, éticas e/ou relacionais. Deste modo, com a aplicabilidade do *debriefing*, o enfermeiro desenvolve um leque abrangente de

competências essenciais na prática de cuidados contribuindo no seu todo para a melhoria contínua da qualidade, responsabilidade, gestão e desenvolvimento profissional do próprio, bem como dos cuidados prestados à pessoa e sua família.

O *debriefing* deve ser assumido como uma revisão sistemática dos acontecimentos ocorridos e não como uma crítica⁹. A sua importância está diretamente relacionada com a melhoria do processo de aprendizagem, sendo uma oportunidade para o desenvolvimento do mesmo, e ainda na promoção do trabalho em equipa, resultando em consequente melhor desempenho das equipas¹⁰⁻¹³.

Os principais objetivos do *debriefing* são a identificação de lacunas, a consolidação de conhecimentos e a mudança de comportamentos, de forma a obter estratégias e processos de melhoria tendo em vista aprimorar o desempenho da equipa no futuro¹⁻³.

Direcionando para a saúde, o *debriefing* pretende simplificar a discussão de ações e pensamentos e as reflexões, de modo a se objetivarem ganhos em saúde³. O *debriefing* tem um papel importante na melhoria da comunicação, da satisfação, do trabalho em equipa e da cultura de segurança das instituições, podendo levar a uma diminuição concreta dos incidentes de segurança do doente e, consequente, redução da morbilidade e mortalidade⁴. É visto como um fator contributivo para a melhoria do atendimento, do trabalho de equipa, da cultura comunicacional, da reflexão e da melhoria contínua dos cuidados, levando a um aumento significativo da eficiência das instituições de saúde e da segurança do doente^{1,4}.

O *debriefing* permite ainda processar e refletir sobre incidentes traumáticos. Dependendo da situação em causa, o *debriefing* pode ser aplicado individualmente ou coletivamente¹⁴.

Em contexto de formação em saúde, o *debriefing* é uma oportunidade, seja em competências clínicas, seja em competências comunicacionais, devendo ser uma discussão bidirecional e interativa, onde é realizada uma reflexão sobre os acontecimentos ocorridos e desempenho, facilitando a prática clínica através de uma redução significativa de erros que afetam os doentes, e ainda, melhorar os resultados alcançados^{11,15}.

Destaco a importância do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, em vigor em Portugal, na fundamentação teórica do presente documento. Este plano

descreve a importância de consolidar, promover e implementar práticas seguras na prestação dos cuidados de saúde, incitando a princípios como a comunicação, a cultura de segurança e a implementação contínua de práticas seguras, neste tipo de ambientes de saúde que são cada vez mais complexos¹⁶.

Sabendo que o *debriefing* pretende contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e que leva a um aumento significativo da eficiência das instituições de saúde e da segurança dos doentes, torna-se bastante perceptível a importância que o mesmo desempenha na consolidação, promoção e implementação de estratégias de segurança na prestação dos cuidados de saúde^{1,4}.

Deve-se desenrolar num ambiente que fomente a confiança e conforto entre a equipa, não devendo ser utilizado de forma negativa através da culpabilização individualizada, permitindo a autorreflexão no seio da equipa sobre algo que se desenrolou de forma negativa, mas também sobre algo que decorreu de forma positiva, levando a que nestas situações exista um reforço positivo da confiança^{2,3,12}.

O *debriefing* pretende colmatar falhas, estruturar planos de ação direcionados e concisos que visam cuidados de excelência, uma equipa motivada e melhor preparada para lidar com situações adversas. Deste modo, o EEEMC deve estar focado nesta temática, promovendo a formação no eixo da equipa, fomentando conhecimento e espírito de equipa, a fim de assegurar qualidade nos cuidados prestados, bem como, uma melhoria contínua desses mesmos cuidados.

Na realização de sessões de *debriefing*, a forma de interrogar não está de todo definida, no entanto a utilização de um *debriefing* não estruturado permite que os intervenientes reajam de forma emocionalmente descomprimida e descontraída, sendo fulcral perceber qual ou quais os pontos mais importantes para a equipa, de modo a obter uma maior satisfação e consequente melhor perceção da utilidade do *debriefing*^{11,12}. A não estruturação do *debriefing* pode transportá-lo para uma análise mais emocional do que racional da situação, podendo estar aqui comprometido o processo de aprendizagem que possa advir da situação ocorrida e da análise detalhada da mesma.

Considero que a utilização de uma estrutura para a realização de *debriefing*, permite que este seja mais eficaz e conciso, sendo assim realizada uma análise mais

detalhada de toda a situação experienciada e debatidos todos os pontos fulcrais da situação, permitindo retirar mais informações e aprendizagens da situação ocorrida.

A estrutura do *debriefing* é composta por três fases distintas e essenciais à sua aplicabilidade seja qual for o contexto, sendo: a primeira fase – Reação, centrada nos intervenientes da ação sucedida, sendo aqui realizada uma descrição do evento e do impacto emocional que a situação em análise provocou nos vários intervenientes; a segunda fase – Análise, aqui o foco são os acontecimentos ocorridos, no desempenho da equipa, ações positivas e negativas, e a articulação dos acontecimentos com os protocolos/*guidelines* existentes e atualizadas ao dispor; a terceira fase – Síntese, onde se destaca as aprendizagens em tudo o que decorreu da situação vivenciada, podendo aqui ser adicionadas algumas *take home messages*¹⁷.

Utilizei o Modelo Teórico de Aprendizagem Experiencial de Kolb para enriquecer teoricamente o presente documento. Este modelo reflete-se num ciclo de aprendizagem experiencial de quatro fases: a) experiência concreta, processo onde se vivencia a experiência ocorrida; b) observação reflexiva, altura em que se procede a reflexões após a experiência ocorrida; c) conceptualização abstrata, aprendizagem através da estruturação de conceitos tendo como base as reflexões anteriores; d) experimentação ativa, de forma a testar e aplicar as aprendizagens obtidas¹⁸.

É possível deste modo, realizar um paralelismo entre a estrutura do *debriefing* e o Modelo de Aprendizagem Experiencial de Kolb. Ambos iniciam-se com os sentimentos e reações que a situação desenvolveu nos participantes, sendo estes e os seus sentimentos o destaque na primeira fase. Seguidamente ambos destacam reflexões, ações e desempenhos ocorridos, destacando-se o que é o correto realizar com base no conhecimento e experiência existente e atual. Por último, destacar aquilo que foi apreendido com a situação e o conjunto de ações tomadas pelos intervenientes de forma a prosseguir com o processo de aprendizagem, melhorando deste modo a intervenção dos intervenientes tendo como foco a melhoria da sua prestação.

De forma a enriquecer o meu percurso como futuro EEEMC, centrei-me na Teoria de Enfermagem Modelo Qualidade-Cuidado. Este modelo foca-se nas relações na equipa e na importância e valor dos cuidados de Enfermagem assentes numa PBE, integrando fatores biomédicos e psicoespirituais, possibilitando uma melhoria nos resultados para a pessoa alvo dos cuidados, enfermeiro e para o sistema¹⁹.

O modelo incorpora três componentes essenciais, sendo eles: a estrutura, representada pelos participantes na situação, podendo eles ser os profissionais de saúde, a pessoa alvo dos cuidados ou a sua família; o processo, atribuído ao relacionamento do cuidado, podendo ser de dois tipos, as interdependentes – entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados – e a multidisciplinar – entre os vários profissionais de saúde envolvidos; e por último, o resultado, sendo este o produto final, a mudança de comportamentos e atitudes, influenciando no futuro a qualidade dos cuidados prestados¹⁹⁻²⁰.

Salienta-se o relacionamento como pilar da segurança e de forma a implementar mudanças positivas na saúde. Com esse fim, enfermeiros, pessoa alvo dos cuidados e sua família, bem como outros profissionais de saúde, devem trabalhar em conjunto para que se alcance uma significativa melhoria da qualidade dos cuidados^{19,20}.

A relação entre o *debriefing* e o Modelo Qualidade-Cuidado é compreensível, pois ambos assentam a sua base em fatores e premissas essenciais para ambos, sendo eles: a comunicação e relação na equipa, através de uma comunicação eficaz, sendo este um componente essencial na relação profissional e no cuidado, sendo possível aprimorá-la com a sua implementação; as competências técnicas seja em procedimentos como em intervenções, através da sua análise pode ser passível de ser evidenciada a sua melhoria; o processo de liderança no cuidar, onde esta deve ser assumida e posteriormente fornecer *feedback* aos elementos da sua equipa e, consequentemente, melhorar o desempenho seja do líder como da equipa; ambos detêm como pilar a PBE, realizando uma revisão de qual a mais atual e adequada à situação em causa, contribuindo para melhoria e apreensão de novos e mais atualizados conhecimentos no seio da equipa; a educação contínua dos intervenientes, profissionais, pessoa alvo dos cuidados e sua família, através da oportunidade da melhoria do processo de aprendizagem, seja em competências técnicas como não técnicas; a compaixão e humanização dos cuidados, através da exposição de sentimentos e emoções de forma a contribuir para o melhor relacionamento entre os intervenientes, relação cuidar e ser cuidado; a avaliação e melhoria contínua dos cuidados, através do desempenho da equipa num contínuo de aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados de saúde^{19,20}.

Torna-se perceptível assim, a importância que o *debriefing* desempenha para este modelo através da procura constante do aperfeiçoamento dos cuidados prestados, tendo

sempre por base a PBE de forma a melhorar a *performance*, aumentando a segurança dos cuidados e, conseqüentemente, prestar cuidados cada vez mais diferenciados, seja em componentes técnicas como não técnicas de forma a atingir um aperfeiçoamento do sistema de saúde.

III. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE

III.1 ENSINO CLÍNICO REALIZADO NA VMER

III.1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

O meu primeiro EC foi realizado no contexto do pré-hospitalar, numa VMER da área metropolitana de Lisboa.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), a VMER tem como objetivo: “estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência” (21 p. 1).

A VMER é um veículo de intervenção no âmbito da emergência pré-hospitalar, que funciona com a presença de um enfermeiro e um médico em cada turno.

A equipa da VMER é constituída por um enfermeiro e médico, recaindo sobre o enfermeiro a notória responsabilidade de conduzir o veículo entre as várias ocorrências. Esta equipa presta assistência 24 horas por dia, sete dias por semana, 365(6) dias por ano de forma ininterrupta. Geograficamente, A VMER onde realizei o EC presta assistência na área metropolitana de Lisboa.

A base da VMER está sediada na estrutura física do seu hospital. É composta por um espaço que dispõe de: armazém, onde se encontra todo o material e fármacos para reposição, tendo este uma equipa nomeada pela coordenação da VMER que tem a responsabilidade de contabilização de *stocks* e reposição dos mesmos – dispensados pelo Armazém Central e pela Farmácia Hospitalar; gabinete de coordenação; quarto de banho; sala de estar: que dispõe de condições de bem-estar e conforto para os profissionais.

No que concerne ao equipamento, dispõe do mais variado material médico para abordagem a pessoas vítimas de doença aguda e/ou trauma, estando ainda preparada para responder a eventos multivítimas.

A equipa de Enfermagem é composta por 16 enfermeiros – nove enfermeiros do SUGP; cinco enfermeiros de UCI; um enfermeiro do Bloco Operatório; e um enfermeiro do Serviço de Medicina. Desta vasta e diferenciada equipa destaca-se que oito são

enfermeiros especialistas: cinco em EMC, dois em Reabilitação e um em Saúde Mental e Psiquiatria.

A equipa médica é composta por 18 médicos de várias especialidades: medicina interna, medicina intensiva, anestesiologia, cirurgia geral e otorrinolaringologia.

O veículo atribuído à VMER em causa é uma carrinha *Volkswagen Golf* do ano de 2016 e conta já com cerca de 330.000 quilómetros percorridos. Dispõem de material protocolado pelo INEM, bem como mais algum acrescentado pela coordenação, de modo a proporcionar uma melhor assistência à pessoa e família que necessita de cuidados emergentes.

III.1.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A minha integração no EC foi fácil, visto já conhecer a grande maioria dos profissionais que compõem a equipa da VMER. Ainda assim, procurei reunir com o enfermeiro coordenador e a médica coordenadora da VMER de forma a conhecer a dinâmica do serviço, as necessidades formativas da equipa e os procedimentos implementados. Esta reunião foi bastante importante, desde logo para perceber algumas regras que existem naquela VMER, por exemplo o facto de a equipa de Enfermagem e médica estar dividida, cada uma delas, em elementos sénior e elementos mais novos. Os enfermeiros de referência integraram os novos elementos e apenas com estes os médicos mais novos, ou com menos experiência na equipa da VMER, podem realizar turnos.

Esta preocupação existente é sem dúvida de salientar pelo facto de a equipa de coordenação da VMER ter sempre presente em cada turno um elemento, seja enfermeiro ou médico, de referência, com bastantes anos de experiência de cuidados em ambiente pré-hospitalar.

Foi-me possível observar as dinâmicas do serviço, seja nas rotinas diárias seja na organização da base, como a organização dos materiais no armazém e farmácia da base, e do veículo, com a realização da *check-list* do material de emergência médica que dispõe – ponto fulcral do turno, pois é aqui que nos conseguimos aperceber se existe falta de algum material e repô-lo, datas de validade e danos do mesmo, níveis de baterias dos dispositivos elétricos e ainda saber a localização de cada material no veículo, pois numa

ativação nunca se sabe qual o material que se pode necessitar, sendo desta maneira mais fácil identificar onde está guardado. Importa ainda referir a verificação dos componentes de segurança para a condução, como a verificação do nível de óleo do motor, água do radiador, luzes de presença e de emergência e o nível de ar dos pneus por parte do enfermeiro.

Na base da VMER existem vários documentos científicos que podem ser consultados por todos, onde constam protocolos realizados pelo INEM perante várias situações, bem como outra bibliografia que os profissionais podem consultar sempre que assim o achem necessário.

Através de reuniões formais e informais com os vários elementos da equipa da VMER constatei que o *debriefing* é realizado na maioria das vezes, objetivando que o mesmo não é realizado de forma organizada, daí ter sido bastante importante avançar e desenvolver a minha temática.

Após detetar que seria importante desenvolver a temática do *debriefing* neste EC, procurei contribuir para a realização de sessões de *debriefing* na equipa da VMER, tendo em vista a melhoria e segurança dos cuidados prestados. Para isso, partilhei o meu plano de projeto (apêndice A) a desenvolver com os meus supervisores clínicos, de modo a que este fosse atingido e me pudessem orientar da melhor forma para a concretização dos meus objetivos.

De forma a obter dados concretos sobre a temática em estudo, desenvolvi e apliquei um questionário à equipa multidisciplinar da VMER, enfermeiros e médicos, visto serem uma equipa que presta cuidados sempre em parceria e ainda poderem realizar *debriefing* com outros intervenientes na prestação de cuidados à PSC e sua família, sejam eles bombeiros, técnicos de emergência pré-hospitalar, forças de segurança, etc. Este questionário (apêndice B) foi enviado a todos os profissionais da VMER, tendo a sua participação sido individual, anónima e confidencial. Com ele, foi-me possível obter dados no que concerne à realização de *debriefing* e analisar as respostas por parte da equipa da VMER, justificando assim ainda mais a pertinência da temática.

O questionário foi enviado via correio eletrónico institucional pelo meu supervisor clínico a 100% da equipa ($n = 34$). O mesmo teve uma taxa de adesão de cerca de 79% da equipa, o que superou as minhas expectativas por ter conseguido uma alta taxa de

preenchimento do mesmo. De tudo, eu e o meu supervisor clínico, fizemos para que o questionário obtivesse 100% de adesão por parte da equipa, seja em todas as passagens de turno incentivar à sua realização, bem como, através de vias de informação formais e informais. Através deste foi-me possível obter variados dados que passo a apresentar.

No que concerne à experiência profissional na equipa da VMER constato que 70% (19 elementos) tem até 10 anos de experiência e 30% (oito elementos) apresentam 10 a 20 anos de experiência.

Relativamente aos dados sobre o *debriefing*, todos os elementos sabem o que é o *debriefing*, o que representa 100% dos questionados. Destes, 65,4% não conhecem a estrutura do *debriefing* e apenas 3,7% não conhecem os objetivos do *debriefing*. O *debriefing* na prática clínica diária é distribuída por: 70,4% considera a temática muito importante; 18,5% importante; 11,1% muito pouco importante. No que concerne à realização de *debriefing*, 44,4% realiza frequentemente *debriefing* em todos os turnos, 44,4% realiza às vezes e 11,1% raramente realiza. Na distribuição por todas as ativações, o *debriefing* é realizado às vezes por 48% dos elementos, 26% frequentemente, 22% raramente e 3,7% nunca realiza.

Para diferenciar entre situações muito específicas, onde o dano e a gravidade da situação é mais acentuada, constata-se que 52% realiza apenas *debriefing* nestas situações enquanto, 48% realiza também naquelas situações em que a gravidade não é acentuada. Cerca de 74% da equipa acha muito provável a melhoria do desempenho da equipa através de um *debriefing* eficaz e estruturado e 26% acha provável que tal facto aconteça. 89% da equipa relatou como necessário obter formação sobre *debriefing*.

Após as diversas reuniões e a análise do questionário achei essencial realizar formação à equipa sobre o *debriefing*. Para isso, elaborei um cartaz – que se encontra em apêndice C –, tendo este ficado afixado em suporte papel na base da VMER e em formato digital no computador da base, de modo a que todos os profissionais o pudessem consultar. De forma a me ser possível confirmar que todos observaram o cartaz, este foi enviado através de *Whatsapp* para o grupo da VMER, onde foi possível constatar que o mesmo foi visto por todos os profissionais.

Visto não ser fácil reunir um número mínimo de elementos da equipa para a realização de uma sessão formativa presencial, em todos os turnos realizava a formação,

principalmente em todas as ativações que surgiam, sendo possível aplicar sempre um *debriefing* estruturado e conciso. Destaco que ao longo dos turnos foi-me possível compreender que a equipa demonstrou sempre interesse e necessidade de realizar *debriefing* estruturado após a visualização do cartaz e das sessões de formação informais durante os turnos.

III.2 ENSINO CLÍNICO REALIZADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE

III.2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

O EC II foi realizado num SUGP na Área Metropolitana de Lisboa. O SUGP é considerado como o Serviço de Urgência (SU) com mais diferenciação no que concerne às respostas em situações de urgência e emergência²². Devido ao facto de ser um serviço de elevada diferenciação de especialidades médicas e um Centro de Trauma, presta assistência a pessoas da sua área de referência, bem como a todo o sul do país, estimando-se que abranja uma área populacional de cerca de 2,3 milhões de pessoas²³. Funciona 24 horas por dia e sete dias por semana.

Relativamente à caracterização do campo de EC, a equipa de Enfermagem é composta por um enfermeiro gestor; quatro enfermeiros de coordenação; cinco equipas de Enfermagem compostas por cerca de 25 elementos cada, tendo cada uma delas três enfermeiros chefes e elementos com vários níveis de experiência e diferenciação na área do doente crítico.

O serviço é composto por cinco salas de observação de doentes, onde estes podem ser monitorizados continuamente; quatro salas de emergência, sendo duas dedicadas à pessoa de patologia aguda médica e outras duas dedicadas à pessoa vítima de trauma; uma sala para pessoas deitadas em maca; uma sala para pessoas sentadas que necessitem de realizar oxigenoterapia ou terapêutica contínua; uma sala de ortopedia, onde são abordadas pessoas com patologia ortopédica; duas salas de pequena cirurgia; três gabinetes de triagem; um gabinete de informações; uma sala de tratamentos para administração de terapêutica a pessoas que se encontram aguardar nova observação médica ou a realização e resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica na sala de espera.

III.2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Fui realizando a integração na equipa multidisciplinar do EC de forma progressiva, desenvolvendo este capítulo até ao último dia, visto a equipa ser muito grande e prestar cuidados com múltiplos profissionais da equipa multidisciplinar, não estando sempre com os mesmos.

O enfermeiro gestor e os enfermeiros coordenadores do SUGP atribuíram-me uma supervisora clínica especialista e já com muita experiência no SUGP. Pude reunir com os mesmos e com os enfermeiros chefe de equipa na qual eu e a minha enfermeira supervisora clínica estávamos atribuídos, tendo eles me apresentado o serviço, fisicamente e a nível de normas e protocolos vigentes. Debatemos quais os meus objetivos para o EC, tendo desde logo partilhado com todos o meu plano de projeto (apêndice D) para esse mesmo EC de forma a ser mais fácil orientar o meu percurso académico naquele campo de estágio.

Através da observação da prestação dos cuidados prestados no local do EC foi-me possível perceber necessidades e/ou problemas do serviço, sendo eles mais espelhados na falta de recursos humanos e instalações físicas inadequadas para uma afluência excessivamente grande em todos os dias. Destaco todo o empenho e profissionalismo de toda a equipa multidisciplinar como ponto-chave na mitigação destas dificuldades diárias.

Após reunir com o enfermeiro gestor do serviço, enfermeiros coordenadores, enfermeiros chefes de equipa, enfermeira supervisora clínica e com a equipa multidisciplinar, informalmente, constatei a necessidade de desenvolver o meu projeto naquele campo de EC. Para isso, desenvolvi um questionário (apêndice E) adaptado a este campo de EC que foi entregue a todos os enfermeiros do SUGP sendo este preenchido através de cariz individual, anónimo e confidencial.

Quanto ao preenchimento do mesmo apenas obtive respostas de 28% dos enfermeiros do SUGP, sendo uma percentagem um abaixo do que idealizava no início. Em todos os turnos eu e a minha enfermeira supervisora clínica apelávamos ao preenchimento do questionário, após as passagens de turno, apelando ainda a minha enfermeira supervisora clínica por via *Whatsapp* nos grupos do SUGP. Foi ainda

solicitado ao enfermeiro gestor que difundisse o mesmo com a equipa multidisciplinar, de modo a aumentar o número de respostas.

Maioritariamente, os elementos que responderam têm mais de 10 anos de experiência profissional e prestam serviços no campo de EC também há mais de 10 anos. Metade dos quais são enfermeiros especialistas, sendo 90% especialistas em EMC e 10% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No que concerne ao *debriefing*, 94,4% sabe do que se trata a temática e apenas 5,6% não sabe. De seguida passo a apresentar as respostas dadas pelos elementos que responderam saber o que é o *debriefing*:

Quadro 1: Respostas do questionário à questão: “O que entende saber o que é o *Debriefing*?”

