



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos**

**André Filipe Nunes Rodrigues**

Orientação: Maria Antónia Rasa Correia Costa

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em  
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos**

**André Filipe Nunes Rodrigues**

Orientação: Maria Antónia Rasa Correia Costa

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em  
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Maria Alice Góis Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre)  
(Arguente)

Maria Antónia Rasa Correia da Costa (Instituto Politécnico de Beja)  
(Orientador)

"A excelência em enfermagem não é um destino, mas uma jornada contínua de aprendizagem, reflexão e cuidado compassivo."

FLORENCE NIGHTINGALE

## AGRADECIMENTOS

À professora orientadora Maria Antónia Rasa Correia da Costa, pela orientação pedagógica, disponibilidade e apoio. Obrigado pela insistência e persistência ao longo deste período e por toda a compreensão.

À enfermeira supervisora, por proporcionar inúmeras oportunidades que fortaleceram o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, pelo apoio e incentivo, mesmo quando eu não acreditava ser capaz.

À equipa multidisciplinar da UCIP, por me terem recebido e sentir fazer parte da equipa.

À minha equipa do serviço de urgência, pela amizade, motivação e ajuda.

Aos amigos, pela amizade e apoio.

À família, por estarem sempre presentes, por toda ajuda e apoio.

À Andreia e às minhas filhas, que foram as mais prejudicadas ao longo deste período e por isso espero que aceitem o meu sincero pedido de desculpas. Foram elas a grande motivação para superar este desafio. É uma conquista nossa, sem dúvida, e sem o apoio e a compreensão, não teria sido possível. Muito obrigado!

## **Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos**

### **RESUMO**

**Enquadramento:** O Relatório de Estágio está inserido na Unidade Curricular Relatório de Estágio, do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

**Objetivo:** Descrever as atividades e estratégias desenvolvidas no decorrer do Estágio Final e a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem.

**Metodologia:** Descrição e análise crítico-reflexiva das principais atividades desenvolvidas durante os contextos de estágio, com especial enfoque no projeto de intervenção profissional, desenvolvido no estágio final, sustentado pelo Modelo Qualidade-Cuidado®.

**Resultados:** A análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências incidu sobre as atividades e estratégias no decorrer do Estágio Final em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos, de forma a promover a melhoria da Qualidade e Segurança dos cuidados de enfermagem em Cuidados Intensivos, através da utilização do *debriefing* clínico. Para isso elaboramos um Guia de condução de *debriefing* clínico e desenvolvemos uma ação de formação.

**Conclusão:** A elaboração deste relatório permitiu descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências através de uma análise crítico-reflexiva devidamente fundamentada das atividades e estratégias desenvolvidas, quer em contexto profissional, quer em contexto dos estágios realizados durante o ciclo de estudos. Assim como, a promoção da qualidade e segurança dos cuidados através do desenvolvimento do Projeto de Intervenção Profissional.

**Palavras-chave:** Debriefing; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Qualidade e Segurança; Unidade de Cuidados Intensivos.

## **Clinical Debriefing: Promoting Quality and Safety in Intensive Care**

### **ABSTRACT**

**Background:** The Internship Report is part of the Report Curricular Unit of the master's degree in nursing in Association, specializing in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Condition.

**Objective:** To describe the activities and strategies developed during the Final Internship and the reflective analysis of the process of acquisition and development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Condition and the competencies of master's in nursing.

**Methodology:** Description and critical analysis of the main activities developed during the internship contexts, with a special focus on the professional intervention project, developed during the final internship, guided by the Quality-Care Model.

**Results:** The reflective analysis process of competency acquisition and development focused on activities and strategies during the Final Internship in the context of an Intensive Care Unit, to promote the improvement of Quality and Safety of nursing care in Intensive Care, using clinical debriefing. For this purpose, we developed a Clinical Debriefing Guide and conducted a training session.

**Conclusion:** Drawing up this report enabled to describe the process of acquiring and developing competences through a duly substantiated critical-reflective analysis of the activities and strategies developed, both in a professional context and in the context of the internships carried out during the study cycle. As well as promoting the quality and safety of care through the development of the professional intervention project.

**Keywords:** Debriefing; Critical Condition; Intensive Care Unit; Medical-Surgical Nursing; Quality and Safety.

## **ABREVIATURAS**

*et al.* – e outros

n.º – número

p. – página

pp. – páginas

h – hora

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

CMEPC – Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil

CPC – contexto de Prática Clínica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EEFF – Estágio Final

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ESC – Enfermeira Supervisora Clínica

MQC<sup>®</sup> – Modelo Qualidade-Cuidado<sup>®</sup>

MTP – Metodologia Trabalho de Projeto

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RREE – Relatório de Estágio

RSc - Revisão *Scoping*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1. Enquadramento conceptual e teórico</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1. Modelo Qualidade-cuidado</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2. Qualidade e segurança dos Cuidados</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3. DEBRIEFING CLÍNICO</b> .....	<b>24</b>
1.3.1. Utilização do debriefing em cuidados intensivos.....	27
<b>2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.1 Unidade local de saúde</b> .....	<b>29</b>
<b>2.2 Unidade de cuidados intensivos polivalente</b> .....	<b>30</b>
2.2.1 Caraterização da estrutura física e recursos e materiais .....	30
2.2.2 Caraterização dos meios humanos e metodologias de trabalho.....	31
2.2.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados.....	33
<b>2.3 ESTÁGIOS DE OBSERVAÇÃO</b> .....	<b>34</b>
2.3.1 Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil .....	34
2.3.2 Serviço de Esterilização .....	35
2.3.3 Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos .....	36
<b>2.4 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	<b>37</b>
2.4.1 Diagnóstico de situação e definição do problema .....	38
2.4.2 Definição dos objetivos.....	41
2.4.3 Planeamento e execução .....	41
2.4.4 Avaliação e divulgação de resultados .....	46
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>52</b>
<b>3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM</b> .....	<b>60</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>70</b>

## APÊNDICES

<b>Apêndice I</b> – Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção Profissional .....	<b>77</b>
<b>Apêndice II</b> – Resumo da Revisão <i>Scoping</i> .....	<b>79</b>
<b>Apêndice III</b> – Guia para a condução de debriefing clínico .....	<b>81</b>
<b>Apêndice IV</b> – Pasta com material de apoio à condução de debriefing .....	<b>83</b>
<b>Apêndice V</b> – Poster debriefing clínico segundo metodologia TALK©.....	<b>85</b>
<b>Apêndice VI</b> – Plano de sessão da ação de formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos” .....	<b>88</b>
<b>Apêndice VII</b> – Cartaz de divulgação da ação de formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos” .....	<b>90</b>
<b>Apêndice VIII</b> – Apresentação da formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos” .....	<b>92</b>
<b>Apêndice IX</b> – Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação da ação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos” .....	<b>98</b>
<b>Apêndice X</b> – Grelha de observação de sessões de debriefing.....	<b>100</b>

## **ANEXOS**

<b>Anexo I</b> – Autorização do Conselho de Administração.....	<b>103</b>
<b>Anexo II</b> – Certificado de formador da ação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”.....	<b>105</b>
<b>Anexo III</b> – Cartão TALK© da TALK Foudation .....	<b>107</b>
<b>Anexo IV</b> – Certificado de formação Escala Nutricional Screening (NRS 2002).....	<b>109</b>
<b>Anexo V</b> – Certificado de formação Promoção da Segurança do Doente Prevenção da Ocorrência de Eventos Adversos .....	<b>111</b>
<b>Anexo VI</b> – Certificado Auditor Interno na área da segurança do doente .....	<b>113</b>
<b>Anexo VII</b> – Certificado de apresentação de poster sobre “A utilização do debriefing em unidades de cuidados intensivos: uma revisão scoping” .....	<b>115</b>
<b>Anexo VIII</b> – Poster sobre “A utilização do debriefing em unidades de cuidados intensivos: uma revisão scoping” .....	<b>117</b>
<b>Anexo IX</b> – Certificado de participação no workshop “TALK” <i>debriefing</i> .....	<b>119</b>
<b>Anexo X</b> – Certificado de formação de formadores SBV-DAE .....	<b>121</b>
<b>Anexo XI</b> – Certificado de formação – Transporte de Doente Crítico.....	<b>123</b>
<b>Anexo XII</b> – Certificado de formação – Via Verde AVC .....	<b>125</b>
<b>Anexo XIII</b> – Certificado de formação – Via Verde Coronária .....	<b>127</b>
<b>Anexo XIV</b> – Certificado de formação – Via Verde Sépsis .....	<b>129</b>
<b>Anexo XV</b> – Certificado de formação – Via Verde Trauma .....	<b>131</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1 - Análise SWOT .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 2 - Resultados do Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação .....</b>	<b>49</b>

**ÍNDICE DE FIGURAS**

**Figura 1** - Diagrama de fluxo de estudos PRISMA ..... 43

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório de Estágio [RREE], integrado no plano de estudos da 7ª edição do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], promovida pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre em associação com a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Setúbal, e o Instituto Politécnico de Castelo Branco. A elaboração do RREE, é o culminar do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, comuns e específicas, enquanto enfermeiro especialista em EMC-PSC, assim como as competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Este documento é baseado na análise crítico-reflexiva, devidamente fundamentada das estratégias e atividades, sujeito a discussão em provas públicas.

A análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, incidirá sobre a experiência em ambiente clínico no âmbito da UC Estágio final [EEFF], que decorreu ao longo de 336 horas, distribuídas em 18 semanas, entre 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] da Unidade Local de Saúde [ULS]. Foram ainda realizados estágios de observação numa Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA], num Serviço de Esterilização e no Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil [CMEPC].

No decorrer do EEFF, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional [PIP] intitulado *Debriefing* clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos, baseado na Metodologia do Trabalho de Projeto [MTP] e sustentado pelo Modelo Qualidade-Cuidado© [MQC©] (Duffy & Hoskins, 2003; Ruivo et al., 2010). O PIP foi aplicado no contexto de prática clínica onde decorreu o EEFF, com o objetivo geral de: Promover a melhoria da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Intensivos, através da implementação do *debriefing* clínico. Tendo sido elaborado um artigo de revisão de literatura, relacionado com a temática do PIP.

A utilização do *debriefing* proporciona uma oportunidade de reflexão sobre o desempenho do indivíduo e/ou da equipa, pelo que permite compreender, analisar e sintetizar

pensamentos, emoções e ações (Rudolph et al., 2008). A reflexão sobre uma experiência, surge muitas vezes de forma natural, no entanto, é possível que não seja de forma estruturada. O *debriefing* possibilita identificar erros e desenvolver estratégias de melhoria, através de processos da aprendizagem reflexiva, aspeto importante e eficaz na aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados (Fanning & Gaba, 2007; Ugwu et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde [OMS], citada por Diaz-Navarro et al. (2021a), recomenda a integração do *debriefing* no contexto de prática clínica, enquanto estratégia promotora da segurança do doente. O *debriefing* clínico, proporciona uma oportunidade para a comunicação entre a equipa, elemento que é essencial na cultura de segurança dos cuidados de saúde. Permite que as equipas reflitam sobre uma experiência, apoiem-se mutuamente, partilhem perspetivas, identifiquem oportunidade de aprendizagem e cheguem a acordo sobre as necessidades de melhoria. Pode ser realizado *debriefing* em contextos clínicos por rotina, por exemplo no final de um turno, ou após situações como procedimentos invasivos ou após a reanimação (Diaz-Navarro et al., 2021a).

A utilização do *debriefing* clínico em cuidados intensivos é uma ferramenta crucial, para a melhoria da aprendizagem, do desempenho da equipa e dos desfechos clínicos. Proporciona uma abordagem estruturada para a reflexão através de experiências em contexto de prática clínica, o que é particularmente importante em ambientes clínicos com elevado stress, como é o caso das Unidades de Cuidados Intensivos (Clay et al., 2007; González-Méndez & López-Rodríguez, 2017).

Durante o decorrer do EEFF, foi constada a ausência de normas e orientações para a utilização de *debriefing* no contexto clínico onde o mesmo decorria, pelo que, surgiu assim a oportunidade de elaborar o PIP supracitado, com o propósito de satisfazer essa lacuna e potencialmente melhorar a prática clínica e o desempenho da equipa na UCIP. Após a identificação da temática, o mesmo foi submetido à avaliação da professora orientadora, que reconheceu a pertinência e relevância do tema proposto. Essa validação, por parte da professora, fortaleceu a pertinência do projeto e incentivou a sua continuidade. Para fundamentar ainda mais a realização deste projeto, foram aplicados instrumentos de diagnóstico de situação. Desta forma, foi elaborado o PIP com o propósito de desenvolver as competências da equipa de enfermagem na utilização do *debriefing* clínico, como contributo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados em ambiente clínico de cuidados intensivos.

A elaboração do RREE tem como objetivo geral descrever de forma detalhada as estratégias e atividades concretizadas, em particular durante o EEFF, e sua contribuição para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista EMC-PSC e do grau de Mestre em Enfermagem. Desta forma, são objetivos

específicos: (1) Caracterizar os contextos clínicos dos locais de estágio; (2) Descrever o processo da elaboração PIP; e (3) Analisar de forma crítico-reflexiva e fundamentada, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

O RREE está organizado em três capítulos, pelo que no primeiro capítulo é realizado um enquadramento teórico e conceptual, baseado em evidência científica, sobre a temática em estudo, e ainda sobre a interligação com o modelo de enfermagem adotado e princípios orientadores na área da Qualidade e Segurança dos Cuidados, de forma a enquadrar no âmbito da linha de investigação, a “Segurança e qualidade de vida”.

No segundo capítulo, é realizada a caracterização do contexto de prática clínica onde decorreu o Estágio Final, assim como, a análise dos estágios de observação na UL-PPCIRA, Serviço de Esterilização e CMEPC. E ainda, realizada uma descrição de todas as etapas de desenvolvimento do PIP, de acordo com o MTP e sustentada pelo MQC© de Joanne Duffy (J. R. Duffy & Hoskins, 2003). E no terceiro capítulo, é realizada uma análise crítico-reflexiva com base na descrição das estratégias e atividades desenvolvidas, fundamentando o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. No final, é apresentada uma conclusão, com a síntese dos aspetos relevantes descritos no RREE e concretização dos objetivos propostos.

A redação do RREE respeita o novo acordo ortográfico português, exceto nas citações diretas. Cumpre com as normas de elaboração, citação e referenciação da 7ª edição da American Psychological Association [APA] e as normas para elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre. Para publicação, assegura o cumprimento das normas referentes ao tratamento de dados pessoais aprovadas pela Lei n.º 59/2019 de 8 de agosto.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A enfermagem é uma disciplina complexa que requer uma base teórica sólida, que oriente a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade. A utilização de teorias e modelos de enfermagem é por isso fundamental para estruturar a prática clínica, permitindo cuidados mais eficientes e baseados na evidência atual. As teorias de enfermagem fornecem um enquadramento para compreender, prever e explicar fenómenos da saúde, ajudar os enfermeiros a tomar decisões informadas e a melhorar continuamente a qualidade dos cuidados que são prestados (Huitzi-Egilegor et al., 2014).

Alligood (2014), reforça a importância das teorias de enfermagem, ao afirmar que oferecem uma estrutura para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e guiam a investigação e a prática clínica. Segundo Meleis (2012), as teorias e modelos de enfermagem são essenciais para a construção de uma prática profissional consistente e para a Promoção do cuidado centrado na pessoa.

Este capítulo está dividido em duas partes principais: na primeira é realizado um enquadramento teórico através do Modelo Qualidade-Cuidado Joanne Duffy (Duffy & Hoskins, 2003), teórica selecionada para suportar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, enquanto na segunda parte são explorados os conceitos de Qualidade e Segurança dos Cuidados de Saúde e conceito de debriefing na prática clínica.

### 1.1. MODELO QUALIDADE-CUIDADO

No contexto dos cuidados de saúde modernos, a qualidade e a segurança tornaram-se prioridades fundamentais. A implementação de práticas baseadas em teorias de enfermagem, como o Modelo Qualidade-Cuidado© [MQC©] de Joanne Duffy, é essencial para garantir que os cuidados de saúde prestados acompanham os elevados padrões de qualidade. Joanne Duffy desenvolveu o MQC© em resposta à necessidade de focar o cuidado de enfermagem como uma prática baseada em evidências e orientada para a qualidade. Este modelo destaca a importância de uma abordagem centrada na pessoa, enfatizando a qualidade do relacionamento terapêutico e a satisfação do doente como indicadores-chave da eficácia dos cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003).

Tradicionalmente, a qualidade dos cuidados de saúde é definida pelo modelo estrutura-processo-resultados de Donabedian, que considera as características dos doentes, prestadores de cuidados e ambiente (estrutura), as intervenções e práticas de cuidado (processo) e os desfechos do cuidado (resultados), mas fica a faltar uma abordagem sistémica abrangente (Gallesio, 2008).

De acordo com J. R. Duffy & Hoskins (2003) existem evidências que sugerem que demonstram uma relação significativa entre o cuidado de enfermagem profissional e os resultados positivos na saúde dos pacientes. Além disso, enfatiza que os relacionamentos caracterizados pelo cuidado são fundamentais para a obtenção de resultados positivos para doentes, famílias, prestadores de cuidados de saúde e sistemas de saúde.

O MQC©, integra fatores biomédicos e psico-socio-espirituais associados a cuidados de saúde de qualidade, propondo que o trabalho de enfermagem é centrado em relacionamentos que influenciam positivamente os resultados em saúde. Este modelo baseia-se nas obras de Donabedian e Watson, incorporando conceitos de vários de outros teóricos da área da enfermagem (J. R. Duffy & Hoskins, 2003; Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009).

Os componentes do MQC©, conforme delineado por J. R. Duffy & Hoskins (2003), são: estrutura, processo e resultados. Pelo que cada deles desempenha um papel crítico na construção e aplicação do modelo. Na Estrutura, são considerados os elementos fundamentais que estão presentes antes da prestação de cuidados. Inclui as características da pessoa a que são prestados os cuidados (p.e. idade, a condição de saúde e os antecedentes familiares), dos prestadores de cuidados (p.e. a formação, a experiência e as competências) e do ambiente clínico (p.e. os recursos disponíveis, as políticas institucionais e a infraestrutura). A estrutura estabelece a base sobre a qual os processos de cuidados de saúde são construídos e influencia diretamente a capacidade dos enfermeiros de prestar cuidados de qualidade. No que diz respeito ao Processo, este refere-se às intervenções e práticas clínicas implementadas pelos profissionais de saúde. No contexto do MQC©, os processos de cuidado são divididos em dois tipos: relações independentes, que são específicas da disciplina de enfermagem, e relações colaborativas, que envolvem a interação multidisciplinar. Os processos de cuidado são cruciais porque determinam como as intervenções são realizadas e como os profissionais de saúde interagem com os doentes. Dando ênfase particular à qualidade dos relacionamentos na prestação de cuidados, que são vistos como fundamentais para promover um ambiente terapêutico e alcançar resultados positivos. Por fim, os Resultados, este componente compreende os desfechos dos cuidados proporcionados aos pacientes. Os resultados podem ser intermédios, como mudanças no comportamento, emoções ou conhecimento dos pacientes, e terminais, como a melhoria na qualidade de vida, redução de custos, variáveis específicas da doença e da satisfação geral

com os cuidados recebidos. A avaliação contínua dos resultados permite adequar e melhorar as práticas na prestação de cuidados, assegurando que as necessidades das pessoas sejam atendidas de forma eficaz e eficiente.

Além dos componentes estruturais do modelo, há ainda, os conceitos centrais transversais à prática de enfermagem baseada no MQC©. Esses conceitos são fundamentais para garantir a correta aplicação do modelo e incluem ((Duffy, 2018; Duffy & Hoskins, 2003; Smith, Marlaine C., Parker & E, 2009):

- **Cuidado:** Definido como uma ação intencional que promove o bem-estar e a dignidade da pessoa. No MQC©, o cuidado vai além das intervenções técnicas e inclui os aspectos emocionais, espirituais e psicológicos. O cuidado é visto como a essência da prática de enfermagem e é fundamental para estabelecer uma relação de confiança e respeito com as pessoas.
- **Relacionamento Enfermeiro-Doente:** A relação terapêutica entre enfermeiro e o doente é fulcral para cuidados de qualidade. Este relacionamento baseia-se na confiança, empatia, respeito e comunicação eficaz. Estudos demonstram que relações de cuidado fortes estão associadas a melhores resultados de saúde e maior satisfação das pessoas.
- **Competência:** Refere-se à habilidade técnica e ao conhecimento clínico que os enfermeiros devem possuir para implementar eficazmente as práticas de cuidado preconizadas pelo MQC©. A competência abrange não apenas a capacidade técnica, mas também a capacidade de adaptação e inovação diante das necessidades emergentes das pessoas. A formação contínua e a educação profissional são essenciais para manter elevados níveis de competência.
- **Contexto Organizacional:** É enfatizada a importância do ambiente de trabalho e das políticas institucionais que suportam a prática de enfermagem. Um contexto organizacional positivo e de apoio é essencial para a implementação do MQC©, pois influencia a motivação, satisfação e desempenho dos profissionais de saúde. Políticas claras, recursos adequados e uma cultura organizacional que valorize a enfermagem e os enfermeiros são fundamentais para a prática de cuidados de elevada qualidade.
- **Resultados de Saúde:** Foca nos resultados desejáveis para os doentes que são diretamente influenciados pela qualidade dos cuidados prestados. A avaliação contínua dos resultados de saúde permite ajustar e melhorar constantemente a prática de enfermagem baseada no MQC©. Indicadores como a satisfação do doente,

a qualidade de vida e a redução de complicações clínicas, são utilizados para medir a eficácia do modelo.

A implementação eficaz do MQC© requer não apenas a compreensão dos seus componentes e conceitos centrais, mas também o uso de ferramentas validadas, como o Caring Assessment Tool (CAT), para avaliar e monitorar a qualidade dos relacionamentos de cuidado entre enfermeiros e pacientes (Duffy, 2003). Esta ferramenta permite medir a eficácia dos cuidados e a satisfação do doente, fornecendo dados essenciais para a melhoria contínua da prática clínica dos enfermeiros.

