

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Marco António Ribeiro Teixeira

**Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de Incidente
Crítico na Equipa Multidisciplinar**

Relatório Final de Estágio

Lisboa, setembro de 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Marco António Ribeiro Teixeira

Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de Incidente Crítico na Equipa Multidisciplinar

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientadora:
Professora Doutora Leila Sales

Lisboa, setembro de 2024

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVP – Acesso Venoso Periférico

BO – Bloco Operatório

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECG – Eletrocardiograma

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESCID – Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

ITU – Infecção do Trato Urinário

JCI – *Joint Commision International*

LA – Linha Arterial

LASA – *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM – Medicamentos de Alerta Máximo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré-hospitalar

PiCCO – *Pulse-induced Contour Cardiac Output*

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SC – Supervisor(a) Clínico(a)

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SO – Serviço de Observação

TEPH – Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UDCP – Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos

ULS – Unidade Local de Saúde

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VRG – Volume Residual Gástrico

Índice

I.	Introdução.....	12
II.	Enquadramento Teórico.....	16
III.	Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre.....	22
	III.1. Contexto de Estágio.....	22
	III.1.1. SU.....	22
	III.1.2. UCI.....	23
	III.1.3. VMER.....	25
	III.2. Diagnóstico de Situação.....	26
	III.2.1. SU.....	27
	III.2.2. UCI.....	30
	III.2.3. VMER.....	32
	III.3. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas.....	34
	III.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem.....	35
	III.3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A).....	35
	III.3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B).....	41
	III.3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C).....	50
	III.3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D).....	53

III.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.....	57
III.3.2.1. – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	57
III.3.2.2. — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.....	68
III.3.2.3. — Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	71
IV. Considerações Finais.....	76
V. Referências Bibliográficas.....	78

Apêndices

Apêndice A – Resumo de Revisão *Scoping* “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: *scoping review*”

Apêndice B – Ciclo Reflexivo de *Gibbs*

Apêndice C – Quadro referente ao Plano de Projeto

Apêndice D – Cronograma de Atividades

Apêndice E – Questionário “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice F – Gráficos das respostas ao Questionário “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice G – Matriz Analítica de análise SWOT

Apêndice H – Protocolo de *Debriefing*

Apêndice I – Formulário de sessão de *Debriefing*

Apêndice J – Formulário de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

Apêndice K – Cartaz “*Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice L – Guião de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

Apêndice M – Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice N – Sessão de formação na Unidade de Cuidados Intensivos “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice O – Plano de sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice P – Plano de sessão formação na Unidade de Cuidados Intensivos “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice Q – Questionário de Avaliação de Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice R – Gráficos das respostas ao Questionário de Avaliação de Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Apêndice S – Sessão de formação em formato vídeo para a equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice T – Guião de Sessão de formação em formato vídeo para a equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice U – Formulário de sessão de *Debriefing* no SU preenchido

Apêndice V – Formulário de sessão de *Debriefing* na UCI preenchido

Anexos

Anexo A – Webinar “Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência”

Anexo B – Formação *E-Learning* “Atuar perante situação de emergência – Edição 2023”

Anexo C – Certificado de Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP – Lisboa

Anexo D – Certificado de Apresentação de poster no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP – Lisboa

Anexo E – Webinar “Da análise de risco à prevenção de infeção: estratégias no extra-hospitalar”

Anexo F – Certificado de realização de Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association*

Anexo G – Certificado de realização de Curso *International Trauma Life Support*

Agradecimentos

Um objetivo raramente é alcançado sozinho e como tal é crucial agradecer a quem nos ajuda e incentiva a ultrapassar as adversidades e vicissitudes do percurso.

Assim sendo, quero agradecer:

À **supervisora pedagógica**, pela orientação, partilha de conhecimento e disponibilidade demonstrada ao longo do mestrado. Obrigado!

Aos colegas dos serviços onde estagiei, em especial aos **supervisores clínicos**, pela compreensão, partilha e exemplo que foram. Obrigado!

Aos **colegas de mestrado**, em especial ao André e à Vanessa, por terem sido basilares na realização deste curso, bem como pela amizade demonstrada. Obrigado!

Aos **colegas e coordenação de serviço**, pela inestimável ajuda para a organização da vida profissional e académica e compreensão nos momentos de ausência. Obrigado!

Aos **meus pais**, por serem o meu maior exemplo a seguir e o porto seguro nos momentos difíceis. Obrigado mãe! Obrigado pai! Estarão sempre comigo.

À **Joana**, por ser tudo o que eu poderia desejar e ainda mais como esposa, mãe e pessoa. Todos os obrigados que te possa endereçar nunca serão suficientes!

À **Sofia** e à **Leonor**, por, na ternura da inocência das crianças, lidarem tão bem com a ausência do pai nestes meses conturbados. São o meu maior amor e tudo o que faço é por vós!

Resumo

O presente relatório de estágio, no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, surge como resultado da conclusão da etapa final do mestrado, por forma a analisar o percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

O percurso compreendeu a realização de três estágios, que decorreram num Serviço de Urgência, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

A constante evolução e aumento da complexidade clínica e tecnológica do ambiente hospitalar exige uma atualização e reflexão contínuas por parte de todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, de modo que suportem as suas ações, baseados numa prática segura e de qualidade – atingindo a excelência do cuidar.

Alicerçando a intervenção no Modelo de Qualidade-Cuidado© de Joanne Duffy, visei a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, tendo desenvolvido um projeto de estágio nos diferentes contextos sobre a Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar.

Pude aferir que o *debriefing* estruturado representa uma ferramenta promotora da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e da segurança do doente, bem como do desenvolvimento profissional e pessoal das equipas de saúde.

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

Abstract

This report, within the scope of the Curricular Unit “Clinical Practice” of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Nursing for the Person in Critical Situation of the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, arises as a result of the conclusion of the final stage of the master's degree, in order to analyze the path taken to acquire and develop common and specific skills for specialist nurses and masters in Nursing.

The journey comprised three internships, which took place in an Emergency Service, a Multipurpose Intensive Care Unit and an Emergency and Resuscitation Medical Vehicle.

The constant evolution and increase in the clinical and technological complexity of the hospital environment requires continuous updating and reflection on the part of everyone involved in providing healthcare to the person in critical situation, so that they support their actions, based on safe and quality practice – achieving excellence in care.

Basing the intervention on Joanne Duffy's Quality-Care Model©, I aimed to promote the quality and safety of Nursing care provided, having developed an internship project in different contexts on the Applicability of Debriefing in the context of a critical incident in the multidisciplinary team.

I was able to verify that structured debriefing represents a tool that promotes continuous improvement in the quality of care provided to the person in critical situation and patient safety, as well as the professional and personal development of healthcare teams.

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

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 2º semestre do 1º ano e no 1º semestre do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa.

Este relatório visa analisar e refletir sobre o percurso feito durante os três estágios, que decorreram num Serviço de Urgência (SU), numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), cada um deles com duração de 208 horas de contacto, sob a orientação e supervisão pedagógica da Professora Doutora Leila Sales.

Neste relatório será realizada uma descrição das atividades desenvolvidas durante os estágios, que possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), bem como as de mestre em Enfermagem e da temática de interesse.

O tema transversal escolhido para desenvolver nos contextos de estágio foi a aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar. Esta opção deveu-se ao facto de, no decorrer da minha prática profissional, ter originado o interesse em perceber de que forma esta prática, desempenhada de forma estruturada e sistematizada pela equipa multidisciplinar, é efetivamente aplicada num contexto de doente crítico e que resultados podem dela advir.

O *debriefing* é uma reflexão estruturada, em grupo, após um evento, que tem como objetivo contribuir para a análise, aprendizagem e consequente melhoria do desempenho futuro da equipa envolvida¹. Na prestação de cuidados em situação crítica esta prática pode identificar áreas de desempenho ótimo e subótimo, possibilitando que em futuros incidentes se alcance uma melhoria dos cuidados prestados².

Nesta atividade é dado ênfase aos factos e às diferentes perspetivas disponíveis, na tentativa de melhorar processos e *outcomes* para os doentes, sem uma vertente punitiva para com os profissionais de saúde envolvidos na situação analisada¹.

Relativamente aos incidentes críticos, estes podem ser definidos como acontecimentos inesperados e traumáticos que ameaçam a vida e a segurança, de forma grave, dos intervenientes (profissionais ou doentes da instituição), originando fortes reações emocionais aos intervenientes, que poderão não conseguir gerir os mesmos com as ferramentas que dispõem³.

Direcionando para o trabalho do enfermeiro, com base na complexidade das intervenções que desempenha diariamente, o mesmo enfrenta situações de *stress* diariamente – exigindo uma elevada capacidade de adaptação a situações traumáticas⁴. Perto de 20 a 33% dos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados após incidentes críticos desenvolveram transtorno de *stress* pós-traumático – conduzindo a uma menor qualidade de vida, deterioração da saúde física, limitações profissionais e aumento do risco de morte prematura⁵. De modo a colmatar o impacto psicológico negativo destas situações foram desenvolvidos e implementados programas de *debriefing*, que podem fornecer o apoio necessário para mitigar o *stress* após incidentes críticos em situação de urgência e emergência⁶.

Com base no que foi referido anteriormente, e como na pesquisa efetuada não foram encontrados protocolos de revisão ou revisões sistemáticas atuais sobre a questão colocada na realidade portuguesa, existindo também escassa produção a nível internacional, constato que este tema é relevante e pertinente para o contexto da prática atual.

Atendendo às competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à acção; 3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas⁷ – podemos enquadrar esta prática em todas as competências, visto que o *debriefing* estruturado permite ao EEEMC refletir sobre as intervenções realizadas à PSC e sua família, ajudando a identificar que intervenções foram eficientes e quais podem ser aprimoradas, garantindo a otimização dos cuidados de Enfermagem prestados e a centralização dos cuidados na PSC e sua família/cuidador na próxima situação^{1,2}. Assim sendo, com o *debriefing* estruturado o enfermeiro está mais

capacitado para responder a incidentes críticos que ocorram, mesmo em situações de emergência, exceção e catástrofe, assim como gestão dos cuidados e garantia da prevenção e controlo de infeção.

Enquanto futuro EEEMC, com a aplicabilidade do *debriefing* pretendi delinear estratégias de possível melhoria dos cuidados e aumento da segurança do doente, através da mitigação da ocorrência de incidentes críticos em futuras situações de emergência, exceção e catástrofe e contribuir para a implementação da prática estruturada do *debriefing* nos contextos clínicos onde decorreram os ensinamentos clínicos de forma a contribuir positivamente para a sua integração como prática validada promotora de ganhos para profissionais e doentes.

Importa ainda constatar que com a aplicabilidade do *debriefing* pretende-se dar resposta às competências específicas do EEEMC: “1.3 — Implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados; 1.4 — Avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença aguda ou crónica e processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”⁷, pois seria possível (mediante as limitações referidas anteriormente) perceber o que pode ser otimizado, definir as intervenções adequadas, aplicar as estratégias encontradas e, posteriormente, avaliar a implementação das mesmas.

Para dar resposta às necessidades formativas a atingir, identifiquei como objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais especializadas nos cuidados à PSC e/ou falência orgânica em contexto de urgência e emergência. Enquanto objetivos específicos: Integrar a dinâmica do serviço e a equipa multidisciplinar; Demonstrar o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à PSC e sua família; Contribuir para a promoção da cultura de segurança do ambiente interno e a melhoria dos cuidados prestados com a implementação estruturada do *debriefing*.

Este relatório é composto por cinco capítulos: Introdução; Enquadramento Teórico – onde contextualizo a temática com a evidência científica atual e o modelo teórico de Enfermagem que sustentou o desenvolvimento de competências; Percorso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre – onde contextualizo os

diferentes locais de estágio, bem como o diagnóstico de situação de cada contexto e a descrição de todas as atividades desenvolvidas, a reflexão sobre as mesmas e os indicadores de resultado obtidos, sejam as referentes ao projeto sejam as referentes à prestação de cuidados especializados; Considerações Finais onde apresento a reflexão sobre aprendizagens adquiridas, desafios encontrados e ganhos em saúde referentes ao percurso de estágio; e Referências Bibliográficas.

II. Enquadramento Teórico

Os profissionais de saúde estão frequentemente expostos a situações de elevado *stress* decorrente do seu trabalho, conjuntamente com as elevadas cargas laborais que enfrentam no seu dia-a-dia⁴⁻⁶. Concretamente, os enfermeiros, sendo os elementos da equipa multidisciplinar em maior permanência junto do doente e sua família, estão frequentemente expostos a agressões físicas e/ou verbais, assédio moral e sexual, entre outros⁶. Se a estes fatores englobarmos a vivência de incidentes críticos é possível perceber a suscetibilidade e propensão a consequências graves para os profissionais de saúde e para a PSC e sua família/cuidadores.

O *debriefing* é considerado uma ferramenta altamente eficaz na identificação de erros, revisão do trabalho de equipa realizado, melhoria da comunicação multidisciplinar e a providenciar suporte emocional após o acontecimento de incidentes críticos^{1,8-9}. Apesar deste conhecimento empírico, a maioria dos profissionais de saúde não tem hipótese ou simplesmente não utiliza o *debriefing* de uma forma estruturada e regular^{3,8}. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, 50% dos inquiridos nunca tinha tido nenhuma experiência de utilização do *debriefing* ou raramente tinha tido acesso a esta ferramenta⁸.

O *debriefing* é percebido pelos elementos intervenientes como uma ferramenta útil, tendo demonstrado uma melhoria das intervenções e um aumento da coesão das equipas – melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados na prática clínica diária⁸.

Atendendo ao aumento da complexidade dos ambientes de saúde e dos doentes, bem como das expectativas de quem recorre aos cuidados, tem havido uma maior preocupação institucional no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados. A criação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) enfatiza esta mesma preocupação a nível nacional. A qualidade e a segurança dos sistemas de saúde são um dever ético e moral, pois contribuem perentoriamente para a diminuição de riscos evitáveis, conduzindo a uma melhoria do acesso e da equidade aos cuidados de saúde e do respeito com que esses cuidados são prestados¹⁰.

A ENQS visa obter a melhoria da qualidade clínica e organizacional através de:

- incitar o incremento da aderência a normas de orientação clínica;
- promoção do reforço da segurança dos doentes e da investigação clínica;
- monitorização a qualidade e segurança dos cuidados, divulgando dados comparáveis de desempenho e, conseqüente, reconhecer a qualidade das unidades de saúde;
- fornecimento de informação aos cidadãos e, conseqüente, aumento da sua capacitação¹⁰.

Como referido previamente, são indissociáveis os conceitos de qualidade em saúde e de segurança do doente, variáveis dependentes uma da outra. A maior exigência de quem recorre aos cuidados de saúde faz com que estes também se tornem agentes de segurança, pois estão cada vez mais capacitados e integrados no seu processo de saúde-doença.

Em Portugal encontra-se em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, que visa implementar e consolidar práticas seguras em ambientes seguros, fomentando cada vez mais a aplicação de princípios que sustentam a segurança do doente – cultura de segurança, comunicação e implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos¹⁰. Podemos assim fazer o paralelismo com o objetivo do *debriefing*, de contribuir para a análise, aprendizagem e conseqüente melhoria do desempenho futuro da equipa envolvida¹, possibilitando que em futuros incidentes se alcance uma melhoria dos cuidados prestados e uma cultura de segurança na equipa².

Os enfermeiros têm um elevado compromisso ético, legal e profissional na garantia da segurança dos doentes e na sua proteção, desempenhando um papel fundamental na prevenção dos erros em saúde. É necessário assegurar o nível de segurança dos doentes alvo de cuidados de saúde e dos profissionais através do empenho de todos os envolvidos, possibilitando formação, a notificação de incidentes de segurança, a aprendizagem com os erros bem como a implementação de estratégias e práticas seguras¹¹, como é exemplo a utilização do *debriefing*.

Atendendo às possíveis melhorias dos cuidados de saúde identificadas na pesquisa realizada sobre a temática e alicerçado nas elevadas taxas de desenvolvimento de

sintomatologia psicológica por parte dos profissionais⁴, bem como na experiência vivenciada na primeira pessoa, tornou-se premente desenvolver a temática do *debriefing* em contexto de incidente crítico.

A *International Liaison Committee on Resuscitation* recomenda a utilização do *debriefing*, apesar da reduzida evidência sobre a melhoria dos *outcomes* nos doentes que sofrem paragem cardiorrespiratória (PCR), pois os possíveis efeitos positivos da implementação do mesmo na equipa e na prestação dos cuidados – e consequentemente nos doentes – são significativos. Para além disto, refere ainda que não foram encontrados quaisquer tipo de efeitos indesejáveis na sua aplicabilidade¹².

Apesar das evidências dos benefícios na redução do *stress* dos profissionais e aumento da qualidade e segurança dos cuidados prestados, muitos profissionais enfrentam barreiras na implementação do *debriefing* no ambiente clínico^{1,8,13}.

A falta de apoio institucional, o *stress* no local de trabalho e o aumento da carga laboral foram fatores preponderantes que originaram pedidos de transferência de serviço por parte de enfermeiros de SU³. A incidência do *stress* sobre os profissionais produz uma diminuição da satisfação profissional, estando diretamente relacionada com o aumento das ausências por doença e do *turnover* das equipas³.

Importa ainda referir que o *debriefing* é uma ferramenta gratuita ou com custos reduzidos^{8,12}, o que poderá aumentar a probabilidade de aceitação pela administração hospitalar da implementação do *debriefing* – visto o seu rácio custo-benefício ser potencialmente muito favorável³.

O EEEMC, concretamente na área de Enfermagem à PSC, possui competências cruciais perante situações críticas e, posteriormente, no processo de *debriefing* estruturado. A capacidade de avaliação rápida e precisa do doente, de análise crítica das ações e intervenções realizadas durante incidentes críticos, tomada de decisões informadas, coordenação de e com equipas multidisciplinares, bem como uma comunicação eficaz são competências que permitem ao EEEMC liderar e facilitar sessões de *debriefing* estruturado – promovendo um ambiente de aprendizagem e crescimento continuado no seio da equipa.

A discussão da intervenção e identificação de melhores práticas baseadas na evidência para futuras situações, facilitando a reflexão sobre a experiência, permitindo

assim à equipa entender o que funcionou bem e o que pode ser melhorado – identificando áreas que requerem treino adicional ou atualização de conhecimentos^{8,13}.

Podemos assim concluir que a intervenção do EEEMC na área de Enfermagem à PSC é crucial para a gestão eficiente de incidentes críticos. As competências referidas são preponderantes na implementação de sessões de *debriefing* estruturado, onde podem liderar a reflexão crítica e a análise das intervenções, promovendo melhorias contínuas na qualidade do cuidado ao doente e sua família – através da redução de erros, aperfeiçoamento contínuo das competências da equipa, desenvolvimento de suporte emocional, confiança e a resiliência da equipa, entre outros benefícios.

As competências do EEEMC estão intimamente relacionadas com a excelência técnica, comunicação eficiente, liderança, prática baseada na evidência (PBE), educação, humanização dos cuidados e melhoria contínua da qualidade de cuidados, princípios fundamentais do Modelo Qualidade-Cuidado© de Joanne Duffy¹⁴⁻¹⁵.