Respostas à questão: “O que entende saber o que é o <i>Debriefing</i>?”
“Reflexão realizada após um cenário ou experiência conduzida por um facilitador”;
“Reunião em que se aborda o conjunto dos principais tópicos a reter sobre o trabalho a executar ou já executado.”;
“ <i>Debriefing</i> é um momento de partilha entre pares após uma tarefa/função desempenhada, de modo a identificar construtivamente pontos fracos e fortes a melhorar”;
“Conversa/reunião após um evento em que se discute o que foi realizado e se foca nos pontos positivos e a melhorar”;
“ <i>Debriefing</i> é uma discussão que se faz após uma situação de prestação de cuidados, habitualmente após SAV. Realiza-se com a equipa multidisciplinar que prestou cuidados ao doente.”
“É um momento de reflexão sobre a prática.”;
“Após uma atuação em equipa numa situação crítica, fazer uma avaliação do que correu bem e do que pode ser melhorado”;
“Discussão de uma situação decorrida durante o turno”;
“Reunião em que se faz a uma determinada tarefa ou missão executada.”;
“Reunião com a equipa, posteriormente à situação ocorrida, em que se analisa o que aconteceu, o que podemos melhorar e o que correu bem.”;
“Reflexão sobre determinada situação, o que se fez, como, pontos positivos /negativos e como melhorar”;

“É o enumerar e analisar um conjunto de tarefas de determinada atuação”;
“É o momento logo após o evento em que a equipa disciplinar juntamente com o chefe de equipa ou moderador, durante um período de tempo definido comentam o facto ocorrido sobre a participação de todos os elementos nesse mesmo evento.”;
“Reunião da equipa após uma “missão” executada”;
“Relatório de tarefa ou sobre missão executada”;
“É um método de prática reflexiva que permite escrutinar os pressupostos e práticas após uma ação.”;
“Reflexão, discussão sobre ações praticadas durante uma determinada atividade”;
“Discussão e reflexão em equipa após a realização de uma tarefa, neste caso após a atuação numa situação de urgência”;
“Reunião de ideias onde se faz um levantamento de algo ocorrido”;
“Conversa casual sobre acontecimento passado com intenção de melhorar, corrigir ou manter comportamentos e atuações ocorridas anteriormente no desempenho das funções”;
“Revisão de uma tarefa/procedimento realizada”;
“Conjunto de conhecimentos, que são previamente analisados para depois serem executados”;
“Reunião após uma situação para discussão sobre a mesma”;
“Processo estruturado de análises de um evento/situação em que todos os intervenientes participam”;
“É uma ferramenta muito utilizada com o intuito de potenciar aprendizagens face a determina situação/experiência decorrida. Utilizando como material os aspetos mais e menos positivos perante cada situação.”;
“Reunião pós acontecimento (exemplo: após uma PCR) onde se discute como correu, os pontos fortes e os pontos a melhorar, com vista a melhoria da prática”;
“Discussão de pontos positivos e negativos após um evento. Tentando esclarecer como manter os positivos e melhorar/evitar os negativos”;
“Análise das situações vivenciadas no SU”;
“Reunião que acontece após um cenário/ocorrência/emergência com os intervenientes e com objetivos de analisar a prestação e propor melhorias”;

“Uma “discussão” pós algum evento/exercício onde se reflete sobre a prestação do grupo, enunciando o que correu bem, o que correu menos bem, o porquê e o que se poderia ter feito para haver uma melhor prestação.”;
“Exposição em equipa, após realização de determinada tarefa/situação, dos pontos que se consideraram mais relevantes para a mesma”;
“Reflexão sobre uma determinada prática”;
“Um resumo da informação, realçar apenas os pontos-chave, que é transmitido para outra pessoa(as) de forma sucinta”.

A estrutura do *debriefing* é conhecida apenas por 61,1% e os objetivos do *debriefing* são do conhecimento de 83,3%.

Relativamente à importância do *debriefing* na prática clínica diária, 69,4% reconhece o *debriefing* como “muito importante” e 30,6% como “importante”.

A realização de *debriefing* na prática clínica diária é: “sempre” realizada por 2,8%; “frequentemente” por 22,2%; “às vezes” por 44,4%; “raramente” por 27,8%; “nunca” por 2,8%.

No seguinte quadro, estão expostas as respostas ao questionário à questão: “Em que situações é utilizado o *Debriefing* na sua prática profissional?”

Quadro 2: Respostas do questionário à questão: “Em que situações é utilizado o *Debriefing* na sua prática profissional?”

Respostas à questão: “Em que situações é utilizado o <i>debriefing</i> na sua prática profissional?”
“Sala emergência – SAV”
“Passagem de turno e sempre que algum elemento da equipa sinta necessidade do mesmo para se organizar durante o turno.”
“Maioritariamente em final de passagem de turno, na presença do chefe de equipa”
“No pré-hospitalar, nas salas de emergência e em particular com o enfermeiro sempre que considero necessário”
“Situações de trauma; situações que tenham corrido menos bem”
“Após SAV ou situações de politrauma”

“Principalmente após uma situação que represente maior <i>stress</i> profissional.”
“Após situações críticas”
“Situações de emergência que correm menos bem”
“Antes das passagens de turno, ou em situações mais complexas como no contexto da emergência”
“Na sua maioria, após alguma situação menos comum, alguma situação extrema ou quando algo corre menos bem”
“Após uma situação/caso clínico mais complexo ou exigente”
“0”
“Maioritariamente numa situação emergente, embora o faça noutras situações (contudo menos frequente).”
“Nos eventos de maior complexidade, nomeadamente situações de reanimação cardiorrespiratória.”
“Reanimação/trauma”
“Após tarefas/ocorrências complicadas, formações, cursos”
“Numa situação de emergência”
“Após a atuação da equipa numa situação de emergência.”
“Após situações que geram <i>stress</i> na equipa”
“Após algumas situações ocorridas principalmente em salas de emergência. Ocorrem principalmente após situações mais complexas e mais invulgares”
“Após situação complexas na sala de emergência”
“Após situações com gestão/resolução complicada”
“Situações de emergência”
“Antes de começar um sector de trabalho onde estão muitos doentes”
“Após uma situação de emergência complexa”
“Abordagem ao doente crítico com equipa multiprofissional com análise de competências técnicas e não técnicas;”
“Em situações de maior complexidade no âmbito das competências de Enfermagem.”
“Após, por exemplo, uma reanimação mais complexa; quando tenho alunos de Enfermagem comigo, no final do turno.”
“Em qualquer situação. No entanto, na minha experiência só presenciei em momentos de PCR e conflitos”

“Salas de Emergência”
“Pré-hospitalar, serviço urgência”
“Essencialmente quando alguma prática não correu da melhor forma.”
“Após situações de abordagem de doente crítico em sala de emergência”
“Situação de emergência”
“Durante os turnos”

Em relação ao facto de com a realização de *debriefing* poderá melhorar o desempenho na prestação de cuidados, 80,6% considera “muito provável” e 19,4% “provável”.

Por último, 97,2% dos elementos que responderam ao questionário considera necessário obter mais formação relativamente ao *debriefing*, enquanto apenas 2,8% não considera necessário.

De forma a sensibilizar e promover na equipa de enfermagem a importância do *debriefing*, realizei um cartaz (apêndice F) sobre a temática, tendo o mesmo sido afixado no serviço, no corredor das salas de emergência e partilhado através dos correios eletrónicos institucionais dos profissionais e via *whatsapp*.

III.3 ENSINO CLÍNICO REALIZADO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

III.3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

O último EC que realizei foi num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente na Área Metropolitana de Lisboa. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, “Os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais em doentes que apresentem falência iminente ou estabelecida de uma ou mais funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (24 p. 1).

Está implantada no mesmo hospital do SUGP em que realizei o EC II, desta forma presta assistência aos mesmos cerca de 2,3 milhões de pessoas da sua área de referência bem como a toda a região sul do país ²³.

A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira gestora; três enfermeiros de coordenação; 75 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, tendo cada uma delas um enfermeiro chefe e elementos com vários níveis de experiência e diferenciação na área do doente crítico e em particular de cuidados intensivos.

O serviço tem capacidade para receber até 22 doentes, encontrando-se divididos por cinco quartos, um deles com capacidade para seis pessoas, três quartos com capacidade para quatro, dois quartos de isolamento com capacidade para duas pessoas cada um deles. O serviço dispõe ainda de uma sala destinada à realização de técnicas de hemodiálise para as pessoas internadas nos vários serviços do hospital onde se encontra sediada a UCI, tendo esta sala capacidade para duas pessoas a necessitar de hemodiálise.

Constatei que a equipa de Enfermagem, na sua globalidade é jovem e bastante interessada em desenvolver e adquirir novos conhecimentos e competências, abrindo-se aqui uma oportunidade para desenvolver o meu projeto e consequentemente desenvolver as competências como futuro Enfermeiro Especialista.

III.3.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Senti no início deste EC uma ligeira desvantagem relativamente aos outros dois EC, isto pelo facto de nunca ter prestado cuidados num serviço desta tipologia e contar com tanta tecnologia ao dispor. Ainda assim, considero este um dos EC onde mais gostei de desenvolver as minhas competências éticas, científicas, técnicas e relacionais no cuidado especializado à PSC e sua família.

Realizei a integração na equipa multidisciplinar do campo de EC de forma paulatina e progressiva. Facilitou o facto de ser um serviço mais pequeno onde se presta cuidados praticamente sempre com os mesmos profissionais apesar da multidisciplinaridade existente.

Reuni com a enfermeira gestora e com os enfermeiros coordenadores, que me atribuíram um supervisor clínico especialista muito experiente na área da PSC,

principalmente em contexto de cuidados intensivos. Reuni ainda com o enfermeiro chefe da equipa na qual eu e o meu enfermeiro supervisor clínico estávamos inseridos, tendo estes apresentando-me a estrutura física e humana do serviço. Partilharam ainda todas as normas e protocolos do serviço, e debatemos quais as minhas pretensões para o EC, tendo desde logo partilhado com os mesmos o meu plano de projeto para o EC.

De forma a obter respostas e dados concretos relativamente ao meu tema de projeto, desenvolvi um questionário (apêndice G) anónimo e confidencial, para ser divulgado e preenchido pelos enfermeiros do campo de EC III.

Este questionário foi partilhado para com os meus supervisores clínicos e estes partilharam com a equipa de Enfermagem do serviço, via correio eletrónico institucional, no entanto não obtive respostas suficientes que me permitissem abordar a temática com a equipa de Enfermagem, apesar de insistência minha e dos meus supervisores clínicos na divulgação do questionário, na altura das passagens de turno e via meios de comunicação não formais.

Perante isto, optei por realizar reuniões informais com vários elementos da equipa de Enfermagem ao longo da realização dos turnos. Assim consegui perceber que a temática do *debriefing* está incorporada na prática clínica diária dos mesmos. Conhecem o *debriefing*, mas não conhecem a estrutura do mesmo, sendo este realizado em situações geradoras de maior *stress*, como paragens cardiorrespiratórias, auto-extubações e procedimentos de emergência. Desta forma, achei impreterível realizar formação à equipa sobre a temática em estudo, de forma a desenvolver as competências dos mesmos e assim contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem nesta UCI.

Sensibilizei e promovi na equipa de Enfermagem a importância do *debriefing*, através da realização de uma apresentação (apêndice H) assíncrona, que foi distribuída pelos enfermeiros do serviço para que estes possam consultar sempre que necessitem, não tendo de existir um momento concreto para realizar a apresentação, e assim proporcionar que um grande número de profissionais assistam há formação em qualquer lugar.

III.4 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências de mestre e as competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, realizei uma análise às atividades desenvolvidas ao longo dos EC de forma a adquirir essas mesmas competências.

Competência é definida como a capacidade em mobilizar, articular e aplicação prática de conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para desempenhar efetivamente as atividades requeridas²⁵.

Só é reconhecido como Enfermeiro Especialista aquele que apresenta um conjunto de competências comuns à especialização em Enfermagem, bem como um conjunto de competências específicas próprias da sua área de especialização.

Ao longo dos três EC foi-me possível desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências de mestre e as competências específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, estando seguidamente e conjuntamente ordenadas e explanadas.

III.4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Para ser enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem é necessário deter um conjunto de saberes altamente diferenciados e específicos para determinada área de intervenção. Este perfil de competências deve estar alinhado com a prática, possuindo um papel fulcral no desempenho profissional.

A 6 de fevereiro de 2019 é decretado em Diário da República que todo o Enfermeiro Especialista deve ser possuidor de quatro competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, sendo elas: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)⁸.

III.4.1.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL (A)

- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista⁸

A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- Competência de Mestre²⁶

C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

No desenrolar dos EC prestei cuidados e tomei decisões tendo sempre por base princípios e valores baseados na ética, deontologia profissional, segurança, privacidade e dignidade da PSC e sua família. Destaco a utilização de princípios como o da Beneficência e da não maleficência, da justiça, do respeito pela autonomia e da vulnerabilidade²⁷. Para isto, durante a frequência das aulas teóricas do curso, em particular na UC de Ética e Deontologia em Enfermagem, foi-me possível desenvolver mais conhecimentos sobre os mesmos, levantando algumas questões que me obrigaram a realizar pesquisa e analisar as mais diversas situações com base em tudo aquilo que aprendi nesta UC.

A Ordem dos Enfermeiros, através do REPE, refere que todo o enfermeiro no desempenho das suas funções tem a obrigação deontológica de respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes e suas famílias, cumprindo sempre os pressupostos legais, éticos e de responsabilidade que lhe são exigidos na prática do exercício profissional²⁸. O sentido de responsabilidade e respeito pelos princípios ético-legais é uma competência inerente à carreira de Enfermagem. Ao longo do meu percurso académico enquanto mestrando consegui desenvolver esta área e, compreendi que, deverá assumir um contínuo ao longo de toda a minha vida profissional.

Ao longo dos três EC integrei-me nas várias equipas de forma respeitosa e adequada, mantendo sempre uma postura de responsabilidade, condicente com os valores que regem a profissão.

Do ponto de vista pessoal, sei que devo dar particular ênfase ao respeito pela escolha da pessoa e sua família. Escolhas essas que podem não ir de encontro ao que eu, enquanto Enfermeiro Especialista, considero que seria clinicamente melhor para elas. Serve como exemplo, a seguinte situação que aconteceu no EC realizado na VMER. A equipa foi ativada para uma vítima do sexo masculino, com dor precordial com irradiação para o membro superior esquerdo, no local realizei eletrocardiograma (ECG) que não apresentava alterações eletrocardiográficas evidentes. O senhor mantinha dor, mas tendo em conta que o ECG não tinha alterações, optou por recusar a ida ao hospital. Considero que o senhor deveria ter sido observado no SU, mas tanto ele como a sua família recusaram. É de realçar que lhes foram explicados os riscos e realizados ensinamentos, mas a resposta continuou a ser negativa. Concluo que, mesmo que não se concorde com as decisões das pessoas e famílias deve-se respeitar a suas escolhas, desde que estes estejam devidamente informados e esclarecidos, realçando neste caso a importância da realização de ensinamentos adequados e pertinentes neste tipo de contexto, sendo mais importante ainda perante a recusa da pessoa em ir a um SU para ser avaliado.

A pessoa e a sua família são o foco dos cuidados, existindo entre estes dois elos uma relação de parceria com enfoque principal na resolução de problemas. Como futuro Enfermeiro Especialista, em conjunto com a pessoa e sua família, formularei estratégias para que, os problemas sejam ultrapassados. Serve como exemplo a situação anteriormente descrita, em que, apesar de a pessoa ter recusado a ida ao hospital, ficou estipulado que se a situação de dor se mantivesse ou agravasse este recorreria de imediato ao serviço de saúde.

No EC da VMER deparei-me com algumas situações de trauma. À chegada a um acidente rodoviário envolvendo um motociclo e um automóvel, com uma cinemática de trauma importante, a vítima do automóvel não apresentava qualquer tipo de ferimento ou queixa. O motociclo teria embatido na traseira do seu veículo, tendo o motociclista sido projetado cerca de 4 metros. Este já se encontrava a deambular pelo cenário, consciente e orientado e apenas apresentava algumas escoriações visíveis a nível do membro superior direito e no membro inferior direito. Após a análise de todo o cenário a nossa atenção recaiu sobre o motociclista, tendo este sempre apresentado uma postura de negação perante a prestação de cuidados. No entanto denotei que o mesmo se encontrava com a pele pálida e de vez em quando esboçava um ar de dor, agarrando-se à região suprapúbica. Após insistência da minha parte e da equipa da VMER, a pessoa

consentiu deitar-se na maca de vácuo da ambulância, já precavendo mais conforto para a pessoa e uma melhor estabilização do mesmo em caso de transporte para a unidade hospitalar. Permitiu-nos que realizássemos uma avaliação mais detalhada. Nesta avaliação foi-nos possível detetar um hematoma considerável na região púbica e edema escrotal importante. Perante esta avaliação, começámos a realizar uma série de procedimentos, como: avaliação dos sinais vitais e monitorização do ritmo cardíaco, punção de acesso venoso periférico e administração de terapêutica analgésica. Posto isto, iríamos proceder ao transporte do mesmo para uma unidade hospitalar com valência em traumatologia, quando, com base nos meus conhecimentos prévios e experiência profissional, questioneei a médica da VMER porque não iniciar a administração de Ácido Tranexâmico, um grama por via endovenosa, atendendo à importante cinemática de trauma e devido ao facto de estarmos perante uma possível hemorragia interna. Como apanágio daquela equipa da VMER a minha sugestão foi analisada e aceite, tendo a equipa congratulado a minha boa perspetiva e visualização da situação em si. Deste modo, fica perceptível que a tomada de decisão deverá ser sempre baseada no conhecimento científico, em experiências prévias e no juízo crítico.

Face às situações anteriormente descritas é de realçar que todos os meus comportamentos e ações foram assentes numa conduta profissional e todas as atividades que desenvolvi foram de acordo com a deontologia intrínseca à prática de Enfermagem. Demonstrei comportamentos de liderança para a tomada de decisão sustentada em princípios éticos inerentes à área de especialidade.

O enquadramento jurídico na prática de Enfermagem surge com a criação do REPE. O conhecimento deste documento possibilitou-me gerir adequadamente determinadas situações, compreender o meu papel enquanto enfermeiro ao longo do ciclo vital de cada indivíduo e perceber quais as intervenções expectáveis. Ao conhecer os direitos e deveres implícitos à prática de Enfermagem, primei por respeitar os mesmos. Como exemplo, no decorrer do EC no SUGP sempre que administrei medicação em regime ambulatorio aos doentes realizei ensinamentos para a saúde, expliquei os seus benefícios, bem como, eventuais efeitos secundários. A educação para a saúde surge como uma das funções explícitas no REPE.

No EC do SUGP, deparei-me com uma situação de conflito com um familiar. O familiar gritava num tom agressivo e de forma bastante exaltada com uma colega

enfermeira pelo tempo de espera para o pai ser medicado pela equipa de Enfermagem. Intevi na conversa e expliquei ao senhor, num tom calmo e tranquilo, que o tempo de espera estava mais aumentado do que o normal, pois a equipa de Enfermagem estava reduzida e a afluência era superior ao habitual. O familiar compreendeu e pediu desculpa pelo modo que estava a comunicar. A colega envolvida no conflito agradeceu a minha intervenção, assumiu que não estava a conseguir resolver aquela situação mais adversa e questionou-me quais seriam as melhores estratégias a adotar em situação de conflito. Neste tópico específico assumi o papel de consultor, tirando dúvidas e dando sugestões de melhoria.

Ao longo de todos os EC existiu uma necessidade constante de adaptação à equipa em que estava inserido, tendo sido um dos meus objetivos compreender a cultura e dinâmica das equipas. Ao conhecer a equipa e dar a conhecer as minhas características profissionais e pessoais a toda a equipa consegui ser “visto” como agente de mudança.

Os comportamentos promotores de saúde e a atitude profissional no tratamento e cuidado aos doentes foram uma constante. Os aspetos anteriormente descritos, somados a uma atitude responsável, calma e objetiva, possibilitaram-me ser um agente promotor do exercício profissional segundo a deontologia profissional.

Outro dos pontos por mim desenvolvido foi a aquisição de maior competência na tomada de decisão. No cuidado à PSC e sua família a capacidade de decisão tem de ser rápida, concisa, eficaz e clara. Ao longo destes meses ganhei maior capacidade de reflexão, fundamentando a minha tomada de decisão. Após todas as minhas intervenções, refleti sobre a real adequação à situação e que estratégias de melhoria deveria adotar numa próxima situação. Partilhei conhecimento científico válido com os pares, como exemplo a disponibilização dos cartazes sobre o “*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situações de urgência”. Promovi a avaliação da pertinência da temática com a realização de questionários.

A promoção da prática do *debriefing* perante situações adversas ou de maior *stress* ao longo dos EC foi uma constante no meu percurso. Assim consegui atingir a capacidade de avaliar e partilhar os resultados dos processos para uma tomada de decisão eficaz e benéfica para todos. É fundamental reconhecer o erro, atitudes e comportamentos positivos e aspetos menos positivos para que no futuro a prestação de cuidados ocorra com maior qualidade. Observei comportamentos e adquiri não só conhecimentos

científicos, como conhecimentos empíricos com os orientadores clínicos e restante equipa. Ao longo destes semestres a minha ótica em Enfermagem expandiu, adquiri e reconheci as competências necessárias para ser Enfermeiro Especialista.

Durante toda a minha prática em EC foi-me possível prestar cuidados à PSC e sua família tendo por base a proteção dos direitos humanos conforme a deontologia profissional.

No EC da VMER o princípio da privacidade estava muito assente na prática diária da equipa, inculcando muitas vezes esse princípio às equipas que os auxiliam na prestação dos cuidados em contexto de pré-hospitalar, como é o caso de bombeiros, forças de autoridade, etc. Neste EC pude diversas vezes prestar cuidados à pessoa e sua família no contexto das suas habitações, onde aí estava sempre assegurada a privacidade dos mesmos. Já em contexto de rua era um pouco mais difícil, visto muitas vezes prestar cuidados no meio da rua ou em locais com uma grande passagem de pessoas alheias à situação. Nesses casos assegurámos o mais depressa possível a transferência da pessoa para o interior da ambulância ou quando não era possível, por situações onde era necessário uma intervenção e a realização de procedimentos emergentes, solicitámos aos restantes parceiros de cuidados que realizassem uma espécie de barreira física, seja com o próprio corpo ou com material (lençóis e cobertores), permitindo deste modo salvaguardar sempre a privacidade da PSC.

No contexto do SUGP, apesar de praticamente sempre a afluência ao mesmo ser bastante considerável, os próprios enfermeiros que lá prestam cuidados têm sempre em atenção este aspeto fundamental relacionado com a privacidade da pessoa. Na área de doentes deitados em macas, sendo a grande maioria deles dependentes nos autocuidados, prestei cuidados sempre utilizando cortinas, desta forma individualizando o espaço onde prestava esses mesmos cuidados – eliminando por completo a exposição da pessoa perante os outros, sendo estes cuidados assentes na dignidade e privacidade.

Na sala de tratamentos, que tinha uma janela para a sala de espera, sempre que chamava uma pessoa para lhe realizar algum tipo de tratamento, predominantemente administração de terapêutica, por via oral, endovenosa e/ou intramuscular, fechava sempre a porta e as cortinas da janela, tendo sempre em atenção o facto de, apesar de a sala dar para mais do que uma pessoa realizar este tipo de tratamentos, apenas prestava

cuidados a uma pessoa de cada vez, sentindo-se deste modo a pessoa alvo dos cuidados envolvida num ambiente seguro, com privacidade e dignidade.

Na UCI o ambiente de cuidados é muito mais controlado, em retrospectiva com o ambiente da VMER e do SUGP. Aqui foi mais fácil garantir sempre a privacidade, segurança e dignidade da pessoa alvo dos cuidados. Apesar de serem quartos *open space*, tendo capacidade para quatro ou seis pessoas, apresenta ainda grandes janelas viradas para o corredor da unidade, o que poderia ser um constrangimento na privacidade das pessoas. Perante isto, utilizei sempre as cortinas que envolvem cada unidade e fechei as persianas dessas grandes janelas aquando da realização de procedimentos à pessoa, por forma a assegurar a privacidade e intimidade da pessoa durante a prestação dos cuidados.