Edmundson (2012), descreve como a aplicação do MQC© pode ser integrada nos sistemas de saúde para melhorar os resultados dos doentes e a satisfação dos profissionais de saúde. No entanto, a implementação bem-sucedida requer formação contínua, avaliação regular e ajustes de acordo com as necessidades específicas de cada contexto clínico.

Desta forma, a estrutura abrangente e fundamentada do MQC© orienta a prática de enfermagem, colocando no centro a pessoa alvo de cuidado (Duffy & Hoskins, 2003). Ao integrar os componentes estruturais através dos conceitos centrais, este modelo, não apenas melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também fortalece os vínculos entre profissionais de saúde e doentes, promovendo resultados de saúde positivos e sustentáveis (Edmundson, 2012). O modelo destaca a importância das relações na prestação de cuidados, reforçando que os relacionamentos baseados em processos de cuidados clínicos são essenciais para alcançar um equilíbrio e melhorar os desfechos de saúde (Smith et al., 2009).

Os princípios do modelo incluem a necessidade de que o cuidado seja realizado em contexto de relacionamento e que esse relacionamento seja um conceito tangível e mensurável. A proposição central do modelo é que relacionamentos caracterizados pelo cuidado contribuem para resultados positivos para doentes, famílias, prestadores de cuidados de saúde e sistemas de saúde (Duffy & Hoskins, 2003). A utilização do modelo em práticas e investigação permite desenvolver ainda mais o conhecimento em ciência do cuidado, demonstrar o valor do trabalho de enfermagem e fornecer evidências da sua contribuição para a qualidade dos cuidados de saúde (Edmundson, 2012). Estudos correlacionais e experimentais podem testar os efeitos das intervenções de cuidado de enfermagem em resultados específicos dos pacientes (Smith et al., 2009).

A rápida evolução da saúde impõe aos profissionais a responsabilidade de aplicar conhecimentos novos para garantir segurança e eficiência. Enfermeiros enfrentam desafios únicos ao lidar com avanços em segurança de medicamentos, monitorização de pacientes e documentação, equilibrando a ciência e a arte do cuidado. É assim possível afirmar, que os modelos de enfermagem são essenciais para guiar a avaliação, planeamento e implementação de cuidados, refletindo valores e crenças na área da enfermagem (Duffy &

Hoskins, 2003). Estes modelos fornecem uma estrutura que permite uniformizar e assegurar a continuidade dos cuidados, conferindo aos enfermeiros responsabilidade e autoridade nos cuidados diretos prestados aos doentes (Edmundson, 2012). A seleção do modelo é apenas o início de uma jornada contínua de cuidados, onde os relacionamentos pessoais entre prestadores de cuidados e os destinatários dos cuidados são fundamentais (Smith et al., 2009).

Desta forma, o MQC© proporciona uma estrutura teórica robusta para a implementação do PIP, permitindo através do debriefing facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, através da reflexão sobre a prática clínica, alinhando-se com os princípios do MQC© que destacam a importância dos processos de cuidado e dos fatores estruturais para alcançar resultados positivos em saúde (J. R. Duffy & Hoskins, 2003; Smith, Marlane C., Parker & E, 2009).

## 1.2. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

A garantia da qualidade e segurança nos cuidados de saúde é fundamental para proporcionar resultados positivos e otimizar o funcionamento dos sistemas de saúde, e por isso tem ganhado uma importância central nos sistemas de saúde, com um foco cada vez maior na segurança do doente. Citado por González-Méndez & López-Rodríguez (2017) a Organização Mundial da Saúde [OMS] define a segurança do paciente como "a ausência de danos desnecessários ou potenciais relacionados ao cuidado de saúde".

O "Global Patient Safety Action Plan 2021-2030" da OMS enfatiza a importância de sistemas de saúde seguros e centrados no doente, promovendo uma abordagem holística para mitigar riscos e melhorar a qualidade dos cuidados (World Health Organization [WHO], 2021). A OMS definiu que os cuidados de qualidade devem ser "eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros" (WHO, 2006). Na última década, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e a OMS concentraram-se em três dimensões dos cuidados de saúde: eficácia, segurança e centrado no paciente (Busse et al., 2019).

No contexto nacional, a Direção-Geral da Saúde [DGS] e o Ministério da Saúde têm desenvolvido estratégias específicas para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026, delineou as metas e ações para reduzir incidentes adversos e melhorar os resultados de saúde. O PNSD pretende consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo contextos modernos como o ambiente domiciliário e a Telessaúde, sem negligenciar princípios como a cultura de segurança e a comunicação. Estando alinhado com as diretrizes

internacionais, este é dinâmico e pode ser atualizado para se adaptar a novas necessidades e desafios. Deve ser utilizado como uma ferramenta de apoio para gestores, líderes e profissionais de saúde, visando aumentar a segurança na prestação de cuidados, com foco no paciente e seus cuidadores (Ministério da Saúde [MS], 2021).

No mesmo sentido, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2021-2026, incluída no PNSD e em complementaridade a este plano, estabelece orientações para a promoção contínua da qualidade nos serviços de saúde, abrangendo desde a formação profissional até a implementação de práticas baseadas em evidências.

De acordo com Gallesio (2008), a segurança do doente é entendida como a prevenção de danos evitáveis aos doentes durante a prestação de cuidados de saúde. Envolve a implementação de sistemas e processos que reduzam ao máximo o risco de erros e aumentem a proteção dos pacientes. No que diz respeito à qualidade, este é um conceito amplo que inclui a segurança do doente, bem como a eficácia, prática centrada na pessoa, oportunidade, eficiência e equidade. Além disso os cuidados de saúde devem ser baseados em evidências, focados nas necessidades e preferências da pessoa, fornecidos em tempo útil, utilizando os recursos de forma eficiente e distribuídos de maneira justa entre diferentes populações.

A Ordem dos Enfermeiros, no decorrer da sua missão tem estabelecido orientações e critérios claros para a prática de enfermagem de qualidade em Portugal. Exemplo disso mesmo, são os “Padrões de Qualidade” que ajudam a garantir que os cuidados prestados sejam baseados em evidências e centrados nas necessidades dos doentes, especialmente em contextos de alta complexidade como as UCI (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem orientam a prática dos enfermeiros, procurando a melhoria contínua e a excelência na prestação de cuidados. Estão organizados em seis categorias de enunciados descritivos: “a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.13).

Além disso, deveremos ter ainda em conta os padrões de qualidade referentes às áreas de especialidade. No caso, o exercício do EEEMC-PSC incluirá na sua prática o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o qual, com base no referido documento, determina que os enfermeiros especialistas devem demonstrar competências específicas e acrescem aos enunciados descritivos a “satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados”. A estes enfermeiros espera-se que

integrem conhecimentos teóricos e práticos avançados na gestão de situações clínicas complexas, proporcionando cuidados seguros, eficazes e centrados no doente, enfatizando a necessidade de competências avançadas em comunicação interprofissional, coordenação de cuidados e educação do doente e família. Por esse motivo, as definições de padrões são fundamentais para assegurar que os enfermeiros especialistas estejam bem preparados para enfrentar os desafios complexos, contribuindo assim para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos pacientes (OE, 2015).

As Unidades de Cuidados Intensivos [UCI] promovem cuidados de alta qualidade e seguros a pessoas em situação crítica. Estas unidades são componentes essenciais do sistema de saúde moderno, com uma procura crescente e custos elevados. Os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, juntamente com a tecnologia, constituem o capital intelectual destas unidades e são determinantes na gestão e nos resultados dos cuidados (González-Méndez & López-Rodríguez, 2017). De acordo com o mesmo autor, para melhorar a segurança dos cuidados em UCI, podem ser implementadas várias estratégias como por exemplo: Sistemas de notificação de incidentes; Bundles que combinam várias intervenções baseadas em evidência científica; tecnologia inteligente, como bombas de perfusão que permitam a criação de bibliotecas de medicamentos e limites pré-definidos de dose; e Projetos “Zero Tolerância”, como “Zero Pneumonia” que têm sido implementados para reduzir infeções associadas aos cuidados de saúde.

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pacientes críticos é altamente desejável. A qualidade é definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados, consistentes com o conhecimento profissional atual (Rhodes et al., 2012).

De acordo com (Al-dorzi & Arabi, 2024), a segurança do doente em UCI é uma preocupação crescente, devido à complexidade dos casos e à necessidade de uma equipa multidisciplinar. Monitorizar, medir e aperfeiçoar a segurança e a qualidade dos cuidados em UCI são tarefas desafiadoras. Devendo-se entender a segurança do doente em UCI como um processo contínuo que requer liderança, uma abordagem abrangente e a aplicação de diversas estratégias para reduzir erros e melhorar a qualidade do atendimento. A estrutura organizacional deve integrar recursos institucionais, liderança clara e uma cultura não punitiva. A implementação de programas eficazes de qualidade e segurança em UCI devem capitalizar recursos institucionais, ter uma equipa multidisciplinar e ser orientados por iniciativas de melhoria contínua. A integração da pessoa e das suas famílias também é fundamental para compreender os riscos e aprimorar o processo de consentimento. Os erros em saúde podem ser categorizados como erros de diagnóstico, tratamento, prevenção e outros. A implementação de ferramentas de avaliação da Qualidade e Segurança, como por

exemplo o APACHE III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III). Deve ser promovida uma cultura de segurança, baseada na comunicação eficaz e um ambiente onde a equipa se sinta incentivada a reportar incidentes sem medo de retaliação. É importante a conceção de diretrizes, listas de verificação e protocolos, de forma a reduzir a variabilidade e melhorar os resultados. E utilizar a simulação clínica para o treino de procedimentos e desenvolvimento do desempenho da equipa. Por fim, manter uma abordagem prospetiva de forma a identificar potenciais problemas, permitindo a implementação de medidas preventivas, e a utilização de estratégias para implementação de forma estruturada.

### 1.3. DEBRIEFING CLÍNICO

O conceito de debriefing, originalmente utilizado em contextos militares e de aviação, tem sido cada vez mais aplicado na área da saúde como uma ferramenta essencial para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados. O debriefing permite uma reflexão estruturada sobre as práticas clínicas, promovendo a aprendizagem contínua e a melhoria dos processos de cuidado. Através do debriefing, os profissionais de saúde podem identificar erros, discutir soluções e implementar mudanças que previnam a recorrência de eventos adversos, contribuindo assim para um ambiente de cuidado mais seguro e eficaz (Sawyer et al., 2016).

A sua utilização na saúde tem sido sobretudo no ensino e formação, associado à simulação clínica. Promove a reflexão sobre a experiência, aspeto esse considerado crucial no processo de aprendizagem. A reflexão sobre uma experiência, surge muitas vezes de forma natural, no entanto, é provável que não seja de forma estruturada. O debriefing facilita a reflexão, sobre o desempenho individual e da equipa e possibilita identificar erros e desenvolver estratégias de melhoria, através de processos de aprendizagem reflexiva (Fanning & Gaba, 2007; Ugwu et al., 2020). De acordo com Cheng et al. (2014), o debriefing proporciona uma reflexão sobre a ação, permite identificar lacunas no desempenho, discutir oportunidades de melhoria e consolidar os conhecimentos e competências, de forma, a que possam ser transferidos para a prática clínica.

Ugwu et al. (2020), considera que o debriefing no contexto clínico possa ser difícil de implementar, no entanto, é um aspeto importante e com eficácia demonstrada na aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados. De acordo com o mesmo autor, ainda que demonstrado o seu benefício, poucas instituições têm orientações e normas sobre debriefing. O debriefing no contexto clínico, proporciona uma oportunidade de comunicação entre a equipa, elemento este que é essencial na cultura de segurança dos cuidados de saúde. Permite que as equipas reflitam sobre a experiência, apoiem-se mutuamente, partilhem perspetivas, identifiquem oportunidade de aprendizagem e cheguem a acordo sobre

as necessidades de melhoria. O debriefing é recomendado por rotina, sendo reforçada a sua utilização após procedimentos invasivos ou após incidentes críticos, como, por exemplo, na reanimação (Diaz-Navarro et al., 2021b).

De acordo com Werry (2016), o debriefing permite a reflexão e aprendizagem através da experiência no contexto clínico. E em ambientes educativos tem sido uma valiosa ferramenta para alcançar resultados. No entanto, o reconhecimento da importância do debriefing no contexto clínico, em particular em cuidados intensivos, é limitado. A reflexão e aprendizagem através do debriefing promove o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como cuidados mais seguros.

A aprendizagem é feita de forma contínua, no contexto clínico os enfermeiros aprendem enquanto prestam cuidados. A reflexão sobre as experiências colmata a lacuna entre a teoria e a prática. A aprendizagem e o desenvolvimento contínuo das competências promovem uma prática competente, proficiente e segura (Werry, 2016).

Werry (2016), através da discussão de experiências pessoais e observações sobre a importância do debriefing na equipa de enfermagem na UCI, explorou as barreiras e desafios para a sua subutilização. E ainda, procurou soluções que permitam superar essas barreiras. O ambiente do contexto clínico determina o comportamento dos profissionais, e de forma a promover ambientes positivos é necessário que a equipa e os líderes reconheçam a sua importância. Por outro lado, é necessário que os profissionais sejam valorizados, sintam-se apoiados pelos seus pares e superiores hierárquicos e sejam dadas oportunidades de aprendizagem. A falta de conhecimento para a realização eficaz de *debriefings* ou feedback construtivo, pode condicionar a reação à intervenção. Os enfermeiros devem receber formação sobre debriefing, idealmente, a autora recomenda que a formação seja em grupos do mesmo contexto clínico. Enquanto se aprende a aplicar novos conhecimentos e competências, permite-se também a socialização dentro do grupo. É fundamental que seja dada ênfase aos aspetos positivos do debriefing e feedback construtivo, sem julgamentos e de modo informal, como parte do desenvolvimento pessoal e profissional. Deve-se utilizar estratégias de ensino ativo como o uso de brainstorming ou role-play. Além de se promover oportunidade de se aplicar os conhecimentos na prática clínica. Por fim, a falta de confiança, pode ser outra das barreiras à realização de debriefing. Gerada normalmente por falta de oportunidades de praticar ou experiências negativas. Assegurando que o profissional tem a formação, é importante manter uma dinâmica que encare o debriefing de forma construtiva. Deve-se ainda incentivar e apoiar a realização de debriefings como parte integrante da sua prática.

Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou o efeito do debriefing nos resultados clínicos em doentes que receberam tratamento para situações de emergência com risco de

vida (Couper et al., 2013). Neste estudo, o debriefing demonstrou contribuir para a melhoria da aprendizagem, reforçando o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas e melhores resultados para os doentes. Um resultado importante, foi a evidência da associação entre o debriefing e a melhoria do processo de reanimação cardiopulmonar. O debriefing baseia-se no ciclo de aprendizagem experimental de Kolb, processo ativo em que a reflexão sobre o evento e a análise são estratégias para a melhoria do desempenho futuro. Desse modo, o debriefing para equipas que lidam com situações de emergência melhora a aquisição e aplicação de conhecimentos e competência. Recomenda-se a sua integração na formação em medicina intensiva. Para além das vantagens para o processo de aprendizagem e resultados clínicos, dada a natureza stressante da prática clínica em cuidados intensivos, o debriefing está associado a benefícios psicológicos.

De acordo com Gillen et al. (2019), a investigação sobre a implementação do debriefing no contexto clínico tem aumentado, devido ao impacto demonstrado na qualidade da reanimação associado e ao aumento da sobrevivência após uma paragem cardiorrespiratória [PCR]. Através de um estudo observacional, os autores desenvolveram uma ferramenta de debriefing e treinaram a equipa de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], implementando o debriefing após PCR e avaliando posteriormente a eficácia dos debriefings conduzidos pela equipa e o efeito na comunicação entre a equipa multidisciplinar. Foi criado um registo dos eventos de PCR de forma a facilitar a recolha de dados a analisar e um guião para orientar a condução do debriefing. A equipa recebeu treino através de cenários simulados e de role play. O estudo durou 27 meses, e foram documentadas 105 PCR. Da quais foram preenchidos 75 registos de evento e documentados 63 *debriefings*. A taxa de realização de debriefing após PCR no final do estudo foi de 84%. As razões para a não realização foi devido ao enfermeiro e/ou médico estarem muito ocupados (58%); médico muito ocupado 8%, passagem de turno 25%; outro doente a necessitar de cuidados 8%; nenhuma razão fornecida 17%. Desta forma, o estudo considera a eficácia na implementação da cultura de debriefing após PCR, destacando-se as melhorias na comunicação, na interação interdisciplinares, na adesão às orientações de reanimação e no conforto geral ao solicitar um debriefing. Habitualmente a literatura descreve o debriefing realizado por médicos seniores, no estudo essa função foi assumida por outros membros da equipa. Desta forma aumentou-se a probabilidade de haver um profissional com o conhecimento e experiência para conduzir o debriefing. Para além disso, demonstrou permitir o desenvolvimento de competências de liderança, bem como de comunicação. Entendendo desta forma, que com treino e padronização do processo, outros médicos podem conduzir eficazmente debriefing no contexto clínico. Outro aspeto a considerar é o momento para a realização do debriefing, pelo que a literatura não determinou a forma ideal. No estudo em análise, foi utilizado o modelo de

“hot debriefing”, ou seja, quando imediatamente após o evento. Neste caso, torna-se facilitador para se conseguir realizar o debriefing com todos os intervenientes, e o foco são normalmente os aspetos qualitativos do desempenho da equipa, pelo que os dados de monitores/desfibriladores não estão disponíveis no imediato. Por outro lado, o “cold debriefing” ocorre dias, semanas ou meses após um evento. No caso, é possível obter dados objetivos sobre a qualidade da reanimação. A análise pode ser divulgada não só pelos participantes, como partilhar com a restante equipa. O “cold debriefing” demonstrou melhorar a qualidade da reanimação o resultado da reanimação. De acordo com os autores tanto o “hot debriefing” como o “cold debriefing” demonstraram ser benéficos.

### 1.3.1. Utilização do debriefing em cuidados intensivos

Reeder et al. (2018) através de um estudo Antes e Depois, avaliou se a utilização de *debriefings* em UCI combinado com treino *in situ* aumentam a taxa de sobrevivência com desfecho neurológico favorável após PCR na UCI. A intervenção consistiu em realizar sessões de debriefing programadas, mensalmente, no qual foram integrados dados fisiológicos sobre os eventos de reanimação. Todos os profissionais das UCI eram convidados a participar, independentemente de terem ou não estado envolvidos na PCR. E ainda, realizadas sessões de treino com um manequim no contexto clínico. A taxa global de sobrevivência com desfecho neurológico favorável aumentou de 29%, durante o período de controlo, para 50% no período de intervenção. Determinando que os indivíduos no período de intervenção tiveram maior probabilidade de sobreviver à alta hospitalar com desfecho neurológico favorável. Embora os resultados do estudo sejam limitados por se tratar de uma intervenção num pequeno estudo, unicêntrico, há evidência preliminar que sugere que os *debriefings* estruturados em contexto clínico podem melhorar o desempenho das equipas e aumentar o desfecho positivo para vítimas de PCR.

(Laurendine et al., 2020) reconhece que embora estudos demonstrem melhores resultados na utilização do *debriefing* na reanimação, poucos abordam as perspetivas de profissionais não médicos, como os enfermeiros. Por isso, aplicou um questionário a 75 profissionais de saúde de uma UCI Neonatal e implementou sessões de treino baseado em simulação clínica com sessões de debriefing. Os resultados do questionário demonstraram que a comunicação e a organização da equipa estavam entre as preocupações com maior potencial para melhorar o desempenho da equipa. Além disso, a equipa demonstrou que ter uma clara compreensão das funções de cada um, era uma dificuldade. As dificuldades identificadas foram resolvidas, através do desempenho do líder, com a atribuição de funções e treino prévio em reanimação. A par do desenvolvimento de competências não técnicas que

influenciam o desempenho da equipa, a intervenção permitiu desenvolver competência técnicas com os quais os profissionais relataram dificuldade, como, por exemplo, o uso do desfibrilhador. Constatou-se que durante o estudo, os profissionais, por sua iniciativa, realizavam *debriefings* em situações reais no contexto clínico, não estando previsto. Através do *debriefing* é possível identificar influências positivas e negativas em situação de PCR, ajudando a descrever as áreas de melhoria e destacar fatores que afetam os resultados. As suas aplicações em cenários de simulação clínica permitem caminhar para o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas. É uma medida que exige pouco tempo e demonstrou melhorar os resultados de sobrevivência em vítimas de PCR. Além disso, *debriefings* programados facilitam a análise e melhoram o desempenho e resultado em futuras reanimações. A utilização do *debriefing* após simulação permite que os participantes explorem áreas de aprendizagem menos exploradas, como a compreensão dos papéis dos membros, a realização do pedido de ajuda, a comunicação e a interação com os doentes. Embora uma estrutura padronizada para *debriefing* seja ideal, a implementação de aspetos de *debriefing* baseados em evidências pode melhorar a aprendizagem. Além disso, a construção de listas de verificação e guiões, melhora a responsabilidade e podem servir como orientação no ambiente clínico. O *debriefing* tem sido um recurso amplamente explorado no contexto do ensino na área da saúde, promovendo uma atitude reflexiva sobre a prática. A reflexão sobre a experiência, permite identificar lacunas no desempenho, discutir oportunidade de melhoria e consolidar os conhecimentos e competências, de forma, a que possam ser aplicados em situações futuras.

A literatura evidência as vantagens do *debriefing*, em ambientes clínicos como as UCI, associado a uma melhoria da aprendizagem, do desempenho do pessoal e dos resultados dos doentes, bem como da dinâmica e eficiência da equipa. O *debriefing* pode ser realizado após uma tarefa, turno ou evento crítico. É crucial no processo de aprendizagem, permite compreender, analisar e sintetizar o que pensaram, sentiram e fizeram. O *debriefing* na prática clínica pode ser difícil de implementar, no entanto, é um aspeto importante e eficaz na aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados.