O Modelo Qualidade-Cuidado© enfatiza a importância dos cuidados centrados nas relações interpessoais, refletidos numa PBE. É necessária uma investigação continuada da real tradução das intervenções de Enfermagem em ganhos em saúde¹⁴. Com base nesta premissa realizei, em conjunto com dois colegas do mestrado, uma revisão *scoping* sobre a “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: *scoping review*” (resumo disponível no Apêndice A) – de modo a dar sustentação teórica à minha intervenção e fomentar a criação de ganhos em saúde.

Ao incorporar o *debriefing* no Modelo Qualidade-Cuidado©, e olhando para os princípios fundamentais do Modelo de Joanne Duffy, podemos fazer o seguinte paralelismo:

- Competência Clínica e Técnica:
 - *Debriefing*: permite a análise detalhada de procedimentos e intervenções, facilitando a identificação de boas práticas e áreas de melhoria;
 - Modelo de Duffy: valoriza a competência clínica e técnica, o que pode ser aprimorado através da reflexão fornecida pelo *debriefing*;
- Relação do Cuidar e Comunicação:

- *Debriefing*: promove a comunicação aberta e honesta entre a equipa, essencial para a relação interprofissional e o cuidado de qualidade;
- Modelo de Duffy: a comunicação eficaz é um componente central, e o *debriefing* estruturado fornece uma plataforma para aprimorar essas habilidades;
- Liderança no Cuidar:
 - *Debriefing*: fornece aos líderes a oportunidade de avaliar o desempenho da equipa, receber *inputs* e orientar para a melhoria da prestação de cuidados;
 - Modelo de Duffy: reconhece a importância da liderança no ambiente de cuidados, que é fortalecida através do processo de *debriefing*;
- PBE:
 - *Debriefing*: permite a revisão e integração de práticas baseadas na mais atual evidência na prestação de cuidados, promovendo a atualização constante do conhecimento;
 - Modelo de Duffy: enfatiza a utilização de evidências científicas, algo que é reforçado durante o *debriefing* estruturado;
- Educação de Doente, Família e Profissionais:
 - *Debriefing*: serve como uma ferramenta educativa, proporcionando oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional contínuo;
 - Modelo de Duffy: valoriza a educação contínua dos profissionais, que é facilitada pelo processo de *debriefing*, e do doente e sua família;
- Humanização e Compaixão no Cuidar:

- *Debriefing*: permite a exposição de emoções e reflexão sobre os aspetos humanos da prática clínica, promovendo a empatia e a compaixão do cuidar e ser cuidado;
- Modelo de Duffy: destaca a importância do cuidado centrado no doente e sua família, aprimorado através da discussão e reflexão possíveis através do *debriefing*;
- Avaliação e Melhoria Contínua:
 - *Debriefing*: foca-se na avaliação do desempenho da equipa e na implementação de melhorias contínuas, promovendo a mais elevada qualidade de cuidados;
 - Modelo de Duffy: promove a necessidade de avaliação e aperfeiçoamento contínuos, um objetivo central do *debriefing* estruturado¹⁴⁻¹⁵.

O Modelo de Qualidade-Cuidado© e o *debriefing* estruturado estão intrinsecamente relacionados na procura pela excelência do cuidar. Ambos enfatizam a importância das competências clínica e técnica, comunicação, liderança, PBE, educação contínua, humanização do cuidado e melhoria contínua. O *debriefing* estruturado fornece uma metodologia prática para aplicar os princípios do Modelo de Qualidade-Cuidado©, promovendo cuidados centrados no doente, aperfeiçoando constantemente as habilidades e relacionamentos interpessoais na busca pela excelência do cuidado.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

III.1. Contexto de Estágio

III.1.1. SU

O ensino clínico (EC) decorreu no SU de uma unidade hospitalar privada prestadora de cuidados de saúde hospitalares na Área Metropolitana de Lisboa, que abrange uma população de cerca de 2,8 milhões de habitantes. O SU deste hospital está qualificado como uma urgência médico-cirúrgica, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência/emergência, não estando integrado na rede nacional de urgências hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹⁶.

A equipa do serviço é composta por 35 enfermeiros, englobando a enfermeira gestora dos serviços de ambulatório e a enfermeira coordenadora. Importa ainda referir que na equipa existem seis EEEMC, dois enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Dos restantes 23 enfermeiros de cuidados gerais, três são atualmente mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC.

A dotação de enfermeiros por turno neste SU é de seis a sete elementos nas manhãs, cinco nas tardes e quatro nas noites. Segundo dados recolhidos com a coordenação do serviço, há, em média, um fluxo de 250 admissões diárias neste SU. Para dar resposta à afluência do serviço, este possui o sistema de triagem de prioridades de Manchester¹⁷ – estando recomendado a nível nacional que seja um EEEMC na área de Enfermagem à PSC escalado neste posto¹⁸.

Está ainda aconselhado que os enfermeiros responsáveis pela sala de reanimação/emergência e pela coordenação da equipa no turno sejam EEEMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC¹⁸. Nos restantes setores dos SU, a equipa de Enfermagem deve ser constituída por 50% de EEEMC, na área da Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em continuidade nas 24 horas diárias¹⁸.

No SU o internamento, idealmente curto, de doentes realiza-se no Serviço de Observação (SO), onde é sugerido o rácio de um enfermeiro por cada três camas de internamento¹⁸. Atendendo ao facto do SO deste serviço dispor de 13 camas de internamento, para respeitar os rácios sugeridos seriam necessários ter escalados neste sector cinco enfermeiros – algo impossível tendo em conta o número de enfermeiros escalados por turno.

Com base nestas premissas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), ratificadas em Diário da República, fazendo o paralelismo com a realidade deste SU, constata-se que os seis EEEMC presentes na equipa são insuficientes para as necessidades atuais – enfatizando perentoriamente a necessidade de formação e diferenciação por parte da equipa de Enfermagem.

A equipa médica apresenta um elevado número de prestadores de serviço pelo que se torna difícil a sua caracterização. O serviço dispõe de especialistas em Medicina Interna em permanência. As restantes especialidades encontram-se presencialmente em outros pontos do hospital ou disponíveis por chamada telefónica, consoante a valência necessária.

A equipa multidisciplinar é ainda constituída por 15 assistentes operacionais – estando, na altura, duas de licença de paternidade –, 22 administrativos e quatro assistentes ao cliente.

Importa ainda referir que o hospital é acreditado pela *Joint Commision International* (JCI), instituição responsável pela acreditação de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, com intuito de alcançar o aumento da qualidade dos cuidados prestados e a mitigação de riscos para os doentes e para os profissionais de saúde da instituição¹⁹.

III.1.2. UCI

O segundo estágio decorreu na UCI de uma unidade hospitalar prestadora de cuidados de saúde na Área Metropolitana de Lisboa, abrangendo uma população de cerca de 935.000 pessoas. Este serviço está classificado como uma UCI Polivalente (nível III), dando resposta à PSC com patologia médica e cirúrgica e sendo responsável por garantir,

em colaboração, os cuidados integrais às pessoas pelas quais são responsáveis na sua área de influência¹⁸.

A equipa do serviço é composta por 32 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor e segundo elemento. Importa ainda referir que na equipa existem três EEEMC e nove enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Na composição das equipas de Enfermagem das UCI, está aconselhado que 50% sejam EEEMC, idealmente na área da Enfermagem à PSC, em contínuo nas 24 horas¹⁸. Atendendo ao facto de a equipa deste serviço apenas dispor de três EEEMC pode-se observar a premente necessidade de formação dos enfermeiros e sua especialização nesta área.

O rácio enfermeiro/doente definido para uma UCI de nível III é de um para um¹⁸. Este serviço dispõe de duas salas em *open space* cada uma com capacidade para acomodar quatro doentes, fazendo assim o total de oito vagas. As dotações de Enfermagem são definidas de turno para turno, consoante o número de doentes internados na UCI. O enfermeiro responsável pela coordenação do turno contacta o enfermeiro que coordenará o turno seguinte sobre a possibilidade de dispensar algum enfermeiro ou a necessidade de chamar outro enfermeiro tendo em conta o número de doentes internados. Desta forma, a UCI consegue cumprir os rácios definidos para as dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. Apesar de cumprir com as dotações esta atuação acaba por ter um fardo adicional sobre a qualidade de vida dos enfermeiros do serviço, pois estes não sabem até que ponto conseguem ter a folga assegurada, tendo de estar em constante prontidão à merce das necessidades do serviço.

Sendo uma UCI de nível III é ainda necessário cumprir, todos os dias da semana, um rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada cinco doentes internados¹⁸. A equipa tem sempre escalado um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no turno da manhã (12 horas) dedicado exclusivamente a realizar cuidados de Enfermagem de Reabilitação aos doentes internados nesta UCI, indo de encontro às indicações emanadas.

O hospital dispõem de duas UCI, sendo da responsabilidade destas a resposta a situações de emergência dentro do espaço intra-hospitalar, constituindo a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) de forma alternada entre ambas. A EEMI é

constituída por um enfermeiro e um médico com competências reconhecidas em SAV e abordagem à PSC, estando presencialmente no hospital. A equipa tem um telemóvel atribuído pelo qual são ativados para responderem de imediato às chamadas²⁰.

Esta função é atribuída à equipa de uma das UCI por um período de um mês, passando no final desse período para a competência da equipa da outra UCI do hospital. Durante o período em que esta UCI fica responsável pela EEMI é escalado um enfermeiro extra por turno dedicado a esta função, podendo auxiliar os colegas com a carga de trabalho da UCI no caso de não ocorrer nenhuma ativação.

A equipa médica é composta por um diretor do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde (ULS), um coordenador da UCI e seis médicos assistentes graduados, bem como diversos médicos a realizar o seu processo de formação tutelado. No serviço encontra-se em permanência, pelo menos, um especialista em Medicina Intensiva e um médico interno. As restantes especialidades encontram-se presencialmente em outros pontos da ULS.

A equipa multidisciplinar é ainda constituída por 12 assistentes operacionais e três assistentes técnicas.

III.1.3. VMER

O último estágio decorreu numa das 44 VMER existentes em Portugal, estando alocada a uma unidade hospitalar prestadora de cuidados de saúde na Área Metropolitana de Lisboa – de acordo com o protocolo existente entre o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as Unidades de Saúde que possuem este meio. É responsabilidade do hospital garantir os profissionais de saúde necessários ao funcionamento da VMER, bem como garantir a operacionalidade da viatura 24 horas por dia. Cabe ao INEM fornecer a formação necessária aos operacionais²¹.

A VMER consiste numa viatura de intervenção pré-hospitalar (PH), concebida para o transporte rápido da equipa até à vítima (domicílio ou via pública) para estabilização e acompanhamento médico em transporte de doentes críticos durante situações de emergência, atuando na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. A tripulação da viatura é composta por um

enfermeiro e um médico com formação em SAV e SAV em trauma, ministradas pelo INEM. Todos os enfermeiros operacionais da VMER recebem, para além da formação referida anteriormente, formação na área de condução defensiva de VMER, assegurando que detém as competências necessárias para a condução deste meio²².

Está recomendado que os meios de emergência PH (VMER, ambulância de Suporte Imediato de Vida e Serviço de Helitransporte de Emergência Médica) incorporem um enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, em conjunto com a restante formação preconizada¹⁸.

A equipa multidisciplinar desta VMER é composta por 16 enfermeiros e 22 médicos de diversas áreas de especialidade, nomeadamente Anestesiologia, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cirurgia Geral e Otorrinolaringologia.

A equipa de Enfermagem da VMER é bastante experiente, tendo na sua constituição 75% (12) de operacionais seniores – elemento com mais de cinco anos de serviço na VMER. É também uma equipa estável, estando o elemento com mais tempo de serviço na VMER desde junho de 2004 e o elemento mais recente desde março de 2022. Fazendo a média do tempo de serviço da equipa de Enfermagem nesta VMER, obtemos uma média de cerca de 11 anos – corroborando assim a experiência e estabilidade da equipa.

Importa ainda referir que na equipa existem cinco EEEMC, dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – sendo assim a equipa composta por 50% de enfermeiros especialistas. Dos restantes oito enfermeiros, dois são atualmente mestrados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC.

Olhando ainda para a equipa, podemos constatar que grande parte dos enfermeiros são elementos com *background* (atual ou passado) de SU – 75% (12) –, sendo a restante equipa composta por três (18,75%) enfermeiros de UCI e um (6,25%) enfermeiro do serviço de internamento de Medicina.

III.2. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação consiste num processo através do qual se analisa e identificam as dificuldades e necessidades de determinado contexto, com o propósito de estimular a melhoria contínua deste contexto através da análise da práxis, originando dados pertinentes para permitir reconhecer as necessidades de intervenção e melhoria²³.

Fazendo parte da intervenção do enfermeiro especialista reconhecer situações/práticas com margem para melhoria e atuar perante as mesmas, identifiquei necessidades nos serviços e atuei perante as mesmas – como exemplifico de seguida. Importa referir que em todos os contextos encontrei profissionais altamente diferenciados e disponíveis para colaborar no desenvolvimento profissional e pessoal dos colegas.

III.2.1. SU

O facto de já ter trabalhado no SU onde realizei o estágio facilitou imensamente esta apresentação, pois conhecia bem o serviço e a equipa multidisciplinar. A apresentação ao contexto do SU foi facilitada pela minha experiência profissional em contexto de SU, todavia a supervisora clínica (SC) e a coordenação de serviço auxiliaram-me na integração à equipa.

Pela familiaridade ao contexto de SU e experiência prévia no serviço, a integração das dinâmicas do serviço e da equipa foi quase imediata – sempre facilitada pela SC. Neste contexto o método de trabalho empregue varia consoante o posto de trabalho, sendo o método de trabalho em equipa – no qual os enfermeiros são divididos em grupos e liderados por um elemento responsável por garantir a melhor aplicação das diferentes qualidades dos enfermeiros da equipa em prol dos doentes a seu cargo – aplicado nas zonas de doentes em ambulatório e o método individual no SO²⁴.

Durante o processo inicial de integração foi-me facultado o acesso a protocolos e normas instituídas no contexto. No SU, sendo um serviço acreditado pela JCI, existem protocolos definidos para cumprimento dos mais elevados padrões de qualidade e segurança. A maioria dos protocolos consultados consiste em ferramentas para o cumprimento das seis metas internacionais de segurança do doente: 1 – Identificar corretamente os doentes; 2 – Melhorar a comunicação efetiva; 3 – Melhorar a segurança da medicação de alta vigilância; 4 – Assegurar uma cirurgia segura; 5 – Reduzir o risco

de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS); 6 – Reduzir o risco de danos ao doente resultantes de quedas²⁵.

Na mesma linha de intervenção, foi assegurado o acesso aos protocolos sobre os feixes de intervenção perante as Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) relacionadas com o cateter vascular central (CVC) e ITU associada à utilização de cateter vesical, indo de encontro ao definido pela Direção-Geral da Saúde (DGS)²⁶⁻²⁷. Neste serviço existem ainda *kits* de colocação de CVC e de linha arterial (LA), bem como de algaliação, estando os profissionais instruídos a utilizar os mesmos sempre que existir a necessidade de realizar algum dos procedimentos referidos.

Este SU é composto por uma equipa maioritariamente jovem, sendo parte da equipa um número restrito de enfermeiros com maior experiência profissional. Num dos momentos de estágio foi possível identificar uma situação concreta na qual a enfermeira responsável pelo SO necessitou de ajuda para lidar com a complexidade do doente sob os seus cuidados, tendo sido possível auxiliar a colega e fomentar o desenvolvimento de competências – a situação em causa foi explorada na Reflexão Crítica segundo o Ciclo de *Gibbs*, presente em Apêndice B.

No início do estágio, em reunião com a coordenação de serviço e a enfermeira orientadora, apresentei o plano de projeto e o cronograma de atividades – presentes nos Apêndices C e D, respetivamente –, obteve-se concordância na pertinência e viabilidade de empregar no decurso do trajeto académico o tema selecionado. Foi ainda abordada a temática com a equipa multidisciplinar de forma informal (durante passagens de turno, discussões de casos clínicos, entre outros momentos), conseguindo perceber a receptividade e interesse por parte da equipa multidisciplinar na implementação do *debriefing* de forma estruturada e continuada no serviço.

No decurso dos primeiros turnos realizados e perante situações de incidentes críticos verificou-se que o *debriefing* nem sempre era realizado e quando realizado não de uma forma estruturada.

De modo a comprovar a relevância do tema neste contexto, apliquei um questionário *online* à equipa multidisciplinar (enfermeiros e médicos que trabalham no serviço) – exposto em Apêndice E. Deste questionário, obtive 32 respostas (21 enfermeiros – dos quais 11 especialistas – e 11 médicos). Contextualizando, isto traduz-

se em aproximadamente 66% da equipa de Enfermagem. No que respeita à equipa médica, não tenho conhecimento sobre o número total de elementos que compõem a mesma.

Foi possível apurar que quase a totalidade da equipa multidisciplinar considera o *debriefing* uma ferramenta útil e pretende a sua implementação estruturada e contínua no seu contexto laboral. Apesar disto, a grande maioria referiu não aplicar o *debriefing* no seu local de trabalho, tornando premente a necessidade de implementação de estratégias e ferramentas promotoras da aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar. Os resultados dos inquéritos estão expostos em gráficos no Apêndice F.

No decurso do estágio existiram situações concretas em que foi referido pela equipa a pertinência da aplicação de uma sessão de *debriefing*, mas nas quais não existiu tal momento reflexivo, pois não estavam suficientemente familiarizados com os recursos e conhecimentos necessários para a execução do mesmo (nomeadamente situação de ativação da equipa para doente em PCR em localização de difícil acesso – área não clínica – e num erro de administração de medicação).

Com base nestes dados recolhidos, foi possível realizar uma análise SWOT sobre a aplicabilidade do *debriefing* neste contexto clínico – apresento a matriz em Apêndice G. A análise SWOT consiste numa ferramenta de gestão utilizada para a avaliação do atual ponto de situação de determinada entidade e consequente formulação do planeamento estratégico²⁸.

Foi possível constatar como pontos fortes a experiência da equipa e a presença de elementos com formação especializada, facilitando a integração de novas metodologias de trabalho promotoras da melhoria da qualidade de cuidados e da promoção da segurança do doente, como é exemplo o *debriefing*.

O acolhimento de estudantes (quer de primeiro ou segundo ciclos de estudos) bem como a acreditação por instituições de auditoria externa, sendo este contexto é acreditado por uma instituição internacional, possibilita e estimula uma constante atualização dos profissionais e a implementação de novas ferramentas, como o *debriefing*.

III.2.2. UCI

A prestação de cuidados em UCI era algo, relativamente, novo para mim pela pouca experiência neste contexto. Tanto a SC como o enfermeiro gestor e restante equipa foram inexcedíveis na disposição para me ajudarem a integrar.

Na UCI, advindo da minha menor experiência neste contexto, a adaptação às dinâmicas foi realizada de forma gradual no decurso das duas primeiras semanas. Aqui o método de trabalho aplicado é o método individual, no qual um enfermeiro assume responsabilidade por todos os cuidados inerentes a um ou mais doentes durante todo o turno – centralizando o cuidado no doente²⁴.