Relativamente à prestação de informações à PSC e sua família a mesma foi uma competência bastante desenvolvida com os vários EC realizados. Nos vários EC sempre existiu da minha parte e da restante equipa muita preocupação em transmitir informações à pessoa alvo dos cuidados, bem como à sua família.

No contexto da VMER a família, grande parte das vezes presente nos cuidados, tornou-se um parceiro dos cuidados, existindo sempre a preocupação de os envolver nos mesmos. Até em situações de emergência, após realizada a estabilização da PSC, eram fornecidas informações aos familiares, denotando-se nestes um grande agradecimento pela prestação de cuidados, assim como pela transmissão de informações a estes.

No SUGP constatei uma realidade diferente e bastante interessante no que concerne à transmissão de informação. A mesma era realizada sempre de forma individual, num ambiente longe de grandes estímulos e entropias. O papel existente naquele SUGP do “Enfermeiro de Informações” foi algo que despertou muito interesse desde o início do EC, tendo desde cedo solicitado à minha supervisora clínica a oportunidade de prestar cuidados em pelo menos um turno naquele setor do SUGP.

Este posto de prestação de cuidados diferenciado foi criado com o objetivo de prestar informações aos familiares das pessoas que se encontram a receber cuidados naquele SUGP. Esta criação deve-se ainda ao facto de o espaço físico do SUGP ser muito reduzido para um tão grande afluência diária de pessoas, bem como aqueles que se encontram em regime de internamento e que ainda não lhes tenha sido atribuída uma cama de internamento num serviço para esse efeito. Atendendo a este elevado e constante

número de pessoas no SUGP e juntando, pelo menos, um familiar a acompanhar cada pessoa, denota-se que iria duplicar o número de pessoas em circulação no SUGP, tornando-se inviável assegurar cuidados quer de Enfermagem, quer das restantes disciplinas no SUGP. Com a criação do “Enfermeiro de Informações” surge aqui a oportunidade de não existirem tantas pessoas em circulação no espaço físico do SUGP e, ao mesmo tempo, os familiares obterem informações e até de visitarem os seus ente queridos, contribuindo para a criação e manutenção de um ambiente mais seguro e privado.

Este turno realizado no posto de “Enfermeiro de Informações” foi bastante enriquecedor no meu percurso académico e profissional, visto que me permitiu desenvolver competências comunicacionais e de parceria entre mim, a pessoa alvo dos cuidados e a sua família. O procedimento passava por falar com todos os doentes do SUGP que se encontravam na área das macas, na área dos cadeirões e na área do internamento do SUGP e questionar um a um se poderíamos transmitir informações suas aos seus familiares e qual seria o familiar que poderíamos contactar para dar essas mesmas informações. Na grande maioria dos casos não existiu qualquer constrangimento a este tipo de cuidados, no entanto houve algumas situações em que a pessoa não queria que contactássemos ninguém e essa sua vontade foi sempre respeitada.

Aqui denotei ainda que muitas vezes este era um momento bastante importante para as pessoas durante a sua permanência no SUGP, pois alguns não tinham capacidade de falar com os familiares, tornando-se um fator de *stress* para si. Além das informações via telefone aos familiares, ainda referimos aos mesmos qual o horário das visitas do setor onde estaria alocado o familiar de modo a que estes pudessem vir visitar os mesmos.

Na UCI uma das grandes dificuldades que senti foi o facto de maior parte das pessoas estar submetido a analgosedação, o que dificultava o fornecimento de informação ao doente e sua família sobre a sua situação clínica atual, os procedimentos, tratamentos e cuidados a prestar, não tendo como estes me poderem fornecer o seu consentimento. No entanto, o facto de aqui se procederem a cuidados emergentes, assumi sempre o consentimento presumido. Demonstrei sempre, apesar de a pessoa se encontrar sob analgosedação, falar para esta e explicar, por exemplo, em que sítio estava, quem eu era e que tipo de procedimentos iria realizar.

Relativamente à família, esta sempre que vinha pela primeira vez à UCI, era realizada uma reunião em equipa com o enfermeiro e médico responsáveis pela pessoa, de forma a preparar e explicar ao familiar o que aconteceu, o que iria encontrar, o porquê de cada dispositivo e a situação clínica do familiar, bem como qual seria o plano de cuidados para o mesmo. Esta reunião é sempre realizada numa sala à entrada do serviço, onde é tido em conta a individualidade e intimidade, respeitando sempre o sigilo na transmissão e fornecimento de informações clínicas do familiar.

Quando a visita já não era realizada pela primeira vez, esta era realizada com o acolhimento por parte do enfermeiro responsável pela pessoa na porta da UCI até ao quarto onde a pessoa se encontrava, denotando sempre uma grande preocupação por parte da equipa de Enfermagem no envolvimento dos familiares na prestação dos cuidados. Tive a oportunidade em variadas ocasiões de assumir este papel de cuidador em parceria com a família, tendo transmitindo informações e explicado tudo aos mesmos, reduzindo significativamente o *stress* nas famílias e envolvendo os mesmos nos cuidados.

Sendo uma UCI com uma área de abrangência e diferenciação muito alargada, era frequente receber PSC a qualquer hora do dia ou da noite. Em duas ocasiões recebemos na UCI duas PSC por volta das quatro horas da manhã, provenientes do bloco operatório. Os familiares encontravam-se no complexo hospitalar a aguardar informações sobre o seu estado de saúde. Em ambas as situações foi possível aos familiares, apesar das horas não serem as estipuladas para as visitas, visitar os familiares e receber informações por parte da equipa de Enfermagem e médica.

Em todos os EC respeitei os valores, costumes e crenças espirituais da pessoa e da sua família. No EC realizado na UCI tive a oportunidade de assistir a alguns destes costumes e crenças. Uma pessoa que se encontrava em fim de vida, estando a família já informada dessa situação e tendo aceitado a possibilidade de ocorrer o falecimento do seu familiar, questionou se era possível trazerem até aquela UCI um padre católico para que pudessem rezar conjuntamente pelo seu familiar. Nessa altura foi-lhe dito que se quisessem poderíamos chamar o capelão do hospital e combinar com ambos qual o melhor período para que pudessem prestar este culto. Eu e a minha supervisora clínica procedemos então à chamada do capelão do hospital e o mesmo deslocou-se à UCI para falar com a família e prestar o culto junto da pessoa.

Posso deste modo concluir que atingi o objetivo desta competência ao longo do meu percurso. Sustentei todo o meu desempenho em evidências científicas, de forma crítica e reflexiva. Mantive uma postura ética e deontológica correta para com a pessoa alvo dos cuidados e sua família, equipes multidisciplinares e instituições hospitalares, respeitando sempre o sigilo profissional. Prestei cuidados com base na defesa da dignidade e liberdade da pessoa humana como um ser único com os seus valores, crenças, desejos, características e particularidades biopsicossociais, espirituais e culturais, sempre no melhor interesse da pessoa e sua família. Destaco ainda a utilização de princípios como a beneficência, a não maleficência e a justiça.

III.4.1.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE (B)

- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista⁸

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

- Competência de Mestre²⁶

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que não existe concretamente uma definição de qualidade que seja comumente aceite em todo o Mundo, no entanto, refere que a definição mais aceite provém do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, que afirma ser: “A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (29 p. 13). Qualidade é o objetivo de atingir resultados em saúde, seja no individual como na população, com base nas mais atuais evidências e conhecimentos por parte dos profissionais²⁹.

Transversalmente a todos os EC realizei reuniões com os enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros gestores e coordenadores de cada serviço de modo a perceber quais os projetos de melhoria contínua existentes, podendo assim saber mais sobre os mesmos e participar na implementação destes no serviço em causa. Aproveitei estes momentos para apresentar os meus planos de projeto para cada EC com o objetivo de dar a conhecer o mesmo, bem como poder enquadrar o meu projeto no serviço e deste modo contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

No EC realizado na VMER não existem projetos de melhoria concretamente definidos pela coordenação da mesma. Em contrapartida, no SUGP e na UCI existem vários projetos de melhoria contínua. Destacam-se formações e auditorias sobre a higienização das mãos; auditorias aos registos de Enfermagem, com o objetivo de se proceder à realização da escala de Braden (risco de úlcera por pressão) e proceder à implementação de atitudes e intervenções conforme o *score* obtido, e ainda, a escala de Morse (risco de queda), sendo nesta também necessário realizar procedimentos e intervenções apropriados ao *score* obtido.

No SUGP é também realizada a auditoria às triagens a todos os elementos que realizam Triagem de Manchester, tendo que estes obrigatoriamente estar formados pelo Grupo Português de Triagem de Manchester (GPTM). Estas auditorias são realizadas por

auditores internos, profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, do próprio hospital, sendo estes formadores e reconhecidos como auditores pelo GPTM³⁰.

A minha integração em cada contexto clínico foi facilitada pela consulta de normas e protocolos existentes em cada um dos campos de EC. Mais uma vez, o SUGP e a UCI disponham de vários, destacando a existência de um grande número na UCI, comparativamente com as restantes realidades clínicas. A título de exemplo, tanto no SUGP como na UCI os protocolos e normas mais usuais estavam expostos nas paredes dos quartos/salas, de forma a poderem ser consultados de forma rápida em qualquer tipo de situação.

Guiei a minha prática de cuidados nos diferentes EC tendo por base as seis metas internacionais de segurança do doente, desenvolvidas pela *Joint Commission* e a OMS são: 1 – Identificar corretamente os doentes; 2 – Melhorar a comunicação efetiva; 3 – Melhorar a segurança da medicação de alta vigilância; 4 – Assegurar uma cirurgia segura; 5 – Reduzir o risco de IACS; 6 – Reduzir o risco de danos ao doente resultante de quedas^{31,32}.

1. Identificar corretamente os doentes:

- a. VMER: apesar de não existir uma pulseira com a identificação inequívoca do doente, a sua identificação é realizada pelo próprio, se tiver condições de o realizar, por familiares ou amigos e pelo cartão de cidadão. Em várias situações ocorreu o facto de prestarmos cuidados à pessoa na via pública, onde estes não tinham capacidade para se identificar, não tinham pessoas significativas no local, nem documentação oficial possuíam. Nestes casos era identificado como “Feminino ou Masculino Não Identificado” até à chegada ao hospital, onde aí eram chamadas as forças de autoridade para se proceder à identificação do mesmo. Numa situação em que houve um acionamento para um masculino de 50 anos em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), quando chegámos ao local confirmámos a PCR não presenciada e sem nunca ter tido manobras de Suporte Básico de Vida, encontrando-se o corpo da pessoa já com algum grau de decomposição. Foi declarado o óbito, mas não nos foi possível, equipa da VMER, apesar de estar junto

do cadáver um cartão de cidadão, identificar o corpo devido ao estado de decomposição do mesmo, tendo este sido transportado para o Instituto de Medicina Legal e lá, após peritagens forenses, ser então identificado;

- b. SUGP: aqui todas as pessoas eram identificadas informaticamente aquando da admissão no serviço e posteriormente na triagem, pelo enfermeiro através do nome completo, data de nascimento e confirmação do número do processo clínico na instituição, onde a estas lhes é colocada uma pulseira com todos estes dados identificativos³³. Durante a realização de procedimentos confirmei sempre com a pessoa, quando esta era capaz de fornecer essa informação e através da visualização da sua pulseira de identificação. Em várias ocasiões ocorreu a vinda àquele SUGP de pessoas sem identificação ou que não foi possível descobrir a mesma até ao momento, ficando estes identificados como “Feminino ou Masculino Não Identificado” até que fossem capazes de se identificar ou a autoridade os identificasse. Sendo que nestas situações, existiu sempre uma preocupação da minha parte e dos enfermeiros do serviço em alocar estas pessoas em local com vigilância;
- c. UCI: este contexto mais controlado todos as pessoas eram identificadas nos contextos prévios, apesar disso a identificação das pessoas era realizada com o próprio se assim fosse possível, através de nome completo e data de nascimento, ou com a equipa de Enfermagem que o transferia para aquela unidade. Após isso era colocada uma nova pulseira de modo a este estar sempre identificado.

2. **Melhorar a comunicação efetiva:** A Direção Geral de Saúde (DGS) define que a transição de cuidados deve ocorrer com base numa comunicação eficaz entre as várias equipas envolvidas, devendo esta ser através da metodologia ISBAR: I – Identificação (definir quem é a pessoa alvo dos cuidados, bem como o emissor e recetor da mensagem); S – Situação Atual (motivo da necessidade de cuidados); B – *Background* [Antecedentes] (antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, condição de

saúde prévia, diretivas antecipadas de vontade); A – Avaliação (estado de saúde da pessoa, medicação administrada, meios complementares de diagnóstico realizados, cuidados prestados até ao momento da transferência); R – Recomendações (plano terapêutico e de cuidados definido para a pessoa até ao momento da transferência de cuidados)³⁴. Durante a realização dos vários EC, e já na minha prática clínica diária, empreguei e emprego esta metodologia como forma eficaz de transição de cuidados, contribuindo para continuação da qualidade de cuidados prestados.

3. **Melhorar a segurança da medicação de alta vigilância:** no SUGP a medicação está guardada nas *pyxis* espalhadas pelos vários setores do serviço. Estas contêm medicação apenas necessária para cada setor onde estão inseridas. Na UCI a medicação está disposta em vários armários na sala de preparação de terapêutica, enquadrada num ambiente calmo e seguro, onde a propensão para o erro relacionado com a preparação de terapêutica é reduzida. Na VMER, a terapêutica encontra-se dividida em duas malas. Deixei como sugestão, que foi aceite pela coordenação da VMER, alterar a disposição de alguma terapêutica nas malas, devido ao facto das formulações serem muito idênticas, contribuindo assim para a diminuição do erro relacionado com a terapêutica. Em todos os contextos de EC realizei sempre dupla verificação da terapêutica com a minha supervisora clínica.
4. **Assegurar uma cirurgia segura:** No SUGP e na UCI, como pertencem ao mesmo hospital, está definida uma lista de verificação pré-operatória que é realizada pelo enfermeiro responsável pela pessoa alvo de intervenção cirúrgica. Em ambos os EC tive a oportunidade de preencher esta lista de verificação, contribuindo para a segurança do procedimento cirúrgico. Na VMER não existe nenhum tipo de documento destes, o que também é perceptível, visto que nunca nenhuma pessoa transitou diretamente de cuidados pela equipa da VMER para uma situação cirúrgica imediata.
5. **Reduzir o risco de IACS:** Durante a minha prática clínica em EC foi possível constatar a consistência por parte dos profissionais de saúde no que concerne à utilização de adequado Equipamento de Proteção

Individual (EPI), higienização das mãos nos vários momentos preconizados, no isolamento de doentes que carecessem de isolamento, seja de contacto ou de proteção, e na limpeza e desinfeção de material reutilizável. Na VMER destaco o facto de estar padronizado pela equipa a limpeza e desinfeção das malas que contém o diverso material, bem como de todo o veículo.

6. **Reduzir o risco de danos ao doente resultante de quedas:** Como é de conhecimento geral, as quedas nos cuidados de saúde são uma realidade que aumenta a morbilidade e mortalidade das pessoas alvo dos cuidados, sendo fundamental o papel intervencionista do enfermeiro na redução e mitigação deste risco. Durante o EC do SUGP e da UCI realizei a escala de risco de queda a todas as pessoas alvo dos meus cuidados, através da Escala de Morse. Após a sua avaliação, executei uma série de intervenções associadas a cada *score* da escala, como remover barreiras e obstáculos, manter uma iluminação adequada, manter a cama da pessoa no nível mais baixo possível, manter a elevação das grades de proteção das camas ou disponibilizar os dispositivos de chamada. No SUGP, após esta identificação do risco de queda e adoção de medidas, sinalizei estas pessoas aos restantes profissionais do setor. Na VMER existiu uma constante preocupação por parte da equipa e dos restantes intervenientes na situação em ajustar sempre os cintos de segurança das várias macas de transporte e da entreajuda na mobilização destas mesmas macas pelos vários profissionais, reduzindo desta maneira o risco de queda da pessoa alvo dos cuidados.

Os registos de Enfermagem foram em todos os contextos realizados em sistema informático. Considerei uma dificuldade o facto de em três EC realizados cada um deles tem um sistema informático bastante diferente entre si.

Na VMER os registos são realizados em formato papel, no verbete disponibilizado pelo INEM e ainda no sistema *iTeams*. Em formato papel, os registos são elaborados através do preenchimento do verbete, onde não existe exclusividade de preenchimento por parte do Enfermeiro, mas sim um registo da situação em concreto e intervenções da equipa. No *iTeams*, onde os registos apenas são realizados pelo médico e raramente o Enfermeiro realiza os registos de Enfermagem na parte a si destinado. Neste contexto,

preocupei-me em divulgar na equipa de Enfermagem a possibilidade dos mesmos os realizarem, o que foi bem aceite pela equipa. No entanto confesso que nem sempre é fácil a execução dos mesmos, pois cabe ao enfermeiro a condução da VMER entre os vários locais, o que num processo de ganho de tempo por parte da equipa entre as várias ocorrências iria requerer uma maior disponibilidade de tempo da VMER para a realização dos mesmos. Uma estratégia adotada pela equipa é a realização do registo em papel no local da ocorrência e apenas em formato digital no término da ocorrência, deste modo garantindo uma poupança de tempo significativa de tempo e, consequentemente, mais tempo de disponibilidade da VMER para novas ocorrências e prestação de socorro a quem necessita.

No SUGP os registos são todos realizados informaticamente através da aplicação HCIS, uma ferramenta desenvolvida para o contexto de urgência. No entanto ressalvo a operacionalização do mesmo para o facto de permitir toda a realização de um processo de Enfermagem detalhado e personalizado à pessoa.

Na UCI está implementado o *Patient Care*, exclusivamente detalhado para registos em contexto de UCI. O mesmo permite desenvolver também um plano de cuidados personalizado no que concerne à Enfermagem. Destaco a possibilidade de se poder registar bastantes dados clínicos e de Enfermagem, o que permite a realização de auditorias aos mesmos.

Principalmente nos registos do SUGP e da UCI é notório, através da realização do processo de Enfermagem, a individualização dada aos mesmos, garantindo uma continuidade de cuidados e, assim, contribuindo para a segurança e melhoria dos cuidados prestados.

A UC Gestão e Segurança em Saúde contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento académico e profissional como futuro Enfermeiro Especialista. Já se enquadrava na minha prática clínica diária a realização de eventos quando estes existiam, visto que o meu local de prática clínica diária dispõe de uma ferramenta informática onde é possível a notificação dos mesmos, sendo ela personalizada para a realidade em causa.

Na VMER, devido à sua implementação ser repartida entre uma Unidade Local de Saúde (ULS) e o INEM, a mesma dispõe de dois dispositivos para a realização de eventos adversos, o utilizado na ULS onde está sediada e o NOTIFICA.

Durante a realização dos EC reparei que, tanto na VMER como no SUGP, os enfermeiros estavam despertos para realização de eventos adversos, e que os mesmos os realizavam frequentemente. Relativamente à UCI já não posso afirmar o mesmo, possivelmente por existir uma equipa com menos experiência e menos desperta para a temática. Perante isto senti a necessidade de em algumas situações, em parceria com a minha supervisora clínica, realizar formação informal aos elementos mais novos da equipa que estavam inseridos no seio da equipa.

Uma das situações ocorridas foi a de uma pessoa que se encontrava na unidade sob ventilação invasiva e o mesmo conseguiu realizar uma autoextubação, o que provocou evidentemente uma situação de *stress* na equipa, principalmente no enfermeiro responsável pelos cuidados deste mesmo doente. Após se proceder a toda a estabilização da pessoa, fizemos então um *debriefing* sobre a situação com o enfermeiro responsável pela pessoa e no fim questionámos se conhecia o significado de evento adverso e como o notificar, ao qual nos respondeu que já tinha ouvido falar mas nunca tinha realizado nenhuma notificação. Aproveitei então a situação para elucidar o enfermeiro sobre o que era um evento adverso e em parceria com ele realizámos o registo do mesmo na plataforma NOTIFICA. Considerei este um momento bastante interessante e pertinente para desenvolver a minha temática do *debriefing* e ensinar a realizar uma notificação de evento adverso ao enfermeiro da UCI. Ressalvo o contributo que tive naquele preciso momento para com o enfermeiro em causa e ainda, deste modo, contribuir para a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados naquele campo de EC.

Considero que desenvolvi esforços de forma a consolidar conhecimentos teóricos e práticos com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados, aplicar e desenvolver as metas internacionais de segurança do doente ao longo dos três EC. Realizando o paralelismo com a minha temática de projeto, atento que o *debriefing* conduz à identificação de áreas de melhoria no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados e à segurança das pessoas alvo dos cuidados.

III.4.1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS (C)

- Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista⁸

C1 – Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

- Competências de Mestre²⁶

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Durante a realização dos vários EC tive a oportunidade de prestar cuidados com enfermeiros com vários níveis de *expertise* no que concerne à gestão dos cuidados.

A equipa de Enfermagem da VMER é composta por uma panóplia de enfermeiros com funções de gestão na ULS a que esta está associada. Desde enfermeiros com competências de gestão de equipas nos seus serviços, principalmente em serviço de urgência e em UCI, a enfermeiros coordenadores de serviços e enfermeiros com funções de gestão de serviços hospitalares. Considero este EC fundamental no desenvolvimento desta competência, devido ao facto de poder partilhar conhecimentos e receber muitos e novos ensinamentos sobre a temática da gestão com esta equipa tão diversificada e diferenciada.

Tive a oportunidade de em parceria com a equipa de Enfermagem da VMER, observar e participar na realização de contabilização de *stocks* de materiais, fármacos e consumíveis necessários à prestação de cuidados por parte da equipa da VMER.

Tive ainda a hipótese, durante o início de todos os turnos, verificar e testar todos os equipamentos e dispositivos da VMER, algo fundamental para que a mesma se

mantenha sempre operacional e que os próprios profissionais possam rever onde está o material na viatura, para que em situação de maior *stress* saibam perfeitamente onde este se encontra, melhorando assim *timings* de atuação e diminuindo possíveis focos de *stress*.

Visto que é o enfermeiro o responsável pela condução da VMER, todos os turnos, este realiza a *check-list* mecânica da mesma, onde está incluído verificar nível dos pneumático, óleos, luzes de sinalização, luzes de emergência e deformidades do veículo, tendo eu colaborado sempre neste processo da própria gestão da VMER. Deste modo permite ao enfermeiro verificar as condições de segurança da VMER para a equipa, para os restantes utilizadores das estradas por onde circula a VMER e assim permitir que a PSC e sua família tenham à sua disposição uma equipa diferenciada em qualquer lugar que se encontrem.

Quando realizei turnos com o enfermeiro coordenador tive a oportunidade de assistir e colaborar na realização das escalas dos enfermeiros na VMER. Esta escala mensal é realizada tendo como base as disponibilidades dadas pelos enfermeiros para o mês seguinte. Ainda, saliento o facto de existirem uma série de regras no que concerne às disponibilidades dos enfermeiros, como exemplo: fornecerem 12 dias de disponibilidades, onde não é permitido realizar mais do que oito horas seguidas de turno e os mesmos terem, no mínimo, oito horas de intervalo, contribuindo assim para o aumento da segurança dos cuidados.