A literatura sobre a utilização do *debriefing* em UCI é limitada. No entanto, a evidência de que o *debriefing* tem contribuído para a melhoria da qualidade da reanimação, melhorando os desfechos neurológicos em vítimas de PCR, tem impulsionado a que investigadores desenvolvam estudos sobre a temática. De acordo com a revisão realizada é possível considerar o *debriefing* enquanto estratégia facilitadora do processo de aprendizagem contínua e desenvolvimento de competências em ambientes clínicos, contribuindo para o melhor desempenho dos profissionais e atingindo cuidados de qualidade e mais seguros.

## 2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

O EEFF decorreu em diferentes contextos clínicos distintos, proporcionando uma experiência em diversas áreas de cuidados de saúde, que concorrem simultaneamente para a aquisição e desenvolvimento das competências enquanto EEEMC-PSC. A UCIP foi o contexto clínico predominantemente no período de estágio, com estágios de observação adicionais no Serviço de Esterilização, na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA], e no Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil [CMEPC].

Neste capítulo, apresentamos uma descrição detalhada onde os estágios ocorreram e uma caracterização dos diferentes contextos clínicos.

Por fim, realizamos uma análise da Gestão e Produção de Cuidados do contexto principal, a UCIP, de acordo com as práticas e protocolos que garantem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Devido à importância de manter o anonimato e a confidencialidade das instituições envolvidas, optamos por não revelar a identidade dos locais de estágio. Em vez disso, são utilizados nomes fictícios adequados para o efeito.

### 2.1 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A Unidade Local de Saúde [ULS] é composta por várias infraestruturas distribuídas pela região, incluindo hospitais, centros de saúde, entre outras estruturas que concorrem para a resposta em saúde da sua área de influência. Estes hospitais oferecem uma ampla variedade de serviços, desde cuidados de emergência, bloco operatório, internamento de diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, e consultas. Os centros de saúde e as unidades de cuidados continuados complementam os serviços hospitalares, proporcionando cuidados na comunidade e de proximidade (Decreto-Lei no 102/2023 de 7 de novembro. Diário da República, 1.a série, N.º 125, 2023; Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

A ULS cobre toda a região, uma das regiões mais ao sul de Portugal, abrangendo uma área de aproximadamente 4,996 km<sup>2</sup>. A região é conhecida pelo turismo, praias, e uma população que inclui residentes permanentes e uma grande quantidade de visitantes durante a época turística. A população residente são cerca de 450,000 pessoas, que pode mais do que duplicar durante a época de verão devido ao fluxo de turistas a esta região.

Assegura o acesso toda a população aos serviços de saúde, incluindo as áreas rurais e remotas, através da telemedicina e unidades móveis. Colabora com universidades e centros de pesquisa para promover a inovação e formação contínua dos profissionais. Compromete-se com a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, seguindo protocolos e participando em programas de acreditação. Focada na sustentabilidade ambiental, e na redução do impacto ecológico com eficiência energética e gestão de resíduos (██████████, 2019).

## 2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

### 2.2.1 Caracterização da estrutura física e recursos e materiais

As Unidades de Cuidados Intensivos, caracterizam-se enquanto ambientes clínicos que permitem assegurar a vigilância, monitorização e tratamento de doentes críticos. Focadas na abordagem e tratamento de pessoa com situações clínicas potencialmente reversíveis que necessitam de monitorização contínua e suporte vital, exigindo equipas médicas e de enfermagem especializadas e recursos tecnológicos avançados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2024).

O EEFF decorreu na UCIP, unidade funcional, integrada no Serviço de Medicina Intensiva [SMI], do qual para além da UCIP faz parte também, uma Unidade de Cuidados Intermédios e a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMIH] (médico e enfermeiro) responsável pela resposta a situações de emergência nas várias áreas do hospital, exceto no Serviço de Urgência (Ministério da Saúde [MS], 2018; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). Por sua vez o SMI está integrado no Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos. A equipa médica do SMI é ainda, responsável pela operacionalização da Sala de Emergência do Serviço de Urgência, no entanto, a equipa de enfermagem faz parte do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (██████████, 2017).

A UCIP está situada no primeiro andar do edifício principal, estando junto de outros serviços críticos como o Serviço de Urgência e Bloco Operatório, mas também de serviços de apoio, como Laboratório, Serviço de Sangue e Radiologia. É uma unidade nível III, polivalente, e está em funcionamento há mais de 20 anos. Assegura os meios de diagnóstico e terapêutica avançados, para situações de múltiplas disfunções ou falências orgânicas, ameaçadoras à vida do indivíduo (Ordem dos Médicos, 2018).

A UCIP é composta por áreas clínica e apoio, incluindo sala de reuniões, sala de pessoal, armazenamento, gabinete administrativo e sala de trabalho, sala de equipamentos, sala de

reuniões, duas arrecadações, uma sala de sujos, Gabinete do Enfermeiro Gestor, Gabinete do Médico Diretor da UCIP e Gabinete médico. A área clínica é dividida em duas salas separadas, com capacidade total de admissão de 12 camas, sendo 9 para cuidados intensivos e 3 para situações de exceção. Cada sala é do tipo “open space” e equipada com central de monitorização hemodinâmica, em cada sala, existe um quarto individual, para situações de isolamento, assegurando as medidas adicionais baseadas na via de transmissão, em caso de infeção transmissível. As unidades possuem áreas próprias com equipamentos e materiais de uso clínico, assegurando, na sua generalidade, iluminação natural e artificial, e espaço para a triagem adequada dos resíduos hospitalares. Cada unidade é constituída por uma cama, um sistema de monitorização de parâmetros vitais (capacidade de monitorização hemodinâmica invasiva), sistema de gases (ar respirável e oxigénio medicinal) e de aspiração por vácuo, quatro seringas infusoras, 2 bombas infusoras, gavetas, uma mesa de apoio, tomadas elétricas e um ventilador para ventilação mecânica invasiva e não invasiva (██████████, 2016). A par do equipamento disponível nas unidades, existem outros equipamentos, como: Monitor do Índice Bispectral (BIS), Terapia de Substituição da Função Renal, Pacemaker Intracavitário provisório, Cânula Nasal de Alto Fluxo, Ventiladores de transporte, *Cough Assist*, entre outros.

### 2.2.2 Caraterização dos meios humanos e metodologias de trabalho

A equipa multidisciplinar é composta por médicos (7), enfermeiros (34), Assistentes Técnicos (2), Assistentes Operacionais (12), fisioterapeuta (1) e ainda serviço de diatética e nutrição e farmácia. A equipa médica é exclusiva, com o apoio de outras especialidades, em presença permanente, com formação e treino adequado (CHA, 2016). A equipa de enfermagem dedicada em exclusividade às atividades assistências nesta unidade, constituída por cerca de 34 enfermeiros, dos quais: 1 Enfermeiro Gestor; 12 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; 8 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária; e 12 Enfermeiros de Cuidados Gerais. A organização dos cuidados é orientada pela metodologia de trabalho individual, como referência para os cuidados de enfermagem o modelo teórico de Nancy Roper. A distribuição da equipa de enfermagem segue os rácios de dotações, havendo habitualmente proporção enfermeiro-doente, 1:1 ou 1:2, considerando a carga de trabalho e condição clínica, que é determinada através *Therapeutic Intervention Scoring System*, que avalia a carga de trabalho com base nas intervenções de enfermagem e procedimentos, distribuindo de forma equitativa, o que permite manter cuidados diferenciado e seguros. em

situações complexas, que exijam monitorização, vigilância e terapêutica avançada (CHA, 2016; OE, 2019).

Ao longo do período do EEFF, por força da necessidade de intervenções de remodelação no Serviço de Urgência, este ocupou o espaço físico da Unidade de Cuidados Intermédios. Pelo que, pela necessidade de assegurar os cuidados, a UCIP expandiu a sua capacidade até às doze camas, com a capacidade de garantir os cuidados de nível II e nível III. Nessa altura os rácios enfermeiro-doente, sofreram naturalmente alterações, sendo que no turno da manhã e da tarde eram compostos por 7 enfermeiros e o turno da noite por 6 enfermeiros escalados.

A par das funções exercidas pelos enfermeiros, a nível institucional, foi criada uma estrutura de Elos de ligação nas diferentes áreas da Governação Clínica, que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Entre outras, os Elos são responsáveis por dinamizar, formar, monitorizar e auditar, tendo períodos previstos no horário que permita o desempenho das suas funções (██████, 2022).

A formação é encarada na UCIP como estratégia de garantia da segurança e qualidade, havendo oportunidade de os enfermeiros participarem nas ações de formação continua, disponibilizadas pela ULS ou ações externas. Por outro lado, a formação em serviço, todos os enfermeiros assumem o papel de formadores, organizando-se em grupos de 3-4 enfermeiros e dinamizando ações de formação mensais, durante 1h.

A partilha da informação através de indicadores de qualidade e a reflexão sobre os mesmos, é incentivada pela equipa de gestão, de forma que equipa avalie a eficácia dos cuidados e procure uma melhoria continua. Esta abordagem integrada demonstra o compromisso da UCIP com a prestação de cuidados de elevada qualidade, garantindo um contexto clínico altamente especializado e bem coordenado.

Na UCIP são utilizados vários sistemas de informação, no entanto, tem enfase o sistema B-ICU Care®, que permite a interação com alguns dos outros sistemas existentes. Os registos clínicos de enfermagem são realizados B-ICU Care®, onde é possível construir o Processo de Enfermagem, de forma a planear os cuidados e realizar os registos diários. Além disso, o sistema B-ICU Care®, sincroniza com os equipamentos de monitorização fazendo registo automático. A organização do trabalho de enfermagem é assegurada por turnos, manhãs (08h00 às 16h00), tardes (15h30 às 24h00) e noites (23h30 às 08h30). A transição de cuidados é realizada segundo a metodologia ISBAR: Identificação (*Identify*), Situação (*Situation*), Antecedentes (*Background*), Avaliação (*Assessment*) e Recomendação (*Recommendation*), num período dedicado (30 minutos) previsto no horário de trabalho (██████, 2023; DGS, 2017). Além da informação que garanta a continuidade dos cuidados entre a equipa da UCIO, esta é também muitas vezes utilizada como oportunidade para a

equipa partilhar informação e promover a reflexão. Cada turno é formado por cinco enfermeiros, durante a semana estão presentes o Enfermeiro Gestor e o Enfermeiro substituto, que em conjunto lideram o serviço e são reesponsáveis pela gestão. Nos turnos da tarde e da noite, ou em qualquer um dos turnos no fim de semana e feriados, um dos cinco enfermeiros escalados assume a função de responsável de turno, cabendo-lhe a gestão através da delegação de competências. Além de operacionalizar em conjunto com o médico de serviço a EEMIH.

### **2.2.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados**

As pessoas admitidas na UCIP são provenientes na sua maioria, do Serviço de Urgência ou Bloco Operatório, no entanto, também de qualquer outro serviço, perante situações de elevada complexidade, com necessidade de medidas avançadas de monitorização e terapêutica. De forma genérica os motivos de admissão à UCIP estão associados, por exemplo, a situações de: (1) falência respiratória; (2) falência hemodinâmica; (3) Pós-operatórios e politraumatizados (exceto se necessários cuidados neurocirúrgicos) com falência respiratória e/ou hemodinâmica; (4) intoxicações graves; (5) doença coronária aguda. Não é limitada a possibilidade de qualquer pessoa, independentemente da causa não ser das descritas, que por necessidade de monitorização, vigilância e terapêutica avançada, ser internada na UCIP (CHA, 2016).

O horário das visitas na UCIP é das 13h30 às 14h30 e das às 18h00 às 20h00. Cada pessoa internada na UCIP tem direito a receber o total 3 visitas em cada horário, organizados em períodos de 10 - 15 minutos cada. Não podem permanecer em simultâneo duas visitas, e não é permitida a entrada de menores de idade. Está ainda previsto, um horário de visita alargada para familiar ou pessoa significativa de referência, das 11h00 às 20h00. Durante o período de pandemia COVID-19, os horários de visita sofreram alterações, retomando após esse período, no entanto, à altura do EEFF ainda não tinha sido retomado o horário de visita alargada.

A entrada e saída das visitas é organizado por um AO, que faz a receção, encaminhado para espaço próprio onde o visitante deixa os seus pertences, realiza a higiene das mãos e é equipado com o equipamento de proteção individual [EPI] necessário, por exemplo bata. No final da visita o AO acompanha novamente o visitante, auxiliando na remoção do EPI, incentiva novamente à higiene das mãos e encaminha para a saída.

No entanto, na primeira visita o enfermeiro responsável pelos cuidados, está presente e deve realizar o acolhimento à família através de uma entrevista de acolhimento, em que

preferencialmente também deve estar presente o médico assistente. Durante a entrevista, deverá ser identificado o familiar ou pessoa significativa de referência, registado o número de contacto, dado esclarecimento sobre a situação clínica, devendo promover espaço para esclarecimento de dúvidas e preocupações. É ainda entregue o Guia de Acolhimento, sendo este um instrumento importante, por ter toda a informação que é transmitida, sobre os horários e outras informações abordadas na entrevista, mas muitas vezes não percebidas pelo estado emocional da família ou pessoa significativa naquela altura (CHA, 2016).

A alta da pessoa internada na UCIP, é um processo complexo e multidisciplinar, que exige uma abordagem estruturada e individualizada. Este processo inicia-se com a avaliação criteriosa da equipa médica e de enfermagem quanto à sua estabilidade clínica e de transição para um nível de cuidados menos diferenciado. A decisão da Alta deverá ser tomada em equipa, considerando não apenas os parâmetros fisiológicos, mas também as necessidades de cuidados continuados e o seu potencial de reabilitação. A articulação com os serviços de internamento, é fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados. A família deve estar envolvida no planeamento da alta e a educação para a saúde são práticas que se revelam essenciais para uma transição segura e para a prevenção de readmissões. E por isso, foi criada a consulta de follow-up de Medicina Intensiva, que é realizada por médico e enfermeiro após a alta na UCIP. A consulta é operacionalizada por 2 enfermeiras, especialistas em Enfermagem de Reabilitação, da UCIP. Acontece quinzenalmente, e tem como principal propósito a avaliação e o acompanhamento após a alta, com reavaliação a longo de um período (3 meses, 6 meses e 1 ano) até alta da consulta de *follow-up* de Medicina Intensiva. Na consulta, para além da avaliação física, são aplicadas escalas que possibilitam determinar o impacto nas atividades vida diária e a presença do Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

## 2.3 ESTÁGIOS DE OBSERVAÇÃO

### 2.3.1 Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil

O Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro [SIOPS] é um componente essencial da estrutura de resposta a emergências proteção civil em Portugal. Dando a estrutura, normas e procedimentos que asseguram a articulação dos vários agentes intervenientes, de acordo com princípio de comando único, sem que isso ponha em causa a dependência hierárquica e funcional de cada agente. O SIOPS preconiza uma estrutura descentralizada com diferentes patamares em que a coordenação institucional (nacional, regional, sub-regional e municipal) é garantida através de centros de coordenação operacional

com a articulação operacional dos agentes integrantes do SIOPS nas diferentes operações de socorro. A nível municipal, a competência é da Camara Municipal, sendo o Presidente da Câmara Municipal a figura responsável pelas ações de mitigação, preparação, resposta e reabilitação. É assistido pela Comissão Municipal de Proteção Civil, órgão responsável por coordenar em matéria de proteção civil, cabendo de forma geral o planeamento e acionamento do Plano Municipal de Emergência, difusão de informação e avisos e promover exercícios de preparação à resposta a situações de exceção. A par disso, o Serviço Municipal de Proteção civil [SMPC] é ainda uma a força operacional na resposta a desastres graves e catástrofes. Estando nas suas atribuições a gestão do Centro de Coordenação Operacional Municipal [CCOM], dirigido pelo Coordenador Municipal de Proteção Civil, é assegurada a coordenação institucional de todos os intervenientes em operações de proteção e socorro, ao nível territorial do seu município (Ministério da Administração Interna, 2022).

Ao longo do EEFF, tivemos a oportunidade de realizar estágio de observação no Centro Municipal de Emergência e Proteção Civil [CMEPC], unidade orgânica da SMPC. O CMEPC é responsável pela coordenação e gestão de emergências e desastres ao nível municipal, em complementaridade com CCOM. Na sua estrutura, inclui uma central de telecomunicações, onde para além de estarem presentes elementos do Serviço Municipal de Proteção Civil, estão também operacionais dos Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa. A intenção é que no futuro todas os agentes essenciais, e que diariamente concorrem para a resposta a operações de proteção e socorro, estejam representados num único espaço. Não obstante a isso, o CMEPC procura trabalhar em estreita colaboração com entidades e instituições, de forma a garantir uma pronta e eficaz resposta. Para além da central de telecomunicações, o CMEPC do SMPC dispõe de meios e materiais de logística que apoiam as operações. A sua estrutura é composta por um Coordenador Municipal, um técnico de segurança contra incêndios, um engenheiro florestal, um técnico superior na área dos recursos humanos, 1 técnico superior na área da sensibilização, um técnico superior na área das operações e dois assistentes técnicos. Fazem parte ainda do SMPC as equipas de sapadores florestais, responsáveis pelas ações de sensibilização e manutenção de combustíveis, no âmbito do plano contra incêndios rurais. A atividade é mantida em permanência através do CMEPC com monitorização da situação e ativação dos meios de acordo com Estado de Alerta Especial da Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC]. A sinergia entre o SMPC e Corpo de Bombeiros permite uma resposta alargada e atempada.

### **2.3.2 Serviço de Esterilização**

O Serviço de Esterilização, é o que garante a utilização segura de equipamentos e materiais clínicos utilizados nas diversas unidades e serviços da ULS, cabendo-lhe a responsabilidade de: recolha de instrumentos ou dispositivos médicos; da limpeza e desinfeção; inspeção, montagem e embalamento; esterilização; e armazenamento. É um serviço fundamental para garantir a segurança e prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS], de acordo protocolos rigorosos e controlo de qualidade (Ministério da Defesa Nacional, 2024).

O Serviço de Esterilização da ULS, é gerido pelo Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório, tendo alocado 1 enfermeiro a tempo integral nos dias úteis, das 08h00 às 16h30, que supervisiona o trabalho desenvolvido e apoia na gestão. Além disso, participam ainda alguns enfermeiros do Bloco Operatório que nas tardes, exercem funções de supervisão. No entanto, a produção é assegurada por uma equipa de AO, na sua maioria com vários anos de experiência.

Além do serviço de reprocessamento interno, o Serviço de Esterilização tem protocolos com instituições publicas e empresas privadas, em particular com os Centros de Saúde.

O serviço é constituído por uma área de receção “sujos”, área de limpeza e lavagem, sala de esterilização, área de montagem e embalamento, armazenamento e expediente. Tem ainda 2 gabinetes, balneário feminino e masculino, copa e área de transição.

Embora, se encontre no piso -1, o Serviço de Esterilização tem contacto com todos os serviços hospitalares, pelo facto de ser responsável pela recolha e transporte de material diverso, mas também porque, pela sua especificidade, acaba por ser um ponto de apoio aos outros profissionais.

### **2.3.3 Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos**

Através do Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] fundindo, assim, os anteriores programas nacionais de Controlo de Infeção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. No Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro, foi definida a estrutura de gestão do PPCIRA, pelo se procedeu a atualização através do Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. De forma geral, o PPCIRA, tem como objetivos: reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde; promover o uso correto de antimicrobianos; e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Ministério da Saúde [MS], 2022; MS, 2013).

A Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [UL-PPCIRA] hospitalares, é uma unidade orgânica, tendo por base o trabalho multidisciplinar. É constituída, por um diretor médico e um enfermeiro gestor, dedicados a tempo integral na UL-PPCIRA. Fazem ainda parte da equipa outros profissionais, tais como: médicos, incluindo, pelo menos, um patologista clínico ou microbiologista, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde. Nas instituições hospitalares com número inferior a 150 camas, é possível que o diretor e o enfermeiro, possam ter outras atividades, no entanto, não com ocupação superior a 1/3 do tempo normal de trabalho. Por outro lado, por cada 250 camas hospitalares, a UL-PPCIRA deve ter um médico adicional, em tempo parcial previsto de no mínimo de 28h e ainda mais 1 enfermeiro por cada 150 camas hospitalares, em plena dedicação (MS, 2022).

A UL-PPCIRA é a estrutura local, mais próxima dos contextos de prática clínica, com responsabilidade de assegurar a implementação das normas e orientações, colaborando diretamente com a Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. De entre as competências a UL-PPCIRA destaca-se: supervisionar as práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção [PCI] e do uso de antimicrobianos, garantir o cumprimento dos programas de vigilância epidemiológica de IACS e de resistência aos antimicrobianos, em particular dos microrganismos-problema e de microrganismos alerta, e a implementação de auditorias na instituição, assegurar a implementação de isolamentos de agentes multirresistentes, controlar e apoiar as práticas de prescrição de antimicrobianos, desenvolver programas de boas práticas, em particular em relação à higiene das mãos, ao uso de EPI e controlo ambiental, e apoiar no desenvolvimento de programas de educação e formação, e ação de divulgação contribuindo para a literacia em saúde (MS, 2022).

A UL-PPCIRA da ULS, é composta por um diretor médico, duas enfermeiras e uma assistente técnica. Realizam a monitorização diária da incidência de infeções, com particular dinamismo entre a equipa da UL-PPCIRA e o Laboratório. Desta forma, é possível a identificação de microrganismos “alerta” precocemente, permitindo a implementação das medidas adicionais adequadas para a prevenção e controlo de infeções. A UL-PPCIRA desenvolve as funções de assessoria aos profissionais de saúde, sobretudo no que diz respeito às medidas a instituir e no uso correto de antimicrobianos.

## 2.4 PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A elaboração do PIP, integrado nas atividades do EEFF de acordo com o cronograma (Apêndice I), e intitulado Debriefing clínico: promoção da Qualidade e Segurança em

Cuidados Intensivos, está inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, e foi baseado na MTP e sustentado pelo MQC©

De acordo com Ruivo et al. (2010), “a metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”. É estruturada em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados), permitindo o desenvolvimento da problemática em foco, de forma organizada e fundamentada pela evidência, com intenção de assegurar a melhoria continua no CPC.