Conheci também as recomendações para assegurar as medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a “Recomendação para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical” e a “Recomendação para a prevenção e controlo da INCS associada a CVC” redigidas pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos PPCIRA do hospital, correspondendo também ao determinado pela DGS²⁶⁻²⁷. Existe ainda documentação dirigida à casuística dos doentes internados nesta unidade (nomeadamente recursos e livros sobre comunicação alternativa e aumentativa, o doente neurocrítico, o doente politraumatizado, o doente paliativo em UCI, a transmissão de más notícias, entre outros), bem como manuais de operacionalização dos variados ventiladores existentes, máquinas dialíticas, entre outros equipamentos e técnicas, os quais tive hipótese de consultar e fortalecer conhecimentos. A presença de documentação científica para consulta por parte da equipa multidisciplinar evidencia uma preocupação do serviço na atualização científica constante.

Foi ainda possível perceber que, apesar do seguimento das normas da DGS relativas à prevenção de INCS relacionadas com o CVC e ITU associada à utilização de cateter vesical e da elevada taxa de colocação destes dispositivos invasivos, o serviço não dispõem de *kits* padronizados de colocação de CVC e LA, nem de algaliação. A inexistência destes *kits* conduz a que, algumas vezes, o enfermeiro necessite de se ausentar para ir buscar material em falta, o que invariavelmente diminui o tempo disponível dos enfermeiros para a prestação direta de cuidados – limitando a qualidade de cuidados prestados. Foi assim sugerida à coordenação a implementação destes *kits*, que concordaram em analisar a proposta e, eventualmente, aplicá-la futuramente.

Outra situação identificada foi a utilização de heparina para manutenção da patência da LA. Por ter dúvidas sobre esta utilização questionei a SC sobre a prática em questão, a qual referiu ser uma prática instituída no serviço há largos anos e que não foi revista. Assim, realizei pesquisa sobre esta temática, não tendo identificado evidência sobre o benefício da utilização de heparina, principalmente atendendo ao risco de danos associados a uma medicação de alerta máximo. A literatura mais atual sugere que a utilização de solução salina normal (NaCl 0,9%) é tão eficiente como a utilização de heparina para a manutenção da manutenção e funcionalidade de cateteres arteriais, com a vantagem de não ter os efeitos secundários inerentes à heparina²⁹. Após esta pesquisa apresentei os dados à SC, que por sua vez fez chegar esta informação à coordenação do serviço.

Algo que também me suscitou dúvidas foi a avaliação sistematizada do volume residual gástrico (VRG) nos doentes alimentados por sonda nasogástrica ou sonda orogástrica, independentemente do tempo de início ou progressão da dieta ou da existência de queixas/sintomas abdominais. Como tal pesquisei sobre a temática, sendo que a maioria dos autores, incluindo a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, sugere a eliminação da avaliação do VRG por rotina, pois isto poderá refletir-se num mais eficiente aporte calórico e proteico, ganho de tempo disponível para a prestação de cuidados e uma diminuição das taxas de mortalidade e morbidade³⁰⁻³². Por sua vez, a *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* sugere que a avaliação do VRG pode auxiliar na identificação de intolerância à nutrição entérica durante o início e progressão da mesma, bem como em pessoas com queixas abdominais durante a administração de nutrição entérica, mas não por rotina³¹. Partindo desta informação, foram apresentados estes estudos à SC.

Neste contexto de estágio reuni com a coordenação de serviço e a SC de modo a apresentar o meu projeto de estágio. Obteve-se concordância na pertinência e viabilidade de empregar o tema selecionado no desenrolar do percurso académico. Foi ainda questionada a equipa multidisciplinar, existindo recetividade e demonstração de interesse por parte da equipa na implementação do *debriefing* de forma estruturada e continuada no serviço.

No início do estágio, perante situações de incidentes críticos, verifiquei que, na maioria das vezes, não eram realizadas sessões de *debriefing* e quando eram efetuadas não era de forma estruturada.

Para concretizar o diagnóstico de situação pretendia aplicar um questionário online à equipa, mas por indicação da chefia de serviço a elaboração e aplicação do mesmo foi-me vetada, pelo risco de comprometer o cumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

De forma a ultrapassar este constrangimento fui questionando de forma informal a equipa e percecionando, empiricamente, as necessidades do serviço. Foi possível constatar que a equipa estava sensível à necessidade da realização de sessões de *debriefing*, referindo recetividade à implementação de sessões de *debriefing* estruturado no serviço.

III.2.3. VMER

Este é um contexto diferente de todos os outros. Os limites de intervenção fundem-se com a necessidade de socorro diferenciado e os quilómetros limítrofes desvanecem-se. Perante as particularidades da atuação no PH importa referir a enorme articulação com os diferentes intervenientes no socorro – bombeiros, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), proteção civil, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana, entre outros –, o que por si só diferencia a atuação do enfermeiro – existindo necessidade de adaptar a atuação e comunicação com os variados intervenientes.

A apresentação ao contexto foi repartida pelos diferentes elementos da equipa, pois realizei turnos com outros enfermeiros da equipa para além do enfermeiro supervisor. No contexto da VMER, apesar da minha inexperiência no PH, a experiência acumulada ao longo do meu percurso profissional em SU na abordagem à PSC permitiu-me uma rápida integração às dinâmicas inerentes a este local de estágio. A equipa multidisciplinar foi novamente superlativa no auxílio que me foi prestado. Neste contexto o método de trabalho utilizado é o de trabalho em equipa, no qual a equipa da VMER (enfermeiro e médico) articula com a restante equipa (bombeiros, TEPH, etc...), sendo

assim responsáveis por gerir e garantir que as melhores qualidades da equipa de socorro são aplicadas em prol da(s) vítima(s) que necessita(m) da sua intervenção.

Procurei consultar a documentação e protocolos em vigor no serviço, existindo variada documentação sobre SAV, SAV em Trauma, SAV Pediátrico, situações de emergência na grávida, entre outros. Desde o primeiro dia que me foi fornecido o acesso a estes materiais, bem como às listas de materiais presentes nas diversas malas de abordagem à vítima existente no interior da viatura.

Importa referir que o sistema atual no PH não fornece nenhuma ferramenta na qual o enfermeiro possa realizar os registos de Enfermagem, apesar dos cuidados prestados poderem ser expressos em linguagem padronizada e assentes nas etapas do Processo de Enfermagem³³. É indicação da OE, que o enfermeiro no PH deve: “Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência” (34 p. 2). Isto é uma lacuna já reconhecida, mas para a qual não existe ainda solução. De modo a de alguma forma tentar colmatar esta contingência e promover a continuidade de cuidados, o enfermeiro da VMER contacta com a equipa de Enfermagem do SU que irá receber a vítima transportada, transmitindo a informação clínica pertinente e assegurando a preparação da unidade hospitalar para a receção da vítima.

Outra situação identificada é o facto de, apesar da diferenciação dos enfermeiros da VMER ser inquestionável e a OE afirmar que o enfermeiro no PH deve: “Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte” (34 p. 2), quando existe necessidade de acompanhamento do doente até uma unidade hospitalar este transporte é realizado apenas pelo médico, ficando o enfermeiro fora da célula sanitária – a conduzir a VMER. Isto não só contradiz o referido anteriormente, como também as indicações do próprio INEM: “Sempre que a situação clínica do doente/sinistrado determine que seja necessário efetuar o seu acompanhamento até uma Unidade de Saúde, esse acompanhamento deve ser efetuado pela totalidade da equipa (médico e enfermeiro)” (35 p. 1).

Neste contexto de estágio, de modo a expor o projeto de estágio por mim proposto, reuni com o SC. Após a reunião inicial com o SC, realizou-se uma reunião entre mim, o SC e a coordenação do serviço, assim que fosse possível para todas as partes envolvidas, de modo a apresentar o plano de projeto de forma formal e averiguar a viabilidade e interesse do mesmo. Obteve-se concordância da importância da temática e na sua pertinência atual, mas percecionou-se a necessidade de adaptação da exposição das sessões de *debriefing* aos diferentes intervenientes do socorro – como referido anteriormente.

Assim, observei se as sessões de *debriefing* eram realizadas após as saídas para socorro. De um modo geral, a equipa da VMER (enfermeiro e médico) faziam sessões de *debriefing* entre si durante a viagem de regresso à base, mas não utilizavam esta ferramenta para capacitar as tripulações de bombeiros e TEPH. Com base nesta observação, resolvi direcionar a minha intervenção para esta lacuna. Questionei a equipa multidisciplinar, existindo receptividade e demonstração de interesse por parte da mesma para a implementação do *debriefing* de forma estruturada e continuada no serviço.

III.3. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

Neste capítulo é realizada a análise das atividades desenvolvidas no decurso do estágio, com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEMC, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, e das competências de mestre, em associação com o projeto desenvolvido.

Competência assume-se como a aptidão que o indivíduo detém de integrar, conjugar e mobilizar os seus conhecimentos e habilidades, num determinado contexto profissional, por forma a ultrapassar desafios complexos que lhe sejam apresentados. Para o indivíduo agir de forma competente, necessita de saber o que carece de ser feito, como o fazer e querer fazê-lo (saber-saber, saber-fazer e saber-ser)³⁶.

O enfermeiro para ser reconhecido como especialista tem de deter um conjunto de competências, estando as mesmas divididas entre competências comuns (transversais às diferentes áreas de especialidade em Enfermagem) e competências específicas (próprias de cada área de especialização).

No desenrolar do estágio existiram inúmeras possibilidades de recrutar e mobilizar os conhecimentos previamente adquiridos e colocá-los em prática, por forma a ultrapassar os incidentes críticos que surgiram e contribuíram para a obtenção destas competências, assim como das competências de mestre em Enfermagem. Esta análise reflexiva sobre o percurso realizado nesta jornada de desenvolvimento pessoal e profissional é de elevada relevância, pois representa conhecimento e momentos de integração de competências especializadas.

A análise da aquisição das competências de mestre será realizada em conjunto com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, pois são inerentes entre si, nos capítulos seguintes.

III.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

Em 2019 foram definidas as competências comuns que todos os enfermeiros devem possuir por forma a serem reconhecidos como enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização e do contexto laboral. As competências comuns do Enfermeiro Especialista foram assim estruturadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal (A), melhoria contínua da qualidade (B), gestão dos cuidados (C) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)³⁷. É com base nesta divisão ratificada pela OE que irei refletir sobre as competências desenvolvidas.

III.3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³⁷

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

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

- Competência de Mestre³⁸

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

O enfermeiro, no desempenho das suas funções, tem a obrigação deontológica de respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes e suas famílias/cuidadores, cumprindo sempre com os pressupostos legais, éticos e de responsabilidade que lhe são exigidos³⁹.

De modo a atingir as competências supracitadas foi necessária a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, nomeadamente na UC Ética e Deontologia em Enfermagem. Para complementar os conhecimentos adquiridos nesta UC consultei documentação que permitiu uma tomada de decisão assente nos princípios éticos e deontológicos regentes da profissão.

Na minha prestação de cuidados no desenrolar dos estágios a privacidade, a segurança e a dignidade dos doentes e seus familiares foram sempre uma prioridade. Princípios como o Princípio de Beneficência (ajudar o doente a atingir o seu benefício), da Não Maleficência (não causar dano ao doente), do Respeito pela Autonomia (escutar e respeitar as vontades do doente), da Justiça (equidade no tratamento dos doentes e sua família) ou da Vulnerabilidade (solidariedade para com as pessoas em situação de doença/vulnerável) estiveram sempre na base dos cuidados prestados⁴⁰.

A prestação de cuidados de saúde pressupõe que a pessoa cuidada expresse o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a realização dos mesmos, sendo responsabilidade do enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (39 p. 86). A PSC pelo seu estado muitas vezes incapaz de comunicar e, conseqüentemente, expressar a sua vontade – não tendo nenhum representante legal consigo – não tem capacidade para dar este consentimento. Nestas situações, em que existe um elevado risco de deterioração grave do estado de saúde ou mesmo morte da pessoa, o princípio da Beneficência sobrepõe-se ao princípio do Respeito pela Autonomia, sendo aplicado o consentimento presumido (que define a possibilidade de considerar que a pessoa aceitaria a realização de determinado cuidado

ou tratamento fulcral para a recuperação do seu estado de saúde, fornecendo à posteriori informação à pessoa ou representante legal quando assim for exequível⁴¹.

Este fornecimento de informações assenta também no dever de informação por parte do enfermeiro³⁹. A incerteza do doente e dos seus familiares inerente ao estado de saúde fragilizado do mesmo, provoca uma maior e mais frequente busca por informações atualizadas sobre o estado de saúde. Perante isto, forneci a todos os doentes conscientes e orientados toda a informação relativa aos cuidados prestados e à sua condição clínica, possibilitando que os mesmos possam exercer o seu direito de autonomia e liberdade – cumprindo o princípio do Respeito pela Autonomia –, bem como a promoção da envolvência do doente nos seus cuidados, dotando-os de conhecimento, melhorando a parceria de cuidados.

Perante os doentes incapazes de comunicar ou sem um estado neurológico capaz de compreender o que lhe era explicado foi mantida a conduta de respeito pelo direito aos cuidados de saúde e conforto com a dignidade e sigilo que merecem.

No contexto deste SU, pelas suas especificidades, não existiram situações em que o doente não pudesse prestar o seu consentimento informado ou que não tivesse um representante para consentir os cuidados prestados. Nos doentes incapacitados para dar o seu consentimento era fornecida informação ao familiar, mantendo sempre o dever de sigilo. Contrariamente a outros SU, a estrutura física do serviço dispõe de condições para fornecer as informações de saúde do doente de forma a garantir a confidencialidade dos mesmos. Assim, em todos os momentos de prestação de cuidados foi possível esclarecer os mesmos sobre o que seria feito, obtendo sempre o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

Na UCI existe um ambiente de cuidados, normalmente, controlado, o que seria de pressupor uma facilidade no fornecimento de toda a informação ao doente e/ou sua família sobre o estado de saúde, tratamentos e cuidados prestados, de modo a puderem fornecer o seu consentimento. Todavia, o facto de os doentes, maioritariamente, se encontrarem sedoanalgesiados (incapacitando-os de fornecer o seu consentimento) e os cuidados serem emergentes, assume-se o consentimento presumido. À posteriori é então fornecida toda a informação aos familiares.

A UCI onde realizei estágio possui uma sala própria, reservada para se poder comunicar com a família do doente internado de forma individual, preservando a sua intimidade e respeitando o sigilo no fornecimento de informações clínicas do seu familiar. A abordagem e consequente transmissão de informações à família é realizada em equipa pelo enfermeiro e pelo médico responsáveis pelo doente. Existe ainda um horário de visitas alargado e elementos de apoio à família (para além dos enfermeiros e médicos), como assistentes sociais e psicólogos.

Na VMER, existe sempre uma ativação prévia, por parte do próprio ou de outrem, para o CODU solicitar a mobilização deste meio de socorro. Tal chamada é realizada de forma livre e representa uma tomada de decisão. Em cada saída existiu sempre o cuidado e respeito de questionar e solicitar ao doente ou seu representante na altura (se existente) o consentimento para realizar os cuidados necessários, explicando a sua pertinência. Nas situações em que não era de todo possível obter este consentimento e o quadro clínico justificava a nossa intervenção foi assumido o consentimento presumido, com base no princípio da Beneficência.

É da responsabilidade do enfermeiro assegurar a intimidade e privacidade do doente alvo dos seus cuidados³⁹. Neste contexto de SU, todos os doentes internados ou em maca estão em boxes individuais com portas em vidro – dispondo estas de estores, que podem ser fechados de modo a fornecer a privacidade necessária ao doente –, nas quais são prestados os seus cuidados. Na sala de tratamentos de Enfermagem, apenas é admitido um doente de cada vez, sendo a porta da sala encerrada de modo a evitar olhares indesejados. A sala de reanimação tem capacidade para receber dois doentes de cada vez, existindo apenas um biombo a separar os doentes.

Na UCI os doentes encontram-se internados em salas *open space*, com capacidade para quatro doentes. Aqui, apesar de grande maioria dos doentes estar sedoanalgesiado, existem cortinas para preservar a intimidade do doente. Em todos os momentos de prestação de cuidados assegurei a privacidade do doente cuidado, encerrando as cortinas e limitando a exposição do mesmo – salvaguardando a humanização dos cuidados.

O facto de as ativações no contexto PH terem sido diversas vezes para locais públicos (como centros comerciais, via pública, estradas...) aumenta ainda mais a exigência para cumprir o direito do respeito pela intimidade. A forma de conseguir ultrapassar esta adversidade foi a prestação de apenas os cuidados imprescindíveis à

estabilização da vítima no local onde se encontrava, realizando toda a restante avaliação, exposição e prestação de cuidados dentro da célula sanitária – protegendo a vítima dos vieses da prestação de cuidados de saúde no PH.

A prestação de cuidados à PSC envolve uma enorme proximidade a um limiar extremamente ténue entre a vida e a morte, no qual a equipa tenta fazer tudo o que tem ao seu alcance para salvar o doente alvo de cuidados. Por vezes esta busca por salvar o outro pode conduzir a futilidade terapêutica, prolongando a sobrevivência sem qualidade de vida e com sofrimento (distanásia) ao invés de respeitar uma morte natural digna, no “tempo certo”, excluindo as intervenções fúteis mantendo apenas o desígnio de minorar a dor e o sofrimento (ortotanásia)⁴². Observando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros constatamos que é um dever do enfermeiro respeitar a pessoa em situação de fim de vida³⁹.

No decurso dos estágios existiram situações nas quais foi necessária a capacidade de, em articulação com a família e o doente (quando possível), a equipa perceber o que seria melhor para o doente, tentando evitar o seu sofrimento fútil. No contexto de UCI, recordo-me de um caso de um homem de cerca de 30 anos, vítima de trauma por arma de fogo na região abdominal, que no pós-cirúrgico imediato iniciou hemorragia exsanguinante do local cirúrgico. Foi novamente encaminhado ao bloco operatório (BO) para encerramento do foco sangrante. No BO constataram tratar-se de lesão que não possibilitaria nova intervenção, pelo que deixaram a ferida cirúrgica aberta e colocaram penso de vácuo, retornando o doente à UCI com indicação de que não seria para operar pela sua inviabilidade. Foi contactada a família e explicada toda a situação envolvente ao estado clínico do seu familiar e respetivo prognóstico. Apesar disto, a família optou por manter todo e qualquer tratamento que pudesse evitar a morte, independentemente da sua futilidade. Assim, este doente foi submetido a diversas tentativas de reanimação durante um período de tempo considerável até ao desfecho inevitável da morte. Aqui, mesmo sendo de madrugada, foi possível fornecer à família tempo para estar com o seu familiar, respeitando o seu luto e as suas manifestações de pesar. Após a saída da família, por estes não quererem estar presentes, foram realizados os cuidados ao corpo com toda a dignidade e respeito que o mesmo merece.

Em contexto de VMER, existiram diversas situações nas quais o desfecho foi a morte e como tal foi necessário mobilizar competências de comunicação, de gestão do

impacto emocional decorrente da situação crítica vivenciada e de competências de relação de ajuda, promotoras do processo de luto e da morte com dignidade⁴³. Nas situações de PCR no domicílio as vítimas são deslocadas para o chão a fim de ter uma superfície rígida para a realização das compressões torácicas. Nos casos de insucesso da tentativa de reanimação e consequente óbito da vítima foi sempre uma preocupação a passagem do corpo para a cama/sofá, de modo a respeitar o corpo da pessoa que acabou de falecer, assim como de minorar a imagem traumática que a família enfrenta quando da perda do seu familiar.