No SUGP, a minha supervisora clínica não ocupava qualquer papel de gestão do serviço ou da equipa. Ainda assim, na procura de desenvolver esta competência, foi-me permitido realizar dois turnos com o enfermeiro chefe de equipa do SUGP e com ele realizar toda a gestão do serviço no que concerne à prestação de cuidados de Enfermagem. Participei na realização da distribuição dos enfermeiros pelos vários setores do SUGP, na gestão do horário das refeições dos profissionais, na gestão da transferências de doentes entre setores e para os diversos serviços de internamento e outros hospitais. Realizei com o enfermeiro chefe de equipa pedidos de material e fármacos à farmácia hospitalar, gerimos a articulação dos cuidados com a equipa médica e ainda tive a oportunidade de consultar os processos de todas as pessoas alvo dos cuidados que estavam presentes naqueles turnos no SUGP, pois o enfermeiro chefe de equipa tem a preocupação da gestão dos doentes em todo o serviço e procura antecipar desta forma alguma intercorrência, estando sempre um passo à frente do que poderá ocorrer no SUGP.

Denotei no SUGP que o chefe de equipa de Enfermagem é um elemento de referência para a equipa e para todo o serviço e equipa multidisciplinar, estando sobre a responsabilidade deste toda a gestão de pessoas cuidadas, profissionais e materiais do serviço. Realço ainda a função de formação e de desenvolvimento dos pares por parte deste elemento tão diferenciado.

Na UCI tive a oportunidade de a minha supervisora clínica ser chefe de equipa, o que foi fundamental para o desenvolvimento mais sustentado desta competência durante o EC. O chefe de equipa não tem pessoas para cuidar atribuídas, para que possa gerir todo o serviço e dominar todas as situações ocorridas durante o turno. Posto isto, a passagem de turno dos chefes de equipa consiste na receção de informações de todos as pessoas cuidadas na UCI e de recados sobre a gestão do serviço. Isto era fundamental, pois assim conseguia ter a perceção de tudo o que acontecia na UCI, podendo antecipar focos de instabilidade e concentrar-se em priorizar ações, gerindo de forma eficaz todos os cuidados e a UCI.

Destaco o facto de sabendo tudo sobre as pessoas alvo dos cuidados da UCI me permitiu disponibilizar-me para certas situações e percorrer todos os focos de interesse que mantinha relativamente à PSC. Deste modo, pude gerir a minha prestação de cuidados para as áreas que demonstrava mais interesse no que concerne ao desenvolvimento das minhas competências enquanto futuro enfermeiro especialista.

Ainda na UCI tive a oportunidade de realizar vários turnos com um dos enfermeiros coordenadores do serviço. A função deste prende-se com a gestão de recursos humanos, *stocks* de materiais e fármacos e ainda com a gestão da infraestrutura da UCI. Realizámos trocas de turnos, horários, distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais pelos quartos da UCI, pedidos de fármacos à farmácia hospitalar, contabilização e pedidos de materiais ao armazém central, bem como pedidos de arranjo de aparelhos eletrónicos às marcas dos mesmos.

Considero que consegui atingir esta competência de forma consistente no decorrer dos três EC. Os mesmos proporcionaram-me uma visão alargada da gestão e do papel importante que o Enfermeiro Especialista desempenha na gestão de todo o serviço. Observei e refleti perante a atuação do enfermeiro chefe de equipa, enfermeiro coordenador e enfermeiro com funções de gestão

III.4.1.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS (D)

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista⁸

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

- Competências de Mestre²⁶

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O meu percurso académico foi desenvolvido de forma sustentada e articulada entre a teoria e prática clínica. Considero como fatores principais para o meu processo de consolidação e desenvolvimento de novas competências a minha constante procura do conhecimento, tendo por base a PBE e a minha vontade de ser sempre melhor, seja a nível pessoal, seja a nível da construção de uma forte e estruturada identidade profissional como futuro Enfermeiro Especialista.

Para isto muito contribuíram todos os elementos que passaram por e marcaram o meu percurso académico, desde professores da ESSCVP-L, a minha supervisora

pedagógica, os meus enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros em função de gestão, enfermeiros chefes de equipa, enfermeiros dos vários campos de EC, elementos da equipa multidisciplinar e a PSC e sua família.

Reconheci ao longo dos EC as minhas capacidades e limitações. Na VMER e no SUGP senti que o ambiente era-me familiar, devido às minhas experiências prévias como enfermeiro de SUGP. No EC da UCI reconheço que senti bastante necessidade de procurar nova evidência científica que me proporciona-se desenvolver as minhas competências da melhor maneira possível. Reconheço que todos os EC proporcionaram-me momentos de muita aprendizagem e desenvolvimento académico e pessoal, aliando a teoria das aulas de mestrado e a prática dos campos de EC.

Considero ter aproveitado todos os momentos e oportunidades proporcionadas pelos EC, tendo sempre fundamentado a minha tomada de decisão e atitudes na prestação de cuidados à PSC e sua família na mais atual PBE disponível. Para isto, atuei como fomentador das melhores e mais atuais práticas nas várias equipas que integrei nos vários EC, desde logo com a contribuição do desenvolvimento de competências das equipas dos através da identificação de problemas e fornecimento de estratégias de resolução dos momentos, da criação de cartazes, momentos formais de formação a pares e a realização de uma apresentação sobre a minha temática do *debriefing*.

Na VMER realizei um questionário (apêndice B) à equipa multidisciplinar e partilhei um cartaz (apêndice C) da minha autoria sobre “*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situação de urgência”.

No SUGP desenvolvi um questionário (apêndice E) à equipa de Enfermagem e elaborei e partilhei na equipa um cartaz (apêndice F) por mim desenvolvido, intitulado “*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situação de urgência”.

Na UCI apliquei também um questionário (apêndice G) à equipa de Enfermagem e realizei uma apresentação em formato vídeo (apêndice H) para que os elementos da equipa possam consultar a mesma sempre que quiserem ou achem necessário. Fica disponível em apêndice I o guião da mesma.

De forma a desenvolver mais o meu percurso, frequentei várias formações que me proporcionaram momentos de muita aprendizagem e desenvolvimento de competências, tais como:

- Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP-L (anexo A);
- Sessão de Formação em Serviço sobre “Grupo de Auditoria Interna – Prevenção e Controlo de Infecção associada à Cateterização do Acesso Venoso Periférico” (anexo B), promovida pelo Serviço de Urgência Geral, da ULS de Lisboa Ocidental;
- Webinar “A importância do In-Exsufador: modo de utilização e as suas vantagens” (anexo C), desenvolvido pelo Grupo Trofa Saúde;
- Curso “Equipas – Gestão de Equipas em Serviços de Saúde – 3ª Edição” (anexo D), promovido pela *Ahed-Advanced Health Education*;
- Webinar “Enfermagem no SAP: Reconhecimento Precoce da Sépsis” (anexo E), desenvolvido pelo Grupo Trofa Saúde;
- Webinar “Reconhecimento e opções de tratamento em Ritmos de peri-paragem: taquicardia” (anexo F), desenvolvido pelo Grupo Trofa Saúde;
- Preletor na sessão de formação em serviço sobre “Disfagia e Escala de *Guss*” (anexo G), promovida pelo Serviço de Urgência Geral, da ULS de Lisboa Ocidental;
- Sessão de Formação em Serviço sobre “Utilização da caixa de drenagem torácica (*Eurocets Rome*)” (anexo H), promovida pelo Serviço de Urgência Geral, da ULS de Lisboa Ocidental;
- Webinar “Abordagem ao doente crítico na sala de reanimação” (anexo I), desenvolvido pelo Grupo Trofa Saúde;
- Webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe” (anexo J), desenvolvido pela *Ocean Medical*;
- Colaboração na “UFC VI – Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica” orientação, supervisão e avaliação de um estudante (anexo K) do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches;

- Certificado de Formação Profissional “Ventilação Mecânica Invasiva” (anexo L), ministrada pelo núcleo de formação da ULS de Lisboa Ocidental;
- Sessão de Formação em Serviço sobre “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – técnica ISBAR” (anexo M), promovida pelo Serviço de Urgência Geral, da ULS de Lisboa Ocidental;
- Participação no “Congresso Internacional do Doente Crítico 2023” (anexo N) desenvolvido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- Participação na “2ª Edição da Reunião “AVC 360º Integrar e Aplicar” (anexo O) promovida pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.
- Sessão de Formação “Gestos que salvam no pré-hospitalar” (anexo P), promovida pela VMER da ULS de Lisboa Ocidental;
- Participação no “*I International Webinar – Master`s Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person – Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care*” (anexo Q), desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No que concerne à produção de conhecimento científico, realço o facto deste processo académico, através da UC de Investigação em Enfermagem, ter contribuído bastante para a minha aquisição e desenvolvimento de competências no que concerne à produção de conhecimento científico, sendo um ponto positivo que destaco na valorização da enfermagem enquanto ciência. Em conjunto com mais colegas de mestrado e outros colaboradores, elaboramos:

- Uma revisão *scoping* com o título: “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: revisão *scoping*” encontrando-se o seu resumo disponível no apêndice J;
- Uma revisão integrativa da literatura “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”. Esta foi publicada no volume 16 de julho de 2024 da revista *Salutis Scientia*, encontrando-se disponível no apêndice K;
- Realizei em conjunto com outros colegas do mestrado um póster sobre a temática “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”, tendo

este sido apresentado no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP-L (este encontra-se disponível no apêndice L). O mesmo foi premiado como o melhor póster na área do mestrado em EMC, disponível no anexo R.

Concluo que refleti sobre a prática desenvolvida, e isto, permitiu-me evoluir. O meu sucesso neste percurso deveu-se muito ao meu empenho em atualizar, aprofundar e desenvolver novos conhecimentos, tornando-se só assim possível prestar mais e melhores cuidados à PSC e sua família em qualquer que seja o contexto inserido, desenvolvendo sempre uma PBE.

III.4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, deve ser detentor de um conjunto de competências específicas que constroem o seu perfil. Este conjunto de competências na arte do cuidar, segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC na área de Enfermagem à PSC, são as seguintes⁶:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar 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.

Estes três pilares do cuidado à PSC permitem a prestação de cuidados de qualidade, direcionados às necessidades específicas e reais da pessoa alvo dos cuidados e da sua família e/ou pessoas de referência.

Deste modo, nos capítulos seguintes abordarei como consegui, ao longo do meu percurso académico, desenvolver estas competências e adquirir novos conhecimentos e capacidades.

III.4.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Executei o processo de Enfermagem de acordo com as suas diferentes fases: a colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Aprofundei estratégias de comunicação à pessoa, família e/ou pessoas de referência, adaptando o meu discurso ao seu contexto, contribuindo assim, para a personalização dos cuidados.

Realizei a passagem de turno e transmiti a informação segundo a metodologia ISBAR. Elaborei registos de Enfermagem promovendo a continuidade dos cuidados.

Adquiri competências e conhecimentos sustentados na evidência científica mais recente que me possibilitou a prestação de cuidados à PSC, família e/ou pessoas de referência a experienciar processo de doença aguda.

Identifiquei processos complexos de instabilidade, situação de doença aguda e crítica, realizando cuidados técnico-práticos de alta diferenciação e dificuldade. Para responder de forma mais adequada, utilizei conhecimentos adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) – anexo S –, *International Trauma Life Support* (ITLS) – anexo T – e *Basic Assessment and Support in Intensive Care* (BASIC) – anexo U. Perante tais processos críticos, respondi de forma adequada. Adquiri maior maturidade no manuseamento de equipamentos, como desfibrilhador e ventilador, na relação terapêutica, na prestação de cuidados e na sua personalização.

III.4.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Adquiri o hábito de conhecer todos os planos de emergência e evacuação do serviço hospital em que desenvolvi a prática clínica, bem como, o plano da respetiva unidade de saúde. Todos estes aspetos fizeram-me refletir de forma crítica e tentei reajustar o plano de catástrofe e emergência, assim como, o plano de evacuação do meu

próprio serviço. Nos EC demonstrei dialogar com os pares sobre os planos e esclarecer dúvidas sobre os mesmos.

A aula de Enfermagem Forense permitiu-me compreender qual o melhor método para conservar provas e reconhecer indícios de crime. No EC da VMER tive a oportunidade de aplicar esses mesmos conhecimentos, principalmente numa situação em que fomos acionados para um esfaqueamento. À nossa chegada, o agressor já se encontrava detido pelas forças de segurança. A vítima encontrava-se em PCR e após aplicarmos medidas de SAV não foi possível reverter a situação. Durante todo este processo, atuei de forma calma e serena e procurei manter uma conservação do local do crime e das provas existentes.

Para o desenvolvimento da competência de gestão e organização de equipas em situação de catástrofe contribuiu a realização da ação de formação nos Bombeiros Sapadores de Lisboa – Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico (NRBQ) – no decorrer do período de aulas teóricas. Esta formação foi bastante importante para desenvolver esta competência, possibilitando-me assim perceber tudo aquilo que se deve fazer perante uma situação que envolva riscos NRBQ.

Considero que desenvolvi, aprofundi e apliquei tais conhecimentos na prática clínica em EC, tendo deste modo atingido com sucesso o desenvolvimento desta competência específica.

III.4.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica foi uma constante preocupação da minha parte durante a realização dos EC.

Perante os vários contextos de EC, constatei que o meu percurso teve uma curva de aprendizagem bastante acentuada. Primeiro porque o primeiro EC foi realizado na VMER, um ambiente completamente descontrolado e diferente daquele em que estou

habituação da minha prática clínica diária. Ainda assim, é possível desenvolver esta competência neste tipo de cenários, prova disso foi a minha constante preocupação em executar cuidados de forma a maximizar sempre a prevenção do controlo de infeção.

Utilizei sempre EPI adequados, aplicando sempre as medidas necessárias para evitar a contaminação da PSC, desde a utilização de desinfetante para a colocação de acessos venosos periféricos, aplicação de pensos de proteção no local de inserção dos acessos venosos periféricos, preparação e administração de terapêutica, aplicação de dispositivos de oxigenoterapia, pensos de proteção devido a trauma, apoio na colocação e adaptação da PSC em ventilação invasiva, entre outros.

Outra constante preocupação foi a desinfeção de todo o material reutilizável utilizado na VMER. É prática semanal da equipa, e eu tive a oportunidade várias vezes de participar, remover todo o material clínico existente nas malas médicas, de modo a proceder-se à limpeza e desinfeção das mesmas.

No SUGP o ambiente era muito mais controlado do que a VMER. Neste não senti qualquer dificuldade em atingir e desenvolver esta competência. Realizei procedimentos e técnicas assépticas com todo o material disponível. Destaco a utilização de um feixe de intervenções de forma a contribuir para a prevenção e diminuição da infeção urinária associada a este procedimento, conforme normalizado pela DGS³⁵. Destaco a utilização de *kits* disponíveis no serviço para a realização de procedimentos como o cateterismo vesical e a colheita de hemoculturas, contribuindo estes para a prevenção da infeção e contaminação. Auxiliei na introdução de dispositivos invasivos como cateteres venosos centrais, linhas arteriais e entubações orotraqueais, tendo sempre por base a prevenção da infeção relacionada com este tipo de dispositivos invasivos³⁶.

Na UCI, constatei um ambiente muito mais controlado e onde se pensa em todos os pormenores. Aqui tive a oportunidade de refletir e atuar sempre tendo por base cuidados que maximizem a prevenção, intervenção e controlo da infeção. Cuidados como o isolamento da PSC, utilização sempre dos EPI adequados e manuseio de dispositivos invasivos foram o cerne da minha prestação de cuidados neste campo de EC de forma a desenvolver e aprimorar esta competência.

O cuidado existente na UCI em utilizar sempre EPI em todos os doentes, com o objetivo de diminuir a contaminação cruzada dentro da UCI. Outro parâmetro que achei

bastante interessante foi a realização de ensinamentos aos familiares das PSC que estavam internados na UCI. Todos eles eram ensinados a cumprir os momentos de lavagem e desinfecção das mãos e ainda a utilizarem sempre EPI, como máscara e aventais, quando estavam a visitar os seus familiares na UCI. Tive a oportunidade de realizar o acolhimento a vários familiares e aproveitar estes momentos para lhes realizar ensinamentos sobre a prevenção e controlo da infeção.

Na UCI pude ainda participar na colocação de dispositivos invasivos, onde aí destaco o papel do EEEMC na colocação dos mesmos, através da organização do material e supervisão de toda a técnica. Foi-me também possível manusear este tipo de dispositivos sempre utilizando técnica asséptica, de modo a desenvolver e atingir esta competência.

Prestei cuidados a doentes ventilados, utilizando sempre medidas e atitudes que diminuíssem o risco de pneumonias associadas à intubação³⁷. Destaco ainda na UCI a constante preocupação por parte da equipa de coordenação em realizar mensalmente uma análise de dados referente às infeções nosocomiais existentes no serviço, afixando estes dados na sala de Enfermagem, de modo a fornecer *inputs* sobre os cuidados e criando ações de formação dirigidas a alguma inconformidade encontrada.

Concluo que desenvolvi esta competência específica de forma sustentada em conhecimentos e práticas atualizadas. Demonstrei conhecimentos sobre o controlo de infeção hospitalar associados à prestação de cuidados de saúde e prestei cuidados sustentados na assepsia e prevenção de infeções associados aos cuidados de saúde.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *debriefing* apresenta evidência científica válida que comprova a sua importância e necessidade de ser aprofundada enquanto área de estudo. Pretende não só contribuir de forma ativa para os cuidados prestados, bem como para a valorização intelectual, profissional e humana de todos os elementos envolvidos.

Com a elaboração do presente relatório foi-me possível constatar que existem bastantes trabalhos realizados neste âmbito e da sua aplicabilidade na saúde, no entanto, denoto que é uma temática pouco debatida na prática clínica, tornando-se imprescindível utilizar novos métodos de aplicação do *debriefing* na prestação de cuidados.

Através da pesquisa realizada para a execução do presente relatório, fica claro que o *debriefing* enquanto processo dinâmico acarreta ganhos a nível de aprendizagem e estimula a reflexão crítica. Assim, permite mudar modos e formas de pensar com vista a mudanças positivas de paradigma, influenciando positivamente os ganhos em saúde.

Durante o meu processo formativo nos EC existiram várias dificuldades e limitações na operacionalização dos planos de projeto. No EC da VMER o facto de apenas realizar três turnos com o meu enfermeiro supervisor clínico, visto que a equipa não apresenta dedicação plena à VMER, não foi possível ter um acompanhamento na totalidade com o mesmo, o que muitas vezes dificultou a execução do projeto. Em contrapartida, considero uma experiência bastante positiva e desafiadora, pois tive a oportunidade de realizar o meu EC com uma equipa muito vasta em conhecimentos e diferenciação no que concerne à emergência pré-hospitalar, permitindo-me aproveitar os vários ensinamentos e experiência profissional de cada um dos enfermeiros que compõem a equipa da VMER.

Para poder descrever melhor o EC, tudo fiz para obter dados estatísticos relativamente à VMER em causa e suas ativações, no entanto esta encontra-se em processo de mudança na sua constituição de coordenação e esses dados não estavam trabalhados de modo a poderem ser-me disponibilizados.

No EC do SUGP apesar de ter tido muitas oportunidades de aprendizagem, considero que não foram aquelas que eu mais ambicionava desenvolver que eram

situações de politraumatizados e queimados, muito devido à pouca casuística deste tipo de PSC. Ainda assim, considero uma experiência muito enriquecedora para a minha prática profissional diária, visto que como exerço num SUGP, foi-me possível apreender uma nova realidade, realizando a ponte do EC para a minha prática diária e vice-versa. Considero que transporte e mobilizei conhecimentos de um contexto para o outro, contribuindo positivamente para a melhoria dos cuidados em ambos os SUGP.

A aplicação da temática do *debriefing* nestes EC pretendia provocar uma mudança de comportamentos, o planeamento de estratégias e processos de melhoria para um melhor desempenho das equipas no futuro. Considero que foi atingida com grande sucesso, visto que identifiquei lacunas, desenvolvi a temática no seio da equipa multidisciplinar e ao longo dos turnos denotei a equipa a executar sessões de *debriefing* de forma concisa e estruturada, provocando em mim uma sensação de dever cumprido.

Na UCI a grande limitação foi a colaboração dos profissionais no desenvolvimento do meu plano de projeto. Sendo este um ambiente mais controlado e com uma equipa mais coesa esperava ter tido um número muito considerável de respostas ao meu questionário. Este ambiente de EC foi algo completamente desafiador para mim, visto nunca ter tido a oportunidade de prestar cuidados numa UCI. Posso afirmar que gostei bastante deste EC, pois quase tudo foi uma novidade para mim no que concerne à prestação de cuidados à PSC e sua família em contexto de UCI.

Globalmente aos três EC destaco ainda o facto de não ter tido oportunidade de assistir a uma situação de multivítimas e/ou catástrofe, apesar de ter conhecimento dos planos de emergência das várias instituições onde os campos de EC estavam enquadrados.

Considero deste modo, globalmente atingidos os objetivos por mim inicialmente propostos para a realização deste projeto. Com a implementação do mesmo, fica vincado uma considerável valorização da Enfermagem especializada, evolução da componente formativa das equipas, uma melhoria na segurança das pessoas alvo dos cuidados, uma melhoria contínua dos cuidados prestados e, consequentemente, ganhos em saúde.

Em modo de conclusão, aplicando o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, considero a minha prestação ao longo do EC no nível de perito.

Reconheci e priorizei os modos de atuação nas diversas situações, tendo por base evidência científica atualizada, bem como depreendi a necessidade formativa existente

nos campos de EC tão vastos e diferentes entre eles. Deste modo, considero que prestei cuidados de saúde de qualidade à PSC e sua família.

Com base nas competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à PSC, posso referir várias aprendizagens direcionadas para as mesmas. Relativamente há competência:

- **“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** – desenvolvi esta competência, pois prestei cuidados à PSC, bem como à sua família. Prestei cuidados a pessoas em PCR, onde foi necessário realizar manobras de SAV; Vítimas de doença aguda, onde em todas elas foi necessário prestar cuidados tendo em conta a metodologia ABCDE; Participar na realização de entubações orotraqueais em vários contextos e ambientes; Assistir doentes vítimas de trauma em contextos variados: quedas de cavalo, quedas, acidentes de motociclo; Realizar um parto no domicílio de uma família, encontrando-se esta situação explorada através da realização de um documento onde realizo a análise da situação tendo em conta o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*, em apêndice M. Destaco o elemento família, pois em todos os EC a família foi sempre um elemento presente, sendo imprescindível prestar também a estes cuidados. Desenvolvi competências técnicas e não técnicas no que concerne à prestação de cuidados à PSC e sua família;
- **“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”** – considero esta competência desenvolvida nos vários EC. Não prestei cuidados em situações de exceção ou catástrofe, no entanto foi necessário instruir-me de conhecimentos na área para, caso fosse necessário, estar preparado e ajudar a equipa neste tipo de organização e de cuidados. Todos os EC dispõem de material para realizar triagem de catástrofe e de material variado que permite apresentar condições para prestar cuidados a várias PSC ao mesmo tempo. Compete aos profissionais e a mim enquanto futuro Enfermeiro Especialista nesta área manter-me preparado para acontecimentos catastróficos ou de exceção, para, quando os mesmos acontecerem, poder apresentar uma atuação condizente com o título de especialista que pretendo alcançar;

- **“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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”** – esta foi uma das competências que mais considero ter desenvolvido ao longo dos EC. Considero estar mais atento e valorizar ainda mais as questões da prevenção e controlo da infeção, onde o Enfermeiro Especialista apresenta um papel fulcral, pois realiza técnicas e procedimentos conforme as normas, mesmo em cenários muitas vezes descontrolados e onde a sua atuação emergente é necessária. Como exemplo, destaco a desinfeção da pele para as cateterizações venosas periféricas, a preparação de terapêutica, o manuseio da via aérea, a coordenação e supervisão da limpeza e desinfeção de material e ainda a supervisão e apoio em técnicas altamente invasivas que são desempenhadas por outros grupos de profissionais.