Duffy & Hoskins (2003), através do MQC©, enfatizam a integração da dimensão do cuidado humano na prática clínica, evidenciando a qualidade das relações entre profissionais de saúde e as pessoas alvo de cuidados, como essencial para melhorar a experiência e satisfação. O modelo apoia o uso da prática baseada em evidências e centrada na pessoa, de forma a alcançar cuidados seguros e de elevada qualidade, e de melhorarem a satisfação dos profissionais. Além disso, referem que ambientes de trabalho positivos que promovem o cuidado interpessoal não só aumentam a satisfação dos envolvidos, mas também a eficiência e os resultados em saúde.

Desta forma a utilização do *debriefing* não têm exclusivamente o propósito da reflexão e aprendizagem experimental, ou identificar e gerar soluções para problemas com vista à melhoria da qualidade e segurança, mas permite também melhorar a comunicação, fortalecer a colaboração e a relação entre os membros da equipa, sendo estes, aspetos essenciais para promover um ambiente e cultura focada na segurança e qualidade dos cuidados de saúde (Gillen et al., 2019; Laurendine et al., 2020; Ugwu et al., 2020).

Assim, iremos de seguida descrever as várias etapas de acordo com o MTP, utilizadas no desenvolvimento do PIP ao longo do EEFF.

#### **2.4.1 Diagnóstico de situação e definição do problema**

A etapa de diagnóstico de situação, é a primeira etapa da Metodologia Trabalho de Projeto [MTP], procura “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”, ou seja, através desta fase é identificada a temática de acordo com as necessidades reais do Contexto de Prática Clínica [CPC], as prioridades e os recursos para a sua concretização (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Ao iniciar o EEFF, em conjunto com a Enfermeira Supervisora Clínica [ESC], efetuamos uma análise das áreas e temáticas com oportunidade de melhoria enquanto necessidade do serviço. A equipa, tanto médica como de enfermagem, da UCIP ao longo do seu período de

funcionamento tem-se empenhado na criação de normas e protocolos, que permitem a prática baseada em evidência e adequado funcionamento. Esta foi uma dificuldade, na identificação da temática. Após o decorrer do período inicial do EEFF, que permitiu conhecer o funcionamento e organização do serviço, e consultar as normas e protocolos da UCIP, em discussão com a ESC, evidenciámos a prática comum da equipa de desenvolver reflexões sobre a sua prática, no decorrer dos turnos ou no período da passagem de turno. Constatámos, ainda, a ausência de orientações institucionais para a realização de *debriefings*.

De acordo com Diaz-Navarro et al. (2021a), o *debriefing* é uma conversa estruturada entre a equipa, que promove a reflexão sobre uma experiência, permitindo identificar oportunidades de aprendizagem e necessidades de melhoria, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Perante isto, consideramos que um projeto de intervenção no âmbito da implementação do *debriefing* em contexto clínico de cuidados de saúde, seria uma oportunidade de contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

Além disso, não obstante ao propósito de identificar uma necessidade real do contexto de prática clínica, esta é uma temática de interesse pessoal.

Realizamos uma entrevista exploratória, não estruturada, com o Enfermeiro Gestor e com a ESC. Durante a entrevista realizamos uma análise do CPC e uma reflexão sobre a temática proposta, evidenciando a sua pertinência, enquanto estratégia promotora da melhoria e segurança dos cuidados. O Enfermeiro Gestor aceitou a proposta, reconhecendo os potenciais ganhos da implementação do *debriefing*, prática que embora realizada de forma não estruturada, já era comum na equipa de enfermagem.

Realizamos, em seguida, uma reunião com a Professora Orientadora, para apresentação e análise da temática. A Professora Orientadora para além de reconhecer a relevância da temática para o CPC em que decorre EEFF, também reconhece a pertinência do ponto de vista académico e científico do desenvolvimento do PIP nesta área.

Após ter sido validada a pertinência da temática por todos os intervenientes, de forma a fundamentar a concretização do PIP, realizamos uma análise através do método de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), o que permite identificar os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças (Ruivo et al., 2010, p. 14).

Através da análise SWOT (Tabela 1), verificamos uma equipa de enfermagem motivada para aprendizagem contínua e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a inexistência de normas ou orientações institucionais e baixos custos da intervenção, são pontos fortes na sua implementação. Por outro lado, o risco de desmotivação face à carga de trabalho, sobretudo por motivos externos ao CPC, a desvalorização da profissão de enfermagem e a inexistências de formação sobre a temática, são entendidos enquanto pontos

fracos. Encaramos o desafio, como oportunidade de desenvolver competências da equipa de enfermagem sobre a temática e a criação de documentos orientadores, que possibilitam a condução de sessões de *debriefing*, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança nos cuidados prestados. Não obstante da resistência à mudança de práticas e adesão às ações de formação e treino, são ameaças ao sucesso da implementação do PIP.

		<b>INTERNO</b>			
<b>POSITIVO</b>	<b>FORÇAS (S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem motivada na aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos, enquanto contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;</li> <li>• Apoio e consentimento do Enfermeiro Gestor, da Supervisora Clínica, que cumulativamente desempenha a função de Enfermeira Responsável da Formação em Serviço e da professora orientadora;</li> <li>• Área de interesse pessoal proporcionando motivação;</li> <li>• Inexistência de norma/oriações;</li> <li>• Sem custos adicionais.</li> </ul>	<b>FRAQUEZAS (W)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de desmotivação da equipa de enfermagem face à carga de trabalho e desvalorização profissional;</li> <li>• Inexistência de formação prévia sobre a temática.</li> </ul>	<b>NEGATIVO</b>
	<b>OPORTUNIDADES (O)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da qualidade e segurança nos cuidados prestados;</li> <li>• Formar e/ou aperfeiçoar conhecimentos e competências sobre Debriefing clínico;</li> <li>• Promoção do desenvolvimento de boas práticas;</li> <li>• Realização de documento orientador da realização de Debriefing clínico.</li> </ul>	<b>AMEAÇAS (T)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança nas práticas do serviço;</li> <li>• Adesão limitada às ações de formação.</li> </ul>	
		<b>EXTERNO</b>			

Tabela 1 - Análise SWOT. Adaptado de Ruivo et al. (2010)

Quisemos ainda, envolver a equipa de enfermagem no diagnóstico de situação, e por isso realizamos entrevistas não estruturadas, de forma aleatória. Pretendíamos apresentar a temática, através uma breve reflexão e enquadramento. Foi demonstrado interesse e a motivação sobre a temática em estudo, pelo que os entrevistados reconheceram a lacuna na formação e as vantagens na utilização de um processo estruturado na condução dos debriefings.

Através deste processo de diagnóstico de situação, constatamos que o *debriefing* é prática comum, no entanto não realizado de forma estruturada, não havendo orientações institucionais, e que a equipa demonstrou interesse e motivação, identificamos a situação e a problemática: ausência de padronização na implementação do *debriefing* em contexto clínico em cuidados intensivos. Desta forma, definimos e sustentamos a necessidade da implementação do PIP.

#### **2.4.2 Definição dos objetivos**

Após o diagnóstico de situação e a Definição da Problemática, a segunda etapa da MTP é a definição de objetivos. Os objetivos definem os resultados esperados com a implementação do PIP, pelo que deve ser construído um objetivo geral, vasto e complexo e objetivos específicos, que resultam da subdivisão do objetivo geral (Ruivo et al., 2010).

De acordo, com a situação e problemática, objetivo geral definido foi:

- Promover a melhoria da Qualidade e Segurança dos cuidados de enfermagem em Cuidados Intensivos, através da implementação do Debriefing clínico.

Por sua vez, os objetivos específicos definidos foram:

1. Mapear a evidência científica mais recente sobre a implementação de *debriefing* clínico em Cuidados Intensivos;
2. Elaborar um documento orientador que facilite a condução das sessões de *debriefing* clínico;
3. Elaborar um poster sobre a estrutura a aplicar na realização de *debriefing* clínico;
4. Desenvolver uma ação de formação sobre *debriefing* clínico em cuidados intensivos.

#### **2.4.3 Planeamento e execução**

O planeamento, é a terceira etapa do MTP, consistindo na elaboração do plano de forma descritiva e detalhada, com calendarização das atividades propostas e dos recursos necessários. Por sua vez a execução, é etapa seguinte, que corresponde à concretização das atividades planeadas (Ruivo et al., 2010).

Após identificada a situação e problemática e aceite pela Conselho Técnico-científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, elaboramos um plano como Proposta de PIP e solicitamos o pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULS para implementação (Anexo I).

Assim iniciamos a implementação do PIP, com a concretização dos vários objetivos específicos, de acordo com as atividades planeadas, previstas no cronograma, os meios e recursos e a definição de indicadores de avaliação.

**Objetivo específico 1** - Mapear a evidência científica mais recente sobre a implementação de *debriefing* clínico em Cuidados Intensivos.

Realizamos uma Revisão *Scoping* [RSc] para identificar e sintetizar a evidência científica sobre a utilização do *debriefing* em contexto clínico de Unidades de Cuidados Intensivos. Desta forma, a pergunta de investigação formulada, de acordo com o objetivo foi: “Qual a importância da utilização do *debriefing* em Unidades de Cuidados Intensivos?” (Apêndice II).

A RSc foi conduzida de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs [JBI] para revisões *Scoping* (Aromataris & Munn, 2020).

A pergunta de investigação utilizou a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) de acordo com as recomendações do JBI para as revisões *scoping* (Aromataris & Munn, 2020), foram incluídos estudos que quanto à **População**, incluíam profissionais de saúde, independentemente da categoria profissional; quanto ao **Conceito**, recorrem à utilização do *debriefing* clínico, excluindo estudos que decorriam no âmbito da prática simulada na formação pré e pós graduada; e quanto ao **Contexto**, limitava ao contexto clínico em Unidades de Cuidados Intensivos adulto e pediátrico.

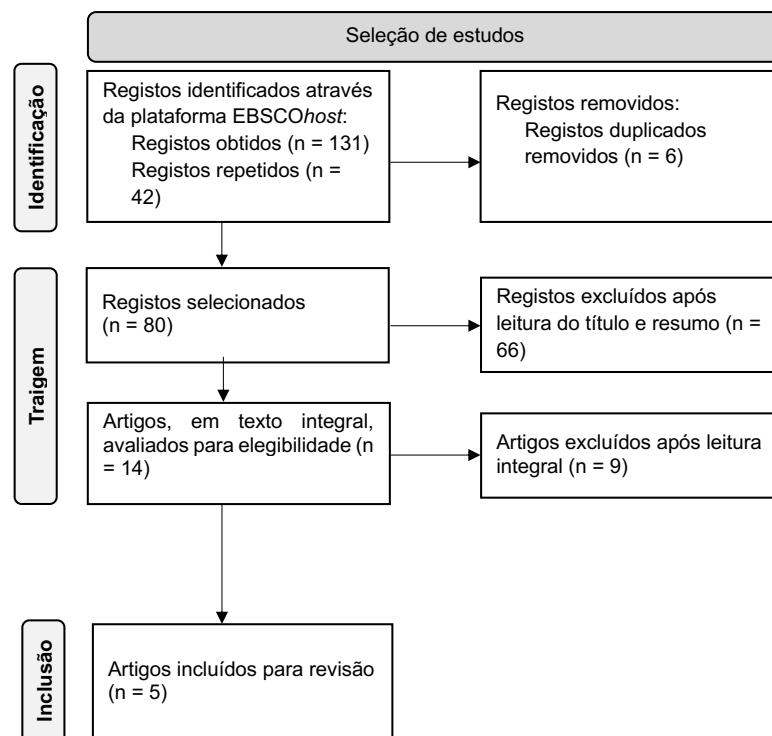
Foram considerados estudos quantitativos (incluindo quaisquer desenhos de estudos experimentais e estudos observacionais), qualitativos (que incluam quaisquer estudos que se concentrem em dados qualitativos) e revisões sistemáticas. E ainda, incluídos textos e artigos de opinião.

A pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCOhost, incluindo as seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers, CINAHL Complete.

De forma, a limitar a estratégia de pesquisa foram ainda utilizados operadores booleanos (AND, OR, NOT) e caracteres curinga. Foram considerados para inclusão, texto integral, de estudos escritos em inglês, espanhol e português, publicados entre os anos 2013-2023.

A pesquisa inicial originou 80 resultados, foram selecionados 14 para leitura integral, dos quais 5 foram incluídos para revisão (Figura 1). A análise dos artigos incluídos para revisão, revelaram que o *debriefing* promove melhoria do desempenho das equipas de saúde e aumenta a segurança dos cuidados. O *debriefing* demonstrou ser uma estratégia importante na aprendizagem experimental, por facilitar a identificação de mudanças na prática em

eventos futuros. A utilização do *debriefing* em ambientes clínicos pode acontecer após eventos reais ou, de forma, combinada com treino baseado em simulação clínica. Permitindo aos profissionais de saúde, desenvolverem competências essenciais, através da análise e reflexão do desempenho, identificando ações de melhoria no futuro. Além, de contribuir para o desenvolvimento de competências, melhora a comunicação entre membros da equipa e promove maior adesão a diretrizes. E ainda, traz benefícios psicológicos essenciais, dada a natureza stressante da prática clínica.



**Figura 1** - Diagrama de fluxo de estudos PRISMA. Adaptado de Page et al. (2021).

Apesar de limitada, a literatura existente, evidencia a importância da utilização do debriefing em Unidades de Cuidados Intensivos na facilitação da aquisição e desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde e na melhoria da segurança dos cuidados. No entanto, existe a necessidade de investigação adicional sobre o tema para melhor compreensão e generalização dos resultados.

Para operacionalização deste objetivo os meios humanos envolvidos foram a ESC e a Professora Orientador e Enfermeiro Gestor. No que diz respeito aos recursos materiais: computador, plataforma EBSCOhost, Mendeley versão 1.19.8 e Microsoft Word®.

**Indicador de avaliação:** elaboração da RSc, sendo que com base nesta será organizada a ação de formação, elaborado o documento orientador e poster sobre a temática.

**Objetivo específico 2** - Elaborar um documento orientador que facilite a condução das sessões de debriefing clínico.

Após a RSc, a revisão da literatura sustentou a pesquisa que permitiu desenvolvermos um documento orientador para a condução de sessões de *debriefing* em contexto clínico.

O *debriefing* pode ser usado no quotidiano em CPC, envolvendo idealmente todos os membros da equipa, sendo que deve ter caráter voluntário não promovendo constrangimentos. Sendo fundamental os CPC promoverem a segurança psicológica e a privacidade das conversas. A par disso, uma estrutura de referência é facilitadora para o sucesso na condução do *debriefing* (Coggins et al., 2021; Diaz-Navarro et al., 2021).

A pesquisa permitiu identificar diferentes modelos e ferramentas de *debriefing* que apoiam os profissionais de saúde na sua execução. Após uma análise dos diferentes modelos, identificamos a ferramenta TALK® (Target, Analysis, Learning Points e Key Actions) da TALK Foundation.

A ferramenta TALK®, permite estabelecer “uma conversa estruturada, sobre eventos ocorridos, de forma positiva e não ameaçadora”, com objetivo de analisar o desempenho da equipa num evento clínico, enfatizando as ações bem-sucedidas e identificar oportunidades de melhoria. Resulta na identificação de ações-chave, que os participantes assumem a responsabilidade de as realizar, de forma a melhorar a segurança do doente. Promove oportunidade para que a equipa partilhe a sua perspetiva sobre a experiência e explore os fatores facilitadores e dificuldades, e estimula a aprendizagem através das experiências vividas no contexto da prática clínica, num ambiente favorável que contribui para o bem-estar da equipa. As sessões não devem demorar mais de 10 minutos, e pode ser realizada imediatamente após um caso clínico, no final de um turno ou mais tarde. Pode acontecer em situações pré-acordadas ou de forma espontânea, quando a equipa entende como oportunidade de reflexão. Qualquer membro da equipa pode iniciar o *debriefing*. Todos devem ter oportunidade de contribuir, independentemente da sua função ou experiência. A sua adaptabilidade permite adequar aos diferentes contextos de prática clínica, tanto a nível hospitalar como extra-hospitalar. Deve-se concentrar nas soluções para os problemas identificados e no desempenho da equipa. Assumindo a responsabilidade pelas ações que garantirá a sua concretização. Não deixando de lado, que esta deve ser uma experiência positiva para a equipa, devendo evitar-se comentários e comportamentos negativos (Diaz-Navarro et al., 2021).

Elaboramos por isso o documento orientador (Apêndice III) para as sessões de *debriefing* baseando-nos na ferramenta TALK© e nos seus princípios. A TALK Foundation disponibiliza alguns materiais de formação e apoio gratuito, em particular o cartão de ação (Anexo III) que permite que os participantes acompanhem a condução da sessão. Respeitando os direitos de autor, foram impressos os cartões de forma a serem disponibilizados nas sessões de *debriefing*. No entanto, tendo o moderador um papel fundamental no sucesso da sessão o guia orientador elaborado, para além das etapas preconizadas e os valores TALK© com base na literatura foram descritas estratégias com estratégias e atitudes que o moderador deve adotar promovendo segurança psicológica e estimulando à participação.

Para operacionalização deste objetivo os meios humanos envolvidos foram a ESC e a Professora Orientador e Enfermeiro Gestor. No que diz respeito aos recursos materiais: computador, a RSc, plataforma EBSCOhost, Mendeley versão 1.19.8 e Canva.

**Indicador de avaliação:** apresentação final do documento orientador, intitulado “Guia para condução de *Debriefing* Clínico” na ação de formação em serviço, disponibilizando uma pasta no serviço juntamente com os cartões de ação TALK© (Apêndice IV).

**Objetivo específico 3** - Elaborar um poster sobre a estrutura a aplicar na realização de *debriefing* clínico.

A elaboração do poster (Apêndice V) sobre a estrutura a aplicar na realização de *debriefing* clínico teve como base a ferramenta TALK©, adotada para a construção do “Guia de condução de *Debriefing* Clínico”. Servirá não só como uma ferramenta de apoio, mas também enquanto estratégia de divulgação e sensibilização.

Para operacionalização deste objetivo os meios humanos envolvidos foram a ESC e a Professora Orientador e Enfermeiro Gestor. No que diz respeito aos recursos materiais: computador, a RSc, “Guia de condução de *Debriefing* Clínico” e Canva.

**Indicador de avaliação:** elaboração do poster, e divulgação na ação de formação em serviço, e afixado na Sala de Reunião e Sala de Pessoal.

**Objetivo específico 4** - Desenvolver uma ação de formação sobre *debriefing* clínico em cuidados intensivos.

De forma a capacitar os enfermeiros com as competências necessárias, e sensibilização sobre a temática, planeamos uma ação de formação em serviço (Apêndice VI). Construímos o plano de sessão, estabelecendo a estrutura da ação e definindo aspetos como a duração

da ação, os objetivos, o conteúdo, os métodos e os recursos necessários à sua operacionalização.

De seguida, verificamos com a Enfermeira Responsável da Formação em Serviço a disponibilidade para agendamento. Considerando que a ESC era a Responsável da Formação em Serviço, o que foi um especto facilitador.

A divulgação da ação de formação foi realizada através da afixação de um cartaz (Apêndice VII) na sala de pessoal e por via eletrónica.

A ação de formação (Apêndice VIII e Anexo II), intitulava-se "*Debriefing* clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos" e sustentada pela evidência revista na RSc. Tendo como objetivo geral: Promover a Qualidade e Segurança dos cuidados de enfermagem em Cuidados Intensivos, através da implementação do *Debriefing* clínico. E os objetivos específicos definidos foram: Reconhecer a importância do *debriefing* na prática clínica em cuidados intensivos; identificar as oportunidades para realizar *debriefing* no contexto para prática clínica; demonstrar a aplicação da ferramenta TALK<sup>®</sup> para condução do *debriefing* clínico.

A ação decorre presencial, no entanto tal como tem sido uma prática por constrangimentos devido à Pandemia COVID-19, foi também possível que os enfermeiros assistissem à distância Microsoft TEAMS<sup>®</sup>, promovendo também uma maior participação.

De forma a realizar a avaliação da satisfação dos participantes na ação de formação, no final da ação será pedido o preenchimento o Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação (Apêndice IX), assegurando o animato dos participantes.

Após a ação de formação será realizada uma sessão de treino de *debriefing* clínico no CPC, em contexto de trabalho, no final do turno da manhã. O desempenho dos participantes, será monitorizado através de uma grelha de observação (Apêndice X).

Para operacionalização deste objetivo os meios humanos envolvidos foram a ESC e a Professora Orientador e Enfermeiro Gestor. No que diz respeito aos recursos materiais: sala de formação, computador, projetor/TV, Microsoft Powerpoint<sup>®</sup>, poster, cartões ação TALK<sup>®</sup> Guia de condução de *Debriefing* Clínico e grelha de observação do treino de *Debriefing*.

**Indicador de avaliação:** realização de uma ação da ação de formação com taxa de participação igual ou superior a 50% na ação de formação por parte da equipa de enfermagem da UCIP.

#### 2.4.4 Avaliação e divulgação de resultados

Na MTP a avaliação é contínua, permitindo a redefinição de objetivos, bem como das atividades e estratégias a desenvolver, para a concretização do projeto. Por isso deve ser dinâmica e rigorosa, com análise e reflexão baseados nos objetivos a alcançar, de forma a assegurar a eficiente e eficácia da sua implementação (Ruivo et al., 2010).

Além disso, interligando com o MQC<sup>®</sup>, que sugere uma adaptação contínua dos cuidados com base na avaliação e *feedback*, esta etapa permite ao longo do processo realizar ajustes e melhorias constantes, baseados na evidência mais atual e nas experiências ao longo do processo.

De seguida, apresentamos a avaliação dos objetivos propostos no PIP, com análise e reflexão das atividades planeadas.

**Objetivo específico 1** - Mapear a evidência científica mais recente sobre a implementação de debriefing clínico em Cuidados Intensivos.