Uma das primeiras ativações que tive no meu estágio foi para uma vítima de 50 anos em PCR no seu domicílio. À chegada ao local constatou-se que a vítima estava em rigidez cadavérica, tendo sido vista a última vez há mais de 12 horas, pelo que foram interrompidas as medidas de suporte básico de vida (SBV) que estavam a ser realizadas pelos bombeiros, decretado o óbito e comunicada a situação à filha. Esta iniciou um estado de labilidade emocional exacerbado, pois não tinha percecionado a gravidade da situação. Aqui foram empregues a escuta ativa e o toque terapêutico, bem como medidas de primeiros socorros psicológicos (como apresentar-me, retirá-la da zona onde visse a vítima, oferecendo-me para lhe fornecer um copo de água, garantindo a presença de alguém da sua confiança, entre outras)⁴⁴. De modo a garantir a continuidade da assistência a esta filha, foi ativado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), que por sua vez disponibilizou a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) para o local⁴⁵.

Outra ativação com necessidade de intervenção psicológica deveu-se a um capotamento de um trator num campo agrícola, do qual resultou a morte de uma vítima de 52 anos. Esta vítima era o único suporte familiar da sua mãe de 92 anos, partilhando residência. A notícia do óbito do filho a esta mãe foi comunicada por mim e pela restante equipa, tendo a senhora reagido em negação para o sucedido – 1ª fase do processo de luto⁴⁴. Atendendo ao processo que se estava a instalar e ao facto de se tratar de uma senhora idosa sem ninguém para a ajudar, após a nossa intervenção inicial, foi solicitada a ativação da UMIPE.

Importa ainda relatar uma situação de ativação para uma vítima de 94 anos com alteração do estado de consciência. À nossa chegada, observou-se que se tratava de uma vítima em situação paliativa com seguimento pela equipa da Unidade Domiciliária de

Cuidados Paliativos (UDCP) da ULS da área de residência, tendo ainda uma equipa de cuidadores contratada pela família. Quando questionados, os cuidadores referiram ser a condição clínica habitual da vítima, não havendo deterioração do estado de saúde – tendo realizado a chamada para o Número Europeu de Emergência (112) por insistência da filha mais nova da vítima. Tentou-se assim perceber com a filha o motivo para esta ativação, tendo a mesma iniciado um quadro de labilidade emocional, referindo que não estava preparada para a morte da familiar e insistindo que se levasse a familiar ao hospital. Dialogámos com esta filha, explicando o quadro clínico da sua familiar, o mau prognóstico a breve trecho e o desconforto para a vítima que a ida ao hospital poderia causar de forma vã. Solicitámos também que contacta-se algum familiar que lhe pudesse fornecer algum apoio. A neta da vítima (filha desta filha) chegou rapidamente, tendo referido que não pretendia a ida da familiar ao hospital, pois considerava a intervenção fútil. Referiu ainda que a sua tia (filha mais velha da vítima) era a tutora legal da vítima e que esta não pretendia que a familiar fosse ao hospital. Contactámos diretamente a UDCP, que se disponibilizou para ir ao domicílio nesse mesmo dia. Assim, todos os familiares perceberam a situação clínica e concordaram em recusar o transporte hospitalar em harmonia.

A responsabilidade profissional, ética e legal foi um elemento estrutural na minha prestação de cuidados. Este desenvolvimento pessoal e profissional em muito se deveu, também, ao facto de as equipas multidisciplinares onde realizei os EC estarem extremamente despertas para estas situações e permitirem a discussão destas temáticas no seio da equipa. Assim, considero ter obtido sucesso na aquisição e desenvolvimento das competências do primeiro domínio do enfermeiro especialista e da competência de mestre em Enfermagem.

III.3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B)

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³⁷

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

- Competências de Mestre³⁸

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

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

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

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

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

O termo qualidade não reúne, até à data, um consenso generalizado sobre a sua definição. A qualidade em saúde não é diferente, existindo diversas definições para tentar descrever algo difícil de mensurar. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aceita a definição que refere a qualidade em saúde como a dimensão na qual os cuidados de saúde fornecidos ampliam a probabilidade de se alcançarem os resultados pretendidos na saúde da população, guiados pela mais atual evidência científica⁴⁶. A nível nacional definiu-se qualidade em saúde como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (47 p. 13550).

A atuação do enfermeiro é indissociável da busca pela qualidade em saúde e como tal a OE criou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nos quais definiu os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados norteadores da intervenção do enfermeiro: 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 Enfermagem⁴⁸. Posteriormente foi publicado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, o qual ratifica os enunciados

descritivos anteriores (com alusão aos cuidados especializados) e acrescenta a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados⁴³.

Em todos os estágios procurei saber o que projetos de melhoria contínua estariam a ser desenvolvidos nos serviços e como é que poderia participar e ajudar na execução dos mesmos. Nos primeiros dias de estágio realizei uma reunião com a coordenação de Enfermagem e o SC, na qual foi possível conhecer os projetos implementados na área da qualidade a nível institucional e do serviço. No decurso desta reunião foi também possível apresentar o projeto de estágio a desenvolver, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da promoção da cultura de segurança do ambiente interno no serviço, pois a qualidade e a segurança dos cuidados são prioridades em saúde, como está expresso na ENQS¹⁰.

No SU e na UCI, existem diversos projetos de melhoria contínua na segurança do doente – com formações sobre a prevenção de úlceras por pressão e de quedas no serviço, enfatizando a importância das equipas de Enfermagem destes serviços avaliarem o risco de queda (escala de Morse) e o risco de úlcera por pressão (escala de Braden) a todos os doentes internados, implementando as medidas preventivas definidas pelo *score* das escalas aplicadas –, no controlo de infeção nosocomial – com campanhas para a higienização das mãos e avaliação das taxas de adesão por parte do elemento elo de ligação do serviço ao PPCIRA –, entre outras.

Tanto o SU como a UCI dispunham de protocolos e normas com o intuito de uniformizar a atuação dos profissionais da equipa, com vista à promoção da segurança do doente. Foi-me facultado o acesso aos mesmos, para facilitar a minha integração. Constatei que na UCI, apesar da pertinência da informação, esta estava bastante dispersa e sem um fio condutor de pesquisa. Assim, em conjunto com a SC, organizei a documentação pelas diferentes áreas (nutrição, ventilação, diálise, entre outras).

A realização de registos de Enfermagem é fulcral à melhoria da qualidade dos cuidados, visto permitir a definição de um plano de cuidados individualizado ao doente e sua família e assim como garantir a continuidade de cuidados, fundamental para a segurança do doente. Ao enfermeiro cabe identificar os diagnósticos de Enfermagem do doente cuidado, estabelecendo um plano de cuidados baseado na parceria de cuidados com o doente e sua família. Neste processo, desenvolve momentos de avaliação do plano

definido e age em conformidade com as avaliações que realizou, procurando a qualidade dos cuidados³⁹.

No SU e na UCI os registos são realizados em sistema informático (*Soarian* e *Patient Care*, respetivamente) segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tendo tido hipótese de aprimorar as minhas competências na realização dos mesmos. Na VMER os enfermeiros não realizam registos.

Um dos projetos de melhoria contínua na qual pude participar foi a consulta de *follow-up* realizada na UCI. A primeira consulta era realizada após três meses da alta, aos doentes que reuniam condições para a realização da mesma (nomeadamente capacidade cognitiva para relatar as experiências vivenciadas e o impacto das mesmas na sua vida). Idealmente, o doente vai à consulta acompanhado por um familiar. A consulta divide-se em dois momentos: a consulta conjunta de Enfermagem e Medicina, na qual estão presentes o doente e o familiar e é explorado com o doente o que se recorda do internamento na UCI e as consequências que considera que advieram deste; no segundo momento, o familiar fica em com o enfermeiro e é explorada a parte emocional e necessidade de ajuda para a família da PSC.

Recordo uma consulta em específico de uma jovem de 19 anos com antecedentes de Síndrome de Prader-Willi, que tinha estado internada naquela UCI em contexto de uma insuficiência respiratória grave. Atendendo já aos antecedentes da doente e a toda a situação inerente ao internamento, esta familiar estava em clara exaustão, tendo verbalizado na consulta de Enfermagem que estava cansada e procurava apoio psicológico há 15 anos e nunca tinha conseguido. Aqui, foi possível articular com a equipa de psicologia que dá apoio à UCI da ULS e solicitar o acompanhamento psicológico desta familiar.

O SU onde realizei o EC, sendo acreditado pela JCI, define o cumprimento das seis metas internacionais de segurança do doente: 1 – Identificar corretamente os doentes; 2 – Melhorar a comunicação efetiva; 3 – Melhorar a segurança da medicação de alta vigilância; 4 – Assegurar uma cirurgia segura; 5 – Reduzir o risco de IACS; 6 – Reduzir o risco de danos ao doente resultantes de quedas. Apesar da UCI e da VMER não serem acreditadas por esta instituição, estas metas são igualmente cumpridas. Na realização dos EC guiei sempre a minha prestação de cuidados pelo respeito por estas metas, em consonância com a atuação das equipas hospitalares:

- **Identificar corretamente os doentes:** nos contextos de SU e de UCI realizei em todos os momentos de prestação de cuidados a identificação inequívoca de doentes, através da confirmação da identidade do doente com o próprio, se neurologicamente capaz para o fazer, ou com o seu familiar (nome e data de nascimento) e com a pulseira de identificação do doente (os dados anteriormente mencionados e o número de processo individual), fomentando a segurança dos cuidados prestados – indo ao encontro do preconizado pelo PNSD 2021-2026¹⁰. No contexto PH não existem pulseiras de identificação. Para ultrapassar esta dificuldade era questionada a vítima sobre a sua identidade (quando possível) ou familiares, cuidadores ou transeuntes, confirmando com o cartão de cidadão ou passaporte. Nas situações em que não havia forma de identificar a vítima esta era identificada de forma preliminar como “Masculino/Feminino não identificado”, sendo identificado à posteriori pelas autoridades;
- **Melhorar a comunicação efetiva:** A comunicação é algo inerente e fundamental à condição humana, mas é precisamente esta humanidade que nos torna suscetíveis ao erro. O *handover* é uma das etapas mais críticas no percurso do doente durante a sua estadia no meio hospitalar. É fundamental os profissionais de saúde possuírem habilidades na transmissão de informação clínica, devendo impedir falhas na continuidade dos cuidados, mitigando erros e danos que possam advir destas falhas⁴⁹. De modo a ultrapassar estas dificuldades existem recomendações nacionais e internacionais para o uso de uma estrutura padronizada para a transmissão de informação clínica, estando normalizada a utilização da técnica ISBAR⁵⁰. A mnemónica ISBAR corresponde a: I – Identificação = definir perentoriamente quem é o doente, bem como o emissor e o recetor da mensagem; S – Situação Atual = motivo de necessidade de cuidados; B – *Background* (Antecedentes) = antecedentes pessoais, status de saúde prévia, diretivas antecipadas de vontade; A – Avaliação = estado de saúde do doente, medicação administrada, exames complementares de diagnóstico realizados, cuidados prestados até ao momento; R – Recomendações = plano terapêutico e de cuidados definido para o doente até ao momento do *handover*. Esta metodologia possibilita uma abordagem de comunicação padronizada e aplicável a todos os contextos^{49,50}.

No decurso dos meus EC empreguei sempre a metodologia ISBAR para transmitir a informação relevante dos doentes cuidados aos colegas, com o intuito de minimizar a perda de informação pertinente ao plano de cuidados, promovendo a continuidade e segurança dos cuidados;

- **Melhorar a segurança da medicação de alta vigilância:** No SU a medicação está guardada num armário de medicação na sala de preparação de medicação do SO. Medicamentos “*look-alike, sound-alike*” (LASA) ou com princípio ativo igual, mas dosagens diferentes são armazenados em gavetas separadas por forma a evitar erros terapêuticos. É também utilizada sinalética com símbolos diferentes e letras maiúsculas e a negrito, especialmente nos medicamentos LASA. Para além disto, no caso dos medicamentos de alerta máximo (MAM) e de medicamentos com o mesmo princípio ativo, mas com dosagens distintas empregam cores ou pictogramas – indo de encontro ao recomendado pela DGS⁵¹. É ainda realizada a dupla verificação na preparação da MAM, ficando registado no rótulo da medicação e no sistema informático a identificação de quem preparou o fármaco e quem realizou a verificação. No contexto do estágio, verifiquei sempre com a minha SC. Na UCI a medicação está armazenada em dois carros de medicação, estando a divisão realizada com o armazenamento dos medicamentos LASA e MAM na parte superior de um dos carros de medicação, com as sinaléticas referidas anteriormente. Está ainda disponível para consulta na Intranet hospitalar a lista interna de medicamentos LASA e MAM. Na VMER a terapêutica está armazenada em malas de transporte, existindo para consulta um documento com o princípio ativo, a dosagem e a quantidade de ampolas/comprimidos em cada divisória. Por alteração do fornecedor da medicação, as ampolas de Ondansetron passaram a ter um rótulo extremamente semelhante às ampolas de Fentanilo, estando na altura armazenadas na mala de transporte lado a lado. De modo a minorar o risco de erro e maximizar a segurança do doente, sugeri trocar de sítio um dos fármacos – tendo a sugestão sido bem recebida no seio da equipa e efetivada esta troca. A terapêutica que necessita de refrigeração encontra-se dentro de uma estufa fria dentro da viatura, tendo salvaguardado sempre, no início de cada turno, a temperatura adequada da estufa. Existe ainda uma estufa para aquecimento de fluídos para situações em que haja necessidade de

aquecimento da vítima. Na prestação de cuidados de saúde à PSC existem situações nas quais, pela emergência da atuação, a prescrição da terapêutica é realizada de forma oral. Aqui é extremamente importante que o prescritor verbalize de forma inequívoca a substância ativa, dosagem e formulação terapêutica a administrar e quem administra a medicação repita para o prescritor o que percebeu, empregando a comunicação em *closed-loop* – salvaguardando a segurança do doente⁵¹. Nestas situações, confirmei sempre com o prescritor o que era para administrar, a dose, a forma e a quem;

- **Assegurar uma cirurgia segura:** Nesta medida, no SU é implementada uma lista de verificação pré-cirúrgica, adaptada da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, a todos os doentes que são submetidos a pequenas cirurgias ou que serão encaminhados para o BO, conduzindo a ganhos em saúde⁵². Na UCI também está em vigor a utilização de uma lista de verificação de segurança cirúrgica aos doentes que serão encaminhados ao BO. Neste contexto estive em contacto com dois doentes que necessitaram de ir ao BO. Em ambos os contextos foi possível preencher as listas de verificação e realizar os procedimentos inerentes às mesmas – promovendo a segurança dos doentes;
- **Reduzir o risco de IACS:** Nos EC foi possível verificar um cuidado constante por parte dos profissionais de saúde na salvaguarda das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Assim tive sempre a possibilidade de empregar as PBCI, desde o respeito pela utilização do equipamento de proteção individual (EPI) adequado, a higienização das mãos nos momentos preconizados ou a identificação dos doentes infetados com algum microrganismo e respetivo isolamento do doente⁵³. Na VMER o isolamento físico da vítima com suspeita ou confirmação de infeção não era possível mas foram empregues medidas como utilização de EPI (fornecimento de máscara à vítima e aos profissionais, utilização de luvas), desinfeção das mãos, desinfeção do material reutilizável que tivesse sido necessário, entre outras – minorando assim o risco de infeção cruzada;
- **Reduzir o risco de danos ao doente resultantes de quedas:** As quedas são elementos de elevado risco para o aumento de morbilidade e mortalidade no

doente em contexto hospitalar. Assim, deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas internadas com o preenchimento da Escala de Quedas de Morse. Nesse sentido, avaliei o risco de queda de todos os doentes internados aos quais prestei cuidados, quer no SU quer na UCI. Com base nesta avaliação, foram empregues medidas para minorar o risco de queda, nomeadamente: garantir uma iluminação adequada, remover barreiras e obstáculos do percurso do doente, manter a cama/maca no nível mais baixo, elevar as grades de proteção das camas, fornecer dispositivos de chamada e garantir a acessibilidade do doente ao mesmo, identificar com sinalética própria na pulseira de identificação o doente com alto risco de queda (exclusivo ao SU), bem como realizar ensinios para a saúde sobre fatores de risco de quedas e precauções a ter ao doente e sua família, utilizando uma linguagem adequada⁵⁴. Na VMER, durante a abordagem e o transporte da vítima foi sempre garantido que o local de abordagem era seguro para o doente assim como verificada a utilização dos cintos de segurança da maca de transporte e a correta colocação e funcionamento dos dispositivos de imobilização.

A importância da notificação de incidentes de segurança é inegável. A sua implementação correlaciona-se diretamente com a segurança do doente, através da análise, não punitiva, de situações causadoras de dano ou potencial dano ao doente – conduzindo à aprendizagem com o erro e implementação de estratégias de melhoria contínua¹⁰. O SU dispõe do programa de Notificação de Incidentes HER+, enquanto a ULS onde realizei os EC de UCI e VMER utiliza o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Importa ainda referir que o SU possui um elemento responsável pela dinamização da realização de notificações de incidentes no serviço, tendo sido possível discutir com o mesmo as estratégias implementadas – como verificação trimestral das notificações realizadas e fornecimento de *feedback* sobre as medidas instituídas com base nestas notificações.

No decorrer do EC foi possível reconhecer riscos e reportar os mesmos no programa NOTIFICA. Estes relacionaram-se com um problema no sistema elétrico da UCI, que conduziu à interrupção do fornecimento de eletricidade a uma das salas, ativando o gerador de emergência. A equipa estava desperta para a sua utilização, todavia foi possível esclarecer dúvidas a alguns profissionais de como funcionava o programa de

notificação – para isto muito contribuiu o trabalho desenvolvido na UC Gestão e Segurança em Saúde.

De modo a fornecer medidas de melhoria da qualidade dos cuidados e promover a cultura de segurança do ambiente interno, elaborei o projeto de estágio para implementação nos serviços, sobre a Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de Incidente Crítico na Equipa Multidisciplinar. Com a pesquisa realizada foi possível criar um protocolo interno para aplicação do *Debriefing* – presente no Apêndice H. Este foi fornecido nos contextos de SU e UCI. Não foi apresentado no contexto da VMER, pois o contexto PH é diferente do meio hospitalar e o protocolo não estaria adequado ao mesmo.

Foi ainda possível elaborar um formulário de sessão de *Debriefing*, que foi empregue nos dois primeiros contextos, presente no Apêndice I. Pelas variáveis do PH, optei por criar um modelo próprio de formulário de sessão de *debriefing* no PH – presente no Apêndice J.

Elaborei, também, um cartaz sobre as fases do *Debriefing* – presente no Apêndice K. Este foi apresentado nos contextos de SU e UCI. Pelas variantes do PH, foi realizado um Guião de Sessão de *Debriefing* no PH (Apêndice L) e apresentado à equipa.