Considero que este meu relatório pode vir a servir como base teórica para a criação e futura implementação de cursos teórico-práticos, realização de protocolos institucionais, nacionais e internacionais enquadrados na prestação de cuidados à PSC e sua família sobre o *debriefing* aplicado às equipas multidisciplinares em contexto de urgência e emergência.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva MA, Tanqueiro MT, Veríssimo CM, Neves, MM, Cruzeiro CM, Coutinho VR. Avaliação do debriefing estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde familiar. [Internet]. 2020 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/24268/17914>
2. Coutinho VR, Martins JC, Pereira MF. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). [Internet]. 2014 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_a_rtigo=2445&id_revista=24&id_edicao=66
3. Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the Emergency Departement After Clinical Events: A Pratical Guide. [Internet]. 2015 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061>
4. Brindle ME, Henrich N, Foster A, Marks S, Rosa M, Galês R, Berry W. Implementation of debriefing programs surgery in large health systems: a exploratory qualitative analysis. [Internet]. 2018 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3003-3>
5. Maloney C. Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses An Approach to Support The Work Environment and Mitigate Negative Consequences. [Internet]. 2012 [citado 2024 novembro 21]; Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=42b99815-8e83-43b8-8757-5fba9ed33d63%40redis>
6. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018, páginas 19359-19370. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [Internet]. 1996 [citado 2023 Out 23]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

8. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019, páginas 4744-4750. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

9. Bresolin P, Martinib JG, Maffissonia AL, Sanésa MS, Riegelc F, Unicovskyc MA. Debriefing em simulação clínica de enfermagem: uma análise baseada na teoria de aprendizagem experiencial. [Internet]. 2022 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/124994>

10. INEM. Manual de Suporte Avançado de Vida. 1.^a ed. Lisboa: INEM; 2020. p. 214

11. Freytag J, Stroben F, Hautz WE, Eisenmann D, Kämmer JE. Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. [Internet]. 2017 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/6/e015977>

12. Hautz SC, Oberholzer DL, Freytag J, Exadaktylos A, Kämmer JE, Sauter TC, Hautz WE. An observational study of self-monitoring in ad hoc health care teams. [Internet]. 2020 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=3&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4bfd2a0cc%40redis&bquery=An+observational+study+of+self-monitoring+in+ad+hoc+health+care+teams&bdata=JmRiPW1kYyZkYj1ueWgmZGI9Y2doJmRiPWNoaCZkYj1jbXImZGI9bHhoJmRiPWx0aCZkYj1sc2RjY2EmbGFuZz1wdC1wdCZ0eXBIPTEmc2VhcmNoTW9kZT1TdGFuZGFyZCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d>

13. Lammers R, Byrwa M, Fales W. Root Causes of Errors in a Simulated Prehospital Pediatric Emergency. [Internet]. 2012 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=727e5d16-9fd1-4ae0-80fa-5ab2cb77c73e%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=2251191&db=mdc>

14. Catlin AJ. Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An Approach to Support The Work Environment and Mitigate Negative Consequences. [Internet]. 2012 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4bfd2a0cc%40redis>

15. Bredmose PP, Hagemo J, Østergaard D, Sollid S. Combining in-situ simulation and live HEMS mission facilitator observation: a flexible learning concept. [Internet]. 2021 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4bfd2a0cc%40redis>

16. Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: 2.ª série, nº 187. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

17. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 20];11(3):209-217. Disponível em: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief_a_critical_review_of.9.aspxdoi:10.1097/SIH.0000000000000148

18. Kolb, D. A. Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development. [Internet]. 1984 [citado 2024 janeiro 20]; Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development

19. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *Adv Nurs Sci*. [Internet]. 2003 [cited 2023 Dez 29]; 26(1): 77-88. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12611432/> doi: 10.1097/00012272-200301000-00010

20. Duffy J. Joanne Duffy's Quality-Caring Model©. In M Smith, M Parker, editores. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015. p. 393–429

21. INEM. Viatura Médica de Emergência e Reanimação [Internet]. Lisboa: INEM; 2017 maio 29 [cited 2024 julho 20]. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/29/viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao/>

22. Decreto-Lei nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República*: II Série, n.º 153. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

23. Unidade Local de Saúde de São José [Internet]. Lisboa: ULSSJ; 2024 [cited 2024 julho 20]. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/urgencias-2/urgencia-geral-polivalente-hospital-de-sao-jose/>

24. ACSS. UIE. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos [Internet]. Lisboa: ACSS; 2013 abril [cited 2024 julho 20]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

25. Santos WS. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica: The Competency-Based Medical Curriculum. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2010 [cited 2024 Junho 24]; 35 (1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/c9KBjLv9py5gmFW78Q9HMdv/>

26. Decreto-Lei nº 65/2018 do Presidente do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série, n.º 157. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?ts=1720192606084>
27. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 agosto [cited 2024 jul 06]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
28. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [cited 2024 jul 06]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
29. Organização Mundial da Saúde, editor. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 [cited 2024 jul 22]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
30. Costa FA. Triage de Manchester: intervenção dos enfermeiros [Dissertação de mestrado]. [Viana do Castelo]: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2020. 26 p.
31. Franciscatto L, Bessow CK, Ruzczyk JV, Oliveira MA, Kluck MM. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário [Internet]. 2011 [cited 2024 Jul 26]; 31(4). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/21146/14967>
32. Zarpelon SP, Klein LP, Bueno D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 26]; 32(4). Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/ofil/v32n4/1699-714X-ofil-32-04-377.pdf>

33. Norma nº 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. (2011). Disponível em: <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Mai o/Orient 018 2011.pdf>

34. Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (2017). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

35. Norma nº 019/2015. “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção urinária Associada a Cateter Vesical. (2022). Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

36. Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. (2022). Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

37. Norma nº 021/2015. “Feixe de Intervenções” para a prevenção da Pneumonia associada à Intubação. (2022). Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Apêndices

Apêndice A – Plano de Projeto realizado no âmbito do EC da VMER

Objetivo Geral: Desenvolver competências éticas, científicas, técnicas, relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família

Objectivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Realizar integração no campo de estágio	- Reunir com enfermeiro coordenador do serviço e com enfermeiro supervisor clínico; - Observar dinâmicas do serviço; - Consultar documentação do serviço;	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro gestor; - Enfermeiro supervisor clínico - Equipa multidisciplinar. <u>Recursos Materiais:</u> - Normas e protocolos do serviço.	- Reunião com o enfermeiro gestor; - Reunião com o enfermeiro supervisor clínico; - Consulta documentação do serviço.
Realizar uma caracterização do campo de ensino clínico	- Observar dinâmicas e organização do serviço; - Identificar número de profissionais e instalações do serviço; - Identificar necessidades e ou problemas no serviço.	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro supervisor clínico - Equipa multidisciplinar. <u>Recursos Materiais:</u> - Documento word; - Normas e protocolos do serviço.	- Realiza reflexão escrita sobre a caracterização do serviço.
Evidenciar competências para a prestação	- Aplicar conhecimentos baseados em evidência científica a pessoa em	<u>Recursos Humanos:</u> - Supervisor Pedagógico;	-Autoavaliação; -Heteroavaliação pelo enfermeiro supervisor clínico

de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família	situação crítica e sua família; - Implementar fases do processo de enfermagem; - Realizar consulta de documentos, protocolos no local de ensino clínico.	- Enfermeiro supervisor clínico; - Equipa multidisciplinar. <u>Recursos Materiais:</u> - Bibliografia de relevância na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família em situação crítica.	e supervisor pedagógico.
Contribuir para a realização de <i>debriefing</i> na equipa de enfermagem tendo em vista a melhoria e segurança dos cuidados prestados.	- Partilhar com equipa multidisciplinar, enfermeiro orientador e professor o plano de projeto para prática clínica. - Realizar questionários à equipa multidisciplinar sobre a realização de <i>debriefing</i>; - Compreender a taxa de execução de <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar. - Elaborar questionário informal de avaliação da formação através da leitura do cartaz; - Analisar respostas dos questionários.	<u>Recursos Humanos:</u> -Enfermeiro coordenador; - Supervisor pedagógico; - Enfermeiro supervisor clínico; - Equipa multidisciplinar <u>Recursos Materiais:</u> - Pré-relatório de estágio; - Questionário de avaliação da perceção dos profissionais com	- Taxa de adesão ao questionário superior a pelo menos de 50% dos enfermeiros do serviço. - 100% de entrega de questionários à equipa multidisciplinar por email ou folha.

		recurso a documento <i>Word</i> . - Computador.	
Sensibilizar e promover na equipa de enfermagem a importância do <i>debriefing</i>	- Realização de cartaz sobre o <i>debriefing</i> ; - Apresentação do cartaz no computador da base da VMER, via <i>whatsapp</i> e afixar no serviço.	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro coordenador; - Supervisor pedagógico; - Enfermeiro supervisor clinico; - Equipa multidisciplinar <u>Recursos Materiais:</u> - Documento <i>word</i> ; - Apresentação para a equipa multidisciplinar.	- Participação de pelo menos 50% da equipa. - 80% da equipa visualize o cartaz via <i>whatsapp</i> .
Relatar os eventos marcantes ocorridos durante a realização dos diversos EC	- Realizar uma reflexão crítica sobre eventos marcantes ocorridos em cada campo de EC.	<u>Recursos Humanos:</u> - Supervisor pedagógico; - Enfermeiro supervisor clinico; <u>Recursos Materiais:</u> - Documento <i>word</i> ;	- Descrever pelo menos a ocorrência de 1 evento marcante. - Realizar 1 reflexão de acordo com ciclo de <i>Gibbs</i>

Apêndice B – Questionário realizado à equipa da VMER sobre o *Debriefing*

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

Informação aos profissionais:

O meu nome é André Correia Rocha, sou estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Pretendo realizar um relatório de estágio intitulado de "*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situações de urgência" sob orientação da professora Leila Sales e do Enfermeiro XXXXXX.

O alvo deste relatório é a formação dos profissionais da VMER, posto isto, apenas com a participação dos mesmos será possível realizar este questionário.

A participação neste questionário será realizada de forma anónima, e apenas o autor terá acesso aos dados.

Desde já agradeço a colaboração de todos.

André Correia Rocha, 8688

andrerocha8688@esscyp.eu

SECÇÃO I: DADOS DEMOGRÁFICOS

Género

Feminino

Masculino

Anos de experiência profissional

Anos de experiência na VMER

Habilitações académicas

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Enfermeiro?

Se enfermeiro, é especialista?

Qual a área de especialidade?

Médico?

SECÇÃO II: *Debriefing*

Sabe o que é o *debriefing*?

Sim

Não

Conhece a estrutura do *debriefing*?

Sim

Não

Conhece os objetivos do *debriefing*?

Sim

Não

Considera o *debriefing* importante na sua prática clínica diária?

Muito pouco importante;

Pouco importante;

Mais ou menos;

Importante;

Muito importante.

Realiza *debriefing* em todos os turnos?

Nunca;

Raramente;

Às vezes;

Frequentemente;

Sempre.

Realiza *debriefing* em todas as ativações?

Nunca;

Raramente;

Às vezes;

Frequentemente;

Sempre.

Realiza *debriefing* apenas em ativações muito específicas (PCR; pediatria; politraumas)?

Sim

Não

Considera que a realização de um *debriefing* eficaz poderá melhorar o desempenho da equipa futuramente?

Muito pouco provável;

Pouco provável;

Mais ou menos;

Provável;

Muito provável.

Considera necessário obter mais formação sobre o *debriefing*?

Sim

Não

Apêndice C – Cartaz realizado no EC da VMER

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

DISCENTE: ANDRÉ ROCHA. DOCENTE: LEILA SALES. ORIENTADOR: [REDACTED]

INTRODUÇÃO

O DEBRIEFING É UM PROCESSO DINÂMICO E REFLEXIVO, CONSIDERADO O PONTO CHAVE NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM ^{1,2}. PERMITE UMA MUDANÇA DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS, INFLUENCIANDO POSITIVAMENTE O DESEMPENHO DA EQUIPA. DEVE SER UTILIZADO DE FORMA SISTEMÁTICA, ESTRUTURADA E REFLEXIVA ^{3,4}.

OBJETIVO

SENSIBILIZAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PARA A IMPORTÂNCIA DO DEBRIEFING

O DEBRIEFING MELHORA':

- COMUNICAÇÃO • SATISFAÇÃO
- TRABALHO EM EQUIPA • CULTURA DE SEGURANÇA DAS INSTITUIÇÕES

MUDANÇA
DE
COMPORTAMENTOS

CONSOLIDAÇÃO
DE
CONHECIMENTOS

OBJETIVOS
DO
DEBRIEFING ^{1,2}

IDENTIFICAÇÃO
DE
LAGUNAS

FASES DO DEBRIEFING⁵

1ª FASE - REAÇÃO

- CENTRADA NOS INTERVENIENTES;
- DESCRIÇÃO DE REAÇÕES E DO IMPACTO EMOCIONAL QUE A SITUAÇÃO PROVOCOU.

2ª FASE - ANÁLISE

- FOCO NOS ACONTECIMENTOS;
- DESEMPENHO DA EQUIPA (AÇÕES POSITIVAS E NEGATIVAS);
- ARTICULAÇÃO DOS ACONTECIMENTOS COM A BIBLIOGRAFIA EXISTENTE.

3ª FASE - SUMÁRIO

- ENFOQUE EM TUDO O QUE FOI APRENDIDO;
- DESCODIFICAÇÃO DE DÚVIDAS QUE TENHAM SURGIDO DURANTE A FASE DE ANÁLISE

CONSIDERAÇÕES FINAIS

DESTACAM-SE 3 FASES PARA A REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING, PODENDO DESTE MODO SER MAIS PRÁTICO E EFICAZ REALIZAR UM DEBRIEFING ESTRUTURADO E CONCISO. ASSIM, É POSSÍVEL PRESTAR CUIDADOS DE QUALIDADE ATRAVÉS DA FORMAÇÃO ENTRE A EQUIPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCAN ME



Apêndice D – Plano de Projeto realizado no âmbito do EC do SUGP

Objetivo Geral: Desenvolver competências éticas, científicas, técnicas, relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e sua família

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Avaliação
Realizar integração na equipa multidisciplinar	- Reunir com enfermeiro gestor, enfermeiros coordenadores do serviço, enfermeiro chefe de equipa e com enfermeiro supervisor clinico; - Observar dinâmicas do serviço e da equipa; - Consultar documentação do serviço;	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro gestor; - Enfermeiros coordenadores; - Enfermeiro chefe de equipa; - Enfermeiro supervisor clinico; - Equipa multidisciplinar. <u>Recursos Materiais:</u> - Normas e protocolos do serviço.	- Reunião com o enfermeiro gestor; - Reunião com enfermeiros coordenadores; - Reunião com o enfermeiro chefe de equipa; - Reunião com o enfermeiro supervisor clinico; - Consulta documentação do serviço.
Realizar caracterização do campo de ensino clinico	- Observar dinâmicas e organização do serviço; - Identificar número de profissionais e instalações do serviço; - Identificar necessidades e ou problemas no serviço.	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro chefe de equipa; - Enfermeiro supervisor clinico; - Equipa multidisciplinar.	- Realiza reflexão sobre a caracterização do serviço.

		<u>Recursos Materiais:</u> - Documento <i>word</i> ; - Normas e protocolos do serviço.	
Evidenciar competências para a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família	- Aplicar conhecimentos baseados em evidência científica a pessoa em situação crítica e sua família; - Implementar fases do processo de enfermagem; - Realizar consulta de documentos, protocolos no local de ensino clínico. - Relatar os eventos marcantes ocorridos durante a realização do EC através de uma reflexão crítica.	<u>Recursos Humanos:</u> - Supervisor Pedagógico; - Enfermeiro supervisor clínico; - Equipe multidisciplinar. <u>Recursos Materiais:</u> - Bibliografia de relevância na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família em situação crítica. - Documento <i>word</i> .	- Autoavaliação; - Heteroavaliação pelo enfermeiro supervisor clínico e supervisor pedagógico. - Descrever pelo menos 1 evento marcante. - Realizar a reflexão de acordo com ciclo de <i>Gibbs</i>
Contribuir para a realização de <i>debriefing</i> na equipe de enfermagem tendo em	- Partilhar com enfermeiro gestor, enfermeiros coordenadores, enfermeiro chefe de equipa, orientador clínico e orientador pedagógico o plano de projeto para prática clínica. - Realizar questionários à equipa multidisciplinar	<u>Recursos Humanos:</u> - Enfermeiro gestor; - Enfermeiros coordenadores; - Enfermeiro chefe de equipa;	- Taxa de adesão ao questionário superior a pelo menos de 25% dos enfermeiros do serviço. - 100% de entrega de questionários à equipa

vista a melhoria e segurança dos cuidados prestados.	sobre a realização de <i>debriefing</i>; - Estudar se a realização de <i>debriefing</i> está presente na prestação de cuidados. - Elaborar questionário de avaliação da formação através da leitura do cartaz; - Analisar respostas dos questionários.	- Supervisor pedagógico; - Supervisor clinico; - Equipa multidisciplinar <u>Recursos Materiais:</u> - Pré-relatório de estágio; - Questionário de avaliação da perceção dos profissionais com recurso a documento <i>Word</i>. - Computador.	multidisciplinar por email;
Sensibilizar e promover na equipa de enfermagem a importância do <i>debriefing</i>	- Realização de cartaz sobre o <i>debriefing</i>; - Partilhar cartaz no serviço, via <i>whatsapp</i>, afixar no serviço.	<u>Recursos Humanos:</u> -Enfermeiro gestor; - Enfermeiros coordenadores; - Enfermeiro chefe de equipa; - Supervisor pedagógico; - Supervisor clinico; - Equipa multidisciplinar <u>Recursos Materiais:</u>	- 80% da equipa visualize o cartaz via <i>whatsapp</i> através da visualização da mensagem na aplicação.

		- Documento <i>word</i>; - Computador.	
--	--	--	--

Apêndice E – Questionário realizado à equipa do SUGP sobre o *Debriefing*

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

O meu nome é André Correia Rocha, sou estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Pretendo realizar um projeto de estágio intitulado de "*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situações de urgência" sob orientação da professora Leila Sales e da Enfermeira XXXXXX.

O objetivo deste questionário é determinar a perspetiva dos enfermeiros do SUGP sobre a importância e aplicação de *Debriefing* em contexto de urgência. Sendo a sua participação essencial através do preenchimento deste questionário.

A participação neste questionário é voluntária, anónima e as respostas confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins académicos no âmbito deste estágio.

Desde já agradeço a colaboração de todos.

André Correia Rocha

Estudante 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESSCVP-Lisboa

andrerocha8688@esscvp.eu

SEÇÃO I: CONSENTIMENTO

Consinto responder a este questionário e que os seus dados sejam utilizados apenas e exclusivamente para fins académicos.

Sim

Não

SEÇÃO II: DADOS DEMOGRAFICOS

Género

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

Anos de experiência profissional

0-3 anos

3-5 anos

5-10 anos

+ 10 anos

Anos de experiência no SUGP

0-3 anos

3-5 anos

5-10 anos

+ 10 anos

Habilitações acadêmicas

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Enfermeiro Especialista?

Sim

Não

Se enfermeiro especialista, qual a especialidade?

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Saúde Comunitária

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

Enfermagem de Reabilitação

SECÇÃO III: DEBRIEFING

Sabe o que é o *debriefing*?

Sim

Não

Caso respondeu SIM anteriormente, descreva o que entende saber o que é o *debriefing*?

Conhece a estrutura do *debriefing*?

Sim

Não

Conhece os objetivos do *debriefing*?

Sim

Não

Considera o *debriefing* importante na sua prática clínica diária?

Muito pouco importante;

Pouco importante;

Mais ou menos;

Importante;

Muito importante.

Realiza *debriefing* na prática clínica?

Nunca;

Raramente;

Às vezes;

Frequentemente;

Sempre.

Em que situações é utilizado o *debriefing* na sua prática profissional?

Considera que a realização de um *debriefing* eficaz poderá melhorar o desempenho na prestação de cuidados?

Muito pouco provável;

Pouco provável;

Mais ou menos;

Provável;

Muito provável.

Considera necessário obter mais formação sobre o *debriefing*?

Sim

Não

Apêndice F – Cartaz realizado no EC do SUGP

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

O *debriefing* é considerado um processo dinâmico e reflexivo sobre a prática, com vertente educacional, dirigido ao ciclo de aprendizagem de modo a alterar *mindsets* e atitudes de modo a influenciar uma mudança positiva numa equipa¹⁻³. Deve ser utilizado de modo estruturado e reflexivo^{2,4}.

1ª Fase - Reação⁵

- Centrada nos intervenientes;
- Descrição de reações e do impacto emocional que a situação provocou.

2ª Fase – Análise⁵

- Foco nos acontecimentos;
- Desempenho da equipa (ações positivas e negativas);
- Articulação dos acontecimentos com os protocolos/*guidelines* existentes.

3ª Fase - Síntese⁵

- Enfoque em tudo o que foi aprendido;
- *Take home messages*.

Referências Bibliográficas:



Discente: André Rocha; Orientador clínico:

Orientador Pedagógico: Leila Sales

Apêndice G – Questionário realizado à equipa da UCI sobre o *Debriefing*

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

O meu nome é André Correia Rocha, sou estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Pretendo realizar um projeto de estágio intitulado de "*Debriefing* na equipa multidisciplinar em situações de urgência" sob orientação da professora Leila Sales, do Enfermeiro XXXXXX e da Enfermeira XXXXXX.

O objetivo deste questionário é determinar a perspetiva dos enfermeiros da UCI sobre a importância e aplicação de *Debriefing* em contexto de urgência. Sendo a sua participação essencial através do preenchimento deste questionário.

A participação neste questionário é voluntária, anónima e as respostas confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins académicos no âmbito deste estágio.

Desde já agradeço a colaboração de todos.

André Correia Rocha

Estudante 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESSCVP-Lisboa

andrerocha8688@esscvp.eu

SEÇÃO I: CONSENTIMENTO

Consinto responder a este questionário e que os seus dados sejam utilizados apenas e exclusivamente para fins académicos.

Sim

Não

SEÇÃO II: DADOS DEMOGRAFICOS

Género

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

Anos de experiência profissional

0-3 anos

3-5 anos

5-10 anos

+ 10 anos

Anos de experiência no SUGP

0-3 anos

3-5 anos

5-10 anos

+ 10 anos

Habilitações acadêmicas

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Enfermeiro Especialista?

Sim

Não

Se enfermeiro especialista, qual a especialidade?

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Enfermagem de Saúde Comunitária

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

Enfermagem de Reabilitação

SECÇÃO III: DEBRIEFING

Sabe o que é o *debriefing*?

Sim

Não

Caso respondeu SIM anteriormente, descreva o que entende saber o que é o *debriefing*?