**Indicador de avaliação:** elaborada a RSc, sendo que com base nesta será organizada a ação de formação, elaborado do documento orientador e poster sobre a temática.

Elaboramos a RSc, permitindo mapear a evidência sobre a temática do PIP, sustentando assim o projeto na literatura mais atual. A realização da RSc serviu como fonte do conhecimento que fundamentou a elaboração de outros objetivos, em particular na criação do documento orientador, do poster e ação de formação.

O *debriefing* é uma estratégia amplamente utilizada, no entanto, e à semelhança do que observou no CPC do EEFF, na sua maioria os participantes não tem formação adequada e não são utilizadas estruturas de referência que oriente a sua execução.

Através da RSc, foi possível identificar estratégias que ajudariam a implementação do *debriefing* em contexto clínicos, identificando estratégias e sobretudo modelos validados que facilitam a sua condução.

**Objetivo específico 2** - Elaborar um documento orientador que facilite a condução das sessões de *debriefing* clínico.

**Indicador de avaliação:** apresentação do documento orientador, intitulado “Guia para condução de *Debrifing* Clínico” na ação de formação em serviço, disponibilizando uma pasta no serviço juntamente com os cartões de ação TALK<sup>®</sup>.

A elaboração do “Guia para a condução de *Debriefing* Clínico” tem como intenção facilitar a execução das sessões *debriefing*, pelo que optamos pela ferramenta TALK<sup>®</sup> validada cientificamente e utilizada em vários países. Pela sua estrutura simples, e curta duração, permite a sua aplicação em CPC.

A apresentação da versão final foi realizada na ação de formação, explicando aos presentes a sua estrutura e posteriormente testada numa sessão prática de treino.

De forma a complementar, utilizamos os produtos próprios da TALK<sup>®</sup>, disponibilizando cartões de ação, em que cada participante poderá acompanhar as várias etapas do *debriefing* e esclarecendo o objetivo de cada uma delas.

**Objetivo específico 3** - Elaborar um poster sobre a estrutura a aplicar na realização de *debriefing* clínico.

**Indicador de avaliação:** apresentação do poster, na ação de formação em serviço e afixado na Sala de Reunião e Sala de Pessoal.

A elaboração do poster teve como base a RSc e sobretudo a ferramenta TALK<sup>®</sup>, pretendendo ser um instrumento de auxílio na realização de sessões de *debriefing* e também como forma de sensibilização. Apresentamos o poster na ação de formação e afixamos na sala de pessoal.

**Objetivo específico 4** - Desenvolver uma ação de formação sobre *debriefing* clínico em cuidados intensivos.

**Indicador de avaliação:** realizada a ação de formação intitulada “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”, com apresentação dos documentos orientadores e realizada 1 sessão de treino prático em contexto de trabalho.

A ação de formação no dia 18 de janeiro de 2024, tendo participado vinte enfermeiros (58%) da equipa de enfermagem na UCIP. A apresentação decorreu de acordo com o previsto no plano de sessão, e ainda divulgados todos os materiais elaborados no âmbito do PIP. No final, foi pedido para que os participantes preenchessem o Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação (Tabela 2), no entanto, recebemos apenas doze respostas.

No dia 26 de janeiro de 2024, foi realizada uma sessão de treino, participaram doze enfermeiros (35%) da equipa de enfermagem da UCIP, na transição do turno da manhã para a tarde. A participação nas sessões de treino foi facultativa, condição também ela na realização de *debriefing* em contexto real.

NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
<b>OS FORMADORES</b>					
Domínio dos conteúdos e técnicas		8,3%	16,7%		75%
Clareza e envolvimento com o grupo		8,3%	16,7%	16,7%	58%
Incentivo dos formandos a participar na ação		16,7%	8,3%	41,7%	33,3%
<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>					
Linguagem clara e objetiva		8,3%	16,7%		75%
Identificados os objetivos de forma clara		8,3%	16,7%		75%
Interesse nos temas expostos		8,3%	16,7%	16,7%	58,3%
Utilidade dos conhecimentos adquiridos		8,3%	16,7%	33,3%	41,7%
<b>QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS</b>					
Documentos de apoio		8,3%	25%	25%	41,7%
Meios audiovisuais		8,3%	16,7%	16,7%	
Material de demonstração		8,3%	16,7%	25%	50%
Instalações (conforto, acessos, iluminação)		8,3%	25%		66,7%
<b>ORGANIZAÇÃO</b>					
Divulgação da formação		8,3%	25%	16,7%	50%
Cumprimento do horário previsto		25%	8,3%	33,3%	33,3%
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas		16,7	8,3	41,7%	33,3%
Organização da ação de formação foi eficiente		16,7	8,3%	25%	50%

**Tabela 2** - Resultados do Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação. Elaboração própria.

De reforçar, que a participação nas atividades propostas no âmbito da implementação do projeto, foi facultativa. Pelo que garantimos os aspetos éticos e legais subjacentes à prática de enfermagem, e realizado o pedido de parecer à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULS (Anexo I). Durante as várias fases do projeto, será assegurada a confidencialidade e privacidade dos participantes, não estando prevista a recolha de dados.

A participação ativa da equipa da UCIP nas atividades propostas, desde a ação de formação e na sessão de treino, demonstram um compromisso com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCIP. A avaliação contínua do projeto é essencial para identificar áreas de sucesso e oportunidades de melhoria, adaptando as estratégias de forma garantir que o *debriefing* clínico seja efetivamente integrado na prática clínica, e contribui para a qualidade e segurança dos cuidados em cuidados intensivos.

Contudo consideramos não ter alcançado o número de membros da equipa adequado, muitos dos que não participaram revelaram constrangimentos pessoais que os impediram de participar e outras situações. Embora consideramos ter atingido os objetivos proposto no PIP,

acreditamos que ao ter conseguido integrar mais participantes tanto na ação de formação como na sessão de treino, ajudaria a implementação eficaz do *debriefing* na UCIP, como uma estratégia na sua prática clínica.

Analisando agora a estratégia implementação, optaríamos hoje por inicialmente formar um grupo de enfermeiros de referência (chefes de equipa, responsáveis de turnos, etc.), preparando os para assumir a função de moderação das sessões de *debriefing*. Embora a literatura, referir que qualquer membro da equipa pode iniciar e conduzir a sessão, é necessário que quem o faz tenha a competência, conheça as estratégias para o fazer.

### 3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, concentra-se nas atividades e estratégias desenvolvidas no decorrer do EEEF, para aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas enquanto enfermeiro especialista, em particular enquanto EEEMC-PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019b), e das competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

De acordo com Assembleia da República (2024) a “enfermagem é uma profissão de saúde dedicada ao cuidado integral do ser humano, são ou doente, ao longo da vida”. De forma a promover, preservar e restabelecer o bem-estar físico e mental, não só de pessoas individualmente, mas também de grupos populacionais mais amplos. As intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes, baseadas em evidências científicas, e centradas na pessoa. Utilizando diversas técnicas e conhecimentos adequados, e próprios da profissão, e de acordo com as suas competências e qualificações profissionais.

O enfermeiro de cuidados gerais, possui um conjunto de competências para a prestação de cuidados de enfermagem gerais a indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Por sua vez, o enfermeiro especialista, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, p. (2019b, p. 4745) tem:

“...um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Além do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, o enfermeiro especialista, é detentor de competências específicas numa área de especialidade, como o EEEMC-PSC. Estas competências especializadas permitem-lhe uma prática de enfermagem avançada com benefícios essenciais para a saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Por sua vez, a obtenção do grau Mestre, de acordo pelo disposto no Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, em documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018; Universidade de Évora, 2016). Sendo grau de Mestre atribuído a quem:

“1 - Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”.

De seguida, apresentaremos a análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de EEEMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A intervenção especializada em enfermagem decorre do aprofundamento dos domínios, composta por um quadro de referência que regula a sua prática.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, o qual estabelece as competências comuns do enfermeiro especialista, competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, a saber: A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; C – Domínio da Gestão de

Cuidados; e D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

**Domínio:** A – Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

**A1** - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

**A2** - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

**Competências de Mestre em Enfermagem:**

3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as aplicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

7 – Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

A integração dos conhecimentos desenvolvidos nas UC, em particular da UC de Epistemologia, Ética, Direito em Enfermagem, permitiram mobilizar no CPC ao longo do EEFF uma prática com de acordo com os valores e princípios da deontologia da enfermagem, assentes no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros [REPE] (Assembleia da República, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2015a). E ainda as UC de Enfermagem Médico-cirúrgica 1 e Relação de Ajuda em Enfermagem. A unidade de cuidados intensivos é um ambiente clínico, complexo pelos níveis de monitorização e intervenções terapêuticas, com condições clínicas graves. Não obstante a essas condicionantes o EEEMC-PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2018), deve procurar promover oportunidade para que a pessoa/família ou pessoa significativa demonstre as suas intenções, de acordo com as suas crenças e valores, enquanto referencia para a prática clínica. A tomada de decisão não deve ser baseada apenas na evidência, mas tal como o MQC<sup>®</sup> devem as pessoas estar no centro das nossas decisões. De acordo (Benner, 2001), a prática reflexiva é condição fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais avançadas em enfermagem. E por isso, promovemos continuamente a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, incluindo na tomada de decisões da equipa, demonstrando os conhecimentos sobre os aspetos éticos e deontológicos. Essa prática foi mais frequente com ESC, que ao longo dos turnos discutíamos os aspetos a considerar na nossa prática e fundamentando a tomada de decisão de acordo com o enquadramento legal, próprio da profissão e disposições gerais. Após a tomada de decisão, procurávamos avaliar as repercussões da tomada de decisão, refletir sobre os

aspectos legais e deontológicos, e avaliar a satisfação da pessoa/família ou pessoa de referência, partilhando a reflexão com a ESC e a equipa, sempre que adequado.

A pessoa em situação crítica em cuidados intensivos, apresenta uma maior suscetibilidade, condicionado muitas vezes pela sua condição clínica e pelas estratégias terapêuticas, como a ventilação mecânica invasiva, no entanto, procuramos assegurar na prática de cuidados o direito universal da vida, enquanto propriedade privada, singular e única, salvaguardando o bem-estar, a vida, a dignidade da pessoa, e princípio da beneficência, através da discussão com a equipa multidisciplinar o plano terapêutico. É fundamental, reconhecer os limites da prática e o direito da pessoa/família ou pessoa de referência, na responsabilidade do projeto de vida/saúde, promover o autocuidado e a participação na tomada de decisão. Além disso, basear a nossa prática assegurando a privacidade e a defesa da dignidade da pessoa.

A utilização de meios alternativos de comunicação, quando a comunicação está prejudicada, ou a entrevista à família/pessoa de referência, foram estratégias adotadas para conhecer as preferências, as crenças e valores. Permitindo desta forma a individualização dos cuidados respeitando a identidade própria de cada pessoa e família. O enfermeiro assume a ação da defesa dos direitos e preferências das pessoas à sua responsabilidade, cabendo ao enfermeiro especialista uma responsabilidade acrescida no âmbito da advocacia, sendo detentor de competências diferenciadas e cabendo-lhe a gestão de conflitos(Nunes, 2019).

A ULS dispõe de uma Comissão de Ética que apoia os profissionais na tomada de decisão, enquanto órgão consultivo, tendo por algumas situações tido a oportunidade de discutir com o gabinete jurídico aspectos legais, em particular a situações relacionadas com a transferência de indivíduos de outras nacionalidades.

De acordo (Deodato, 2017), a formação contínua em ética é essencial para o desenvolvimento de competências éticas dos enfermeiros especialistas. Por isso ao longo do EEFF, para além das reflexões de casos do CPC, procurei consultar artigos com discussão de casos, e regulamentação sobre confidencialidade, proteção de dados, e a Diretiva Antecipada de Vontade, bem como pareceres da Ordem dos Enfermeiros.

**Domínio:** B - Domínio da melhoria continua da qualidade

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 clínica.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Competências de Mestre em Enfermagem:**

- 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 5 - Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

As atividades concretizadas para a aquisição e desenvolvimento no âmbito da melhoria contínua, consistiram na fase de preparação para o EEFF. Através das atividades desenvolvidas na UC, em particular no âmbito de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica Governação Clínica, e consulta prévia das normas da qualidade em cuidados de saúde, da instituição, inclusive política hospitalar, o plano estratégico e padrões de qualidade, e a nível nacional como é exemplo o Plano Nacional de Saúde 2023 e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2012-2026 (Ministério da Saúde, 2021). Além disso, procuramos aprofundar e mobilizar para a prática clínica o pressuposto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na procura contínua da melhoria da qualidade e promovendo cuidados seguros (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Em cuidados intensivos, a probabilidade de erro é inerente à complexidade das condições clínicas e intervenções avançadas, a promoção da segurança é fundamental, respeitando as normas e protocolos, a promoção de uma cultura de segurança (Sousa, 2006). Por isso foi fundamental a consulta desse documento de forma a guiar a nossa prática clínica ao longo do EEFF.

No entanto, nem sempre é possível evitar o erro, embora após consulta do relatório de Notificação de eventos adversos, verificou-se que na UCIP existem baixos números. No seio da equipa é incentivada a notificação, e a equipa encara como uma necessidade e sem receio de atos punitivos, encarando enquanto estratégia de melhoria da qualidade.

Analisando os rácios nos vários turnos, apercebemos que na UCIP existe um esforço para cumprir com as dotações seguras legalmente enquadradas(Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Havendo de igual forma uma excelente colaboração e apoio entre equipa, facilitando a organização do trabalho.

Procuramos por isso mobilizar os conhecimentos de forma a promover cuidados de qualidade e segurança, identificando potenciais riscos e mitigando a sua ocorrência.

Permitimos que cada pessoa tivesse oportunidade de partilhar as preferências, valores e crenças culturais e/ou religiosas da pessoa/família, proporcionando a personalização dos cuidados. Estabelecendo uma relação de confiança, escuta ativa que permita à pessoa/família verbalizar os medos e inseguranças, esclarecer as dúvidas e incertezas.

A comunicação é fator fundamental na segurança de cuidados e na relação, entre a equipa ou com a pessoa em situação crítica e a família/pessoa de referência. Garantindo a segurança na comunicação, em particular na transição de cuidados foi sempre usado a metodologia ISBAR (DGS, 2017). No que diz respeito à pessoa e família procuramos gerir a comunicação, considerando as barreiras, e adaptando de acordo com as necessidades apresentadas.

De acordo com Donabedian (2003), a participação em projetos de melhoria é fundamental para desenvolver competências neste domínio. Por isso, a elaboração do PIP, enquadrado na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, através da implementação do *debriefing* em contexto clínico de unidade de cuidados intensivos, promove a aprendizagem através da experiência e a identificação de oportunidades de melhoria. Desta forma, contribuindo para a melhoria continua no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados.

Tivemos ainda oportunidade de participar no âmbito da formação em serviço da UCIP das ações, sobre a “Escala *Nutricional Risk Screening* (NRS 2002)” (Anexo IV) e “Promoção da segurança do doente: prevenção da ocorrência de eventos adversos” (Anexo IV).

Após a realização da formação “Segurança do Doente e Auditoria Interna” (Anexo V) promovida pela ULS, tenho participa enquanto Auditor Interno nos programas de auditoria na área da segurança do doente, em particular na área da Identificação segura.

Depois do término do EEFF, tivemos oportunidade de participar no congresso da Sociedade Portuguesa de Simulação Clínica, levando a concurso um poster baseado na RSc realizada no âmbito do PIP (Anexo VII e Anexo VIII) e de frequentar um workshop dedicado ao “TALK *debriefing*” (Anexo IX).

A formação e ensino tem sido atividade profissional paralela, ao exercido de enfermagem no meu CPC. Dinamizando formação em cursos de formação profissional desde 2016, nos cursos de Técnico Auxiliar de Saúde e Técnico de Apoio Familiar e à Comunidade. E ainda, no ensino superior enquanto docente nos cursos de Licenciatura em enfermagem e fisioterapia. Por outro lado, dinamizo formação de curta duração, em especial na área da emergência médica e primeiros socorros, sendo formador do curso de Suporte Básico de vida e Desfibrilhação Automática Externa (Anexo X).

**Domínio: C - Domínio da gestão de cuidados**

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

**Competências de Mestre em Enfermagem:**

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O EEEMC-PSC, no decorrer do seu processo de aquisição e desenvolvimento de competências, permite-lhe a diferenciação na prestação e gestão de cuidados à pessoa em situação crítica. As competências inerentes à sua especialidade possibilitam uma avaliação as necessidades e implementar intervenções de acordo com a condição clínica e os diagnósticos de enfermagem. Desta forma, deve priorizar os cuidados de acordo com a situação clínica e necessidades da pessoa, planear e gerir o trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo do EEFF, assumimos a responsabilidade dos cuidados a pessoas em situação crítica com a necessidade de medidas avançadas de suporte de órgão(s). Permitindo a constante prática na avaliação e diagnóstico, adaptando os cuidados de acordo com as necessidades. E a oportunidade de realizar procedimentos e técnicas que não são realizadas em outros contextos clínicos.

A reflexão sobre a prática de cuidados e da tomada de decisão, permitiam que junto com ESC identificássemos lacunas no nosso conhecimento de forma a orientar a procura de conhecimento sólido.

Participamos na gestão do regime terapêutico, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar, em particular com médicos discutindo os casos e por vezes tivemos oportunidade de acompanhar a visita médica. Por outro lado, é responsabilidade de enfermeiro a supervisão de tarefas delegadas a colaboradores, em particular Assistentes Operacionais. Sendo estes por excelência grandes aliados no trabalho de enfermagem.

De forma, a desenvolver competências no âmbito da gestão, em particular, acompanhamos o enfermeiro gestor nas suas funções, em particular no que diz respeito à gestão de pessoas, com elaboração de horário, planos de trabalho e avaliação de desempenho, mas também ao nível da gestão de recursos, onde tivemos oportunidade de

conhecer e operar os sistemas no qual são realizados pedidos de material e farmácia. As suas funções não se esgotam aqui, sendo o enfermeiro gestor exemplo de um líder clínico próximo à equipa, que enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica participa diariamente nas tomadas de decisão e gestão de cuidados. Tivemos ainda oportunidade de acompanhar enfermeiros em funções de responsável de turno. Na ausência do enfermeiro gestor, são delegadas competências para a gestão no responsável de turno, assegurando o correto funcionamento do serviço, além da prestação de cuidados e as funções da EEMIH (██████, 2021).

Desde 2017, assumimos funções de subchefia de equipa num serviço de urgência, cabendo além das funções inerente de responsável de turno, desenvolvendo atividades de apoio ao chefe de equipa e enfermeiro gestor na distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, supervisão do desempenho da equipa e assegurar a comunicação entre a equipa multidisciplinar. E ainda, assegurando a disponibilidade dos recursos necessários e adequados, a implementação e monitorização de indicadores de qualidade e promover adesão às melhores práticas e normas de segurança (██████, 2021).

De acordo com Nunes (2018, p. 45) "a liderança do enfermeiro coordenador é essencial para motivar a equipa e promover um ambiente de trabalho positivo, o que se reflete diretamente na qualidade dos cuidados prestados"

**Domínio:** D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

**Competências de Mestre em Enfermagem:**

2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

O exercício da enfermagem reveste-se da necessidade de assumir uma atitude reflexiva sobre a prática, integrando as experiências vivenciadas no crescimento individual e no aperfeiçoamento das competências, adotando comportamentos e atitudes para melhorar a prestação de cuidados (Carvalho, 2004). No início das minhas funções, há mais de 13 anos, integramos um serviço de internamento de especialidades médicas, no entanto nos últimos 8 anos tenho desempenhado funções no serviço de urgência. Este último CPC demonstrou uma inata responsabilidade e exigência, por um lado pela variedade de situações clínicas e em vários estádios de gravidade, mas pela dinâmica e organização.

Ao longo do período de EEEF senti a necessidade de junto com a ESC partilhar emoções e sentimentos gerados pela prática. O EEEF é um período exigente e na altura atravessava uma época com elevada carga de trabalho no meu local de trabalho. Muito pela afluência que faz sentir naquela época, mas também pela saída constante de elementos da equipa que gerou um imenso número de horas de trabalho extraordinário. A conjugação do EEEF e as funções no meu local de trabalho foram um desafio, que apenas superado pelo apoio tanto de colegas como da equipa da UCIP.

A necessidade de basear os cuidados em evidências exige que o enfermeiro especialista integre na sua prática competências que lhe permitam atualizar o seu conhecimento (Duffy, 2018; Duffy & Hoskins, 2003). A realização da RSc permitiu desenvolver competências essenciais para uma prática baseada em evidência, reconhecendo a investigação e produção de conhecimento próprio da profissão, elementar para o reconhecimento e valorização da profissão, mas sobretudo para a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Fortin, 2009).

A atualização de conhecimentos e a prática baseada em evidência, permite ao enfermeiro especialista desenvolver o seu julgamento clínico e pensamento crítico diferenciado, que a par das preferências e valores da pessoa, permitem a melhor tomada de decisão (Benner, 2001; Polit, D. F., & Beck, 2018). Por incentivo da formação inicial, uma atitude de procura de atualização e aprofundamento, frequentando frequentemente ações de formação. No decorrer no EEEF tivemos oportunidade de frequentar algumas ações desenvolvidas pela ULS: “Transporte de Doente Crítico” (Anexo XI), “Via Verde AVC” (Anexo XII), “Via Verde Coronária” (Anexo XIII), “Via Verde Sépsis” (Anexo XIV) e “Via Verde Trauma” (Anexo XV).

No âmbito do PIP, propôs a organização de uma ação de formação “*Debriefing* clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”.

E assumimos desde 2021 a função de responsável da formação em serviço, cabendo-me a responsabilidade pela gestão e organização da formação, contribuindo para aprendizagem contínua na equipa. Desempenhando simultaneamente funções de formador.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica é um profissional com um conhecimento aprofundado neste domínio específico. Considerando a pessoa em situação crítica "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.". Pelo que o enfermeiro especialista deve revelar uma elevada capacidade de adaptar e responder a situações complexas, impondo um julgamento clínico distinto que permita prestar cuidados altamente qualificados da pessoa em situação crítica

De acordo com o regulamento supracitado, são descritas as seguintes competências específicas do EEEMC-PSC:

1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.
2. Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.
3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

De seguida, vamos continuar com a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas acima mencionadas, descrevendo as principais ações e estratégias definidas e desenvolvidas no decorrer do EEFF.