Nos estágios de SU e de UCI, tive a possibilidade de apresentar duas sessões de formação enquanto formador sobre a “Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”, – seguem em Apêndices M e N – em dois momentos diferentes, de modo a aumentar o número de elementos que puderam assistir à formação. Os planos de sessão seguem, respetivamente, em Apêndices O e P.

No final da apresentação da sessão de formação no SU foi solicitado aos elementos da equipa presentes o preenchimento de um breve questionário de avaliação de sessão (presente em Apêndice Q). Da análise do questionário de avaliação de sessão realizado no SU, 90,9% dos formandos classificaram a sessão como “Muito bom” – presente em Apêndice R. Na UCI foi-me novamente vetada a possibilidade de aplicar um questionário de avaliação de sessão por poder comprometer o cumprimento do RGPD.

Na VMER, pelo facto de a equipa em serviço ser composta por apenas dois elementos (enfermeiro e médico) optei por realizar uma sessão de formação em formato de vídeo sobre o *Debriefing* (presente no Apêndice S – guião da sessão presente em

Apêndice T) e o Guião de Sessão de *Debriefing* no PH, a qual disponibilizei ao serviço – conseguindo assim abranger o maior número possível de elementos da equipa.

De modo a ultrapassar o contratempo de não ter podido realizar o questionário de avaliação de sessão na UCI, mas mesmo assim conseguir perceber o impacto e mais-valia das sessões, auscultei todos os elementos presentes nas sessões de formação, tendo recebido *feedback* muito positivo dos mesmos e sido solicitado pelos elementos dinamizadores da formação no serviço que fornecesse o material por mim desenvolvido, de modo a poderem dar continuidade ao meu trabalho.

Para possibilitar a visualização das formações a quem não esteve presente nas apresentações e fornecer as restantes ferramentas a toda a equipa multidisciplinar foi criada uma pasta documental nas pastas partilhadas dos serviços com todo o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios.

Deste modo, cooperei na conceção e operacionalização de projetos de melhoria contínua da qualidade, difundindo os mesmos aos pares. Geri o ambiente de cuidados de forma holística com base na doente e sua família, estabelecendo relações terapêuticas eficientes. Atuei na promoção do bem-estar e na gestão do risco para os doentes e profissionais, pelo que considero atingidas as competências deste domínio.

III.3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados (C)

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³⁷

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

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

- Competências de Mestre³⁸

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

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

A qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados assentam na gestão dos cuidados de Enfermagem, sendo para tal basilar que o EEEMC na área PSC possua capacidades de gestão. Por possuir estas capacidades de gestão é recomendado que seja um EEEMC a coordenar o turno, responsabilizando-se pela gestão dos recursos humanos, materiais e instalações¹⁸.

Uma das capacidades que o EEEMC na área PSC tem de possuir é a liderança. Não é fácil definir liderança devido às inúmeras definições existentes. Podemos considerar liderança como sendo uma aptidão presente em pessoas que detêm uma competência exponencial de influenciar o outro, promovendo benefício para as organizações onde trabalham⁵⁵.

No EC realizado no SU a SC fazia parte da equipa de coordenação do serviço. Este acompanhamento em proximidade da coordenação do serviço possibilitou perceber as habilidades utilizadas pela mesma para garantir a excelência de cuidados por parte da sua equipa, sempre com uma atitude conducente a um ambiente de trabalho benéfico para os profissionais e os doentes que procuram a instituição, com a disponibilidade, tranquilidade e segurança total.

Apesar de a SC ser parte da coordenação do serviço, assumia diversas vezes a responsabilidade de chefiar a equipa de Enfermagem durante o turno. Esta posição de chefia, alicerçada ao facto de já ter trabalhado no serviço, permitiu-me diversas vezes assumir um papel de líder na equipa. Aqui, pude gerir a distribuição dos elementos pelos diversos setores do SU, a organização da equipa para os períodos de alimentação, bem gerir a equipa de modo a reforçar o setor onde existia maior necessidade.

Na UCI, a SC é um dos elementos mais experientes e diferenciados na equipa, assumindo funções de chefia de equipa. Estas mais-valias foram fundamentais na aquisição de competências técnicas e não técnicas, não só da prestação de cuidados especializados, como também na gestão e liderança em saúde.

Durante o período de EC houve possibilidade de perceber diversas situações que demonstram a importância dos elementos de coordenação para o funcionamento do serviço, como as dificuldades inerentes à gestão de recursos humanos, a elaboração dos horários, trocas de turnos e escalas de serviço de enfermeiros e assistentes operacionais ou a resposta a reclamações.

Como referido inicialmente, a coordenação do serviço é ainda responsável por gerir os recursos materiais e as infraestruturas. No SU realizei, em conjunto com a SC, pedidos de medicação de *stock* do serviço e material de consumo clínico, à farmácia e ao serviço de aprovisionamento, respetivamente. Estes pedidos foram realizados através do sistema informático em vigor no serviço. Na UCI, também foi solicitada medicação, como no SU, assim como foram realizados pedidos de alimentação.

O facto de o meu SC ser um dos responsáveis pelo armazém do serviço proporcionou a observação e participação na realização de inventários de material e consumíveis imprescindíveis para o funcionamento da VMER. Isto facilitou bastante a aquisição e desenvolvimento de competências de gestão.

Os equipamentos (nomeadamente desfibriladores e ventiladores) são testados diariamente, no turno da manhã, por forma a assegurar o seu funcionamento. Tive a hipótese de realizar de forma assídua esta tarefa.

Na VMER é da responsabilidade do enfermeiro realizar a confirmação da ficha técnica do carro (de modo a garantir a operacionalidade da viatura) a cada turno. A equipa faz ainda uma vistoria ao material presente nas malas de abordagem e confirma as baterias dos dispositivos clínicos (ventilador, seringa infusora, LUCAS, entre outros) no início de cada turno a fim de, mais uma vez, assegurar a operacionalidade da viatura e, consequentemente, a segurança do doente.

De tal modo, tive a possibilidade de realizar todas estas confirmações e garantir uma atuação eficiente do nosso meio de socorro à população. Foi mais um momento extremamente importante para a obtenção de uma visão diferenciada e holística da abordagem do enfermeiro no PH.

O enfermeiro no contexto da VMER tem como responsabilidade gerir os cuidados e assegurar a prestação dos melhores cuidados possíveis à população. Assim, e dando continuidade ao meu plano de projeto, foram realizadas diversas sessões de *debriefing*

com os variados elementos presentes no socorro PH. A maioria das sessões realizadas foram com a presença de bombeiros e TEPH (indo de encontro ao déficit identificado no Diagnóstico de Situação), que referiram sentir-se mais capacitados e confiantes após as mesmas, pois conseguiram perceber o que estavam a fazer bem e o que poderia melhorar (por exemplo, qualidade e interrupção das compressões torácicas).

Uma situação em contexto prático que justificou uma sessão de *debriefing* ocorreu durante uma ativação por pedido de ajuda diferenciado por parte da tripulação de bombeiros presente no local. Tratava-se de um idoso com um quadro de dispneia súbita marcada, que não reverteu após as medidas instituídas pelos bombeiros (posicionamento e oxigenoterapia a 15 L/min por máscara de alto débito). Existiu necessidade de iniciar ventilação não-invasiva à vítima, mas aquando da adaptação do ventilador à bala de oxigénio da célula sanitária, o ventilador começou a alarmar para baixa pressão de oxigénio. Utilizou-se a bala de reserva e não existiu dano para a vítima. Após a estabilização e transporte da vítima para a unidade hospitalar de destino, procedeu-se a uma sessão de *debriefing* estruturado com a tripulação de bombeiros. No final, estes perceberam o que fizeram bem e o que poderiam melhorar.

Importa refletir sobre o possível impacto que isto poderia causar à população, pois quando prestamos socorro à comunidade temos de assegurar a operacionalidade dos meios. Numa saída para um quadro de dificuldade respiratória é imperativo garantir a presença de oxigénio. Felizmente, não existiram danos para a população, mas poderia ter sido catastrófico. No próprio dia, numa outra saída, voltámos a encontrar a mesma tripulação, tendo já a situação do oxigénio corrigida.

Atendendo às atividades desempenhadas afirmo que obtive competências no domínio da gestão dos cuidados, percebendo e desenvolvendo as competências de liderança adequadas à garantia da qualidade dos cuidados.

III.3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D)

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³⁷

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

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

- Competências de Mestre³⁸

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

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

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

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

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

Para poder compreender o outro e as suas necessidades é fundamental conhecermo-nos, percecionando as competências que possuímos e necessidades de desenvolvimento profissional, refletindo sobre si próprio – só assim se pode alcançar a excelência do cuidado. A Deontologia Profissional de Enfermagem assim o preconiza, referindo que o enfermeiro assume o dever de analisar continuamente o seu exercício profissional, identificando limitações e intervindo sobre as mesmas, bem como manter uma atualização constante na prestação dos cuidados de Enfermagem⁵⁶.

No desenrolar dos EC existiram vários momentos de reflexão sobre a minha intervenção, promovidos pelos enfermeiros SC, pelos enfermeiros coordenadores, pelas equipas multidisciplinares, pelo supervisor pedagógico, mas acima de tudo por mim e pelos doentes a quem prestei cuidados. Esta reflexão continuada sobre a minha intervenção permitiu um enorme desenvolvimento profissional e pessoal na minha pessoa, considerando-me ao dia de hoje uma pessoa e um enfermeiro diferente, para melhor.

A necessidade de atualização e aprofundamento de conhecimentos foi uma constante no decurso de todo o processo formativo do mestrado. Para alcançar o sucesso nos EC assumi sempre uma atitude proativa e humilde na busca por momentos de

aprendizagem e aquisição de competências, baseando a minha prestação na melhor evidência científica disponível e nos protocolos definidos nos diferentes serviços – procurando desenvolver uma PBE. A PBE define-se como um método de investigação para encontrar e obter a melhor e mais atual evidência científica, alicerçada na experiência clínica, para auxiliar na tomada de decisão em saúde, atendendo sempre à vontade do doente⁵⁷.

Com base nesta premissa, integrei sempre a PBE para fundamentar a minha tomada de decisão na prestação de cuidados à PSC e sua família, assim como no fornecimento da melhor evidência à equipa. Isto facilitou a minha integração nas equipas multidisciplinares dos EC, criando uma relação de confiança e ajuda mútua. Esta relação de simbiose com a equipa foi algo extremamente gratificante neste percurso.

A tomada de decisão do enfermeiro especialista assenta no conhecimento mais atual, como tal este torna-se um promotor da formação contínua e da investigação em Enfermagem³⁹. Assim, de modo a atingir estas competências e fomentar o desenvolvimento das equipas, foi possível atuar como formador no desenvolvimento dos EC. Para tal, realizei ações de formação, nos estágios de SU e de UCI, sobre a “Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”, – presentes nos Apêndices M e N – em dois momentos diferentes, aumentando o número de elementos que assistiram à formação. Na VMER, pela limitação causada pelo número de elementos presentes por turno, optei por realizar uma sessão de formação em formato de vídeo sobre o *Debriefing* e o Guião de Sessão de *Debriefing* no PH (presente no Apêndice S) por mim desenvolvido, explicando a sua aplicabilidade e pertinência, aumentando o número de elementos da equipa que tem acesso à mesma e permitindo a sua consulta futura.

Para desenvolvimento profissional próprio foi ainda possível participar em diversas ações de formação, nomeadamente:

- *Webinar* “Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência” (Anexo A), desenvolvido pelo Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULS de Castelo Branco em parceria com a Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – alertando e despertando para a importância dos cuidados de Enfermagem e da sua implementação;

- Formação *e-learning* “Atuar perante situação de emergência – Edição 2023” (Anexo B), desenvolvida pelo núcleo de formação da unidade hospitalar onde realizei o estágio de SU – que permitiu adquirir e aprimorar competências sobre atuação em situações de emergência;
- Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa (Anexo C), que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de junho de 2024, no qual tive a oportunidade de apresentar o trabalho em formato póster “Segurança da medicação: quantos são os “certos”?” (Anexo D), tendo o mesmo sido selecionado como o poster vencedor;
- Webinar “Da análise de risco à prevenção de infeção: estratégias no extra-hospitalar” (Anexo E), realizado pela Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos do INEM – que possibilitou a obtenção e consolidação de competências de perceção dos riscos ambientais e estruturais do socorro PH, assim como de controlo e prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde neste ambiente.

Ainda a nível da investigação, tive a oportunidade de submeter a revisão integrativa da literatura “Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”?” à revista *Salutis Scientia*, tendo o mesmo sido publicado no volume 16 de julho de 2024 da revista, disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32612> – contribuindo para a valorização e desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência. Todo este processo permitiu-me aprimorar competências de investigação, organização e divulgação do conhecimento – características fundamentais ao enfermeiro especialista.

A pesquisa de literatura atual sobre *debriefing* foi constante ao longo dos diferentes contextos de modo a responder às diferentes variáveis de cada local. Com base nestas pesquisas, tive ainda oportunidade de realizar, em conjunto com dois colegas do mestrado, uma revisão *scoping* com o título: “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: *scoping review*” (Apêndice A), tendo sido promotor da aquisição de competências de investigação. Para o desenvolvimento desta revisão, assim como de todo os restantes trabalhos de investigação realizados, baseei-me

nas competências adquiridas ao longo do mestrado na UC Investigação em Enfermagem – onde adquiri e desenvolvi as competências fundamentais de investigação.

Concluo assim que desenvolvi a minha capacidade reflexiva, primando sempre pelo desenvolvimento do autoconhecimento e das competências pessoais e profissionais essenciais ao enfermeiro especialista – baseando-me na PBE e assumindo-me como dinamizador da investigação e divulgação de conhecimento em Enfermagem.

III.3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

O regulamento de Competências Específicas do EEEMC define que os cuidados especializados demandam a “conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (7 p. 19360).

Posto isto, as competências específicas aprimoradas e adquiridas no desenrolar dos EC centraram-se em: 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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 apresento a importância e os contributos destas competências no meu processo formativo e como desenvolvi as mesmas, correlacionando com as competências de mestre.

III.3.2.1. – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica⁷

Atendendo à complexidade da PSC e/ou falência orgânica e necessidade de intervenções emergentes, o EEEMC na área da PSC necessita de mobilizar conhecimentos e competências variadas de modo a conseguir antecipar, identificar e atuar perante os focos de instabilidade presentes, de forma adequada e eficiente – salvaguardando o bem-estar e a saúde do doente.

Como alicerce à prática é necessário um forte investimento na aquisição de conhecimentos teóricos, essenciais às competências do enfermeiro especialista. De modo a dar resposta a esta necessidade, mobilizei o conhecimento abordado no decurso do mestrado, assim como a realização do Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association* – presente no Anexo F –, fundamental para os cuidados à PSC. Realizei ainda o *International Trauma Life Support*, essencial para o desenvolvimento de competências específicas na abordagem à vítima de trauma (Anexo G).

No decurso dos EC foi possível dar resposta a diversas problemáticas, com acompanhamento dos enfermeiros supervisores, nos diferentes serviços, tendo vivenciado variados momentos de aprendizagem, promotores do desenvolvimento de competências na gestão de processos complexos de doença crítica.

O SU representa a primeira abordagem hospitalar a uma enorme variedade e casuística de PSC, possibilitando aos enfermeiros que ali desempenham a sua profissão um enorme desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, pela necessidade de identificação precoce de sinais de gravidade, estabelecimento de prioridades, capacidade organizativa, assim como de gestão de conflitos e controlo emocional.

Por sua vez, a UCI permite a continuidade de cuidados à PSC, mobilizando recursos materiais de elevada complexidade, operacionalizados por enfermeiros com elevado rigor e conhecimento técnico, científico, ético e deontológico – dinamizadores da estabilização e recuperação clínica do doente.

Já a emergência PH representa o primeiro socorro prestado à PSC, nos mais variados ambientes de intervenção (domicílio, via pública, etc), com todos os factores externos inerentes a esta condição. Com base nestas singularidades do cuidado à PSC, os enfermeiros adquirem um leque de competências únicas e imprescindíveis à intervenção

pronta, eficiente e em segurança, assim como na capacidade comunicacional com os seus pares e com a PSC e sua família.

Em todos estes contextos prestei cuidados centrados na antecipação dos focos de instabilidade e, na impossibilidade da sua antecipação, na resolução eficiente dos problemas encontrados. Assim baseei sempre a abordagem à PSC segundo a metodologia ABCDE [A – *Airway* (Via Aérea); B – *Breathing* (Ventilação); C – *Circulation* (Circulação); D – *Disability* (Disfunção neurológica); E – *Exposure* (Exposição)] – com as nuances que possam ser necessárias aplicar consoante a situação específica –, pois é uma ferramenta que permite a identificação precoce de situações potencialmente fatais ou altamente lesivas para a pessoa⁵⁸. Esta abordagem ao doente permitiu identificar prontamente situações de instabilidade, possibilitando uma atuação rápida e eficiente.

A PSC é alguém “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” (7 p. 19362). Assim podemos depreender que a intervenção do EEEMC na área da PSC é tempo-dependente, visto a volatilidade da condição clínica do doente. Isto é ainda mais premente em situações com a necessidade de ativações de vias verdes.

A implementação das vias verdes pretende aumentar a eficiência da abordagem, uma melhor orientação clínica e um tratamento mais adequado à situação, visando a redução do tempo entre o princípio dos sintomas até ao início do tratamento – estando diretamente relacionados com a redução da morbilidade e mortalidade. O desejável será o acionamento das vias verdes ainda no PH, através do contacto com o Número Europeu de Emergência para o CODU poder iniciar os procedimentos necessários à estabilização e transporte do doente até à unidade hospitalar de destino⁵⁹.

No EC que realizei no SU, pela particularidade de se tratar de um contexto privado e de o INEM não transportar doentes para este contexto, poderia não ser expectável a ocorrência deste tipo de situações. Todavia, num dia de estágio em que me encontrava a realizar turno na triagem conjuntamente com a enfermeira supervisora recebemos uma doente de 50 anos, que se deslocou pelos próprios meios, com um quadro com duas horas de evolução de disartria e hemiplegia esquerda, sintomatologia típica de acidente vascular cerebral (AVC). Prontamente identificámos o quadro e ativámos a Via Verde AVC na triagem. A doente foi encaminhada para monitorização hemodinâmica e realizámos o

transporte intra-hospitalar para realização de tomografia computadorizada e angiotomografia, que revelou um AVC isquêmico do hemisfério cerebral direito com indicação para realização de trombólise, mas sem critérios para trombectomia. Assim gerimos o protocolo terapêutico de trombólise, com posterior melhoria dos défices neurológicos identificados inicialmente. Concomitantemente a esta situação, o familiar padecia de doença renal crónica sob programa de hemodiálise e era dia de realizar a sua sessão – segundo informação fornecida pela doente, aquando da melhoria dos défices. Atendendo a esta situação foi possível articular esforços com a restante família e assegurar, também, a continuidade dos cuidados necessários ao familiar da doente.

No contexto da VMER, existe sempre a necessidade de prontidão e rapidez no socorro à vítima, mas tal torna-se ainda mais premente em situações de vias verdes. No decurso do EC, fomos ativados para uma vítima com queixas de dor torácica opressiva. Após realização de eletrocardiograma (ECG), foi identificado um enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Foi acionada Via Verde Coronária, tendo administrado o protocolo terapêutico de dupla antiagregação plaquetária com 250 mg de Ácido Acetilsalicílico e 180 mg de Ticagrelor concomitantemente com a administração de anticoagulação com 5000 UI de heparina não fracionada. Encaminhámos posteriormente a vítima até ao hospital de referência para realização de intervenção coronária percutânea⁶⁰.