Conhece a estrutura do *debriefing*?

Sim

Não

Conhece os objetivos do *debriefing*?

Sim

Não

Considera o *debriefing* importante na sua prática clínica diária?

Muito pouco importante;

Pouco importante;

Mais ou menos;

Importante;

Muito importante.

Realiza *debriefing* na prática clínica?

Nunca;

Raramente;

Às vezes;

Frequentemente;

Sempre.

Em que situações é utilizado o *debriefing* na sua prática profissional?

Considera que a realização de um *debriefing* eficaz poderá melhorar o desempenho na prestação de cuidados?

Muito pouco provável;

Pouco provável;

Mais ou menos;

Provável;

Muito provável.

Considera necessário obter mais formação sobre o *debriefing*?

Sim

Não

Apêndice H – Apresentação em formato *online* realizado à equipa da UCI

Debriefing na equipa multidisciplinar em situações de urgência

Estágio com Relatório – Módulo III

André Correia Rocha, nº 8688

Orientadores clínicos: [Redacted]
Orientador Pedagógico: Professora Doutora Leila Sales

Lisboa, 2024

SUMÁRIO

- O debriefing;
- Objetivos do Debriefing;
- Importância do Debriefing;
- Estrutura do Debriefing;
- Considerações Finais;
- Referencias Bibliográficas.



O DEBRIEFING

- Processo dinâmico e reflexivo sobre a prática¹⁻³;
- É considerado como o ponto-chave no processo de aprendizagem^{2,4};
- Apresenta uma vertente educacional, dirigida ao ciclo de aprendizagem de modo a alterar comportamentos e atitudes de forma a influenciar mudanças positivas numa equipa¹⁻³;
- Deve ser utilizado de modo estruturado e reflexivo^{2,4};
- Devendo ser assumido como uma revisão sistemática dos acontecimentos ocorridos e não como uma crítica⁴.

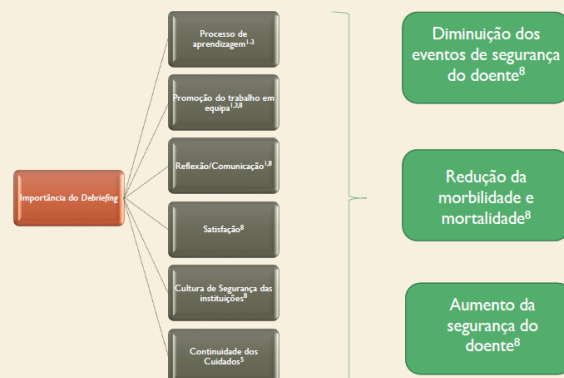
O DEBRIEFING NA SAÚDE

- Está comprovado que os enfermeiros vivenciam na sua prática clínica diária situações de sofrimento e são expostos a variados traumas quer físicos quer psicológicos, tendo essas situações repercussões a nível pessoal e profissional⁵;
- Em contexto de formação em saúde o *debriefing* é uma oportunidade, seja em competências clínicas, seja em competências comunicacionais, devendo ser uma discussão bidirecional e interativa, onde é realizada uma reflexão sobre os acontecimentos e desempenho ocorridos^{6,7};

OBJETIVOS DO DEBRIEFING



IMPORTÂNCIA DO DEBRIEFING



ESTRUTURA DO DEBRIEFING

1ª Fase - Reação*

- Centrada nos intervenientes;
- Descrição de reações e do impacto emocional que a situação provocou.

2ª Fase – Análise*

- Foco nos acontecimentos;
- Desempenho da equipa (ações positivas e negativas);
- Articulação dos acontecimentos com os protocolos/*guidelines* existentes.

3ª Fase - Síntese*

- Enfoque em tudo o que foi aprendido;
- *Take home messages*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O *debriefing* apresenta evidência científica válida que comprova a sua importância e necessidade de ser aprofundada enquanto área de estudo.
- O *debriefing* pretende não só contribuir de forma ativa para os cuidados prestados, bem como para valorização intelectual, profissional e humana de todos os elementos envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Silva MA, Tanqueiro MT, Veríssimo CM, Neves MM, Cruzeiro CM, Coutinho VR. Avaliação do debriefing estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde familiar. [Internet]. 2020 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/24268/17914>
- 2 Coutinho VR, Martins JC, Pereira MF. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). [Internet]. 2014 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: https://repositorio.rcaap.pt/rii/index.php?module=rii&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2445&id_revista=24&id_edicao=66
- 3 Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. [Internet]. 2015 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061>
- 4 Bresolin R, Martinb JG, Maffissonia AL, Sanésa MS, Riegele F, Unicovskyc MA. Debriefing em simulação clínica de enfermagem: uma análise baseada na teoria de aprendizagem experiencial. [Internet]. 2022 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ingen/article/view/124994>
- 5 Catlin AJ. Critical Incident Stress Debriefing and Pediatric Nurses: An Approach to Support The Work Environment and Mitigate Negative Consequences. [Internet]. 2012 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4b6d2a0cc%40redis>
- 6 Freytag J, Stroben F, Hautz WE, Eisenmann D, Kämmer JE. Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. [Internet]. 2017 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/1/e015977>
- 7 Bredmose PP, Hagemo J, Østergaard D, Solliid S. Combining in-situ simulation and live HEMS mission facilitator observation: a flexible learning concept. [Internet]. 2021 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4b6d2a0cc%40redis>
- 8 Hautz SC, Oberholzer DL, Freytag J, Exadaktylos A, Kämmer JE, Sauter TC, Hautz WE. An observational study of self-monitoring in ad hoc health care teams. [Internet]. 2020 [citado 2023 novembro 21]; Disponível em: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?vid=3&sid=160bca42-5ff2-4939-9817-49c4b6d2a0cc%40redis&query=An%20observational%20study%20of%20self-monitoring%20in%20ad%20hoc%20health%20care%20teams&data=jmRfPWlKYyZkYjIueWgmZGI9Y2doImRfPWNoaCZkYjIjXlmZGI9bHojmRfPWx0aCZkYjIsc2RjY2E0bGZuZlIwdCIwdCZ0eXBIPTEmc2VhcmNoTW9kZTITdGFuZGFyZCZzaXRIPWob3N0LWxpdmU%3d>
- 9 Sawyer T, Eppich W, Brett-Flegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024Jan20];11(3):209-217. Available from: <https://journals.hww.com/simulationinhealthcare>

**OBRIGADO PELA
ATENÇÃO**

André Correia Rocha
andrerocha8688@esscvp.eu

Apêndice I – Exposição oral da apresentação realizada em formato *online* para a equipa da UCI

Olá a todos.

O meu nome é André Rocha.

Sou estudante do I curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Encontro-me a realizar o Ensino Clínico na UCI do Hospital XXXX sob a orientação da Professora Leila Sales e dos Enfermeiros XXXXX e XXXXX.

Apresento o tema que me encontro a desenvolver intitulado de: *Debriefing* na equipa multidisciplinar em situações de urgência.

Nesta apresentação irei falar sobre o que é o *debriefing*, quais os objetivos do *Debriefing*, a Importância do *Debriefing* para a prática clínica, a estrutura do *Debriefing*, e por último irei tecer algumas considerações finais e partilharei as referências bibliográficas que utilizei para o desenvolvimento da temática.

O *debriefing* é:

- Processo dinâmico e reflexivo sobre a prática;
- É considerado como o ponto-chave no processo de aprendizagem;
- Apresenta uma vertente educacional, dirigida ao ciclo de aprendizagem de modo a alterar comportamentos e atitudes de forma a influenciar mudanças positivas numa equipa;
- Deve ser utilizado de modo estruturado e reflexivo;

- Devendo ser assumido como uma revisão sistemática dos acontecimentos ocorridos e não como uma crítica.

Relativamente à aplicabilidade do *debriefing* na saúde:

Está comprovado que os enfermeiros vivenciam na sua prática clínica diária situações de sofrimento e são expostos a variados traumas quer físicos quer psicológicos, tendo essas situações repercussões a nível pessoal e profissional.

Em contexto de formação em saúde o *debriefing* é uma oportunidade, seja em competências clínicas, seja em competências comunicacionais, devendo ser uma discussão bidirecional e interativa, onde é realizada uma reflexão sobre os acontecimentos e desempenho ocorridos.

Os objetivos do *debriefing* são: Identificar lacunas, consolidar conhecimentos e provocar uma mudança de comportamentos.

O *debriefing* é importante para o processo de aprendizagem, na promoção do trabalho em equipa, na reflexão e comunicação entre profissionais, na satisfação dos elementos, na cultura de segurança das várias instituições e na continuidade dos cuidados.

Com isto é expectável que exista uma diminuição dos eventos de segurança relacionados com os doentes, redução da morbilidade e mortalidade e ainda um consequente aumento da segurança do doente.

Agora demonstro a estrutura do *debriefing* segundo o autor, estando ele dividido em três fases.

1ª fase é a fase de reação, Centrada nos intervenientes na ação ocorrida, e onde é realizada uma Descrição de reações e do impacto emocional que a situação provocou nos vários intervenientes.

A 2ª fase, fase de análise, é onde se coloca o Foco nos acontecimentos ocorridos, no Desempenho da equipa seja em ações positivas e negativas. Existe nesta fase ainda uma articulação dos acontecimentos com os protocolos/*guidelines* existentes.

Por último na 3ª fase, a fase de síntese onde o enfoque é em tudo o que foi aprendido com a situação ocorrida e onde se podem retirar várias *take home messages*.

Como considerações finais destaco que:

O *debriefing* apresenta evidência científica válida que comprova a sua importância e necessidade de ser aprofundada enquanto área de estudo.

O *debriefing* pretende não só contribuir de forma ativa para os cuidados prestados, bem como para valorização intelectual, profissional e humana de todos os elementos envolvidos.

Deixo as referências bibliográficas utilizadas para que as possam consultar.

Resta-me a agradecer a todos a atenção prestada.

Obrigado.

Apêndice J – Resumo da revisão *scoping* com o título: “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: revisão *scoping*”

I. Resumo

Introdução: O *debriefing* é um método de prática reflexiva estruturada, em grupo, após um evento, que tem como intenção contribuir para a reflexão, análise, aprendizagem e consequente melhoria do desempenho futuro da equipa envolvida. Esta prática apresenta particular importância em contexto de urgência, onde se prestam cuidados a pessoas em situação crítica e se vivenciam inúmeras situações geradoras de *stress*, pois pode contribuir não só para o aumento da qualidade e segurança dos cuidados prestados como para fornecer aos profissionais de saúde as ferramentas e apoio necessário para mitigar o impacto negativo a nível psicológico deste ambiente.

Objetivo: Mapear o conhecimento acerca da aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar, após incidente crítico, em contexto de urgência.

Materiais e Métodos: Optou-se pela metodologia de revisão *scoping* proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. O processo de análise, extração e síntese dos dados obtidos foi elaborado por três revisores independentes.

Com base na mnemónica PCC, a população considerada na pesquisa, é a equipa multidisciplinar de saúde. Relativamente ao conceito, inclui estudos que abordam o tema do *debriefing* após incidente crítico e no contexto, a nossa pesquisa baseou-se em situações de urgência. Foi realizada pesquisa em bases de dados e literatura cinzenta, análise e elegibilidade dos estudos.

Resultados: Partindo da análise da literatura selecionada emergiram quatro categorias: 1. Intervenções psicossociais e apoio à saúde mental; 2. Ensino baseado em simulação; 3. Abordagem multidisciplinar e trabalho de equipa; 4. Estratégias de *coping* e construção de resiliência.

Conclusão: O *debriefing* estruturado é uma ferramenta fulcral de suporte da saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros expostos a incidentes críticos. Facilita a reflexão crítica, promove a aprendizagem coletiva e contribui para a construção de resiliência e redução do *burnout*. No entanto, a falta de padronização e a ausência de estudos longitudinais limitam a compreensão dos seus efeitos a longo prazo. Pesquisas

futuras devem focar-se em estudos mais rigorosos para desenvolver diretrizes baseadas na evidência para a aplicação do *debriefing* nas equipas multidisciplinares.

Palavras-chave: Emergency Room; Emergency Services; Emergency Medical Services; Crisis Intervention; Critical Incident Stress Debriefing; Debriefing.

Apêndice K – Revisão Integrativa da literatura “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”

Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?

Safety in medication management by nurses: how many “rights”?

Marco Teixeira^{1*}, Joana Quintão², André Rocha³, Vanessa Leomaro⁴, Leila Sales⁵

¹ Hospital das Forças Armadas, Lisboa. marco.txr@hotmail.com

² ULS Santa Maria, Lisboa. joanaquintao@hotmail.com

³ ULS Lisboa Ocidental, Lisboa. andrerocha101996@gmail.com

⁴ ULS Amadora/Sintra, Lisboa. vanessa.leomaro@gmail.com

⁵ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. lsales@esscvp.eu

A segurança da medicação é fundamental na garantia da segurança do doente. Na Europa estima-se que 18,7% a 56% de todos os eventos adversos associados a medicamentos são erros evitáveis, motivo de preocupação dos sistemas de saúde. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na segurança da medicação e devem ser diligentes ao seguir os “certos” para que se minimize a ocorrência de erros de medicação e possíveis danos para os doentes. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, partindo da questão: Quais as regras de segurança (“certos”) na preparação e administração de medicamentos pelo Enfermeiro? O objetivo foi identificar e analisar quais os “certos” da medicação aplicáveis na preparação e administração de medicação por parte do enfermeiro. A pesquisa efetuou-se nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura dos títulos e resumos, obtiveram-se 12 artigos, compondo a amostra final. Após a análise destes, identificaram-se 20 “certos”, não existindo consenso sobre o número e quais a adotar. Nesta revisão, selecionámos nove “certos” para alicerçar a boa prática na preparação e administração de medicação: doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, conhecimento certo, educação certa, registo certo e registo de alergias conhecidas. Os restantes “certos” foram excluídos, pois estão inerentes aos selecionados. A adoção de procedimentos corretos na preparação e administração de medicação pelos enfermeiros minimizam a ocorrência de erros de medicação, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados.

Medication safety is fundamental in ensuring patient safety. In Europe, it is estimated that 18,7% to 56% of all adverse events associated with medication are preventable errors, a cause of concern for healthcare systems. Nurses play a crucial role in the safe use of medication and must be diligent in following the medication “rights” to minimize the occurrence of medication errors and possible harm to patients. An integrative review was carried out, based on the following question: What are the safety rules (“rights”) in the medication preparation and administration by nurses? The objective was to identify and analyze which medication “rights” are applicable in medication preparation and administration by nurses. The search was carried out in the databases CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive and Cochrane Database of Systematic Reviews. After applying the eligibility criteria and reading the titles and abstracts, 12 articles were obtained, making the final sample. After analyzing them, 20 “rights” were identified, with no consensus on the number and which ones to adopt. In this review, we selected nine “rights” to support good practice in the preparation and administration of medication: right patient, right medication, right dose, right time, right route, right knowledge, right education, right registration and known allergies. The remaining “right” were excluded, as they are inherent to those selected. The adoption of correct procedures in the preparation and administration of medication by nurses minimizes the occurrence of medication errors, increasing the quality and safety of care.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; erros de medicação; sistema de medicação; gestão da segurança; enfermagem.

KEY WORDS: Patient Safety; medication errors; medication systems; safety management; nursing.

Submetido em 14.05.2024; Aceite em 12.07.2024; Publicado em 31.07.2024.

* Correspondência: Marco Teixeira

Email: marco.txr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A segurança do doente tem sido amplamente debatida por todo o mundo e muitas são as iniciativas dedicadas a esta temática. O relatório do *Institute of Medicine* (IMO), “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*”, foi determinante e teve como propósito alertar para o problema dos erros nos sistemas de saúde, identificando a existência de sistemas deficitários e as suas causas, assim como desviar o foco de atenção da culpabilização dos profissionais de saúde, pois “errar é humano”¹. Identificaram os erros relacionados com os cuidados de saúde como uma verdadeira epidemia – estimando que, na altura, ocorreriam entre 44.000 a 98.000 mortes por ano só nos hospitais norte-americanos relacionadas com erros nos cuidados de saúde, sendo que destes, cerca de 7.000 eram diretamente provocadas por erros de medicação (EM)¹.

Os “certos” da medicação são um tema amplamente estudado, continuando a existir uma grande prevalência de EM com dano (ou potencial de dano) no decorrer da prática profissional. Em 2018 os autores deste artigo realizaram uma primeira revisão sobre a temática, tendo identificado no total 17 certos não existindo consenso na literatura sobre os certos a adotar para a garantia da segurança na preparação e administração da medicação. Neste trabalho temos como objetivo atualizar a síntese da evidência e identificar e analisar quais os “certos” da medicação aplicáveis na preparação e administração de medicação por parte do enfermeiro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja uma morte por cada milhão de habitantes causada por EM. Na União Europeia, com uma população estimada de 447 milhões, isto equivaleria a 163.000 mortes por ano. Os EM representam custos elevados e têm consequências financeiras e culturais nos sistemas de saúde – estimando-se que, a nível mundial, os custos associados a EM

ultrapasse os 42 mil milhões de dólares por ano^{2,3}. Também a equipa de saúde envolvida direta ou indiretamente num EM pode ser lesada com danos emocionais ou outros⁴.

Um erro é definido como uma falha na concretização de uma ação delineada de acordo com o pretendido (erro de execução) ou o desenvolvimento de um plano incorreto para o fim proposto (erro de planeamento). Pode ainda ser cometido (erro de comissão) ou omitido (erro de omissão). Os erros cometidos culminam na ocorrência de incidentes de segurança do doente, categorizados em: Quase evento (*near miss*); Eventos sem dano; Eventos Adversos (EA) e Eventos Sentinela (ES)⁵.

Um EM é definido como qualquer situação prevenível, causadora ou condutora do uso inapropriado de medicação ou dano ao doente, induzido pelo profissional de saúde ou pelo próprio doente. Os EM são o EA de maior relevância que os doentes podem sofrer ao entrar num hospital, podendo acarretar efeitos significativos em termos de morbilidade e mortalidade^{6,6}.

No contexto europeu estima-se que entre 18,7% a 56% de todos os EA associados a medicamentos, nas pessoas internadas, são EM evitáveis, sendo motivo de preocupação dos sistemas de saúde⁷.

Na realidade portuguesa, apesar de 67% dos hospitais ser acreditado por diversas entidades, 21% dos mesmos não contemplam os EM nos seus critérios de avaliação, sendo que 14% não detêm bases de dados de EM. Esses dados são de difícil acesso e existe baixa disponibilidade para partilhar iniciativas de melhoria contínua⁸.

Os EM ocorrem em todo o processo de gestão da medicação nos hospitais: prescrição, validação, preparação, dispensa e administração. Dados de 2022, referem que distribuição dos erros por fases do processo foi de: 29% de administração, 21% de

prescrições eletrónicas, 17% de prescrições manuais, 17% de dispensa e 16% de preparação⁷. A maior taxa de ocorrência de EM situa-se nas fases de prescrição e administração⁸.

Os problemas ambientais, de pessoal ou de carga de trabalho são as principais causas de EM⁹. As evidências existentes sobre os EM mostram que 50-70,2% desses danos poderiam ser prevenidos através de abordagens sistemáticas e abrangentes para a segurança do doente⁹.

A OMS descreveu recentemente que, nos vários sistemas de saúde a nível mundial, as principais causas de lesões e danos evitáveis devem-se às práticas inseguras de gestão da medicação e EM que daí advêm. Perante esta preocupação, a OMS em 2017 estabeleceu como um dos pilares principais e desafio global de segurança *Medication Without Harm*, que tem como meta a redução de 50% de danos graves aos doentes em cinco anos, e reafirmou a sua pertinência no *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*^{3,4}.

Em linha com as recomendações da OMS, em Portugal foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que visa implementar e consolidar práticas seguras em ambientes seguros – relativas à segurança cirúrgica, segurança no parto, ocorrência de quedas, ocorrência de úlceras por pressão, identificação inequívoca de doentes, segurança da medicação e reconciliação terapêutica¹⁰. No entanto, em Portugal ainda não existe um claro conhecimento sobre a incidência de EA relacionados com a medicação e sobre a prevalência de EM.

Os EM podem ocorrer em qualquer fase do processo da medicação: desde a prescrição, reconciliação da medicação¹¹; receção/ armazenamento; fornecimento/ dispensa; preparação e administração; monitorização do doente. A falibilidade dos sistemas de saúde conjuntamente

com a fragilidade inerente aos fatores humanos (como o cansaço, por exemplo) faz com que o erro se possa perpetuar ao longo do processo do uso do medicamento, culminando em danos graves para o doente e, em última instância, até à sua morte^{3,4}.

Os enfermeiros têm um elevado compromisso ético, legal e profissional na garantia da segurança dos doentes e na sua proteção, desempenhando um papel fundamental na prevenção de EM. É necessário assegurar o nível de segurança dos doentes alvo de cuidados de saúde e dos profissionais através do empenho de todos os envolvidos, possibilitando formação, o reporte de incidentes de segurança, a aprendizagem com os erros bem como a implementação de estratégias e práticas seguras¹², como é a aplicação dos “certos” na preparação e administração de medicação.

Sendo a preparação e administração de medicação uma atividade no âmbito das intervenções autónomas do enfermeiro¹³, é da sua responsabilidade adotar as melhores medidas preventivas tentando otimizar e garantir a melhor prática possível e aumentar o nível de segurança do doente. A assimilação de estratégias preventivas na prática diária, por parte dos enfermeiros, poderá permitir a diminuição da incidência de EM. No entanto, é importante referir que este decréscimo apenas será possível caso exista um compromisso de toda a equipa multidisciplinar e da organização de saúde, de modo a criar um sistema de gestão da medicação seguro em todas as suas fases¹².

Na perspetiva de prestar a mais segura prática possível, esta revisão tem como objetivo identificar e analisar as regras de segurança (“certos”) na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro, partindo da seguinte questão de investigação: Quais as regras de segurança (“certos”) na preparação e administração da medicação pelo enfermeiro?

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura recorrendo-se às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MediciLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews, aplicando-se limite temporal visto existir a revisão dos mesmos autores realizada há cinco anos.

Para a consulta nas bases de dados foram utilizados termos em saúde MeSH: *Medication Error; Medication Safety; Drug Use Error; Nurs**. Utilizámos também o descritor natural *Five Rights*.

Assim, a pesquisa foi operacionalizada a partir da seguinte equação: *Medication Error AND Medication Safety OR Drug Use Error OR Five Rights AND Nurs** (no campo all text), em outubro de 2023.

A pesquisa de cada termo foi realizada individualmente, usando operadores booleanos. Esta pesquisa encontra-se explanada na Tabela 1.

Os critérios de inclusão definidos foram: texto integral disponível; idioma português, espanhol e inglês; publicados entre 2018-2023; direcionados para a intervenção do enfermeiro.

Todos os artigos que não contemplavam estes critérios foram excluídos, nomeadamente aqueles que abordassem outros contextos de saúde e outros processos relativos ao sistema de medicação, os quais não se enquadram no âmbito de intervenção autónoma do enfermeiro.

Identificou-se um total de 95 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão definidos. Após a leitura dos títulos e resumos, e da exclusão dos 18 artigos duplicados, obtiveram-se 12 artigos que se enquadravam nos objetivos da pesquisa. Os resultados de pesquisa por base de dados e total de artigos selecionados estão explanados na Tabela 1. De referir que o “Total de artigos selecionados” diz

respeito aos artigos identificados após a aplicação dos critérios de inclusão definidos.