#### **Competência específica do EEEMC-PSC:**

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

#### **Competências de Mestre em Enfermagem:**

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de

especialidade.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família/pessoa de referência pelo EEEMC-PSC procura a "(...) detecção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos" (OE, 2018, p.19360).

Pelo que dada a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias, o enfermeiro especialista deve ser capaz de mobilizar os "(...) conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística" (OE, 2018, p.19363).

A avaliação sistematizada e detecção de focos de instabilidade, deve seguir protocolos rigorosos de forma a tratar antecipadamente, situações de risco de vida iminente, e prevenir complicações, baseados no raciocínio clínico e assente numa abordagem

sistematizada, na avaliação inicial, reavaliação e ou situações de agravamento do estado clínico do doente (Elbaih, A. & Basyouni, 2020).

De acordo com Soar et al. (2021), "a rápida identificação e resposta a situações de deterioração clínica é crucial para melhorar os resultados em UCI". No decorrer do EEFF, a avaliação segundo metodologias como ABCDE (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability*, E – *Exposure*), permitiu de forma antecipada detetar focos de instabilidade e monitorização dos resultados das nossas intervenções.

As atividades desenvolvidas no decorrer do programa de estudos, em particular nas UC de Fisiopatologia e Intervenções Terapêuticas em Enfermagem Especializada, Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] 1, EMC 2, EMC 3, EMC 4, EMC5 e Relação de Ajuda em Enfermagem, contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos, aprofundando as competências adquiridas ao longo da experiência profissional, preparando-nos para responder aos desafios na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto de unidade de cuidados intensivos.

No entanto, ao longo do EEFF sentimos a necessidade de realizar pesquisas baseadas em evidência, fortalecendo o conhecimento que permitisse fundamentar a nossa prática.

A prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivo, trouxe-nos a oportunidade de vivenciar situações de elevada complexidade, tal como na abordagem e gestão da via aérea, em particular nos cuidados de manutenção de traqueotomias, os cuidados da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva e terapia de alto fluxo por cânula nasal, aplicação do protocolo de desmame ventilatório e extubação, cuidados à pessoa submetida a técnicas de substituição da função renal, plasmaferese e a oportunidade de colaborar em procedimentos como broncofibroscopia, colocação de traqueostomia percutânea, cateter arterial, cateter de diálise e cateter venoso central. Sendo

ainda fundamental a competência no âmbito da vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica como: a colheita e interpretação de gasometrias, monitorização eletrocardiográfica, monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva, em particular da pressão arterial invasiva, pressão venosa central e variação da pressão de pulso, monitorização do nível de consciência e nível de sedação.

Tivemos oportunidade de assistir ao trabalho de uma equipa de resgate ECMO, num individuo que depois de tentadas todas as estratégias de otimização da ventilação, não existia resposta adequada às terapêuticas, sendo este referenciado para esta equipa. Surpreendeu-nos o nível de eficiência, fruto do trabalho de equipa e organização, que em pouco minutos realizou o procedimento e iniciou o transporte para a unidade de referência.

A UCIP é uma unidade polivalente, pelo que tivemos a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica em diferentes condições clínicas, com doença médica e cirúrgica.

De acordo com Sales et al. (2018) a utilização de protocolos de atuação em enfermagem, é encarada enquanto estratégia positiva, uma vez que, permitindo cuidados uniformizados e procedimentos técnicos com base na evidência científica atual, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados. Ao longo do EEFF, tivemos a oportunidade de consultar alguns protocolos terapêuticos, servindo de salvaguarda à prática avançada e gestão terapêutica, tais como: protocolo de sedação, analgesia e *delirium*, protocolo de extubação, protocolo do posicionamento em decúbito ventral, protocolo de terapias contínuas de substituição renal, anticoagulação com citrato nas terapias de substituição renal, protocolo de glicémia capilar e gestão da administração de insulina endovenosa, protocolo de nutrição de entérica no doente crítico ou protocolo de manutenção da normotermia pós-PCR, entre outros.

Desta forma, tivemos oportunidade de implementar e gerir protocolos complexos, como a terapêutica de substituição renal contínua e a gestão da administração de insulina endovenosa em casos de cetoacidose terapêutica. Desenvolvendo competências na monitorização e ajuste destas terapêuticas, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar. Além disso, a utilização de escalas de avaliação da dor como a BPS - *Behavioral Pain Scale*, permitiu implementar estratégias não farmacológicas de controlo da dor e ansiedade, além de terapêuticas farmacológicas e gestão da dose de acordo com o protocolo. Segundo "uma abordagem multimodal à gestão da dor em UCI pode melhorar significativamente o conforto do doente", pelo que a dor pode ser fator de instabilidade clínica e de uma experiência negativa da pessoa internada em cuidados intensivos.

A comunicação em cuidados intensivos é um desafio, sobretudo na pessoa submetida a ventilação mecânica, além disso dada a situação clínica, o stress emocional imposto à pessoa e à família/pessoa de referência é gerador de conflitos. Tivemos a oportunidade de desenvolver através de estratégias alternativas na comunicação, quando esta está

comprometida, melhorando a relação e satisfação com a pessoa. De acordo com Nadig et al. (2022), a comunicação eficaz em UCI é essencial para promover cuidados centrados na pessoa e na família, melhorando desta forma, a satisfação e segurança dos cuidados. Na UCIP existe um *tablet* e também um conjunto de ferramentas visuais que permitem facilitar a comunicação, elaborada no âmbito de um estágio anterior realizado naquele contexto, que veio suprimir uma necessidade, que era garantir a comunicação eficaz.

A relação com a pessoa em situação crítica e a família/pessoa de referência, permitiu-nos desenvolver competências relacionais, facilitando o reconhecimento de situações de emoções negativas e estratégias da intervenção em crise permitindo reduzir o impacto psicológicos a longo prazo perante a experiência em cuidados intensivos. Benner (2001) destaca que "a relação terapêutica é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade". O acolhimento da família/pessoa de referência que era realizado à admissão, permitia estabelecer uma relação terapêutica, baseada em técnicas de escuta ativa e empatia para construir confiança rapidamente da pessoa e família, e reduzindo desta forma a ansiedade

Estas atividades permitiram-nos desenvolver uma prática especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, integrando conhecimentos teóricos com habilidades práticas especializadas. Sendo fundamental a reflexão sobre estas experiências, e a procura constante de evidências científicas atualizadas, fundamental para o meu desenvolvimento como EEEMC-PSC.

#### **Competência específica do EEEMC-PSC:**

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

#### **Competências de Mestre em Enfermagem:**

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) preconiza uma situação de emergência como um evento crítico no qual um indivíduo sofre uma agressão súbita, provocada por qualquer fator, que resulta numa perda abrupta e violenta de saúde. Esta ocorrência coloca em risco ou compromete o funcionamento de um ou mais órgãos vitais, levando a vítima a uma condição de perigo iminente de vida. A caracterização abrange uma ampla gama de situações que podem precipitar uma emergência médica, sublinhando a necessidade de uma resposta rápida e eficaz por parte dos profissionais de saúde.

Por sua vez, uma situação de exceção traduz-se num cenário de desequilíbrio. Neste contexto, observa-se uma disparidade significativa entre as necessidades emergentes e os recursos disponíveis. Exigindo nestas circunstâncias, uma abordagem altamente especializada na gestão da resposta (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A liderança deve ser ágil e competente, capaz de organizar de forma eficiente os recursos adequados, e a eficácia da resposta depende da capacidade de coordenação rigorosa num contexto onde os meios são limitados face às necessidades existentes. Na essência, uma situação de exceção testa a capacidade organizacional e a resiliência dos sistemas de saúde, implicando estratégias inovadoras e uma gestão excepcionalmente competente para superar o desafio imposto pela escassez de recursos.

Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, em Portugal dispõe de uma estrutura hierárquica e de planos de emergência que abrangem diversos níveis políticos e operacionais. Através das diretivas operacionais nacionais e dos demais Planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, bem como Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil. Desta forma, procuramos conhecer os documentos em particular o Plano Municipal e regional através da sua consulta. Estes documentos estratégicos funcionam como alicerces fundamentais do sistema de proteção civil, em que são definidas, responsabilidades e recursos, permitindo uma resposta coordenada e eficiente perante a ocorrência de catástrofes ou acidentes graves.

A nível institucional a ULS dispõe de um plano de emergência externa, o qual consultamos de forma a enquadrar a resposta em caso de emergência. Além disso a UCIP, em complementaridade desenvolveu um plano para evacuação em situações de exceção. A organização e priorização das tarefas é fundamental para o normal funcionamento em tempos "anormais".

Discutimos com a equipa a aplicação dos planos de emergência, criando cenário baseados nos turnos, fazendo um exercício de aplicação, desta forma permitiu fortalecer o entendimento do funcionamento dos mesmos.

Gonçalves et al. (2020, p. 47), refere que "o conhecimento detalhado dos planos de emergência é crucial para uma resposta eficaz em situações de crise". Por isso procuramos mapear na unidade a localização exata dos equipamentos de extinção de incêndio e os pontos de corte de luz/eletricidade de emergência.

Segundo Fradelos et al. (2021, p. 334), "a familiaridade com os recursos de emergência é essencial para uma resposta rápida e eficaz" (p. 334). Pelo que procuramos identificar e participar na verificação do material e equipamento necessários para assegurar os cuidados durante uma evacuação.

Uma das experiências enriquecedoras neste âmbito, foi o estágio de observação realizado no CMEPC. Esta oportunidade proporcionou-nos uma perspetiva mais alargada sobre a gestão de emergências e catástrofes a nível municipal. Tivemos oportunidade de conhecer a estrutura e os recursos disponíveis, observando o seu trabalho no planeamento e coordenação das operações. Na altura, o plano municipal de emergência encontrava-se em revisão, pelo que tivemos a possibilidade de participar no processo. Levando-nos a realizar pesquisa sobre as alterações do sistema integrado de operações de proteção e socorro (Ministério da Administração Interna, 2022). Além disso tivemos a oportunidade de acompanhar as atividades diárias da central de comunicações do CMEPC, onde são recebidos os pedidos e encaminhado os meios de socorro adequados. Durante o estágio no CMEPC, tivemos oportunidade ainda de acompanhar numa ação de sensibilização numa escola secundária sobre os riscos rodoviários e ferroviários.

A par das oportunidades ao longo do EEFF, e por força da natureza do meu CPC, a preparação e formação para a resposta a situações de exceção são foco anualmente no plano de formação. Exercendo funções de coordenação de equipa e responsável de turno, em caso de emergência assume funções de coordenação de acordo com o Plano de Catástrofe da ULS nos primeiros momentos. Cabendo a organização e preparação para receção de vítimas e gestão dos cuidados. Reconhecendo a necessidade de manter a preparação da equipa, foi-nos dada a possibilidade a frequência de um curso de gestão de catástrofe, o MRMI - *Medical Response to Major Incidents* (Anexo XVI).

A experiência ao longo de quatro anos enquanto Coordenador Local de Emergência de uma instituição ligada à resposta em catástrofe, e Oficial de Ligação na Comissão Municipal de Proteção Civil, permitiu desenvolver competências na área da preparação à gestão de situações de emergência em diferentes condições.

#### **Competência específica do EEEMC-PSC:**

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

#### **Competências de Mestre em Enfermagem:**

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Ao longo do EEFF, empenhamo-nos em desenvolver e aplicar competências no âmbito da prevenção e controlo de infeções, reconhecendo a sua importância decisiva na segurança

ao cuidar da pessoa em situação crítica, tendo esta uma maior suscetibilidade a IACS, associada aos múltiplos dispositivos invasivos e intervenções. Estimando-se de forma global que a prevalência das IACS se situe entre 3,5% a 12%, ou seja 7.1 pessoa a cada 100 adquire IACS (WHO,2011; Ministério da Saúde, 2015).

A mobilização dos conhecimentos e habilidades na UC EMC5 permitiu-nos delinear estratégias e adequar os conhecimentos, tendo sido um momento importante sobretudo para a sensibilização e aprofundamento das competências.

Inicialmente procuramos conhecer as normas de prevenção e controlo de infeção da instituição, que se encontram alinhadas com as recomendações nacionais e internacionais, particularmente o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência Antimicrobiana (PPCIRA). Segundo Fernandes et al. (2019, p. 58), "o conhecimento e a adesão às normas institucionais são fundamentais para uma prática eficaz de controlo de infeção".

A implementação das precauções básicas de controlo de infeção, devem ser orientadoras da nossa prática, permitindo de forma geral em qualquer situação garantir a segurança para a pessoa e profissionais.

A higiene das mãos foi para nós preocupação constante. Através dos cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde. Allegranzi et al., p. (2013, p. 312) referem que "a adesão consistente à higiene das mãos é uma das medidas mais eficazes na prevenção de IACS".

Além disso, a seleção e utilização adequada de equipamentos de proteção individual baseada na avaliação do risco de exposição a fluidos corporais é fundamental. Verbeek et al., p. (2020, p. 3), que destacam que "o uso apropriado de EPI é crucial para proteger os profissionais de saúde e prevenir a transmissão cruzada de infeções em ambientes de cuidados intensivos".

Adicionalmente, a instituição de medidas de precaução baseadas nas vias de transmissão para casos suspeitos ou confirmados de infeções transmissíveis, permite a contenção ou proteção da pessoa em situação crítica. Na UCIP tal e qual as recomendações da DGS, todas as pessoas admitidas fazem colheita para pesquisa de microrganismos alerta como o MRSA e ERC. No entanto, o isolamento apenas é aplicado em situações de suspeita ou confirmação de doença infetocontagiosa. Esta abordagem individualizada é crucial, de acordo com Siegel et al. (2007) "as precauções baseadas na transmissão, quando aplicadas corretamente, são eficazes na prevenção da propagação de patógenos específicos".

Price et al. (2018) referem que "a colaboração efetiva entre unidades de cuidados intensivos e comissões de controlo de infeção é essencial para a implementação bem-sucedida de estratégias de prevenção". A UL-PPCIRA da ULS promove a interação com os vários serviços. No decorrer do EEFF em duas situações foi necessário contactar de forma a

esclarecer situações relativamente à necessidade de instituir medidas adicionais e o cuidado em particular com a descontaminação do equipamento clínico e controlo ambiental.

A oportunidade de realizarmos estágio de observação na UL-PPCIRA, proporcionou-nos uma visão abrangente dos processos de controlo de infeção a nível institucional, conhecendo a estrutura e a organização do trabalho realizado diariamente na vigilância epidemiológica, mas também no importante papel consultivo e formativo. No Serviço de Esterilização, tivemos a oportunidade de aprofundar a nossa compreensão sobre a importância no processo de reprocessamento de equipamentos clínico. Rutala & Weber, p. (2016, p. 96), referem que "a esterilização eficaz é um componente fundamental na prevenção de infeções associadas a dispositivos médicos em ambientes de cuidados intensivos".

Esta experiência reforçou a nossa perceção do empenho e impacto dos EEMC-PSC desempenham na promoção de um ambiente seguro e na redução do risco de IACS em unidades de cuidados intensivos. Embora este seja uma responsabilidade partilhada por todos, o EEMC-PSC, deve não só na sua prática agir de acordo com as recomendações, mas também ser referência na gestão, supervisão e educação.

## **CONCLUSÃO**

A realização do RREE, representa o final de um ciclo exigente e de grande crescimento pessoal e profissional. Permitiu através da descrição das atividades e estratégias realizadas no decorrer do EEFF e da análise critico-reflexiva do processo de aprendizagem sustentar a aquisição de desenvolvimento das competências proposta enquanto EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem. Além da articulação e consolidação do conhecimento adquirido nas diferentes UC, e da experiência profissional prévia.

As atividades e estratégias aqui descritas foram planeadas no início do EEFF, de forma que ao longo deste processo orientassem o percurso que termina agora.

Durante o EEFF na UCIP da ULS, foi possível vivenciar uma série de desafios e situações complexas inerente aos cuidados à pessoa em situação crítica, enquanto área de cuidados de enfermagem especializada. A partilha de experiências e reflexões nos vários momentos, com a equipa e a ESC, contribuíram continuamente com valiosos contributos na evolução de uma prática especializada na área da pessoa em situação crítica.

Ao EEMC-PSC é exigido julgamento clínico e pensamento crítico na fundamentação tomada de decisão, exige-se capacidade de antecipação e resolução de problemas, muitas vezes em situações complexas que exigem rapidez e precisão. Além disso, a desenvolver competências comunicacionais e trabalho em equipa num ambiente altamente desafiante, onde o EEMC-PSC deve assumir a liderança dos processos de resposta à pessoa em situação crítica. O EEMC-PSC, pela formação avançada e competências altamente especializadas assume-se naturalmente como líder na gestão de cuidados, supervisão clínica e facilitador de aprendizagem, contribuindo para a excelência e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Esta experiência proporcionou-nos um maior entendimento do impacto da enfermagem especializada na promoção de desfechos positivos e qualidade dos cuidados.

Além do estágio da UCIP, a realização de estágio de observação no CMEPC, UL-PPCIRA e Serviço de Esterilização, permitiram conhecer diferentes contextos da prática do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A par da atividade na UCIP, realizamos estágios de observação no CMEPC, na UL-PPCIRA e Serviço de Esterilização contribuindo para maior compreensão do papel do

enfermeiro especialista em diferentes contextos, além de proporcionarem experiências que enriqueceram significativamente o processo de aprendizagem.

A realização do PIP, intitulado “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”, baseado no MTP e sustentado pelo MQC©, trouxe uma nova perspectiva enquanto estratégia na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Tal como referi ao longo do RREE, esta é uma temática que despertou interesse pessoal, pelo que pretendo que não seja um projeto que fique por aqui, esperando ter a oportunidade de o replicar no CPC onde exerço as minhas funções profissionais.

Para a elaboração do PIP definimos os objetivos, o qual incluiu a elaboração de uma RSc permitindo mapear a evidência mais atual sobre a temática e que utilizamos para sustentar o PIP. Além disso permitiu desenvolver competências na área da investigação, que assegurem que a nossa prática clínica no futuro, enquanto EEEMC, seja baseada em evidência científica.

Produzimos um Guia de condução de *Debriefing* Clínico, um instrumento que facilita a condução das sessões de *debriefing* no CPC, baseado na ferramenta TALK©. E ainda, criamos um poster sobre a temática que ficou afixado na Sala de Reuniões e Sala de Pessoal, locais por excelência onde a equipa se reúne.

Por fim, promovemos uma ação de formação, intitulada “*Debriefing* clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”, permitindo a exploração dos principais conceitos sobre *debriefing*, as estratégias para a implementação do *debriefing* em contexto clínico e a aplicação da ferramenta TALK© enquanto estrutura de referência para a condução de sessões de *debriefing*, com a demonstração de alguns vídeos de exemplos da sua aplicação. Aproveitamos a oportunidade para divulgar os materiais de apoio, inclusive o Guião para a condução de *Debriefing* Clínico, do poster e material de apoio que a TALK© *Foundation* disponibiliza. De forma a facilitar a aplicação dos conceitos e da ferramenta, promovemos uma sessão de treino em que utilizamos a grelha de observação, o que permitiu depois realizar uma sessão de “*debriefing* sobre o *debriefing*”.

Através análise critico-reflexiva relatada no RREE sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEEMC-PSC e Mestre em Enfermagem, consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos, pelo que este será agora sujeito a provas públicas.