Parte fulcral da intervenção do enfermeiro especialista é a antecipação de instabilidade e do risco de falência orgânica. Por forma a facilitar e agilizar esta antecipação de complicações graves associadas à sépsis, a DGS criou a Via Verde Sépsis, no qual emana que todos os SU devem ter equipas de abordagem ao doente em sépsis constituídas, pelo menos, por um médico e um enfermeiro. Esta via verde é composta por diferentes algoritmos de avaliação e intervenção, facilitadores do diagnóstico precoce e estabilização do doente⁶¹. Apesar das indicações, no SU onde realizei o EC o protocolo de Via Verde Sépsis ainda não se encontra instituído.

Porém a afluência de doentes em choque séptico é uma realidade no serviço e, como tal, tive a possibilidade de prestar cuidados aos mesmos, tendo desenvolvido competências na abordagem à PSC em choque séptico. Desde a deteção precoce da instabilidade do doente até à sua estabilização hemodinâmica, pude implementar intervenções diferenciadoras no prognóstico vital do doente. Aqui pude implementar

intervenções autónomas e interdependentes, como otimizar o posicionamento do doente, gerir oxigenoterapia, colher amostras para hemoculturas, administrar terapêutica (antibioterapia, fluidoterapia, medicação vasopressora, etc), assistir na colocação de LA e CVC, entre outras intervenções. Em discussão com a equipa identificou-se a necessidade de implementação efetiva desta via verde no serviço, tendo sido possível discutir com os mesmos a sua aplicação. Foi ainda possível realizar o transporte do doente em choque séptico para a UCI da instituição para continuidade dos cuidados.

Precisamente no EC em UCI prestei cuidados a diversos doentes com quadros sépticos, os quais necessitaram de intervenções e recursos de monitorização e suporte hemodinâmico de elevada complexidade. Neste EC desenvolvi competências na monitorização hemodinâmica invasiva, nomeadamente com a manipulação e manutenção da LA e do cateter *Pulse-induced Contour Cardiac Output (PiCCO)* – dispositivo que permite a medição do débito cardíaco, combinando a análise de ondas de pulso com técnica de termodiluição transpulmonar, e fornece variados parâmetros, como débito cardíaco contínuo, volume sistólico, resistência vascular sistémica, frequência cardíaca (FC), pressão arterial média, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, pressão venosa central, etc⁶².

O facto de, pela minha experiência profissional ser em contexto de SU, a abordagem da via aérea avançada não ser uma dificuldade, mas a verdade é que após esta abordagem inicial o doente é transferido para a UCI, não podendo dar continuidade à gestão do doente ventilado. Assim, este EC na UCI foi ainda extremamente importante no desenvolvimento de competências na gestão do doente ventilado de forma invasiva, otimizando a gestão da adaptação do doente ao ventilador, permitindo a identificação de assincronias ventilatórias (que tem taxas de incidência muito elevadas – até 85%) – responsáveis por causar desconforto, trocas gasosas ineficazes, aumento do trabalho respiratório, dificuldades para dormir, aumento da necessidade de sedação, que por sua vez causam aumento do tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), retardando o desmame e aumentando os índices de mortalidade⁶³. Foi ainda possível desenvolver competências na extubação de doentes. Pude ainda fortalecer competências na assistência na colocação e na manipulação de dispositivos como drenagens ventriculares externas, cateteres intraventriculares para monitorização da pressão intracraniana, CVC, avaliação da pressão intra-abdominal, cateteres de diálise e técnicas dialíticas.

O trauma é uma das causas de mortalidade, morbilidade e diminuição da qualidade de vida mais significativas em todo o mundo, sendo Portugal um dos países da Europa com maior sinistralidade e taxa de mortalidade associada ao trauma. Para dar resposta a esta problemática foi criada a Via Verde do Trauma⁶⁴.

No contexto PH existiram várias situações nas quais pude desenvolver competências diferenciadas sobre a abordagem à vítima de trauma, nomeadamente: ativação para vítima de queda de cerca de três metros de altura em lanço de escadas, com, entre outros, traumatismo cranioencefálico grave. À chegada ao local, a vítima encontrava-se presa entre lanços de escadas, dificultando a abordagem. Iniciou-se a avaliação segundo a metodologia ABCDE ajustada ao trauma (controlo de hemorragia exsanguinante e controlo cervical antes da abordagem à via aérea). Após a avaliação inicial foi necessário retirar a vítima do local e para tal foi necessário a utilização de técnicas de trauma e imobilização (colocação de colar cervical, cinta pélvica, plano duro e cinto aranha). Já na célula sanitária, previamente aquecida, iniciou-se a perfusão de Ácido Tranexâmico – essencial no controlo de hemorragias graves associadas aos distúrbios de coagulação induzidos pelo trauma, conduzindo à diminuição da mortalidade relacionada com o trauma⁶⁵.

No decorrer dos EC houve ainda situações com necessidade de implementação de medidas de SAV. No EC de SU existiram duas situações de doente com taquicardias com critérios de instabilidade, tendo sido necessário a realização de cardioversão elétrica dos mesmos. No primeiro caso, tratou-se de um homem com antecedentes conhecidos de fibrilação auricular paroxística, a cumprir terapêutica dirigida, que iniciou quadro de dor torácica e sensação de palpitações associadas a diaforese e palidez mucocutânea. Após monitorização confirmou-se a suspeita de fibrilação auricular com resposta ventricular rápida, tendo sido realizada cardioversão elétrica ao doente – a situação em causa foi explorada na Reflexão Crítica segundo o Ciclo de *Gibbs* (presente em Apêndice B).

O segundo caso tratou-se de um doente jovem com palpitações, sudorese e hipotensão. Após monitorização, foi diagnosticada taquicardia supraventricular – tendo, no final da intervenção, existido a necessidade de cardioversão elétrica do doente. O *team leader* acabou por ter uma abordagem diferente do protocolo de abordagem às taquicardias. A equipa identificou que seria benéfica a aplicação estruturada de uma sessão de *debriefing*, tendo tido oportunidade de desempenhar o papel de facilitador nesta

sessão e aplicar à equipa o projeto de estágio. Os intervenientes consideraram a sessão como extremamente útil e pretendem dar continuidade ao projeto iniciado de forma a reforçar as competências técnicas e não técnicas da equipa, tendo inclusivamente uma colega ficado responsável por implementar as sessões de *debriefing* estruturado no serviço de forma continuada. O formulário de sessão de *debriefing* preenchido encontra-se em Apêndice T.

Na UCI tive a hipótese de acompanhar uma ativação da equipa de EEMI para uma doente com alteração do estado de consciência no internamento de Cirurgia. À chegada ao local, observei que a doente apresentava uma consciência diminuída (escala de Glasgow de 7 – abertura ocular à dor, resposta verbal ausente e fuga à dor) e respiração ruidosa. De modo a permeabilizar a via aérea de forma temporária, coloquei um tubo de Guedel à doente. Enquanto o médico selecionava o tubo endotraqueal adequado à doente, puncionei um acesso venoso periférico (AVP) à doente (que não possuía nenhum). Preparei os fármacos para a indução em sequência rápida da doente e, após pré-oxigenação, procedeu-se à sedação e intubação linear da doente. Foi, posteriormente, realizado o transporte da doente até à UCI. À posteriori, realizei uma sessão de *debriefing* com os elementos da EEMI e os enfermeiros do internamento onde a doente se encontrava – na qual foi possível constatar a importância da deteção precoce da situação por parte dos enfermeiros do internamento, mas também da necessidade de antecipação das necessidades (nomeadamente a necessidade de um AVP permeável para a abordagem à PSC).

Pelo facto de não ter ocorrido nenhuma situação de PCR neste EC e de modo a empregar o meu projeto no contexto, realizei uma sessão de *debriefing* em contexto de simulação, na qual foi apresentado um vídeo de um cenário de simulação de atuação perante uma PCR e solicitado à equipa que realizasse o *debriefing* da atuação dos elementos representados no vídeo. O formulário de sessão de *debriefing* preenchido encontra-se em Apêndice U. A equipa identificou as potencialidades de melhoria das sessões de *debriefing* estruturado, tendo a enfermeira responsável pela formação em serviço acrescentado a implementação de sessões de *debriefing* estruturado nos objetivos de formação anual. Isto irá contribuir para uma maior consciencialização da equipa sobre a sua atuação e permitir uma melhoria contínua dos cuidados e reforço da segurança do doente.

No contexto da VMER, ocorreu uma situação de ativação para pedido de apoio diferenciado pelos bombeiros para vítima de queda com traumatismo cranioencefálico que apresentava síncope após as tentativas de levantar. À chegada ao local, a vítima encontrava-se em decúbito dorsal no chão, consciente e orientado em todas as vertentes. Monitorizei a vítima, identificando uma bradicardia extrema (FC ~20 bpm). Após a realização de ECG, objetivou-se um bloqueio auriculoventricular completo. Iniciei o protocolo de atuação perante bradicardia com administrações de 0,5 mg de Atropina até 3 mg, que não surtiram efeito. Pela ineficácia do tratamento inicial, optou-se por iniciar perfusão de Isoprenalina. Apesar da mudança do tratamento, este acabou por se revelar ineficaz. Assim, administrei 1 mg de Midazolam e iniciei estimulação transcutânea à vítima, obtendo uma FC na ordem dos 60 bpm e com resposta mecânica (pulso femoral presente e compatível com a frequência cardíaca)⁶⁶. Depois da estabilização da vítima, acompanhámos a mesma até à unidade hospitalar. Após o *handover*, realizámos o *debriefing* da situação – concluindo que a intervenção foi corretamente executada e que o seguimento dos protocolos foi respeitado.

A gestão da dor é uma das competências essenciais ao EEEMC na área PSC, identificando situações de presença de dor e atuando no sentido de promover o conforto da PSC, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. A avaliação da dor é primordial para poder gerir a mesma, sendo um dos sinais vitais. Como tal, existem diversas escalas para permitir esta avaliação. Nos doentes orientados e com capacidade de resposta (de forma verbal ou motora) utilizei a Escala de Avaliação Numérica ou a Escala Visual Analógica.

Aos doentes incapazes de comunicar a sua dor utilizei a Escala de Faces e nos doentes ventilados a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID). A ESCID avalia indicadores comportamentais indicativos da presença de dor, como: Músculos faciais; “Tranquilidade”; Tónus muscular; Adaptação à ventilação mecânica; Bem-estar. A pontuação varia entre 0 (sem dor) e 10 (a partir pontuação superior a seis é considerada como dor muito intensa)⁶⁷.

A dor é um dos maiores motivos de ida aos SU em Portugal e verifiquei o mesmo no meu EC. Como tal existiram diversas situações de avaliação e gestão da dor na PSC. Aqui pude realizar intervenções autónomas de Enfermagem, implementando medidas não farmacológicas de controlo da dor (como otimização do posicionamento, crioterapia,

técnicas de respiração). Um episódio que considero mais marcante e diferenciador consistiu numa situação na qual um doente já totalmente dependente nas atividades de vida diária e incapaz de comunicar as suas queixas foi trazido ao SU pelos familiares por os mesmos não perceberem “o que se passava” com o doente, pois este recusava a alimentação. Após a realização de exames complementares de diagnóstico não foi percecionado nada que justificasse esta recusa alimentar. Quando abordei o doente foi visível que o mesmo apresentava esgar de dor constante, independentemente se existisse alguma intervenção externa ou não. Assim, otimizei o posicionamento do doente, notifiquei a SC para o sucedido e alertámos a médica assistente para o facto. A mesma prescreveu analgesia, tendo eu administrado a terapêutica prescrita. Após estas medidas o doente apresentou um fácies sereno, aparentemente sem dor. Procedi então à alimentação do doente e o mesmo ingeriu toda a refeição fornecida. Foi possível explicar o sucedido à família e ajustar a medicação analgésica do doente – com estas intervenções consegui otimizar a promoção do conforto e alívio sintomático.

No contexto de UCI, a maioria dos doentes encontrava-se ventilado mecanicamente, estando incapacitado para verbalizar. No serviço está implementada a ESCID. Era uma escala com a qual eu não estava familiarizado e, como tal, foi necessário investimento para a compreender e aplicar. A grande maioria dos doentes internados nesta UCI tem prescrita terapêutica analgésica em esquema para gestão da dor associada à presença de dispositivos invasivos e da pouca mobilidade que têm.

Uma situação na qual pude intervir e otimizar a gestão da dor do doente consistiu num doente jovem que estava internado naquela unidade após um acidente de viação com motociclo, do qual resultou múltiplas fraturas (membros inferior e superior direitos). Este encontrava-se ventilado, mas em processo de preparação para a extubação, pelo que tinha sido retirada a sedação e reduzida a analgesia em perfusão contínua. Apesar da analgesia em esquema, à avaliação da ESCID constatei que o mesmo estava com dor e incrementei o ritmo de perfusão da analgesia de acordo com a prescrição médica. Contudo esta intervenção não foi suficiente e, após conferência com a anestesia, optou-se pela colocação de cateter epidural e ajuste da terapêutica do doente. Foi possível controlar a dor do doente e o processo de extubação decorreu sem intercorrências.

Na VMER existiram múltiplas ocorrências em que a vítima apresentava dor, mas gostaria de referir o caso de uma vítima de acidente de viação com motociclo. À chegada,

a vítima apresentava uma fratura exposta da tíbia direita e estava extremamente queixoso e ansioso, verbalizando que não queria ficar sem a perna. Antes de realizar outro procedimento expliquei à vítima o que se passava e que era necessário controlar a sua dor, de modo a o podermos ajudar. Assim, após prescrição, realizei controlo algíco da vítima com fármacos e medidas não farmacológicas.

A PSC vivencia processos de transição de saúde/doença, causando desajustes emocionais ao doente, mas também aos seus familiares (sentimentos como tristeza, medo, a ansiedade ou vulnerabilidade instalam-se). Aqui os enfermeiros intervêm sobre as alterações ocorridas no quotidiano da PSC e família, capacitando-os para este processo de transição⁶⁸.

A gestão da comunicação é fundamental para a intervenção do EEEMC na área PSC, permitindo o estabelecimento de relações terapêuticas. É mandatório que o enfermeiro seja empático e forneça o apoio e as informações necessárias, estabelecendo a relação terapêutica. Esta intervenção pode permitir que o processo de incerteza pelo qual o doente e família estão a passar seja menos penoso e podendo até desenvolver parceiras de cuidados no processo de saúde/doença, empregando a escuta ativa assim como todas as técnicas de relação de ajuda disponíveis.

O doente que recorre ao SU vivencia uma mudança de estado de saúde para um novo estado, com a indefinição e incertezas associadas. Neste EC de SU, vivenciei várias situações nas quais a transição saúde/doença foram constantes e variadas, pois cada transição é única e individual. Uma das situações vivenciadas foi a de um doente de 49 anos que recorreu ao SU transferido de um hospital do SNS, com diagnóstico de AVC hemorrágico, para continuidade de cuidados na instituição. Este doente, previamente autónomo, apresentava disartria e hemiplegia braquial direita sequelares ao evento. O doente, ao ser incapaz de verbalizar com a equipa, começou a lacrimejar. Perante esta situação, estabeleci como prioridade conseguir comunicar de forma eficiente com o doente. Assim, empreguei técnicas de comunicação aumentativa e alternativa (expressões faciais, mímica e através do *tablet* da instituição) para conseguir comunicar com o doente e tranquilizar o mesmo, por momentos, naquela situação⁶⁹.

No contexto de EC de UCI existe um elevado cuidado com as necessidades da família da PSC internada. Um dos expoentes máximos desta preocupação consiste no facto de a primeira ida da família até ao doente é sempre realizada com o

acompanhamento de Enfermagem. Considerei isto de extrema importância, pois a família revelou sempre uma grande preocupação com os dispositivos presentes no seu familiar e o medo de lhe tocar. O facto de terem o enfermeiro disponível para lhes explicar o que se estava a passar e tranquilizar, estando presente para o seu familiar e possibilitando-lhes tocar e falar com o doente foi altamente valorizado. Esta importância dedicada à família e a sua envolvência nos cuidados permite que estes percebam que a equipa se preocupa com a saúde do seu familiar, algo identificado como fulcral para a família – gerindo o impacto emocional resultante da situação crítica vivenciada pelo doente e sua família, assim como a relação terapêutica^{43,70}.

Numa destas visitas pude acompanhar uma familiar que se encontrava extremamente ansiosa. Após comunicar com esta familiar percecionei que o motivo se devia ao facto de temer que o seu ente querido fosse falecer durante a sua visita, pois considerava que podia fazer “alguma coisa errada”, assim como pelo medo de não saber lidar com as alterações que pudessem advir do processo de doença do familiar. Foi possível explicar a situação que o seu familiar se encontrava a vivenciar, a evolução clínica atual e o que a familiar poderia fazer naquele momento (nomeadamente tocar, beijar, falar). A medo, a mesma foi tocando o seu familiar e expondo as suas angústias. No final da visita, esta familiar agradeceu a minha compreensão e disponibilidade, referindo que já não tinha medo de visitar a pessoa e que se sentia mais preparada para lidar com transição saúde/doença que estava a decorrer.

Uma das situações na VMER nas quais pude vivenciar a importância da atuação do EEEMC na área PSC foi o caso de uma ativação para uma vítima de 96 em PCR, que não tinha sido presenciada nem iniciadas manobras de SBV aquando do pedido de socorro inicial. À chegada os bombeiros estavam a realizar SBV. Foi permitida a presença do filho durante a tentativa de reanimação e este ainda não estava consciente da situação, pois referia que a vítima era previamente autónoma e não percebia o porquê da situação. Apesar da certeza de futilidade na realização das manobras, optou-se por manter o SBV por mais um ciclo de modo a poder explicar ao filho o que se passava. Após a explicação da situação e de escutar e confortar o filho, o mesmo percecionou a situação e agradeceu a atuação da equipa.

III.3.2.2. — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação⁷

Um dos segmentos abordados no desenrolar destes EC, bem como no desenvolvimento de competências especializadas, foi a abordagem e resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. Foi basilar o conhecimento adquirido no decurso do mestrado, através da UC de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe.

A Lei das Bases da Proteção Civil define catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (71 p. 4696).

A catástrofe está relacionada, também, com um número elevado de vítimas que procuram cuidados, podendo assoberbar os serviços de emergência. A OE, através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Situação Crítica, definem a emergência multivítima como um episódio do qual resulta um elevado número de vítimas, suficiente para transtornar a habitual atividade dos serviços de emergência e dos cuidados praticados – exigindo medidas de emergência para salvar o maior número de vidas possível e gestão dos recursos existentes, de modo a fornecer os melhores cuidados possíveis às vítimas⁴³.

Atendendo a isto, bem como à possibilidade de existirem catástrofes naturais, epidemias, acidentes, incidentes nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos, entre outros acontecimentos, que podem interromper o normal funcionamento de instituições como as unidades de saúde, torna-se imprescindível que as diferentes instituições estabeleçam um plano que permita uma participação multidisciplinar, rigorosa e coordenada. Para dar resposta a estas necessidades a DGS recomendou a criação de instrumentos de prevenção e atuação perante acidentes de grande magnitude, nomeadamente a elaboração de Planos de Emergência nas unidades de saúde⁷².