Numa avaliação temporal da pesquisa inicial, e sem qualquer limite temporal, identificaram-se 1082 artigos, que quando delimitámos aos últimos cinco anos ficaram reduzidos a 362 artigos. Este facto sublinha a atualidade da temática, uma vez que cerca de 33,46% (aproximadamente um terço) da produção sobre este tema foi publicada nos últimos cinco anos.

Quanto à distribuição dos estudos selecionados, 16,67% foram publicados em 2018 e 2019, seguindo-se 2020 com 8,33%, 2021 e 2022 com 16,67% e 2023 com 25%. Geograficamente a distribuição apresenta-se da seguinte forma: 41,67% nos EUA; 25% no Reino Unido; 8,33% na China, Austrália, Polónia e Finlândia.

Nesta revisão analisámos na íntegra os 12 artigos resultantes da análise preliminar dos títulos e resumo, mantendo todos os artigos – conforme consta na Figura 1. Iremos apresentar os principais resultados e opiniões dos diversos autores.

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO

A medicação é considerada como uma das áreas da prestação de cuidados que mais tempo consome aos enfermeiros e que acarreta mais erros por parte dos mesmos¹⁴.

Os enfermeiros são considerados os defensores dos doentes, tendo uma responsabilidade primordial em garantir que a implementação do plano terapêutico seja adequada e correta¹⁵. Perante isto torna-se fundamental que o enfermeiro perceba a adequação da medicação ao doente em causa, conheça a medicação que irá administrar, bem como

as possíveis interações entre os vários medicamentos e possíveis efeitos adversos resultantes da mesma¹⁶.

O processo de preparação e administração de medicação, é um dos processos em que os enfermeiros despendem mais tempo na sua prática clínica diária. Embora não exista consenso sobre a percentagem de tempo que os enfermeiros empregam no processo de medicação, esta representa no mínimo 16% do seu tempo^{17,18}.

É destacada a importância que o enfermeiro tem no uso do medicamento independentemente do contexto clínico e especificidade dos doentes. Apesar de não ser o enfermeiro que prescreve a terapêutica, é ele que a prepara e administra, sendo deste modo a última linha de defesa do doente para que este não sofra um EM, podendo assim evitar danos ao doente ou até mesmo a sua morte^{16,19,20}.

Não existe um consenso nos diferentes artigos sobre quais os “certos” na preparação e administração da medicação. Ainda assim, podemos destacar que há pelo menos cinco “certos” consensuais na maioria dos artigos, sendo eles: o medicamento certo, o doente certo, a dose certa, a via de administração certa e a hora certa¹⁴⁻²³. Resultados que estão em consonância com a revisão anterior.

São sugeridos outros “certos” adicionais como a história de alergia conhecida a medicação, registo da administração^{16,24}, motivo, frequência de administração e local certos²³.

Alguns autores elencam uma vasta lista de “certos” de confirmação de medicação: doente certo, o medicamento certo, a dose certa, a via de administração certa, a hora certa, a preparação, o registo, a ação, a recusa do doente, o conhecimento, o método, a razão, níveis séricos, a validade, questões, conselhos e o resultado¹⁸.

O processo de medicação é dinâmico e envolve uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde e várias fases, que vão desde a prescrição realizada pelo médico; à transcrição realizada pelo enfermeiro; à dispensa realizada pelo farmacêutico; e à administração realizada pelo enfermeiro^{15,17}.

Todos os profissionais de saúde são responsáveis e fulcrais na prevenção do EM, no entanto os enfermeiros têm especial enfoque enquanto responsáveis pela administração de medicação, sendo a taxa de erros de medicação maior para os enfermeiros em comparação com a restante equipa multidisciplinar^{17,19}, facto que se associa à elevada frequência com que os enfermeiros administram terapêutica e à exigência que a sua função requer¹⁷.

Uma das etapas onde ocorrem mais EM é na preparação, tal pode relacionar-se com o inadequado ambiente clínico durante a preparação, que nem sempre é o mais propício, e com o facto de os enfermeiros serem constantemente interrompidos nesse processo. Perante isto, torna-se imprescindível adotar estratégias de forma a reduzir ou até mesmo eliminar fontes de distração e assim minimizar os EM^{18,24}.

A responsabilidade no desenvolvimento de processos que visam garantir a prática segura da medicação é atribuída às organizações de saúde. A padronização dos processos, combinando-os com prática baseada em evidência, proporciona uma estruturação do fluxo de trabalho, combatendo a ambiguidade e o esquecimento²³.

Existem várias estratégias e ferramentas úteis que permitem evitar EM, sendo o desenvolvimento tecnológico uma delas. Um exemplo concreto é a utilização de registos eletrónicos em detrimento de registos em papel, algo que permitiu aos enfermeiros reduzirem o tempo despendido na medicação e melhorar a comunicação no seio da equipa multidisciplinar. O registo eletrónico de

administração de medicação reduz erros, promove a segurança e melhora a eficiência do fluxo de trabalho²².

Torna-se imprescindível a adoção de uma cultura consolidada e diversificada de segurança do doente que influencie a implementação ou a manutenção de sistemas que ajudem os profissionais a prevenir e evitar erros associados à medicação²⁰.

Outra estratégia tecnológica utilizada é o sistema de código de barras para administração de medicação. Esta ferramenta permite aos enfermeiros verificarem os certos da medicação, melhorando a segurança e qualidade do processo de administração de medicação, disponibilizando mais tempo para os enfermeiros dedicarem aos seus doentes e ainda a diminuição dos incidentes bem como da gravidade dos erros relacionados com a medicação²⁰.

Apesar das mais-valias inerentes existem outras ferramentas tecnológicas mais completas e interoperacionais do que o sistema de código de barras. A tecnologia em circuito fechado assenta em evitar o uso de trabalho manual, englobando funções em todo o processo do circuito do medicamento, desde a prescrição, compra, armazenamento, composição, preparação, dispensa, administração e monitorização do doente²¹.

Com a análise dos artigos inferimos que a implementação destes sistemas reduz EM relacionados com a ordem de administração, transcrição de medicamentos no serviço farmacêutico, omissões de doses e erros de dose, e consequentemente contribui para a diminuição da mortalidade associada a EM^{20,21}.

No entanto, devemos realçar que nenhum sistema de segurança de medicamentos é infalível²⁰, estando dependente do conhecimento e proficiência do

enfermeiro para contornar algumas lacunas existentes, de modo a evitar um EM²².

É consensual que os profissionais de saúde têm como objetivo proporcionar cuidados de alta qualidade, seguros e baseados em evidência científica¹². Podemos destacar que os enfermeiros, entre todos os profissionais de saúde, são considerados os mais importantes na segurança do uso de medicamentos em todo o mundo¹⁴.

OS “CERTOS” DA MEDICAÇÃO

Após a análise dos artigos selecionados identificámos 20 “certos” da medicação, que explanámos na Tabela 2. Com base no conhecimento disponível à data, e após análise e reflexão da literatura encontrada, não existindo consenso entre os autores para além dos cinco “certos” assumidos, e a nível nacional os seis certos de acordo com a recomendação da DGS²⁶, consideramos que o enfermeiro se deve reger pela aplicação dos seguintes nove “certos” durante a preparação e administração de medicamentos:

- Doente certo – Verificação da identificação positiva do doente (pulseira de identificação e, sempre que possível, questionar ao doente o seu nome completo e a data de nascimento);
- Medicamento certo – Confirmação da prescrição médica e do medicamento a administrar;
- Dose certa – Confirmação da dose de medicação a administrar ao doente;
- Hora certa – Confirmação da hora de administração da medicação e subsequente administração nos intervalos estabelecidos;
- Via certa – Confirmação da via de administração da medicação;

- **Registo certo** – Registrar corretamente a devida administração da medicação (doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa);

- **Conhecimento certo** – Conhecer a medicação a administrar, a sua preparação correta, a forma de apresentação do medicamento, a ação, os seus efeitos secundários, interações medicamentosas, incompatibilidades, margem terapêutica, questões relativas ao controlo de infeção e farmacocinética – saber-saber, saber-fazer e saber-ser;

- **Educação certa** – Realização de ensinamentos ao doente sobre a sua medicação, fomentando a participação do doente no seu processo de doença – possibilitando um reforço da segurança do doente;

- **Alergias conhecidas “certas”** – Confirmação com o doente/família/cuidador (se possível) e no processo clínico a existência de alergias medicamentosas conhecidas.

A seleção dos nove “certos” supracitados foi baseada na recomendação da DGS²⁶ (doente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa e registo certo) e na premência por nós identificada da necessidade de desenvolvimento de conhecimento por parte do enfermeiro e do empoderamento do doente e cuidadores através da educação dos mesmos. A inclusão das alergias conhecidas emerge da necessidade de despiste precoce das mesmas, servindo como um reforço das medidas de promoção da segurança do doente.

Pretendemos que, com a sugestão destes nove certos, a sua aplicação promova medidas mais seguras na preparação e administração de medicação, fomentando as melhores práticas possíveis de segurança do doente – um dos eixos de intervenção da Enfermagem.

Da análise realizada, consideramos que os restantes “certos” encontrados na bibliografia já se encontram integrados nos anteriores ou ultrapassam o âmbito da preparação e administração seguras:

- **Preparação certa** – sendo indubitavelmente uma exigência que o enfermeiro saiba preparar a medicação da forma correta e segura, consideramos que com o Conhecimento certo sobre a medicação o enfermeiro sabe preparar a mesma e como tal seria uma redundância a manutenção deste “certo”;

- **Ação certa** – os autores referem que este certo baseia-se no fornecimento de informações básicas aos doentes sobre a medicação que lhes será administrada, indo ao encontro da Educação certa, bem como do Conhecimento certo por parte do enfermeiro;

- **Direito de Recusa** – apesar de o direito de recusar a medicação por parte dos doentes ser algo irrefutável consideramos que este aspeto extrapola o objetivo da preparação e administração segura da medicação;

- **Método certo** – a utilização de um método de preparação de medicação correto é inquestionável, mas consideramos que, tal como a preparação, este também se engloba no Conhecimento certo;

- **Razão certa** – atendendo ao facto de variados medicamentos serem administrados não pela razão óbvia do princípio ativo, mas, por exemplo, por um dos possíveis efeitos secundários, não consideramos que a razão deva ser considerada como um certo durante a preparação e administração de medicação, enfatizando, contudo, que o enfermeiro deve sempre avaliar a adequação do fármaco e dos seus efeitos (principais ou secundários) à condição clínica do doente;

- **Níveis séricos certos** – existem medicamentos para os quais as doses têm de ser ajustadas a variados

níveis séricos do doente, mas consideramos que esta vigilância deverá ser realizada primariamente ao processo da preparação e administração da medicação (quer na prescrição, quer no processo de dispensa da medicação os níveis séricos devem ser confirmados);

- **Validade certa** – é uma obrigação garantir que todo o material (medicação, diluentes, bem como o restante material necessário) se encontra nas condições adequadas à sua utilização, mas tal obrigação remete para uma preparação adequada da medicação, englobado no Conhecimento certo;
- **Questões/Desafios certos** – os autores definem que o enfermeiro se deve questionar quanto à medicação que tem para administrar e dificuldades inerentes ao processo de preparação e administração da medicação, algo que optamos por englobar no Conhecimento certo;
- **Resultado certo** – consideramos que, de modo a ter o Conhecimento certo, o enfermeiro tem de saber as repercussões que o medicamento terá no organismo do doente;
- **Frequência certa** – a frequência de administração do medicamento é validada pelo enfermeiro no momento de verificação da “Hora certa” e do “Conhecimento certo”, sendo desnecessária a sua reiteração;
- **Local (anatómico) certo** – considerando que este certo se refere apenas a administração de fármacos por via subcutânea ou intramuscular optamos por o excluir.

Esta revisão tem como objetivo ser um guia que facilite a criação e posterior implementação de uma *checklist* de verificação da preparação e administração da medicação, de fácil consulta e apreensão para os enfermeiros de forma a garantir os princípios de segurança da medicação em todos

os momentos de preparação e administração da medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do doente é um aspeto fundamental na garantia da qualidade dos cuidados prestados e representa atualmente um dos maiores desafios a nível global.

Nos cuidados de saúde, o imperativo ético primário é o da não-maleficência – “primeiro, não causar dano” – e este princípio é particularmente importante para a Enfermagem na temática da segurança na gestão da medicação. Um elevado número de EA resultantes de EM seriam evitáveis com a implementação de programas de segurança dos doentes, o que em última análise resultaria em menos danos infligidos aos doentes e uma consequente melhoria dos cuidados prestados. É por isso essencial construir sistemas de saúde e organizações de saúde de alta fiabilidade que protejam as pessoas diariamente contra danos evitáveis.

De forma a reduzir os danos evitáveis e melhorar a segurança dos cuidados de saúde deve ser garantido um fluxo constante de informações e conhecimentos para impulsionar a mitigação de riscos. É também essencial inspirar, educar, capacitar e proteger os profissionais de saúde para que se possam conceber sistemas de cuidados seguros.

Os EM são uma legítima preocupação dos enfermeiros, que no âmbito da sua intervenção são responsáveis pela preparação, administração, ensino e registo de medicação. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na segurança no uso do medicamento e devem ser diligentes ao seguir os nove “certos” para que se minimize a ocorrência de EM e os possíveis danos para os doentes. De acordo com esta revisão os nove

“certos” a verificar, para alicerçar a boa prática na preparação e administração de medicação, são: doente certo, alergias conhecidas “certas”, medicamento certo, dose certa, hora certa, via certa, conhecimento certo, educação certa e registo certo. Estes “certos” deveriam servir de base no desenho de protocolos nesta área.

As constatações resultantes deste trabalho deveriam, no futuro, ser validadas num estudo com maior alcance, não só para reafirmar a importância destas regras de segurança no uso do medicamento bem como para averiguar o seu cumprimento na prática de cuidados atuais e sua importância na redução da incidência de EM.

Deveria ainda existir um consenso de peritos por forma a validar quais os “certos” a serem recomendados pelas entidades reguladoras de referência, servindo de base à criação de uma *checklist* de verificação da preparação e administração da medicação – fomentando assim ainda mais o reforço da segurança do doente.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
2. European alliance for access to safe medicines. Call to action developed by the ECAMET Alliance. The urgent need to reduce medication errors in hospitals to prevent patient and second victim harm. 2022. [citada 2023 Out 14]. Disponível em: <https://ecamet.eu/wp-content/uploads/2022/05/ECAMET-White-Paper-Call-to-Action-March-2022-v3.pdf>
3. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. 2021 [citada 2023 Out 14]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032703-eng.pdf?sequence=1>
4. World Health Organization. Initiatives Medication Without Harm. [citada 2023 Out 14]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
5. DGS. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. 2011 [citada 2023 Out 19]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
6. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error?. 2015 [citada 2023 Out 19]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
7. European Medicines Agency. Medication Error: follow-up actions from workshop. 2014 [citada 2023 Out 19]. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/medication-errors-follow-actions-workshop-implementation-plan-2014-2015_en.pdf
8. Amaral J. A Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde: Uma prioridade na política de saúde. RJBL. 2023; 3:1693-1778.
9. Adler L, Denham CR, McKeever M, Purinton R, Guilloteau F et al. Global trigger tool: implementation basics. *Journal of Patient Safety*. 2008; 4:245–249.
10. Diário da República. Despacho n.º 9390/2021 – Diário da República n.º187/2021, 2ª série de 2021-09-24. [citada 2023 Out 16]. Disponível em: <https://files.diarioderepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
11. Direção-Geral da Saúde. Reconciliação da Medicação. 2024 [citada 2024 Abr 28]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-182016-de-30122016-atualizada-a-01032024.aspx>
12. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia Prático para a segurança do doente. 1ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021.
13. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 1996 [citada 2023 Out 23]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>

14. Yang Z, Chen F, Lu Y, Zhang H. Psychometric evaluation of medication safety competence scale for clinical nurses. *BMC Nurs.* 2021; 20(165):1-11.
15. Mortell M. Should known allergy status be included as a medication administration “right”? *BJN.* 2019; 28(20):1292-1298.
16. Nurse Malpractice Case Study: Administering improper, excessive medication dose and disregard of medication safety. *Wyoming Nurse.* 2023;7-8.
17. Alomari A, Wilson V, Solman A, Bajorek B, Tinsley P. Pediatric Nurses’ Perceptions of Medication Safety and Medication Error: A Mixed Methods Study. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing.* 2018; 41(2):94-110.
18. Athanasakis E. Medication Safety Practices in Clinical Nursing: Nurses’ Characteristics, Skills, Competencies, Clinical Processes, and Environment. *International Journal of Caring Sciences.* 2021; 13:2019-2028.
19. Lichtner V, Dowding D. Mindful Workarounds in Bar Code Medication Administration. *IOS Press.* 2022; 294:740-744.
20. Macías M, Andreu F, Arribas I, Navarro F, Baldominos G. Impact of a Barcode Medication Administration System on Patient Safety. *ONS.* 2018; 43(1):E1-E13.
21. Shermock S, Shermock K, Schepell L. Closed-Loop Medication Management with an Electronic Health Record System in U.S. and Finnish Hospitals. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023; 20(17):6680.
22. Fei L, Robinson J, Macneil A. Case Study: Using Electronic Medication Administration Record to Enhance Medication Safety and Improve Efficiency in Long-Term Care Facilities. *Nursing Leadership.* 2019; 32(2):102-113.
23. Durham M, Didovic I, Gingell M. Pediatric Vaccine Administration: Sustaining an Improved Process in a Primary Care Setting. *Patient Safety.* 2020; 2(2):36-47.
24. Nurse License Protection Case Study: Falsifying the Record of a Medication Error. *Colorado Nurse.* 2023; 11.
25. Merks P, Veilancourt R, Roux D, Gierczynski R, Juszyk G, Rotman K, Religioni U, Cameron J, Zender M. Pictograms for safer medication handling by health care workers: a validation study in nursing. *BMC.* 2022; 22:642.
26. Direção-Geral da Saúde. Processo de Gestão da Medicação. 2015 [citado 2024 Abr 28]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

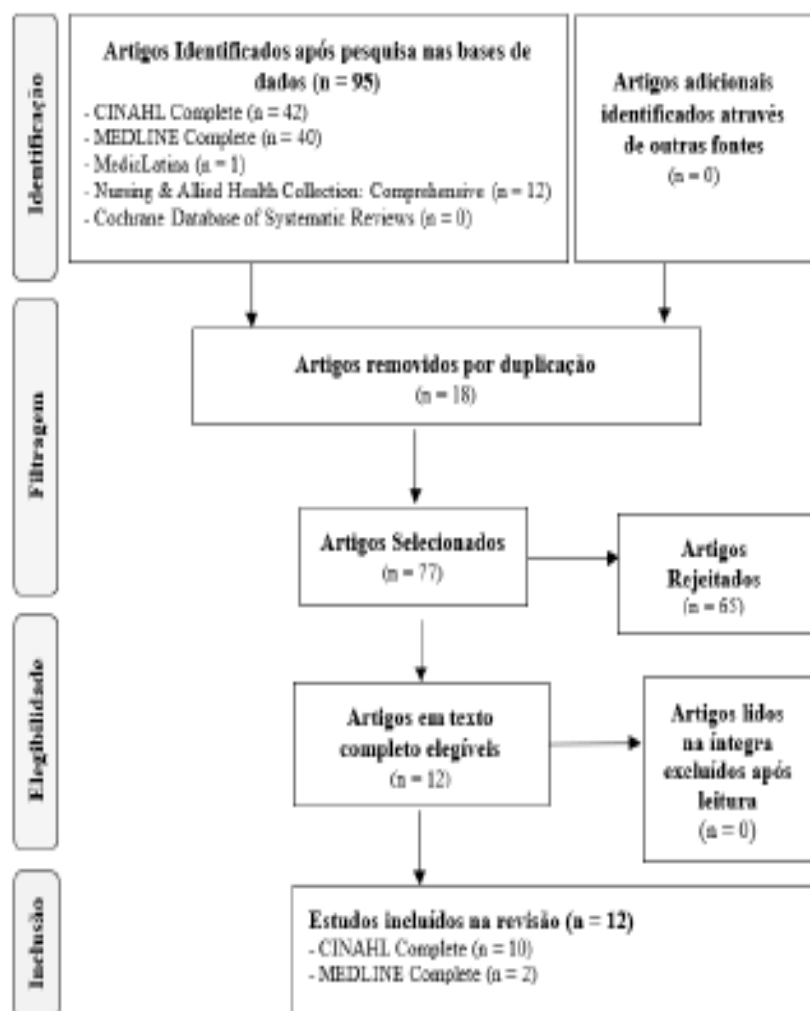
Tabela 1 – Distribuição dos resultados de pesquisa.

Descritores e combinações	Base de dados				
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Medic Latina	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Cochrane Database of Systematic Reviews
#1 Medication Error	3.141	3.393	47	347	1
#2 Medication Safety	781	2.289	22	267	0
#3 Drug Use Error	2	4	0	0	0
#4 Five Rights	63	90	1	6	0
#5 Nurs*	183.234	289.101	2.683	43.843	236
#6 S2 OR S3 OR S4	841	2.379	23	272	0
#7 S1 AND S5 AND S6	42	40	1	12	0
Total de artigos selecionados	10	2	0	0	0

Tabela 2 – “Certos” da medicação consoante os diversos autores.

"Certos"	Autores											
	Athanasakis	Yang Z, et al	Wyoming Nurse	Alomari, et al	Fel, et al	Mortell	Merks, et al	Medias, et al	Colorado Nurse	Lichtner, et al	Durham, et al	Shermody, et al
Doente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medicamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dose	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Via	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Preparação	X											
Registo	X		X						X	X		
Ação	X											
Recusa	X											
Conhecimento	X											
Método	X	X										
Razão	X				X							
Níveis Séricos	X											
Validade	X											
Questões/ Desafios	X											
Educação	X											
Resultado	X											
Frequência					X							
Local					X		X					
[anatómico]												
Alertas conhecidas							X					

Figura 1 – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA.



Apêndice L – Póster “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?”

SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO: QUANTOS SÃO OS “CERTOS”?

Teixeira, M¹; Quintão, J²; Rocha, A³; Leomaro, V⁴; Sales, L⁵.

HFAR¹; ULS Santa Maria²; ULS Ocidental³; ULS Amadora-Sintra⁴; Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa⁵



INTRODUÇÃO

A segurança da medicação é fundamental na garantia da segurança do doente. Na Europa estima-se que entre 18,7% a 56% de todos os eventos adversos de medicamentos são erros evitáveis. Os enfermeiros desempenham intervenções cruciais na segurança no uso do medicamento e devem ser diligentes ao seguir os “certos” para que se minimize a ocorrência de erros e os possíveis danos para os doentes.

Objetivo: Identificar e analisar quais os “certos” da medicação aplicáveis na preparação e administração de medicação por parte do enfermeiro.