Este é término de uma etapa, que nos estimulou a continuar outros processos de aprendizagem e desafios. Mas é sobretudo, o alcançar de um objetivo, há muito esperado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *RT 13/2019: Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (V.2024)*. Administração Central do Sistema de Saúde. [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT\\_09\\_2013\\_DOC\\_COMPLETO.PDF](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF)
- Al-dorzi, H. M., & Arabi, Y. M. (2024). *Quality Indicators in Adult Critical Care Medicine*. 7(2), 75–84. <https://doi.org/10.36401/JQSH-23-30.This>
- Allegranzi, B., Gayet-Ageron, A., Damani, N., Bengaly, L., McLaws, M.-L., Moro, M.-L., Memish, Z., Urroz, O., Richet, H., Storr, J., Donaldson, L., & Pittet, D. (2013). Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(10), 843–851. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70163-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70163-4)
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8th ed.). Mosby Inc.
- Aromataris E, M. Z. (Ed.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Assembleia da República. (2024). *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei n.º 8/2024 de 19 de janeiro. Diário da República 1.ª série, N.º 14*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328#>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- ██████████ (2016). *Norma de Procedimento de Enfermagem NP 5/X/E/CI de 30 de junho de 2016: Manual de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos - Unidade Hospitalar de ██████████*.
- ██████████ (2019). *Norma Hospitalar 13/██████████ de junho de 2019: Investigação*.
- ██████████ (2021). *Norma de procedimento de enfermagem N.º 6/XIV/E: Descrição de funções do Enfermeiro Responsável de Turno*.
- ██████████ (2022). *Norma de Procedimento de Enfermagem N.º 3/XIV/E de 27 de julho de 2022: Descrição de funções dos Elos de ligação de enfermagem nas diferentes áreas da governação clínica*.
- ██████████ (2023). *Norma Hospitalar NH35/██████████ de 19 de julho de 2023: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados (Vol. 1)*.
- Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., Sherbino, J., Zendejas, B., & Cook, D. A. (2014). Debriefing for technology-enhanced simulation: a systematic review and meta-analysis. *Medical Education*, 48(7), 657–666. <https://doi.org/10.1111/medu.12432>
- Clay, A. S., Que, L., Petrusa, E. R., Sebastian, M., & Govert, J. (2007). Debriefing in the intensive care unit: A feedback tool to facilitate bedside teaching. *Critical Care Medicine*, 35(3), 738–754. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000257329.22025.18>

- Coggins, A., Zaklama, R., Szabo, R. A., Diaz-Navarro, C., Scalese, R. J., Krogh, K., & Eppich, W. (2021). Twelve tips for facilitating and implementing clinical debriefing programmes. *Medical Teacher*, 43(5), 509–517. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1817349>
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1513–1523. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7>
- Deodato, S. (2017). *Ética nos cuidados de saúde*. Almedina.
- Diaz-Navarro, C., León-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021a). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40, 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021b). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40, 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa N° 15/DQS/DQCO de 22 de junho de 2010: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). In *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Duffy, J. (2018). *Quality Caring in Nursing: Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership* (3rd ed.). Springer Publishing Company. <https://books.google.pt/books?id=rngTtQEACAAJ>
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model©: Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Edmundson, E. (2012). The Quality Caring Nursing Model: A Journey to Selection and Implementation. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 411–415. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.09.007>
- Elbaih, A. & Basyouni, F. (2020). *Teaching Approach of Primary Survey in Trauma Patients*. *Int J Intern Emerg Med*. 3 (3): 1-6. <https://doi.org/https://www.remedypublications.com/open-access/teaching-approach-of-primary-survey-in-trauma-patients-6295.pdf>
- Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare*, 2(2), 115–125. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gallesio, A. O. (2008). Improving quality and safety in the ICU: a challenge for the next years. *Current Opinion in Critical Care*, 14(6), 700–707. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328315a5ef>
- Gillen, J., Koncicki, M. L., Hough, R. F., Palumbo, K., Choudhury, T., Daube, A., Patel, A., Chirico, A., Lin, C., Yalamanchi, S., Aponte-Patel, L., & Sen, A. I. (2019). The impact of a fellow-driven debriefing program after pediatric cardiac arrests. *BMC Medical Education*, 19(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1711-y>
- González-Méndez, M. I., & López-Rodríguez, L. (2017). Safety and quality in critical patient care. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(2), 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.02.001>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 772–777. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>
- Laurendine, A. M., Mccarthy, C. V, & Farmer, L. (2020). Interdisciplinary Perspectives on Neonatal Intensive Care Resuscitation with Debriefing Initiatives. *Pediatric Nursing*, 46(5), 245–254.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Administração Interna. (2022). *Decreto-Lei n.º 90-A/2022 de 30 de dezembro: Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/12/25101/0000800022.pdf>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, N.º 157*. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- Ministério da Defesa Nacional, Ministérios do Trabalho, S. e S. S., & Ministério da Saúde. (2024). *Portaria n.º 90/2024/1 de 11 de março. Diário da República 1ª série, N.º 50*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/03/05000/0007800121.pdf>
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro: Criação dos grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. In *Diário da República: Vol. Série II* (Isseu N.º 229). <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Ministério da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9639/2018. Diário da República, 2.ª série, N.º 198*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, II série, N.º 187 (Vol. 187)*. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Ministério da Saúde. (2022). Despacho n. 1090/2022 de 8 de setembro de 2022: Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). In *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.174.
- Nunes, L. (2019). Responsabilidade profissional, ética e legal em enfermagem. *Revista Bioética*, 27(2), 196-203.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Regulamento n.º 190/2015, *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 70. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_190\\_2015\\_Regulamento\\_do\\_Profil\\_de\\_Competerencias\\_Enfermeiro\\_Cuidados\\_Gerais.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competerencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n.º 361/2015, *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 123. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019, *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva*. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Organization, W. H. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,

- ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9th ed.). Artmed.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). *Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 agosto. Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série, N.º 150. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei nº 102/2023 de 7 de novembro. Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série, N.º 125. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Reeder, R. W., Girling, A., Wolfe, H., Holubkov, R., Berg, R. A., Naim, M. Y., Meert, K. L., Tilford, B., Carcillo, J. A., Hamilton, M., Bochkoris, M., Hall, M., Maa, T., Yates, A. R., Sapru, A., Kelly, R., Federman, M., Michael Dean, J., McQuillen, P. S., ... Sutton, R. M. (2018). Improving outcomes after pediatric cardiac arrest - the ICU-Resuscitation Project: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2590-y>
- Regulamento Dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica, 17240 (2015).
- Rhodes, A., Moreno, R. P., Azoulay, E., Capuzzo, M., Chiche, J. D., Eddleston, J., Endacott, R., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Kuhlén, R., León-Gil, C., Martín Delgado, M. C., Metnitz, P. G., Soares, M., Sprung, C. L., Timsit, J. F., & Valentin, A. (2012). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Medicine*, 38(4), 598–605. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2462-3>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment: Closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1010–1016. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Percursos. *Percursos*, 1–38.
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2016). Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities. *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3), 609–637. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2016.04.002>
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. de F. P., Moura, A. A. de, & Zanetti, A. C. B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 126–134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 11(3), 209–217. <https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000148>

- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>
- Smith, Marlaine C., Parker, M. E., & E. (2009). Nursing Theories and Nursing Practice. In *FA Davis Company: Vol. II*.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318.
- Ugwu, C. V, Medows, M., Don-Pedro, D., & Chan, J. (2020). Critical Event Debriefing in a Community Hospital. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.8822>
- Universidade de Évora. (2016). *Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Aviso n.º 5622/2016, Diário da República, II série, n.º 84*. <https://dre.pt/application/file/a/74313910>
- Verbeek, J. H., Rajamaki, B., Ijaz, S., Sauni, R., Toomey, E., Blackwood, B., Tikka, C., Ruotsalainen, J. H., & Kilinc Balci, F. S. (2020). Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub4>
- Werry, J. (2016). Informal debriefing: Underutilization in critical care settings. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 27(4), 22–26. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=120150270&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Quality, 2006*, 1–50. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção Profissional

### Cronograma

Atividades	Out/2023		Nov/2023		Dez/2023		Jan/2024		Fev/2024		Mar/2024		Abr/2023	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Estágio Final														
Pedido de autorização ao Conselho de Administração														
Pesquisa bibliográfica														
Consulta do relatório de Gestão do Risco clínico														
Selecionar estrutura de Debriefing Clínico														
Elaboração do artigo científico														
Elaboração do Guia prático e Poster														
Elaboração da grelha de observações														
Realização da ação de formação														
Realização de sessões de treino														
Avaliação do PIP														
Elaboração e entrega do Relatório de Estágio														

**Apêndice II** – Resumo da Revisão *Scoping*

## A utilização do *debriefing* em Unidades de Cuidados Intensivos: uma Revisão *Scoping*

André Rodrigues<sup>1</sup>, Maria Antónia Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudante do VII curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Portalegre.

<sup>2</sup> Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

### RESUMO

**Introdução:** A Unidade de Cuidados Intensivos é um ambiente clínico complexo, seja pela natureza da condição clínica da pessoa em situação crítica, seja pelo amplo número de meios avançados de diagnóstico de terapêutica disponíveis. Aos profissionais de saúde que trabalham em cuidados intensivos, é exigido um elevado padrão de qualidade na prestação de cuidados. O *debriefing* é utilizado enquanto estratégia de aprendizagem contínua, contribui para a melhoria do desempenho e de cuidados mais seguros. **Objetivo:** Identificar e sintetizar a evidência científica sobre a utilização do *debriefing* em contexto clínico de Unidades de Cuidados Intensivos. **Metodologia:** Revisão da literatura de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs para Revisões *Scoping*. Os critérios de inclusão foram determinados através da utilização da mnemónica PCC. Foram considerados os estudos que incluem profissionais de saúde, que abordam a utilização de *debriefing* e limitada ao contexto clínico em Unidade de Cuidados Intensivos. Limitado a estudos escritos em inglês, espanhol e português, publicados entre os anos 2013-2023. **Resultados:** Os artigos incluídos para revisão, demonstram que o *debriefing* melhora o desempenho dos profissionais de saúde e aumentam a segurança dos cuidados. A sua utilização, é, no entanto, desafiada por barreiras que devem ser tidas em conta nos projetos de implementação do *debriefing* em ambiente clínico. O *debriefing* em ambiente clínico, além de contribuir para o desenvolvimento de competências, melhora a comunicação entre membros da equipa e promove maior adesão a diretrizes. Devido às limitações pela diversidade de intervenções e medidas de resultados, em estudos pequenos e unicêntricos, sugere-se a realização de estudos randomizados e multicêntricos, para melhor compreensão e generalização dos resultados. **Conclusão:** Apesar de limitada, a literatura sobre *debriefing* em Unidades de Cuidados Intensivos, evidenciam a sua eficácia na facilitação da aquisição e desenvolvimento de competências em ambientes clínicos. Desta forma, contribui para a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde e promove de qualidade e mais seguros.

**Palavras-chave:** ambiente clínico; *debriefing*; profissionais de saúde; unidade de Cuidados intensivos.

**Apêndice III** – Guia para a condução de *debriefing* clínico



## Guia para condução

# DEBRIEFING CLÍNICO

- Propor à equipa a realização de *debriefing* clínico.
- Seleccionar um local adequado para realização do *debriefing* clínico.
- Promover um ambiente seguro e encorajar os participantes a partilharem pensamentos, ideias e emoções.
- Realizar *briefing* do debriefing, explicar o objetivo e sugerir a utilização da ferramenta TALK©:
  - **Target** (objetivo): Definir um objetivo específico, possibilitando que a equipa partilhe a sua perspetiva e acorde sobre o objetivo a discutir.
  - **Analysis** (análise): Explorar a situação experienciada de acordo com objetivo definido, em particular os aspetos bem-sucedidos e as oportunidades de melhoria, propondo um plano de ação.
  - **Learning Points** (aprendizagens): Partilhar as novas ideias que surgiram no decorrer da experiência vivida ou já durante o *debriefing* da equipa.
  - **Key Actions** (ações-chave): Procurar estabelecer ações, atribuindo as responsabilidades de execução e de acompanhamento.
- Agradecer a participação e reforçar a importância do *debriefing* na prática clínica.

### Valores TALK©

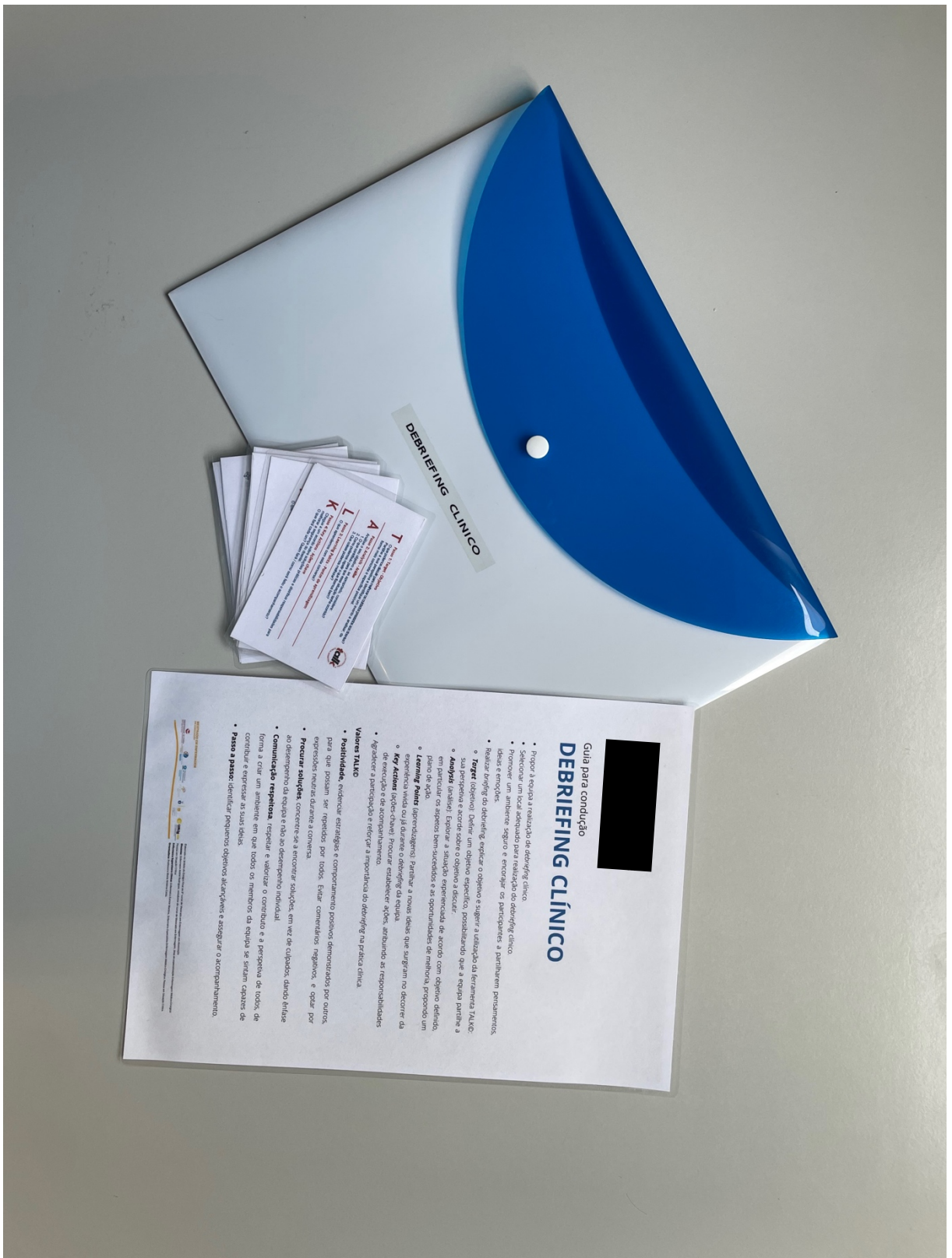
- **Positividade**, evidenciar estratégias e comportamento positivos demonstrados por outros, para que possam ser repetidos por todos. Evitar comentários negativos, e optar por expressões neutras durante a conversa.
- **Procurar soluções**, concentre-se a encontrar soluções, em vez de culpados, dando ênfase ao desempenho da equipa e não ao desempenho individual.
- **Comunicação respeitosa**, respeitar e valorizar o contributo e a perspetiva de todos, de forma a criar um ambiente em que todos os membros da equipa se sintam capazes de contribuir e expressar as suas ideias.
- **Passo a passo**: identificar pequenos objetivos alcançáveis e assegurar o acompanhamento.

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Elaborado no âmbito do Estágio Final do 8º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação  
**Discente:** Enfermeiro André Rodrigues, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.  
**Enfermeira Supervisora Clínica:** Enfermeira Eunice Martins, Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.  
**Orientadora:** Professora Maria Antónia Costa.

**Apêndice IV** – Pasta com material de apoio à condução de *debriefing*



**Apêndice V** – Poster *debriefing* clínico segundo metodologia TALK©

**1. Objetivo**  
Definir um objetivo específico, possibilitando que a equipa partilhe a sua perspetiva e acorde sobre o objetivo a discutir.

**2. Análise**  
Explorar a situação experienciada de acordo com objetivo definido, em particular os aspetos bem-sucedidos e as oportunidades de melhoria, propondo um plano de ação.

Vamos fazer um **Debriefing** clínico?

**3. Pontos de aprendizagem**  
Partilhar as novas ideias que surgiram no decorrer da experiência vivida ou já durante o debriefing da equipa.

**4. Ações-chave**  
Procurar estabelecer ações, atribuindo as responsabilidades de execução e de acompanhamento.

**Valores TALK®**  
Positividade • Procurar soluções • Comunicação respeitosa • Passo a passo

8 Mestrado em Enfermagem  
em Associação



Adapato de Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK® to learn and improve together in healthcare environments. Trends in Anaesthesia and Critical Care, 40, 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>

Elaborado por: Enf.º André Rodrigues, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.

Orientadores: Professora Maria Antónia Costa e Enf.ª especialista EMC-PSC Eunice Martins

**1. Objetivo**  
Definir um objetivo específico, possibilitando que a equipa partilhe a sua perspetiva e acorde sobre o objetivo a discutir.

**2. Análise**  
Explorar a situação experienciada de acordo com objetivo definido, em particular os aspetos bem-sucedidos e as oportunidades de melhoria, propondo um plano de ação.

**3. Pontos de aprendizagem**  
Partilhar as novas ideias que surgiram no decorrer da experiência vivida ou já durante o debriefing da equipa.

**4. Ações-chave**  
Procurar estabelecer ações, atribuindo as responsabilidades de execução e de acompanhamento.

**Valores TALK®**  
Positividade • Procurar soluções • Comunicação respeitosa • Passo a passo

Adaptado de Diaz-Naveira, C., Lopez-Cerdazo, L., Hazfield, A., Peres, S., & Stone, D. (2021). Clinical debriefing: Health care team and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 46, 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2020.11.004>

Elaborado por: Dr.º André Rodrigues, ex-aluno do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Médica-Cirurgia Perina e Situação Crítica.  
Orientadora: Professora Maria Antónia Costa e Dr.º especialista EMCC-PSC Eurica Martins

**Apêndice VI** – Plano de sessão da ação de formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
EM ASSOCIAÇÃO



**PLANO DE SESSÃO**

<b>Tema:</b> <i>Debriefing</i> clínico: promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos	
<b>Formador:</b> André Filipe Nunes Rodrigues	
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros da UCIP	
<b>Data:</b> 18/01/2024	<b>Duração:</b> 1 hora
<b>Objetivos</b>	
<b>Objetivo geral:</b> Promover a Qualidade e Segurança dos cuidados de enfermagem em Cuidados Intensivos, através da implementação do <i>Debriefing</i> clínico.	
<b>Objetivos específicos:</b> Reconhecer a importância do debriefing na prática clínica em cuidados intensivos; identificar as oportunidades para realizar debriefing no contexto para prática clínica; demonstrar a aplicação da ferramenta TALK® para condução do debriefing clínico.	
<b>Modalidade</b>	
Presencial e à distância	
<b>Metodologia e Recursos</b>	
<b>Metodologia:</b> Método expositivo, interrogativo e demonstrativo.	
<b>Meios audiovisuais:</b> Computador, projetor e documentos de apoio.	
<b>Outros recursos:</b> Sala de reuniões da UCIP e transmissão via Microsoft Teams.	
<b>Avaliação</b>	
Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação	

Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
<b>Introdução</b> • Apresentação do formador, apresentação do tema e objetivos.	Método Expositivo/Método Interrogativo Técnica das Perguntas	Computador; Videoprojector	5'
<b>Desenvolvimento</b> • Definição de conceito: <i>Debriefing</i> Clínico; Estratégias de implementação do debriefing clínico: do conceito à prática; Ferramenta de debriefing clínico TALK®.	Método Expositivo/Método Demonstrativo	Computador; Videoprojector; Documentos de Apoio	40'
<b>Conclusão</b> • Questões de esclarecimento; • Síntese da sessão.	Método Expositivo/Método Interrogativo Técnica das Perguntas	Computador; Videoprojector; Documentos de Apoio	15'

**Apêndice VII** – Cartaz de divulgação da ação de formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”

Formação

# DEBRIEFING CLÍNICO

## PROMOÇÃO DA QUALIDADE E DA SEGURANÇA E SEGURANÇA EM CUIDADOS INTENSIVOS

### Formador

Enf. André Rodrigues  
(Mestrando em Enfermagem - Área de especialização  
Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica)

### Supervisora Clínica

Enf.ª EMC Eunice Martins

### Orientadora

Prof.ª Maria Antónia Costa

### Destinatários

Equipa de Enfermagem UCIP2

### Data

18/01/2024

### Hora

16h00

### Local

Sala de Reuniões UCIP2  
Transmissão Microsoft Teams®

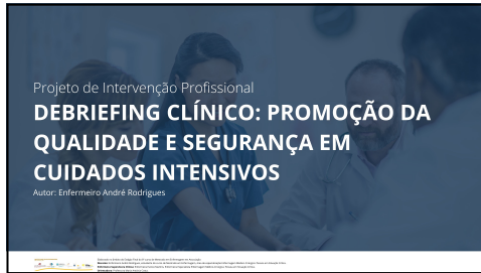
Organizado no âmbito do Estágio Final do Curso de  
Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Médico-cirúrgica:  
A Pessoa em Situação Crítica:

MESTRADO EM ENFERMAGEM

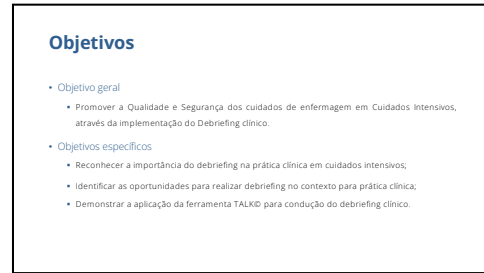
EM ASSOCIAÇÃO:



**Apêndice VIII** – Apresentação da formação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”



1



2



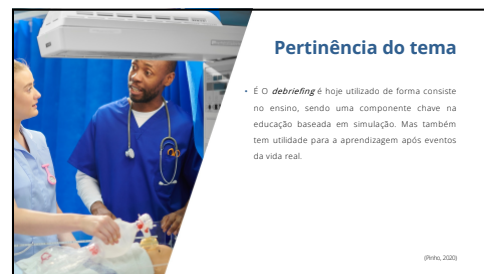
3



4



5



6

### Debriefing

Debriefing é uma reflexão estruturada sobre o desempenho da equipa, seja após uma tarefa, turno ou evento crítico. É crucial no processo de aprendizagem, permite compreender, analisar e sintetizar o que pensaram, sentiram e fizeram.

Proporciona oportunidade para a comunicação entre a equipa, elemento essencial na cultura de segurança dos cuidados de saúde.

(Rudolph et al., 2008)

7

### Debriefing

Reflexão sobre a experiência, permite identificar lacunas no desempenho, discutir oportunidade de melhoria e consolidar os conhecimentos e competências, de forma, a que possam ser aplicados na prática clínica.

A literatura evidência as vantagens do DC, em ambientes clínicos como as UCI, associado a uma melhoria da aprendizagem, do desempenho do pessoal e dos resultados dos doentes, bem como da dinâmica e eficiência da equipa

(Ota-Nakano et al., 2021; Cheng et al., 2014)

8

### Debriefing

O DC é recomendado por rotina, sendo reforçada a sua utilização após procedimentos invasivos ou após a reanimação.