Assim o EEEMC na área PSC deve possuir conhecimentos e capacidade de gestão dos cuidados de Enfermagem especializados à PSC, conhecendo os planos de emergência da instituição onde se encontra, de modo a otimizar a resposta às situações de catástrofe e emergência multivítima, sendo promotor da qualidade dos cuidados⁴³.

Durante os períodos de EC não ocorreu nenhum tipo de incidente de catástrofe ou emergência multivítima, pelo que não existiu uma abordagem prática das intervenções e gestão de cuidados inerentes à situação, mas foi-me sempre possibilitado o desenvolvimento de competências inerentes ao planeamento e, consequente, gestão dos cuidados em situações de catástrofe e emergência.

No contexto de EC em SU, o facto de a SC ser a pessoa responsável pelo Plano de Emergência hospitalar permitiu uma consulta e análise mais aprofundada do mesmo, bem como do simulacro realizado em Outubro de 2023.

O Plano de Emergência tem diversos aspetos positivos, como por exemplo: a definição de diferentes níveis de ativação do plano e seus critérios; definição do Gabinete de Crise; a criação de grupo de *WhatsApp*® para os membros do Gabinete de Crise; articulação com entidades externas ao hospital – nomeadamente a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, Serviços Municipais de Proteção Civil, INEM, Autoridades Policiais e demais entidades intervenientes no Sistema Integrado de Emergência Médica; o levantamento e caracterização dos riscos e vulnerabilidades da localização geográfica; plano de drenagem de doentes do SU para os serviços de internamento; redefinição das novas zonas de abordagem de doentes; criação de *kits* de catástrofe numerados (até 50, capacidade máxima definida de receção de doentes); implementação de Triagem de Catástrofe; implementação de Cartões de Ação para os profissionais envolvidos; coordenação com elementos da Comunicação Social; determinação de quem informa e presta assistência a familiares; definição das necessidades formativas relativas ao Plano de Emergência dos profissionais envolvidos; entre outros.

Importa ainda referir a existência de aspetos a melhorar, como por exemplo: a coordenação de vagas com capacidade de ventilação; articulação na veiculação de informação entre o SU e o Gabinete de Crise.

Foi possível ainda a visualização do vídeo do simulacro, podendo aferir de modo visual as intervenções planeadas e realizadas pelos intervenientes (enfermeiros, médicos, auxiliares, administrativos, tripulantes de ambulância e forças de segurança) bem como a gestão e coordenação do processo pela enfermeira especialista em todos os momentos.

Na UCI a SC estava ao corrente do plano de emergência em vigor no hospital, visto o facto de, por ser uma das coordenadoras de turno, ter recebido formação sobre o plano no decurso da preparação hospitalar para as Jornadas Mundiais da Juventude. Assim, consegui discutir com a SC as necessidades identificadas no plano – nomeadamente: incluir procedimento de evacuação de doentes para outras estruturas vizinhas, estabelecendo acordo com a Câmara Municipal para serem postas à disposição instalações como ginásios, escolas, entre outras; nomear uma equipa responsável pela revisão anual, adequação e divulgação dos planos de emergência; implementar exercícios de simulação de crise interna ou externa, em colaboração com as autoridades de socorro a cada dois anos e posteriormente analisar essas simulações e integrar as conclusões em revisões futuras dos planos de emergência; entre outros. Com base nesta discussão, foi ainda possível difundir o plano de emergência e catástrofe à restante equipa.

O contexto PH é repleto de variáveis que podem influenciar a intervenção do socorro à vítima, sendo fundamental a antecipação e planeamento da intervenção que será, eventualmente, necessária. É fundamental que o EEEMC na área PSC detenha conhecimentos que garantam a preservação de eventuais vestígios de indícios de prática de crime⁷.

Uma situação que exigiu uma abordagem de preservação de vestígios foi a ativação para uma vítima de agressão por arma de fogo. À nossa chegada, encontrámos a vítima na via pública com a presença da PSP – salvaguardando as condições de segurança para a nossa abordagem. A vítima apresentava uma porta de entrada na região do membro inferior direito, com hemorragia controlada. A medida utilizada para preservar os vestígios de indícios de prática de crime foi não puncionar a vítima na mão, de modo a não remover eventuais indícios de disparo de arma de fogo. Foi também avisada a equipa da unidade hospitalar que recebeu a vítima da necessidade da preservação destes indícios, nomeadamente não cortar as roupas na zona do disparo, a necessidade de armazenamento das roupas de forma individualizada em sacos de papel e a sua entrega à autoria competente e não à família da vítima⁷³. Assim foi possível intervir na preservação da cadeia de custódia.

Foi, também, possível difundir o plano de emergência hospitalar em vigor com a equipa, verificando com os elementos as normas de intervenção em catástrofe – nomeadamente a realização de triagem primária em catástrofe e a colaboração na

implementação de medidas de controlo de incidentes nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos. Para a mobilização destes conhecimentos, foi deveras importante o exercício prático realizado no decorrer do mestrado em colaboração com o Regimento de Sapadores Bombeiros de Lisboa e toda a matéria lecionada na UC de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe.

Atendendo aos conhecimentos adquiridos e mobilizados e à minha intervenção, considero atingida a competência de dinamização de resposta a situações de catástrofe e emergência multivítima.

III.3.2.3. — Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas⁷

As IACS e o aumento da resistência aos antimicrobianos (RAM) estão diretamente correlacionados e têm apresentado um aumento crescente nível mundial, sendo uma preocupação de todas as unidades de saúde. O desenvolvimento de IACS não só piora o prognóstico inicial do doente, como prolonga os internamentos – sujeitando o doente a um risco acrescido de novos problemas – e, consequente, aumento da morbilidade e mortalidade. Existe ainda um aumento dos custos de saúde⁵³.

O EEEMC na área PSC tem por obrigação procurar desenvolver um exercício profissional baseado na excelência, adaptando-se aos contextos e à complexidade das intervenções necessárias. O crescente desenvolvimento na saúde e da necessidade de intervenção conduziu à utilização de variadas medidas invasivas à PSC, aumentando assim a exposição da mesma ao risco de desenvolvimento de IACS. É da responsabilidade do EEEMC na área PSC maximizar a prevenção e controlo da infeção e do controlo da RAM⁴³.

No decurso deste EC em SU tive oportunidade de consultar os protocolos de isolamento instituídos no serviço, bem como os feixes de intervenções definidos de modo a reduzir as infeções nosocomiais. Os feixes de intervenções definidos neste SU são as INCS relacionadas com o CVC e Infeção do Trato Urinário (ITU) associada à utilização de cateter vesical.

As intervenções definidas para cada um dos feixes de intervenções são, respetivamente: maximização da barreira esterilizada durante a colocação, preparação do local de punção com solução antisséptica, preferência pelo acesso subclávio em face ao jugular interno (com necessidade de justificar o acesso femoral), desinfeção das conexões/portas do sistema intravascular antes de as utilizar, substituição do penso de acordo com a frequência recomendada ou sempre que justifique; e técnica asséptica no cateterismo vesical e conexão do sistema de drenagem, técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem, cateter seguro, saco coletor até $\frac{2}{3}$ da capacidade e abaixo do nível da bexiga. Foi possível constatar a preocupação da equipa no cumprimento das mesmas.

Consegui esclarecer dúvidas e aprimorar conhecimentos sobre controlo de infeção e RAM através da realização de uma reunião com a enfermeira do serviço responsável por ser o elo de ligação ao grupo responsável pelo PPCIRA. Aqui abordámos as temáticas supracitadas, bem como a campanha de promoção da higienização das mãos – onde foram apresentados os resultados do primeiro semestre de 2023, com uma taxa de adesão da equipa multidisciplinar de 96%.

A salvaguarda das PBCI foi uma constante na minha atuação no decorrer dos EC. Em termos práticos ocorreram diversos momentos nos quais houve necessidade de implementar medidas de isolamento individual por presença de doentes com vírus respiratórios – nomeadamente *Influenza A*, SARS-CoV-2 e Vírus Sincicial Respiratório. Nestes momentos para além da implementação de barreiras de segurança foi possível explicar e ensinar doentes e familiares sobre este tipo de vírus e as medidas de isolamento implementadas, de modo a consciencializar e tranquilizar todos os intervenientes – fomentando a adesão às barreiras implementadas e maximizando a segurança do doente e sua família.

Foi ainda possível realizar procedimentos como colheitas de hemoculturas, uroculturas e colheita de secreções brônquicas com o intuito de conseguir identificar organismos que possam originar infeções sistémicas, responsáveis pela deterioração multiorgânicas de doentes em situação crítica, e selecionar o antibiótico mais ajustado à situação clínica – maximizando a prevenção da RAM.

A PSC em UCI, pela condição clínica adjacente e a parafernália de dispositivos invasivos que tem, está ainda mais suscetível a desenvolver IACS, pelo que a atuação do

EEEMC na área PSC assenta no cumprimento escrupuloso das PBCI. A pneumonia associada à intubação (PAI) é a IACS com maior incidência nos SMI, resultando no aumento do tempo de VMI, da utilização de antibióticos, do tempo de internamento e, naturalmente, em mais elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, bem como um acréscimo de custos. A PAI consiste numa pneumonia desenvolvida no doente ventilado mecanicamente há mais de 48 horas ou no doente extubado e/ou descanulado há menos de 48 horas⁷⁴.

Atendendo a esta problemática, a DGS emanou o Feixe de Intervenções para a Prevenção da PAI, estando o mesmo em vigor nesta UCI. Este consiste num conjunto de intervenções padronizadas para prevenir a incidência de PAI, nomeadamente:

- Utilização de sedação ligeira ao mínimo necessário ou substituição total por analgesia, de modo a diminuir o tempo de intubação e ventilação;
- Diminuição progressiva da assistência ventilatória até à extubação, avaliando a existência de doentes candidatos a extubação e, nestes, realizar diariamente provas de ventilação espontânea – contribuindo para a diminuição da duração da VMI;
- Elevação da cabeceira do leito a um ângulo de 30°, na ausência de contraindicação – diminuindo o número de eventos de microaspiração de conteúdo;
- Higienização da cavidade oral pelo menos 3 vezes por dia, com octenidina;
- Manutenção de uma pressão no *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O⁷².

Na UCI confirmei a implementação e cumprimento deste feixe de intervenções, assim como dos referidos anteriormente, tendo tido a oportunidade de implementar as referidas intervenções, de modo a reduzir a incidência de IACS e maximizar o controlo de infeção – promovendo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Foi ainda possível, em conjunto com a SC e a enfermeira responsável por ser o elo de ligação ao PPCIRA, realizar auditoria interna à equipa na manipulação dos CVC, fornecendo *feedback* da auditoria aos elementos auditados – capacitando as equipas na prevenção e controlo das IACS na PSC.

Na VMER tive também diversas oportunidades de aquisição de competências sobre o controlo de infeção em meio PH. Por exemplo, é preconizada a utilização de toalhetes individuais de desinfeção cutânea e de garrotes de uso individual em todas as vítimas que necessitem de ser puncionadas, assim como a desinfeção do material reutilizável que tenha sido necessário usar. Outro exemplo é o facto de todas as semanas, nas manhãs de domingo, ser realizada a troca da mala de abordagem avançada e realizada a desinfeção das malas que estava em utilização.

No contexto PH, o isolamento físico da vítima com suspeita ou confirmação de infeção não era possível, mas foram empregues medidas como utilização de EPI (fornecimento de máscara à vítima e aos profissionais, utilização de luvas), desinfeção das mãos, desinfeção do material reutilizável que tivesse sido necessário, entre outras – minorando assim o risco de infeção cruzada

Como facilitador para a obtenção destas competências esteve o facto da coordenadora médica da VMER também ser a coordenadora do PPCIRA hospitalar. Foi possível discutir os programas do PPCIRA em vigor na ULS e, inclusivamente, observar no terreno como é que os mesmos estavam a ser colocados em prática no serviço de internamento de medicina do hospital. Aqui pude observar como é que os colegas realizavam a gestão da necessidade de algaliação nos doentes, visando a diminuição das ITU associadas à utilização de cateter vesical.

Foi ainda possível assistir ao *Webinar* “Da análise de risco à prevenção de infeção: estratégias no extra-hospitalar” (presente em Anexo E) realizado pelo INEM, que possibilitou a obtenção e consolidação de competências de perceção dos riscos ambientais e estruturais do socorro PH, assim como de controlo e prevenção de infeções associadas à prestação de cuidados de saúde neste ambiente – fomentando ainda mais a preocupação e importância desta competência específica do EEEMC na área de Enfermagem à PSC.

Com base no referido anteriormente, considero que consegui adquirir as competências fundamentais ao EEEMC na área PSC na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de RAM perante a PSC – estando assim capacitado para diagnosticar necessidades em matéria de prevenção e controlo de infeção, implementar procedimentos e circuitos de prevenção e controlo da infeção inerentes às diferentes vias de transmissão e salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

IV. Considerações Finais

A conclusão deste percurso permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMC na área PSC, permitindo um crescimento profissional significativo e a aquisição de competências práticas indispensáveis para a atuação em contextos de alta complexidade. Durante o estágio, foi possível consolidar conhecimentos teóricos com base na prática desenvolvida, aprimorando a capacidade de avaliação, tomada de decisão e implementação de intervenções. Este estágio também possibilitou fomentar ainda mais a empatia, comunicação eficaz e trabalho de equipa, essenciais para a prestação de cuidados humanizados.

Assim, os estágios não só permitiram o aprofundar da compreensão técnica, como também fortaleceu a confiança e a competência de lidar com situações críticas, preparando-me para contribuir de maneira significativa para a saúde e bem-estar da PSC e sua família em ambientes de alta complexidade.

O *debriefing* tem um papel fulcral no aumento da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, criando um ambiente de trabalho que incite os profissionais de saúde a realizar sessões de *debriefing* após a ocorrência de incidentes críticos e expor os resultados destas sessões aos demais.

No desenrolar da pesquisa foi possível constatar que enfermeiros e médicos percebem a necessidade de implementar este tipo de estratégias nos seus locais de trabalho, mas também referem a inexistência de protocolos ou guiões implementados, documentos que facilitariam a implementação destas estratégias. A criação de sessões formais de treino, o desenvolvimento de protocolos de *debriefing* e fomentar todos os serviços hospitalares a empregarem estas estratégias seriam facilitadores à aplicabilidade do *debriefing*.

Isto mudaria as dinâmicas profissionais das equipas, aprimorando as suas competências comunicacionais e, consequentemente, melhorando o trabalho interdisciplinar – indicadores fundamentais na qualidade dos cuidados e segurança do doente, bem como dos *outcomes* nos doentes e nas equipas.

Com a instituição destas estratégias de *debriefing* os profissionais de saúde estariam melhor preparados e mais atualizados, conseguindo ter uma intervenção mais calma e segura, alicerçada em reflexões conjuntas realizadas previamente, aquando da ocorrência de situações de urgência e/ou emergência e servindo como instrumento de aprendizagem contínua.

Apesar da possibilidade de implementação e operacionalização do plano de projeto, importa ressaltar que pela limitação temporal acabou por se tornar difícil de perceber qual a capacidade de aplicação do *debriefing* de forma estruturada na ausência de um elemento externo a funcionar como facilitador. Tal apenas seria possível num projeto em maior escala e com mais tempo de contacto, de modo a posteriormente investigar no seio da equipa a real aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico.

Em todo o caso, as equipas multidisciplinares consideraram a aplicabilidade do *debriefing* nos serviços uma mais-valia e todos pretendem implementar o mesmo de forma estruturada em todos os momentos que a equipa assim considere pertinente – reconhecimento da importância do *debriefing* na melhoria da qualidade dos cuidados e na promoção da segurança do doente, produzindo ganhos e valor na Enfermagem e na PSC e sua família.

Com a conclusão deste ciclo de estudo, explanado neste relatório, fecho um capítulo de grande aprendizagem, mas inicio agora um futuro de novas experiências, aprendizagens e desafios profissionais, pois é fundamental que o EEEMC na área PSC busque de forma continuada o desenvolvimento e a excelência do cuidado, por forma a conseguir prestar a assistência de que os nossos doentes carecem.

V. Referências Bibliográficas

1. Kessler DO, Cheng A, Mullan, PC. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. Ann Emerg Med [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 19]; 65(6): p. 690–698. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061?via%3Dihub> doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
2. Gregório CM. O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória [dissertação de mestrado]. [Leiria]: Instituto Politécnico de Leiria; 2017.
3. Healy S, Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents. Emerg Nurse [Internet]. 2013 [cited 2023 Nov 22]; 20(10): 32-37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23586171/> doi: 10.7748/en2013.03.20.10.32.s8
4. Kılıç N, Şimşek N. Psychological first aid and nursing. J Psychiatric Nurs [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 19]; 9(3): 212-218. Available from: https://www.researchgate.net/publication/321456761_Psychological_first_aid_and_nursing doi: 10.14744/phd.2017.76376
5. Dearing H, Kippenbrock, T. Emergency Transport Crew: Post-Traumatic Stress Disorder Prevention Program. Can. J. Emerg. Nurs [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 20]; 45(1): E1-E7. (7p). Disponível em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=4&sid=42bd8d12-b6b2-4f2f-aac9-33694dd0ed7c%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=162073297> doi: <https://doi.org/10.29173/cjen186>
6. Hammerle A, Devendorf C, Murray C, McGhee T. Critical incidents in the ED. Nurs Manage [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 19]; 48(9): p. 9–11. Available from: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/2017/09000/Critical_incidents_in_the_ED.5.aspx doi: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000522180.69005.1e>

7. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018, páginas 19359-19370. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
8. Ugwu CV, Meadows M, Don-Pedro D, Chan J. Critical Event Debriefing in a Community Hospital. Cureus [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 20]; 12(6): e8822. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7320638/> doi: [10.7759/cureus.8822](https://doi.org/10.7759/cureus.8822)
9. Lyman K. The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. Int Emerg Nurs [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 21]; 57. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X21000434?via%3Dihub> doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>
10. Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: 2.ª série, n.º 187. Available from: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
11. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia Prático para a segurança do doente. 1.ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2021. 392p.
12. International Liaison Committee on Resuscitation. Debriefing of Resuscitation Performance (EIT #645): Systematic Review [Internet]. International Liaison Committee on Resuscitation; 2020 Jan 20 [cited 2023 Nov 21]. Available from: <https://costr.ilcor.org/document/debriefing-of-resuscitation-performance-eit-645-systematic-review>
13. Gilmartin S, Martin L, Kenny S, Callanan I, Salter N. Promoting hot debriefing in an emergency department. BMJ Open Quality [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 21]; 9: e000913. Available from: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqr/9/3/e000913.full.pdf> doi: [10.1136/bmjoq-2020-000913](https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000913)
14. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. Adv Nurs Sci. [Internet]. 2003 [cited 2023 Dez 29]; 26(1): 77-88. Available from:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12611432/> doi: 10.1097/00012272-200301000-00010
15. Duffy J. Joanne Duffy's Quality-Caring Model©. In M Smith, M Parker, editores. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015. p. 393–429.
 16. Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º 153. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
 17. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem de Manchester [Internet]. Grupo Português de Triagem; 2021 [cited 2024 Jun 30]. Available from: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
 18. Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. (2019). Diário da República: II Série, n.º 184/2019, páginas 128-155. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
 19. Joint Commission International. Who We Are [Internet]. Illinois: Joint Commission International; 2024 [cited 2024 aug 13]. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/>
 20. Despacho n.º 9639/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República: 2.ª série, n.º 198. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
 21. Despacho n.º 5561/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º 79. Available from: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
 22. Despacho n.º 14898/2011 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2011). Diário da República: 2.ª série, n.º 211. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14898-2011-3281414>