METODOLOGIA

Efetuada revisão da literatura em Outubro de 2023. A pesquisa efetuou-se nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MediciLatina, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Database of Systematic Reviews.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	
Pesquisa	Descritores
#1	"Medication Error" [MeSH]
#2	"Medication Safety" [MeSH]
#3	"Drug" [MeSH]
#4	"Use Error" [MeSH]
#5	"Five Rights" [Descriptor natural]
#6	"Nurs" [MeSH]
#7	S1 AND (S2 OR S3 OR S4 OR S5) AND S6

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e da leitura dos títulos e resumos, obtiveram-se 12 artigos, que compõem a amostra final.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Após a análise dos artigos, identificaram-se na totalidade 20 “certos”, não existindo consenso sobre o número e quais a adotar. De acordo com a nossa análise, consideramos que os enfermeiros devem seguir nove “certos” para alicerçar a boa prática na preparação e administração de medicação, assinalados abaixo:



Doente Certo^{1,2}



Medicamento Certo^{1,2,3}



Hora Certo^{1,2,3}



Via Certo^{1,2,3}



Dose Certo^{1,2,3}



Registo Certo^{1,2,3,4,5}



Conhecimento Certo¹



Educação Certa¹



Alergias Conhecidas¹



Níveis Séricos Certos¹



Direito de Recusa¹



Preparação Certa¹



Questões/Desafios Certos¹



Resultado Certo¹



Frequência Certa¹



Local Certo^{1,2}



Razão Certa^{1,3}



Método Certo¹



Ação Certa¹

CONCLUSÃO

A análise dos artigos destaca a importância do enfermeiro na segurança do doente e prevenção de erros de medicação^{1,3,10}.

A adoção de procedimentos corretos na preparação e administração de medicação pelos enfermeiros minimiza a ocorrência de erros de medicação, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice M – Ciclo Reflexivo de *Gibbs* realizado no âmbito do EC da VMER

I. Introdução

O presente documento, intitulado de Relato de Experiência Marcante do Ensino Clínico pretende realizar uma breve descrição das experiências marcantes vividas com a realização do ensino clínico que me encontro a realizar no contexto do pré hospitalar (PH) na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Este documento vem dar resposta a um dos objetivos específicos por mim propostos na realização deste ensino clínico.

O ensino clínico realizado na VMER é rico em proporcionar experiências marcantes, quer a nível pessoal, profissional e académico. Considero por si só o campo de ensino clínico a maior experiência de todas, visto ser um ambiente desconhecido e imprevisível.

A atuação inicia-se com a ativação via Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo esta realizada através de Rádio de Alta frequência e via telefone do Enfermeiro e do Médico através de mensagem de texto. Após isto, ainda na base, realiza-se uma pesquisa através de mapa desde o local onde a VMER se encontra até ao destino da saída, sendo assim mais fácil prever o tempo de chegada ao Teatro de Operações (TO), bem como, qual o melhor caminho a percorrer para chegar em tempo útil.

A caminho do TO já somos portadores de alguma informação clínica da vítima e do local de ocorrência da situação, o que permite à equipa elaborar estratégias e planos de atuação apropriados à situação. Não descorando o facto que a informação disponível e a situação que encontramos no TO muitas vezes é completamente distorcida, estando deste modo envolvido uma das melhores qualidades que um enfermeiro de PH tem, a adaptação a qualquer tipo de cenário.

Denoto um grande espírito de equipa e interajuda entre enfermeiro e médico, sendo equipas muito rotinadas e portadoras de muito conhecimento científico e prático para atuar nas mais diversas e inesperadas situações.

Várias foram outras as experiências marcantes ao longo do ensino clínico, atrevo-me a dizer que o próprio EC foi a grande experiência marcante por toda a sua complexidade e indefinição de situações e condições existentes. De forma prática, destaco várias situações:

- Duas situações onde foi necessário realizar SAV, onde numa delas a pessoa recuperou circulação espontânea, e a outra foi transportado em manobras de SAV até a uma unidade hospitalar referência para a colocação em ECMO e possível dador de coração parado (DCP);
- Realização de Entubação Endotraqueal em duas situações distintas, ambas por alteração do estado de consciência;
- Realizar a primeira abordagem a pessoas vítimas de politraumatismos, sendo esta abordagem realizada no próprio local do sinistro;
- Ativação para um local onde ocorreu um assassinato. Nesta situação fomos ativados inicialmente para um feminino de 50 anos vítima de agressão por arma branca, faca de cozinha, apresentando três ferimentos no abdômen e um na região cervical à esquerda, sendo o agressor o ex-marido que já tinha sido detido assim que chegou a Polícia.
- Realização de um parto no domicílio de uma família, sendo esta a situação que mais me marcou.

Destaco que nestas situações, a prestação de cuidados emergentes foram realizados na sua maioria das vezes em espaços físicos completamente desconhecidos e diferentes do ambiente hospitalar, onde a vítima se encontra no chão, o espaço por vezes confinado, o material não está disposto da melhor maneira, não há luminosidade suficiente, há transeuntes a passar, etc. Ainda assim, denota-se o poder de articulação da equipa, a mobilização de conhecimentos de forma emergente, e a adaptabilidade aos cenários e situações.

II. Ciclo Reflexivo de Gibbs

O Ciclo Reflexivo de Gibbs é um instrumento utilizado para promover a reflexão acerca de um momento que decorreu no ensino clínico, estando dividido em seis etapas: a descrição, onde será relatado o momento de forma simples; os pensamentos e sentimentos vivenciados; a avaliação, onde descreverei os pontos positivos e negativos da experiência; a análise, onde desenvolverei a fundamentação teórica da situação; a conclusão, onde irei identificar as oportunidades de crescimento a nível pessoal; e por fim, o planeamento da ação, onde me proponho a refletir sobre o que faria de modo diferente, se me deparasse com uma situação semelhante no futuro¹.

II.1 Descrição

A experiência que considero mais marcante foi a realização de um parto no domicílio da pessoa e sua família. Uma mulher gesta 5 para 2 onde inicialmente se previa que a ocorrência do parto seria iminente. À chegada ao local, já existia rutura espontânea da bolsa amniótica e as contrações eram de dois em dois minutos. A gestante e o esposo encontravam-se bastante nervosos com toda a situação, tendo sido necessário comunicar eficazmente com ambos e prepara-los para que teríamos de realizar o parto naquele momento. Preparamos todo o material necessário e o nascimento do recém-nascido ocorreu sem qualquer tipo de intercorrências, sendo atribuído um índice de APGAR de 9/10/10. Procedemos ao transporte do mesmo para a maternidade do Hospital de Cascais, devido aos constrangimentos existentes na maternidade de referência desta família - no Hospital de São Francisco Xavier.

II.2 Pensamentos e Sentimentos

Nesta situação existiu uma mistura de pensamentos e sentimentos, tais como o medo, o pânico, a ansiedade e a preocupação com o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

Houve ainda sentimentos de dúvida ou incapacidade devido ao *stress* vivenciado, sendo que no fim, existiu uma sensação de alívio por a situação ter sido resolvida com sucesso.

II.3 Avaliação

O acesso rápido a cuidados médicos especializados, que podem não estar prontamente disponíveis no domicílio, é um ponto negativo que destaco nesta experiência, pois nenhum dos envolvidos tinha experiência na área da saúde materna e obstétrica, bem como em pediatria.

Como pontos positivos destaco o facto de todos os profissionais envolvidos na ocorrência, são profissionais de excelência no que concerne à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

II.4 Análise

No inesperado parto domiciliar desta mulher, a presença e apoio da equipa da VMER foram essenciais para garantir uma experiência segura e tranquila. Diante das circunstâncias imprevistas, a equipa agiu com profissionalismo e calma, fornecendo cuidados de emergência de alto nível. Com habilidade e dedicação, foi garantida a esta família toda a assistência necessária durante o parto em casa. A presença da equipa não só proporcionou segurança médica, mas também transmitiu conforto emocional a esta família, transformando um momento potencialmente *stressante* numa lembrança de apoio e cuidado excepcionais, neste parto inesperado.

Cada parto é único, sendo o nascimento de um recém-nascido caracterizado pelo primeiro contacto entre a mãe e o filho, sendo por isso um momento avassalador². No contexto de um parto inesperado no domicílio, a comunicação eficaz entre a equipa

multidisciplinar e a família é fundamental para garantir uma resposta coordenada e um ambiente de apoio. A equipa de Enfermagem e médica deve comunicar claramente os procedimentos, oferecendo informações tranquilizadoras e atualizações sobre o estado de saúde da mãe e do recém-nascido. Da mesma forma, é crucial que a família seja mantida informada em cada etapa do processo, permitindo-lhes entender o que está a acontecer e tomar decisões informadas. Uma comunicação aberta e empática estabelece confiança e colaboração entre todos os envolvidos, promovendo um ambiente de segurança e apoio mútuo durante esse momento delicado e imprevisto³.

II.5 Conclusão

A ocorrência de um parto em casa destaca a importância da avaliação cuidadosa dos riscos e do planeamento adequado, incluindo a presença de profissionais de saúde qualificados e um plano de contingência claro. Com esta situação clínica fica demonstrado a importância do enfermeiro em se adaptar a qualquer que seja o contexto, pois um parto não é de todo algo que um Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica esteja rotinado e experienciado o suficiente. Fica ainda vincada a importância da obtenção de conhecimento em todas as áreas da emergência PH por parte do enfermeiro, especialmente o enfermeiro da VMER.

II.6 Planear a ação

É importante realçar a necessidade de revisão e atualização dos protocolos de segurança para partos que ocorrem em contexto domiciliar, incluindo o treino em primeiros socorros obstétricos para Enfermeiros.

Realizar formações frequentemente, manter-me atualizado no que concerne a novas *guidelines* principalmente em situações de menor casuística e de conhecimento

inferior. Deste modo, além de adquirir mais conhecimento, permito-me melhorar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

III. Bibliografia

1. Afonso T. Cuidados à criança em situação crítica: reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. Informação – Enfermagem em Contínuo Movimento [Internet]; 9:13–7. [citado 2023 Julho 1]; disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36823>
2. Alves A. O desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico [dissertação de mestrado]. [Porto]: Universidade católica Portuguesa; 2021.
3. Centa M., Oberhofer P., Chammas J. The communication between the woman in puerperium and the health professional. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium [Internet]; 2002; São Paulo, Brazil. 2002 [citado 2024 Feb 07]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100058&lng=en&nrm=van

Anexos

**Anexo A – Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em
Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que ANDRÉ CORREIA ROCHA participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Teófilo Silva

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



**Anexo B – Sessão de Formação em Serviço sobre “Grupo de Auditoria Interna –
Prevenção e Controlo de Infecção associada à Cateterização do Acesso Venoso
Periférico”**

Declaração

André Correia Rocha esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre "Grupo de Auditoria Interna – Prevenção e Controlo de Infecção associada à Cateterização do Acesso Venoso Periférico" promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 5 de julho de 2024, com duração de 1 hora.

Lisboa, 10 de julho de 2024

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFX

Assinado por: Sandra Maria Ferreira da Ponte
N.º de Identificação: 911012518
Data: 20240710 15:06:37 Hora de Verificação: GMT



Anexo C – Webinar “A importância do In-Exsuflador: modo de utilização e as suas vantagens”



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

André Rocha

participou no Webinar “A importância do In-Exsuflador: modo de utilização e as suas vantagens” realizado no dia 29 de maio de 2024, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo D – Curso “Gestão de Equipas em Gestão de Serviços de Saúde”

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **ANDRÉ CORREIA ROCHA** participou com aproveitamento no curso
“Gestão de Equipas em Gestão de Serviços de Saúde”

Objetivos:

- Identificar indicadores de desempenho relevantes em serviços de saúde
- Descrever diferentes configurações de elementos organizacionais geradores de desempenho organizacional em serviços de saúde
- Conceber estratégias capazes de influenciar diferentes configurações de elementos organizacionais geradores de performance acrescida
- Conceber estratégias de gestão do bem-estar dos profissionais, com ênfase para o burnout

Conteúdos programáticos:

- Equipas altamente eficazes
- O bem-estar dos profissionais e o desempenho
- O desempenho de organizações de serviços de saúde
- Sistemas de trabalho de elevado desempenho
- Gestão e Avaliação da Performance e do Desempenho

Coordenador: Generosa do Nascimento, Gestão, PhD.

Duração: 16 Horas.

Créditos: 1,5 ECTS.

Local: AHED Carcavelos.

Data: 15 e 16 de maio de 2024.

Assinado por : **JORGE MANUEL TORGAL DIAS**

GARCIA

Num. de Identificação: 00362197

Data: 2024.05.29 11:07:59+0100'



Professor Doutor Jorge Torgal
Diretor da ESSAlcoitão



essalcoitão
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ESS LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



TECHNICAL SKILLS
APPLIED SCIENCE

Ahed.

Advanced
Health
Education
by jorge manuel torgal



PRR
Plano de Recuperação
e Resiliência



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**



Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

Anexo E – Webinar “Enfermagem no SAP: Reconhecimento Precoce da Sépsis”



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

André Rocha

participou no Webinar “**Enfermagem no SAP: Reconhecimento Precoce da Sépsis**” realizado no dia 22 de maio de 2024, com a duração de 1 hora.

Dr. José Villa Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo F – Webinar “Reconhecimento e opções de tratamento em Ritmos de periparagem: taquicardia”



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

André Rocha

participou no Webinar “**Reconhecimento e opções de tratamento em Ritmos de peri-paragem: taquicardia**” realizado no dia 13 de março de 2024, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo G – Preletor na sessão de formação em serviço sobre “Disfagia e Escala de Guss”

Declaração

André Correia Rocha participou como preletor na Sessão de Formação em Serviço sobre "Disfagia e Escala de GUSS" promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 6 de fevereiro de 2024, com duração de 1 hora.

Lisboa, 5 de março de 2024

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFX

Assinado por: **Sandra Maria Ferreira da Ponte**
Num. de identificação: B110312514
Data: 2024/03/06 15:32:54 Hora padrão de GMT



Anexo H – Sessão de Formação em Serviço sobre “Utilização da caixa de drenagem torácica (Eurocets Rome)”

Declaração

André Correia Rocha esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre "Utilização da caixa de drenagem torácica (Eurocets Rome)" promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 6 de fevereiro de 2024, com duração de 1 hora.

Lisboa, 5 de março de 2024

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFX

Assinado por: Sandra Maria Ferreira da Costa
Num. de Identificação: 810302519
Data: 2024/03/05 11:16:10 Hora padrão de GMT



Anexo I – Webinar “Abordagem ao doente crítico na sala de reanimação”



CERTIFICADO

O Trofa Saúde certifica que

André Rocha

participou no Webinar “Abordagem ao doente crítico na sala de reanimação” realizado no dia 21 de fevereiro de 2024, com a duração de 1 hora.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

Anexo J – Webinar “Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe”



Certifica-se que André Correia Rocha, nascido(a) em 13/04/1996, com o número de identificação civil ****6241, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CASTÁSTROFE

que decorreu em 29/01/2024, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2024

O coordenador pedagógico

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Caldeira', is positioned above the printed name.

Pedro Caldeira



Certificado nº 24022283

Verifique a autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR



ESTRUTURA CURRICULAR

PROGRAMA:	Nº MINUTOS
N Sessão de abertura	15 min.
N Liderança na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar	45 min.
N Estratégias de Gestão Intra-hospitalar de recursos nas urgências	45 min.
N Gestão e liderança na abordagem à pessoa em situação crítica	70 min.
N Gestão da pessoa em situação crítica em ações humanitárias	45 min.
N Gestão e liderança em situações de exceção	45 min.
N Resposta Hospitalar à Catástrofe Externa	45 min.
N Gestão da Triagem em contexto de Catástrofe	45 min.
N Liderança nos vários cenários de emergência	45 min.
N Encerramento	40 min.
Total:	8 horas

Blue Ocean Medical, Lda.

Taguspark, Edifício Qualidade CL Piso 0 | 2740-256 Porto Salvo | Portugal

Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 038 CRC Ponta Delgada

info@ocean-medical.com www.ocean-medical.com

**Anexo K – Colaboração na “UFC VI – Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica”
orientação, supervisão e avaliação de um estudante**

■ ■ ■ CERTIFICADO

André Correia Rocha

Membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 92162, colaborou na UFC VI- Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica no ano letivo de 2023/2024, tendo feito a orientação, supervisão e avaliação de 1 Estudante(s), no(s) período(s) de 20-11-2023 a 10-02-2024, no total de 300 horas.

Coordenadora da Unidade Curricular



(Professora Helena Melo)

Anexo L – Certificado de Formação Profissional “Ventilação Mecânica Invasiva”

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica que André Correia Rocha, natural de Oliveira do Hospital, nascido a 13/04/1996, com o documento de identificação n.º 14736241, válido até 06/01/2025, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional

“Ventilação Mecânica Invasiva”

Data de realização: 15 e 16 de abril de 2024

Duração: 12 horas

Lisboa, 17 de abril de 2024

A Diretora do Serviço

Isabel Maria
de Moura
Elisário

o/PS, Vice-Diretora do Serviço de
Formação, no Centro Hospitalar de
Lisboa Ocidental (CHLO), em virtude
do falecimento da Sr. Isabel Maria de Moura
Elisário, em 2024, e da ausência de
outro titular do cargo.

(Isabel Elisário)

Certificado nº 188/2024 (de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho)

Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

Modalidade de Formação: Formação Contínua

Forma de organização: Presencial

Área de Formação: Enfermagem (723)

Estrutura Curricular:

Conteúdos / Temas	Horas
Introdução e Objetivos do Curso	15'
Conceitos teóricos de fisiologia respiratória e da Ventilação Mecânica	1h
Avaliar e decidir a VMI	45'
Planear e executar a VMI	2h
Monitorizar e reavaliar a VMI	1h
Particularidades do doente submetido a VMI	1h
Desmame ventilatório	1h
VMI em circunstâncias especiais	1h
Casos Clínicos	1h
Casos Clínicos	3h

Observações:

No final do curso, os formandos foram sujeitos a um processo de avaliação.

Anexo M – Sessão de Formação em Serviço sobre “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – técnica ISBAR”

Declaração

André Rocha esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre
"Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde – Técnica ISBAR"
promovida pelo Serviço de Urgência Geral, no dia 13 de fevereiro de 2024, com
duração de 1 hora.

Lisboa, 15 de março de 2024

Enfermeira responsável pelas formações de
Enfermagem do HSFx

Assinado por: Sandra Maria Faria da Costa
Número de Identificação: 003001018
Data: 2024.03.15 14:40:53 Hora pad. do de GMP



Anexo N – Congresso Internacional do Doente Crítico 2023



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS

CERTIFICADO

Certifica-se que

André Correia Rocha

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 25 de Novembro de 2023

Pe'l'A Comissão Organizadora

Ana Raquel Filipe Pimentel

Ana Raquel Filipe Pimentel

Pe'l'O Presidente da APE

João José Santos Fernandes

João José Santos Fernandes

Anexo O – 2ª Edição da Reunião “AVC 360º Integrar e Aplicar”



AVC 360° INTEGRAR E APLICAR

2ª Edição

2 e 3 de junho | 2023

Local: Hotel MH Atlântico - Peniche

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Pelo presente certifica-se que **André Correia Rocha** participou na 2ª Edição da Reunião “**AVC 360° Integrar e Aplicar**”, realizada em Peniche nos dias 2 e 3 de Junho de 2023

Vítor Tedim Cruz
(Presidente da Reunião)

Alexandre Amaral e Silva
(Coordenador da Reunião)

Anexo P – Sessão de Formação “Gestos que salvam no pré-hospitalar”

SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS UNIDADE DE FORMAÇÃO

Declaração

André Correia Rocha esteve presente na sessão de Formação sobre
“Gestos que salvam no pré-hospitalar” promovida pela VMER deste
hospital no dia 4 de novembro de 2013, com duração de 4 horas.

Lisboa, 18 de novembro de 2013

A Diretora do Serviço

Isabel Marta de
Moura Elisiário

o/a Oficial Diretora do Serviço
Serviço de Gestão de Recursos
Humanos do Centro Hospitalar de
Lisboa Ocidental (E.P.E.) e do Centro
Hospitalar de São Francisco Xavier
2013.11.18 17:40:07

Isabel Elisiário

**Anexo Q – I International Webinar – Master`s Degree in Medical-Surgical Nursing
in the area of Nursing for the critically ill person – Management and leadership in
critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care**



CERTIFICADO

Certifica-se que André Rocha participou no I International Webinar - Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill person - **Management and leadership in critical care nursing: pre-hospital, emergency & intensive care** que decorreu no dia 12 de janeiro de 2024, com a duração de 2 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL
Carla Nascimento
Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo R – Certificado de melhor póster na área do mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que **Marco António Ribeiro Teixeira** apresentou o póster intitulado ***Segurança da medicação: quantos são os “certos”?*** no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

O póster foi premiado como o **melhor póster** na área do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

Autores:

Marco António Ribeiro Teixeira, Joana Fernandes Quintão Teixeira, André Correia Rocha, Vanessa Filipa André Leomaro, Leila Sales

P’la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem



Lisboa, 30 de setembro de 2024



Anexo S – Certificado de aprovação no curso de SAV

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



André Correia Rocha

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

21 Oct 2023

Renovar até

Oct 2025

Nome do Centro de Treinamento

ENFARTE LDA

Nome do instrutor

Pedro Silva

ID do Centro de Treinamento

ZL20716

ID do instrutor

22092214815

Cidade e País do Centro de Treinamento

Guimarães, Portugal

Código eCard

245623343270

Nome do Centro de Treinamento

ESSCVP - Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/International>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 25-2817 10020

Anexo T – Certificado de aprovação no curso de ITLS



ITLS

International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

André Rocha, Nurse

has completed the
Advanced Provider Course

date

11/16/2023

course site

Portuguese Red Cross Higher Health School, Lisboa,

course director

course coordinator

Dr. Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos



ITLS

International
Trauma Life Support

improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 379984-53347 CPE Type: Advanced

ITLS represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, visit <https://www.itls.org> or register a complaint at <https://www.itls.org/ComplaintForm.aspx>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL00020)

Card Holder's Signature

Successful completion demonstrates performance at a sufficient quality level and holder is prepared to practice. The recognition is to the provider and does not constitute a license or certification.

International Trauma Life Support
2901 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itls.org



ITLS

International
Trauma Life Support

379984-53347

André Rocha, Nurse

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

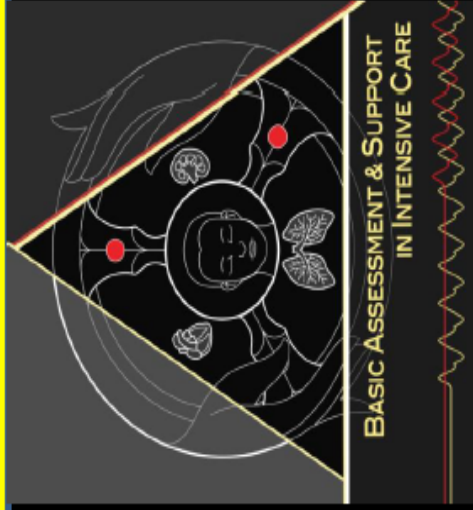
Card Issue Date: 11/16/2023 Expiration Date: 11/2026

Course Number: 53347

Course Location



Anexo U – Certificado de aprovação no curso de BASIC



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
CUIDADOS INTENSIVOS

Certificado

Certificamos que **André Correia Rocha** concluiu com sucesso o **Curso Basic Assessment & Support in Intensive Care (BASIC)**, realizado 22 e 23 de Fevereiro de 2024, em Lisboa pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Este Curso foi desenvolvido pela Chinese University of Hong Kong e é apoiado e promovido pela *European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)*.

Lisboa, 23 de fevereiro de 2024

Sofia Escórcio

Sofia Escórcio: Diretora Nacional dos cursos SPCI