O Debriefing na prática clínica pode ser difícil de implementar, no entanto, é um aspeto importante e eficaz na aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados.

(Eggen et al., 2020)

9



10

### Debriefing clínico: do conceito à prática

(Coggins, 2021)

**Quando?**  
O DC é utilizado no quotidiano da prática clínica.

11

### Debriefing clínico: do conceito à prática

(Coggins, 2021)

**Quem?**  
Todos os membros da equipa.  
Voluntário.

12

**Debriefing clínico: do conceito à prática**  
(Kogges, 2021)

**Quando?** O DC é utilizado no quotidiano da prática clínica.

**Quem?** Todos os membros da equipa. Voluntário.

**Porquê?** Aprendizagem após eventos da vida real. Melhor o desempenho da equipa. Distinguir DC entre outras estratégias.

13

**Debriefing clínico: do conceito à prática**  
(Kogges, 2021)

**Quando?** O DC é utilizado no quotidiano da prática clínica.

**Quem?** Todos os membros da equipa. Voluntário.

**Porquê?** Aprendizagem após eventos da vida real. Melhor o desempenho da equipa. Distinguir DC entre outras estratégias.

**Onde?** Ambiente apropriado, afastado da área clínica de forma a assegurar privacidade e limitar as distrações.

14

**Debriefing clínico: do conceito à prática**  
(Kogges, 2021)

**Quando?** O DC é utilizado no quotidiano da prática clínica.

**Quem?** Todos os membros da equipa. Voluntário.

**Porquê?** Aprendizagem após eventos da vida real. Melhor o desempenho da equipa. Distinguir DC entre outras estratégias.

**Onde?** Ambiente apropriado, afastado da área clínica de forma a assegurar privacidade e limitar as distrações.

**Como?** Segurança psicológica. Foco na equipa. Estrutura de referência. Facilitador.

15

**Debriefing clínico: do conceito à prática**  
(Kogges, 2021)

**Quando?** O DC é utilizado no quotidiano da prática clínica.

**Quem?** Todos os membros da equipa. Voluntário.

**Porquê?** Aprendizagem após eventos da vida real. Melhor o desempenho da equipa. Distinguir DC entre outras estratégias.

**Onde?** Ambiente apropriado, afastado da área clínica de forma a assegurar privacidade e limitar as distrações.

**Como?** Segurança psicológica. Foco na equipa. Estrutura de referência. Facilitador.

**O quê?** Aprender com a experiência da prática clínica no dia a dia. Confidencial.

16

Let's go  
**TALK©**

17

**O que é a TALK©?**

🔍 Permite estabelecer "uma **conversa estruturada**, sobre eventos ocorridos, de forma positiva e **não ameaçadora**".

🎯 O objetivo é analisar o **desempenho da equipa** num evento clínico, enfatizando as ações bem-sucedidas e identificar oportunidades de melhoria.

✂️ Resulta na identificação de **ações-chave** que os participantes assumem a responsabilidade de as realizar, de forma a melhorar a **segurança do doente**.

(TALK, 2021)

18

### Porquê a TALK®?

- A TALK é uma ferramenta estruturada, fácil de aplicar, para permitir uma comunicação eficaz entre os membros de uma equipa.
- Permite que a equipa partilhe a sua perspetiva sobre a experiência e explore os fatores facilitadores e dificuldades.
- Promove a **aprendizagem** através das experiências vividas no contexto da prática clínica, num ambiente favorável que contribui para o bem-estar da equipa.

(TALK, 2021)

19

### Quando utilizar a TALK®?

- Não deve demorar mais de 10 minutos, e pode ser realizada imediatamente após um caso clínico, no final de um turno ou mais tarde.
- Pode ser utilizado em situações pré-acordadas ou acontecer forma espontânea, quando a equipa entende como oportunidade de reflexão.  
Exemplo: Situações de novas aprendizagens, bons resultados em situações clinicamente complexas, ou quase-acidentes/incidentes graves indesejáveis.
- Adequado aos diferentes contextos de prática clínica, tanto a nível hospitalar como extra-hospitalar.

(TALK, 2021)

20

### Como utilizar a TALK®?

- Qualquer membro da equipa pode iniciar o debriefing. Todos devem ter oportunidade de contribuir, independentemente da sua função ou experiência.
- Deve-se concentrar nas soluções para os problemas identificados e no desempenho da equipa. Assumindo a responsabilidade pelas ações que garantirá a sua concretização.
- Deve ser uma experiência positiva para a equipa, devendo evitar-se comentários e comportamentos negativos.

(TALK, 2021)

21



22

### Estrutura TALK®

- T Target/Objetivo**  
Definir um objetivo, o mais específico possível. A equipa deve partilhar a sua perspetiva e acordar o que vão dirigir na conversa.
- A Analysis/Análise**  
A equipa deve explorar a situação de acordo com o plano definido, em particular os aspetos benéficos e as oportunidades de melhoria, propondo um plano de ação.
- L Learning Points/Aprendizagens**  
Partilhar novas ideias que ocorrem no decurso da experiência vivida ou já durante o debriefing da equipa.
- K Key Actions/Ações-chave**  
A equipa procura ações, assumindo a responsabilidade de as executar, devendo haver acompanhamento.

(TALK, 2021)

23

### Valores TALK®

- Positividade**
- Foco na procura de soluções**
- Comunicação profissional**
- Passo a passo**

24



**Apêndice IX** – Questionário de Avaliação da Satisfação da Formação da ação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
EM ASSOCIAÇÃO



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO**

**Tema:** Debriefing clínico em Cuidados Intensivos

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Agradecemos a sua colaboração, no sentido de a adequarmos e melhorarmos continuamente. Preencha o presente questionário atribuindo um valor de 1 (não satisfaz), 2 (satisfaz pouco), 3 (satisfaz), 4 (bom) a 5 (excelente) aos diferentes aspetos da formação.

Responda ao questionário, assinalando com um (X), a opção que melhor caracteriza a sua opinião.

NÍVEIS DE AVALIAÇÃO	1	2	3	4	5
<b>OS FORMADORES</b>					
Domínio dos conteúdos e técnicas					
Clareza e envolvimento com o grupo					
Incentivo dos formandos a participar na ação					
<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>					
Linguagem clara e objetiva					
Identificados os objetivos de forma clara					
Interesse nos temas expostos					
Utilidade dos conhecimentos adquiridos					
<b>QUALIDADE DO MATERIAL E MEIOS PEDAGÓGICOS</b>					
Documentos de apoio					
Meios audiovisuais					
Material de demonstração					
Instalações (conforto, acessos, iluminação)					
<b>ORGANIZAÇÃO</b>					
Divulgação da formação					
Cumprimento do horário previsto					
Distribuição equilibrada do tempo pelos temas					
Organização da ação de formação foi eficiente					

**Apêndice X** – Grelha de observação de sessões de *debriefing*

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
EM ASSOCIAÇÃO



Grelha de Observação **DEEBRIEFING CLÍNICO**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Procedimento	Realizado	Realizado com falhas	Não realizado
Propor à equipa a realização de debriefing clínico.			
Selecionar um local adequado para realização do <i>debriefing</i> clínico.			
Promover um ambiente seguro e encorajar os participantes partilharem pensamentos, ideias e emoções.			
Realizar <i>briefing</i> do <i>debriefing</i> , explicar o objetivo e sugerir a utilização da ferramenta TALK (cartão de ação).			
<b>Target/Objetivo:</b> Definir um objetivo específico, possibilitando que a equipa partilhe a sua perspetiva e acordando sobre o objetivo a discutir.			
<b>Analysis/Análise:</b> Explorar a situação experienciada de acordo com objetivo definido, em particular os aspetos bem-sucedidos e as oportunidades de melhoria propondo um plano de ação.			
<b>Learning Points/Aprendizagens:</b> Partilhar as novas ideias que surgiram no decorrer da experiência vivida ou já durante o <i>debriefing</i> da equipa.			
<b>Key Actions/Ações-chave:</b> Procurar estabelecer ações, atribuindo as responsabilidades de execução e de acompanhamento.			
Agradecer a participação e reforçar a importância do <i>debriefing</i> na prática clínica.			
Executar o <i>debriefing</i> até 10 minutos ( <b>Duração:</b> ____ min.)			
<b>Atitudes:</b>			
Promover uma atitude construtiva, sem julgamentos, evidenciando os comportamentos positivos.			
Procurar soluções para a situação identificada, em vez de culpados, dando ênfase ao desempenho da equipa em vez da pessoa.			
Incentivar à participação valorizando a contribuição de todos, com o respeito ao papel de cada participante.			

Fonte: Elaborado pelo próprio adaptado de Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. Trends in Anaesthesia and Critical Care, 40, 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>

**ANEXOS**

**Anexo I** – Autorização do Conselho de Administração

Gmail - Aprovação Projeto de investigação

31/05/24, 23:57



André Rodrigues <andrefnr@gmail.com>

## Aprovação Projeto de investigação

1 mensagem

[Redacted]

3 de janeiro de 2024 às 09:34

Para: André Rodrigues <andrefnr@gmail.com>

**Caro Investigador,**

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto " **Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos**".

Deverá enviar uma cópia do trabalho de investigação realizado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]

[Redacted]

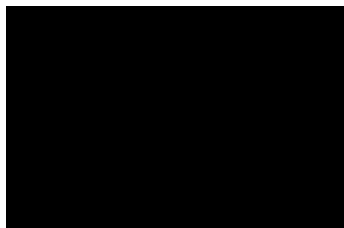
**Anexo II** – Certificado de formador da ação “Debriefing clínico: Promoção da Qualidade e Segurança em Cuidados Intensivos”



### Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço DEBRIEFING CLINICO PROMOCAO DA QUALIDADE E SEGURANCA EM CUIDADOS INTENSIVOS, na qualidade de formador, realizada a 18-01-2024 na [redacted] com a duração de 01h00.

[redacted], 18 de janeiro de 2024



Sete  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEI Faro:  
centroformacao@ch Algarve-min.saude.pt  
DEI Portimão:  
cfic.ptm@ch Algarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo III** – Cartão TALK© da TALK Foundation

**T** **Passo 1: Target - Objetivo**  
O que podemos discutir para melhorar os cuidados prestados aos doentes?  
Partilhe a sua perspetiva e identifique um evento a analisar, da forma mais concreta e específica possível.



**A** **Passo 2: Analysis - Análise**  
Analise o seu objetivo e, se apropriado, considere:  
1. O que contribuiu para que essa situação tenha ocorrido?  
2. Como podemos repetir o que fizemos bem?  
3. Que coisas podemos melhorar?

**L** **Passo 3: Learning Points - Pontos de aprendizagem**  
O que aprendemos com esta conversa?

**K** **Passo 4: Key Actions - Ações chave**  
Chegue a um acordo sobre soluções práticas e distribua responsabilidades para melhorar a segurança do doente.  
O que fará cada um? Quem fará / como será feito o acompanhamento?

## Valores

**Atitude construtiva** e sem julgamentos.

**Positividade**, destacando comportamentos positivos. Utilizando frases neutras e evitando comentários negativos.

**Procurando soluções aplicáveis**, em vez de culpados.

**Passo a passo**: identificando pequenos objetivos alcançáveis e fazendo acompanhamento.

**Comunicação respeitosa**, valorizando a contribuição de todos.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 734753

[www.talkdebrief.org](http://www.talkdebrief.org)



Sanità Italiana (P) Royal  
Canal 4 V. For  
Canal and Vole  
University Health Board



CARDI  
CORONARI  
EUROPE



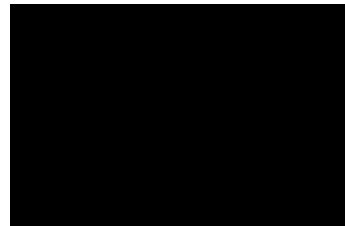
**Anexo IV** – Certificado de formação Escala Nutricional Screening (NRS 2002)



## Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço ESCALA NUTRICIONAL RISK SCREENING NRS 2002, na qualidade de participante, realizada a 26-01-2024 na [REDACTED], com a duração de 01h00.

[REDACTED], 26 de janeiro de 2024



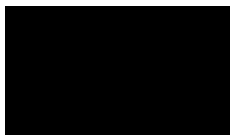
Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@ch Algarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@ch Algarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo V** – Certificado de formação Promoção da Segurança do Doente Prevenção da Ocorrência de Eventos Adversos

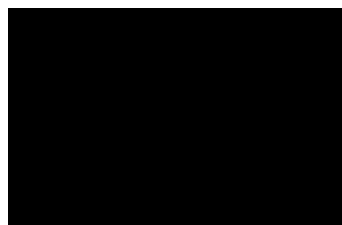


## Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO DOENTE PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS, na [REDACTED] a 28-11-2023 na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, com a duração de 01h00.



Portimão, 28 de novembro de 2023



Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@ch.algarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo VI** – Certificado Auditor Interno na área da segurança do doente



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que André Filipe Nunes Rodrigues natural de Silves nascido em 03/08/1989, com o N.º de Cartão de Cidadão 11909797 4ZZ2 válido até 09/11/2016, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Segurança do Doente e Auditoria Interna, em 07/10/2015, com a duração de 14:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Qualidade em saúde. Gestão da qualidade.	3:30	-
Segurança do Doente. Auditorias Clínicas.	3:30	-
Execução de auditoria: Nota de alta, Consentimento informado, Alergias.	3:30	-
Análise dos resultados. Relatório de auditorias. Discussão das medidas de melhoria.	3:30	-

Faro, 02 de dezembro de 2015

  
P<sup>o</sup>  
O(A)

(Assina

Certificado n.º 652/2015 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

**Anexo VII** – Certificado de apresentação de poster sobre “A utilização do *debriefing* em unidades de cuidados intensivos: uma revisão *scoping*”



CONGRESSO  
**SPSIM 2024**  
FARO - PORTUGAL

# CERTIFICADO

## APRESENTAÇÃO - POSTER

André Rodrigues,

apresentou o Poster **“A utilização do debriefing em unidades de cuidados intensivos: uma revisão scoping”** no Congresso SPSim 2024 – **“Simulação em Saúde sem Limites”**, que decorreu em Faro, entre os dias 11 e 13 de abril de 2024.

Main Sponsor



Gold Sponsors



Medical Simulator  
A INOVAR EM EDUCAÇÃO



Silver Sponsors



Bronze Sponsors



Parceiros Científicos



**Autores do Trabalho:** André Rodrigues, Maria Antónia Costa.

*Pedro Lito*  
Comissão Científica

*Castro*  
Comissão Organizadora

*Carvalho Pratas Norte*  
Presidente SPSim



**Anexo VIII** – Poster sobre “A utilização do *debriefing* em unidades de cuidados intensivos: uma revisão *scoping*”



## A UTILIZAÇÃO DO DEBRIEFING EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO SCOPING

André Rodrigues<sup>(1,2)</sup>, Maria Antónia Costa<sup>(3)</sup>

1- Enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico – Unidade Local de Saúde do Algarve; 2- Estudante do VII curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; A Pessoa em Situação Crítica - Instituto Politécnico de Portalegre; 3- Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja - Instituto Politécnico de Beja.

### INTRODUÇÃO

O debriefing facilita a reflexão, sobre o desempenho individual e da equipa e possibilita identificar e desenvolver estratégias de melhoria, através de processos de aprendizagem reflexiva<sup>(1,2)</sup>. A reflexão sobre a ação, permite identificar lacunas no desempenho, discutir oportunidades de melhoria e consolidar os conhecimentos e competências, de forma, a que possam ser transferidos para a prática clínica<sup>(3)</sup>. A utilização do debriefing em Unidade de Cuidados Intensivos, contribuem para a melhoria da aprendizagem, do desempenho do pessoal e dos *outcomes*, bem como na dinâmica e eficiência da equipa<sup>(4)</sup>.

### OBJETIVO

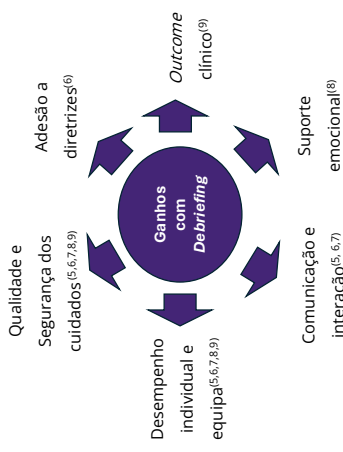
Mapear a literatura sobre a utilização do debriefing em contexto clínico de Unidades de Cuidados Intensivos.

### MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão da literatura de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs para Revisões Scoping. A questão de revisão e critérios de inclusão foram determinados através da utilização da mnemónica PCC: “Qual a importância da utilização do debriefing em Unidades de Cuidados Intensivos?”.

Pequisa realizada através da plataforma EBSCO host. Limitado a estudos escritos em inglês, espanhol e português, publicados entre os anos 2013-23. Incluídos para revisão 5 artigos.

### RESULTADOS E DISCUSSÃO



Barreiras e desafios para a subutilização do *debriefing* em cuidados intensivos<sup>(5)</sup>:

-  Falhas na cultura organizacional
-  Défice de conhecimento
-  Ausência de segurança psicológica

A utilização do *debriefing* em contextos clínicos, demonstrou ser uma estratégia importante na aprendizagem experimental. Para além da melhoria do desempenho dos profissionais de saúde e aumentar a segurança dos cuidados, favorece a comunicação entre os membros da equipa, maior adesão a diretrizes e benefícios psicológicos.

### CONCLUSÃO

Apesar de limitada, a literatura sobre debriefing em Unidades de Cuidados Intensivos, evidenciam a sua eficácia na facilitação da aquisição e desenvolvimento de competências em ambientes clínicos. Desta forma, contribui para a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde e promove de qualidade e mais seguros.

### DECLARAÇÃO DE CONFLITO INTERESSES

Não existe qualquer relação ou acordo, direto ou indireto, a declarar.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**Anexo IX** – Certificado de participação no workshop “TALK” debriefing



CONGRESSO  
**SPSIM 2024**  
FARO - PORTUGAL

# CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

André Rodrigues,

participou no Workshop “**TALK™ Debriefing**”, que decorreu em Faro no dia 12 de abril de 2024, com a duração de 2 horas.

Main Sponsor



Gold Sponsors



Medical Simulator  
A INOVAR EM EDUCAÇÃO



*Pedro Lito*  
Comissão Científica

*Castro*  
Comissão Organizadora

Silver Sponsors



MEDSIMLAB



Bronze Sponsors



Parceiros Científicos



**Anexo X** – Certificado de formação de formadores SBV-DAE



## Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

# CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que André Filipe Nunes Rodrigues, nascido(a) a 03-08-1989, em Silves, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Masculino, com o número de identificação 11909797, concluiu com aproveitamento, em 16-12-2018, o Curso de Formação Profissional.

## Formação de Formadores SBV-DAE

que decorreu de 16-12-2018 a 16-12-2018, com a duração total de 8,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Departamento de Formação em Emergência Médica, 19-02-2020



Departamento de Formação  
em Emergência Médica

  
(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 062-1.3-1015/54368/95425/2018

Mod. INEM.061/2



**Anexo XI** – Certificado de formação – Transporte de Doente Crítico

Mi  
Cer  
Des  
Pes  
  
Ent  
Pro  
Des



## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, titular do número de identificação 11909797-4ZX6, frequentou o curso de formação profissional TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRITICO, ministrado na Unid [REDACTED] L [REDACTED] decorreu entre 13-11-2023 e 13-11-2023, com a duração de 07h00.

Porto [REDACTED] 8 novembro de 2023



Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@chalgarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo XII** – Certificado de formação – Via Verde AVC

Ministério da Saúde  
Cent  
Dep  
Pest  
Enti  
Proc  
Des

## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, titular do número de identificação 11909797-4ZX6, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - AVC, ministrado na Unid [REDACTED] e decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 03h00.

Portim [REDACTED] e novembro de 2023

Dep [REDACTED]

Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@chalgarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo XIII** – Certificado de formação – Via Verde Coronária

Ministério da Saúde  
Centro Hospitalar  
Departamento de  
Pessoa Coletiva nº  
Entidade acreditada  
Processo de Renov  
Despacho Minister

## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, titular do número de identificação 11909797-4ZX6, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - CORONARIA, ministrado na Unid [REDACTED] decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 02h00.

Porti [REDACTED] mbro de 2023

Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@chalgarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo XIV** – Certificado de formação – Via Verde Sépsis

Ministério da Saúde  
Centro  
Departamento  
Pessoa  
Entidade  
Processo  
Despacho



## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, titular do número de identificação 11909797-4ZX6, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - SEPSIS, ministrado na Unidade [REDACTED] decorreu entre 08-11-2023 e 08-11-2023, com a duração de 02h00.

Portim [REDACTED] novembro de 2023

Departamento

Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@chalgarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017


Entidade Reguladora




**Anexo XV** – Certificado de formação – Via Verde Trauma

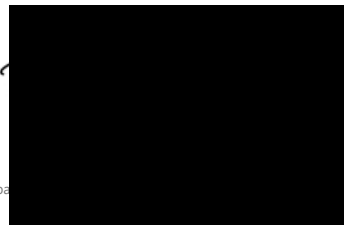


## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que ANDRE FILIPE NUNES RODRIGUES, titular do número de identificação 11909797-4ZX6, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - TRAUMA, ministrado na Ur  que decorreu entre 09-11-2023 e 09-11-2023, com a duração de 07h00.

Por  9 de novembro de 2023

Depa



Sede  
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro  
DEII Faro:  
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt  
DEII Portimão:  
cfic.ptm@chalgarve-min.saude.pt

CHUALG\_CFIC\_02\_CERT\_2017

Entidade Reguladora



**Anexo XVI** – Certificado do curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI)



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **André Filipe Nunes Rodrigues**, natural de Silves, nascido a 03/08/1989, titular do n.º de identificação 11909797, válido até 06/04/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

### **Medical Response to Major Incidents (MRMI)**

De 07 a 09 de maio de 2022, com a duração de 24 horas, em Portimão.

Funchal, 11 de maio de 2022

(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **10/2022** de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho.

**MIDTC**

Entidade Formadora Certificada  
ÁREAS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO:  
721 - Medicina  
861 - Proteção de pessoas e bens