23. H Teixeira LO, Carvalho, AL, Barroso C. Diagnóstico de Situação. In: Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F, Osório M, editores. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – Manual Prático [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [cited 2024 jul 4]; p. 20-27. Available from: <https://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>

24. Ventura-Silva JM, Martins MM, Trindade LL, Ribeiro OM, Cardoso MF. Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. J Health NPEPS [Internet]. 2021 [cited 2024 jul 6]; 6(2): 278-295. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480> doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

25. Joint Commission International. International Patient Safety Goals [Internet]. Illinois: Joint Commission International; 2024 [cited 2024 jul 6]. Available from: <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>

26. Norma Clínica: 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral de Saúde. (2022). Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

27. Norma Clínica: 019/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Direção-Geral de Saúde. (2022). Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

28. Santos JD. Análise SWOT. Politécnica [Internet]. 2003 [cited 2024 Jun 28]; 8: p. 43-46. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319344672_Analise_SWOT

29. Robertson-Malt S, Halt GN, Farquhar V, Greer W. Heparin versus normal saline for patency of arterial lines. Cochrane Library [Internet]. 2014 [cited 2024 mar 14]. Available from:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007364.pub2/full>
doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007364.pub2>

30. Viana J, Balinha J, Afonso C. Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. Acta Portuguesa de Nutrição [Internet]. 2017 [cited 2024 mar 17]; 10: p. 38-42. Available from: <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2017/10/n10a06.pdf> doi: <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.1006>
31. Roda TM. A Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica – da Avaliação à Intervenção [dissertação de mestrado]. [Setúbal]: Instituto Politécnico de Setúbal; 2023. 132 p.
32. Carvalho MJ, Mesquita AM, Henrique DM, et al. Avaliação de enfermagem do volume residual gástrico em pacientes críticos: uma revisão integrativa. Enferm. Foco [Internet]. 2017 [cited 2024 mar 17]; 8(3): 8-13. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/835/391>
33. Marques JR. Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: uma proposta de padrão de documentação [dissertação de mestrado]. [Viana do Castelo]: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2021. 204 p.
34. Enunciado de Posição 01/2007 da Ordem dos Enfermeiros. Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. (2007). Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciaodoPosicao17Jan2007.pdf>
35. Circular Normativa nº 6/2010 do Departamento de Emergência Médica. (2010). Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/Not%C3%ADcias_Ap%C3%B3s21Abril2010/INEM_CNn%C2%BA6%20_2010DEM.pdf
36. Fleury MT, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev. adm. contemp. [Internet]. 2001 [cited 2024 jul 4]; 5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>

37. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26/2019, páginas 4744-4750. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
38. Decreto-Lei n.º 65/2018 do Presidente do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série, n.º 157. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?ts=1720192606084>
39. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [cited 2024 jul 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R_EPE_29102015_VF_site.pdf
40. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 agosto [cited 2024 jul 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
41. Norma n.º 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção-Geral da Saúde. (2015). Available from: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
42. Oneti CF, Barreto DM, Martins EL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à prática da distanásia e ortotanásia. Enferm. Foco [Internet]. 2017 [cited 2024 jul 13]; 8(2): 42-46. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/727/379>
43. Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. (2015). Diário da República: II Série, n.º 123/2015, páginas 17240-17243.
44. Serra CM, Pires D, Faria J, Pereira M, Ângelo RP, Guerreiro VO. Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe [Internet]. 1ª ed. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2015 agosto [cited 2024 jul 13]. Available from: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf

45. INEM. CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise [Internet]. INEM; 2017 [cited 2024 jul 13]. Available from: <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/>
46. Organização Mundial da Saúde, editor. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 [cited 2024 jul 14]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf> ISBN 978-92-4-000570-9
47. Despacho n.º 5613/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série, nº 102. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
48. Ordem dos Enfermeiros, editor. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001 [cited 2024 jul 14]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
49. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. BMC Med Educ 20 (Suppl 2), 459. (2020). Available from: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02285-0#citeas> doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
50. Norma nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (2017). Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
51. Norma nº 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. Direção-Geral da Saúde. (2023). Available from: https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/16860/1/Norma%20008_2023_Medicamentos%20de%20alta%20vigil%c3%a2ncia.pdf

52. Organização Mundial de Saúde, editores. Manual de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS: cirurgia segura salva vidas. [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2009 [cited 2024 jul 14]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-por.pdf>

53. Direção-Geral da Saúde, editores. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 dezembro [cited 2024 jul 14]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf ISSN: 2184-1179

54. Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Direção-Geral da Saúde. (2019). Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

55. André ML. Liderança clínica em enfermagem, dos enfermeiros em formação avançada [dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2022. 105 p. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44508/1/MEGE_10440_reformulada.pdf

56. Cerdeira AB, Germano A, Magalhães A, Malha A, Trindade A, Pimentel E, Figueira F, Cerqueira J, Nunes L, Vieira M, Carvalho MC, Martins MC, Amaral M, Bettencourt M, Lampreia N, Gonçalves R, Deodato S, Carneiro T. Deontologia profissional de enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 agosto [cited 2024 jul 19]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf ISBN: 978-989-8444-30-1

57. Conselho Internacional de Enfermeiros, editores. Combater a desigualdade: da evidência à acção [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2012 maio [cited 2024 jul 17]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf

58. Thim T, Krarup NH, Grove EL, Rohde CV, Løfgren, B. Initial assessment and treatment with the airway, breathing, circulation, disability, exposure (ABCDE)

- approach. Int J Gen Med [Internet]. 2012 [cited 2024 jul 21]; 5: 117-121. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374>
59. Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral da Saúde. (2017). Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
 60. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) Eur Heart J [Internet]. 2018 [cited 2024 jul 21]; 39(2): 119-177. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886621/> doi: 10.1093/eurheartj/ehx393
 61. Norma nº 010/2016: Via Verde Sepsis no Adulto. Direção-Geral da Saúde. (2017). Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
 62. Litton E, Morgan M. The PiCCO monitor: a review. Anaesth Intensive Care [Internet]. 2012 [cited 2024 jul 22]; 40(3): 393-409. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22577904/> doi: 10.1177/0310057X1204000304
 63. Holanda MA, Vasconcelos RS, Ferreira JC, Pinheiro BV. Assincronia paciente-ventilador. J Bras Pneumol [Internet]. 2018 [cited 2024 jul 22]; 44(4): 321-333. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/5rkszH5NP8GSYdqs4BSwT6w/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000185>
 64. Norma nº 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto. Direção-Geral da Saúde. (2022). Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
 65. Galante MM, Guimarães AC, Palhares AM, et al. Indicação de Ácido Tranexâmico em pacientes vítimas de trauma. Braz J Health Ver [Internet]. 2021 [cited 2024 jul 22]; 4(5): 20575-20585. Available from:

- <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36862/pdf>
doi: 10.34119/bjhrv4n5-166
66. Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation [Internet]. 2021 [cited 2024 jul 25]; 161: 115-151. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33773825/>
doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.010
 67. Gestão da dor: percepção do enfermeiro em ambulância de suporte imediato de vida [dissertação de mestrado]. [Viana do Castelo]: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2021. 112 p.
 68. Meleis AI. Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice [Internet]. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC; 2010 [cited 2024 jul 27]. Available from: https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf ISBN: 978-0-8261-0535-6
 69. Pina S, Canellas M, Prazeres R, et al. Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: Scoping Review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [cited 2024 jul 27]; 73(5): e20190562. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YNFtfvQH84GXCxXxKQ5rYmj/?lang=pt&format=pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
 70. Campos S. Necessidades da Família em Cuidados Intensivos [dissertação de mestrado]. [Porto]: Universidade do Porto; 2014. 174 p.
 71. Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I Série, n.º 126. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>
 72. Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Direção Geral da Saúde. (2010).
 73. Silva RX, Ferreira CA, Sá GG, Souto RQ, Barros LM, Galindo-Neto NM. Preservation of forensic traces by Nursing in emergency services: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2022 [cited 2024 jul 23]; 30:

e3540. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/r9k3xVpVBZ5X9XRDKBxFssR/?format=pdf> doi:
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>

74. Norma Clínica nº 021/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral de Saúde. (2022). Available from:
https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_a_ssoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

Apêndices

Apêndice A – Resumo de Revisão *Scoping* “Aplicabilidade do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de urgência: *scoping review*”

Resumo

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

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

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

Com base na mnemónica PCC, a população considerada na pesquisa, é a equipa multidisciplinar de saúde. Relativamente ao conceito, inclui estudos que abordam o tema do *debriefing* após incidente crítico e quanto ao contexto consideram-se as situações de urgência. Foi realizada pesquisa em bases de dados e literatura cinzenta, análise e elegibilidade dos estudos.

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

Conclusão: O *debriefing* estruturado é uma ferramenta fulcral de suporte da saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros expostos a incidentes críticos. Facilita a reflexão crítica, promove a aprendizagem coletiva e contribui para a construção de resiliência e redução do *burnout*. No entanto, a falta de padronização e a ausência de estudos longitudinais limitam a compreensão dos seus efeitos a longo prazo. Pesquisas futuras devem focar-se em estudos mais rigorosos para desenvolver diretrizes baseadas na evidência para a aplicação do *debriefing* nas equipas multidisciplinares.

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

Apêndice B – Ciclo Reflexivo de *Gibbs*

I. Ciclo Reflexivo de Gibbs

O Ciclo Reflexivo de *Gibbs* é uma ferramenta utilizada para promover a reflexão acerca de uma circunstância do EC que seja promotora, estando dividido em seis etapas: descrição, onde será relatada a situação ocorrida de forma estruturada e clara; pensamentos e sentimentos, onde identificarei as emoções vivenciadas; avaliação, onde narrarei os pontos positivos e não positivos da experiência; análise, onde desenvolverei a fundamentação teórica da situação; conclusão, onde irei identificar as oportunidades de crescimento a nível pessoal resultantes da situação; e por fim, planejar ação, onde refletirei sobre o que fazer se me deparar com uma situação idêntica no futuro¹.

I.1 Descrição

A experiência que considero mais marcante foi, aquando da necessidade de realizar uma cardioversão elétrica a um doente, tive oportunidade de ensinar e instruir uma colega do serviço recém-licenciada.

Contextualizando a situação, era um doente jovem com um quadro de palpitações com início há cerca de duas horas. Não tinha antecedentes pessoais descritos, nem terapêutica habitual ou alergias conhecidas. Na triagem apresentava-se taquicárdico com frequências cardíacas na ordem dos 170 bpm, pulso cheio e disrítmico. Encaminhado diretamente para o SO, onde foi monitorizado electrocardiograficamente apresentando complexos estreitos e irregulares. Realizou ECG de 12 derivações que confirmou fibrilação auricular. Doente pálido, sudorético e hipotenso, pelo que se decidiu avançar para cardioversão elétrica.

A enfermeira que estava responsável pelo SO era uma colega recém-licenciada que nunca tinha presenciado tal procedimento e não sabia como atuar. Nesse momento, percecionei a dificuldade da colega e, após validação com a SC, propus-me a explicar à enfermeira o procedimento e qual a atuação que devemos ter, antecipando e complicações e garantindo a segurança do doente.

Nesse sentido, tranquilizámos o doente e, conjuntamente com o médico, explicámos ao doente o procedimento que seria realizado e a sua pertinência. Procedemos

então à monitorização do doente com os elétrodos multifunções conectados ao monitor desfibrilhador e seleccionámos a voltagem adequada, garantido a sincronização com a onda R. Puncionámos novo acesso venoso periférico e colocámos fluidoterapia em curso. Preparámos a sedação prescrita (Propofol a 2%) e a oxigenoterapia e material para intubação orotraqueal em caso de eventual necessidade por depressão do sistema respiratório. Garantimos ainda a funcionalidade do aspirador de secreções.

Após validação da necessidade de realizar o procedimento e garantia da segurança para avançar com o mesmo, procedemos à sedação do doente. Após o primeiro choque o doente converteu a ritmo sinusal com frequência cardíaca na ordem dos 70 bpm. Apresentou dessaturação transitória com necessidade de colocação de aporte de oxigénio a 4 L/min por máscara facial simples no pós-procedimento imediato. Cerca de dois minutos depois o doente recuperou a consciência, tendo sido removido o aporte de oxigénio.

Foi realizado novo ECG, que revelou ritmo cardíaco sinusal com frequência cardíaca de 64 bpm. O doente manteve-se em vigilância durante algumas horas, tendo alta clínica no final do turno.

Durante todo o procedimento fui explicando à colega o que era necessário realizar nos diferentes momentos, o que tínhamos de garantir para poder avançar em segurança com procedimento e a fisiopatologia por detrás da cardioversão elétrica neste contexto, sempre com a validação da SC.

I.2 Pensamentos e Sentimentos

Nesta situação senti-me confiante e extremamente útil por poder ajudar não só o doente, mas também uma colega com uma dificuldade identificada. Concomitantemente também estava preocupado com o bem-estar do doente e sua acompanhante, pois estavam ambos bastante preocupados e assustados com a situação – sentimentos esses, de certo modo, minimizados após a explicação que lhes foi fornecida por nós.

No fim, existiu um sentimento de realização pessoal e profissional por a situação ter sido resolvida com sucesso e a colega ter aprendido algo novo e agradecido a minha intervenção.

O facto da SC ter demonstrado total confiança na minha atuação e explicação proporcionou-me também um elevado sentimento de orgulho e satisfação.

I.3 Avaliação

O facto de a colega responsável pelo SO não deter conhecimentos sobre este tipo de situações clínicas e procedimentos é um ponto não positivo e que exige reflexão. Trabalhar num SU, seja ele de que nível for, exige competências técnicas e não técnicas altamente diferenciadas e capacidade de resposta a situações de elevado *stress*. O défice identificado poderia causar constrangimentos ao procedimento e, em última instância, colocar o doente em risco.

O facto de a situação ter sido prontamente identificada e intervencionada é um ponto extremamente positivo. Situações como a descrita são consideradas urgências, que necessitam de intervenção precoce e atempada, minimizando o risco para os doentes e maximizando a capacidade de recuperação dos mesmos. O meu conhecimento sobre a situação descrita e à vontade com o procedimento bem como a intenção de ajudar e ensinar a colega foram também pontos positivos. Tal situação permitiu uma intervenção especializada da minha parte e promover uma melhoria da qualidade de cuidados prestados e aumento da segurança do doente no contexto em que estava inserido.

I.4 Análise

No inesperado desenvolvimento de uma disritmia num doente jovem a presença e apoio da equipa de multidisciplinar permitiu garantir uma experiência segura e bem-sucedida. Perante as circunstâncias, a equipa agiu com profissionalismo e calma, fornecendo cuidados de elevado nível. Com habilidade e dedicação, foi garantida toda a assistência necessária durante o procedimento e após o mesmo.

No contexto de uma situação inesperada, a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar foi fundamental para garantir uma resposta coordenada e um ambiente de cuidados seguro. Garantiu-se também o fornecimento de informações claras e tranquilizadoras ao doente e sua família, mantendo-os informados sobre todo o processo, permitindo-lhes entender o que iria acontecer e decidir de forma consciente e informada.

Uma comunicação aberta e empática permitiu estabelecer confiança entre todos os envolvidos e garantir a colaboração plena de todos, promovendo uma cultura de segurança durante este tipo de situações inesperadas.

Toda esta intervenção foi delineada de encontro a dar resposta aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica².

I.5 Conclusão

Este acontecimento proporcionou-me aprimorar e desenvolver práticas de qualidade, como a melhoria contínua dos cuidados prestados, garantindo um ambiente seguro. O facto de ter podido ajudar uma colega do serviço permitiu-me gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta prestada e a articulação com a restante equipa multidisciplinar.

Tal situação forneceu-me a oportunidade mobilizar os meus conhecimentos baseados na evidência científica mais atual, desenvolvendo o meu autoconhecimento. Este acontecimento proporcionou ainda um momento informal de aprendizagem à colega bem como uma possibilidade para eu aprimorar as minhas capacidades de liderança e assertividade.

Olhando para a modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, enquadrava a minha atuação no nível de perito, reconhecendo prontamente a situação clínica e a necessidade formativa. A capacidade de demonstrar o domínio clínico (o que e como fazer) baseado na evidência científica, apresentando o *know-how* exigido para compreender a situação no seu todo e antecipar eventuais complicações decorrentes do procedimento em causa, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente³.

I.6 Planear a ação

Se tal situação voltasse a acontecer teria exatamente a mesma atitude e proatividade, mantendo-me interessado em ajudar os colegas e fomentar a melhoria dos cuidados prestados e aumentar a segurança do doente.

Considero que a minha prestação pode sempre ser melhorada, desenvolvendo uma prática baseada na evidência científica mais atual, continuando a demonstrar interesse no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas na minha área de intervenção.

II. Referências Bibliográficas

1. Afonso T, Loureiro F. Cuidados à criança em situação crítica: reflexão segundo o ciclo reflexivo de aprendizagem. *Enformação – Enfermagem em Contínuo Movimento* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 10]; 9: 13–17. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36823>
2. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica [Internet]. Leiria: Ordem dos Enfermeiros; 2017 Nov 25 [cited 2024 Feb 14]. p 38. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
3. Benner, P. *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora; 2001. 270 p.

Apêndice C – Quadro referente ao Plano de Projeto

Objetivo Geral			
Desenvolver competências científicas, éticas e relacionais especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em contexto de urgência e emergência			
Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
Integrar a dinâmica do serviço e a equipa multidisciplinar	Efetuar apresentação e visita ao serviço Conhecer o contexto com a ajuda do supervisor clínico e coordenação do serviço Observar dinâmicas vigentes no local de estágio Elaborar contextualização do local de estágio	Enfermeiro Gestor Supervisor Clínico Equipa multidisciplinar Protocolos, procedimentos e instruções de trabalho instituídas no serviço	Reunião com coordenação de Enfermagem e supervisor clínico Conhecimento sobre o contexto onde está inserido Documentação vigente no local de estágio Análise reflexiva sobre necessidades relacionadas com as práticas do serviço

	Consultar protocolos, procedimentos e instruções de trabalho instituídas no serviço Identificar necessidades relacionadas com as práticas no serviço		
Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família	Realizar pesquisa da literatura de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica Desempenhar uma prática baseada na evidência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família Implementar as fases do Processo de Enfermagem (colheita de	Supervisor Clínico Supervisora Pedagógica Equipa multidisciplinar Literatura de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica	Autoavaliação Heteroavaliação realizada pelo supervisor clínico Ciclo reflexivo de <i>Gibbs</i> sobre as atividades desempenhadas Relatório de estágio

	dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados) Apoiar a família da pessoa em situação crítica Realizar registos de Enfermagem promotores da continuidade de cuidados Realizar análise reflexiva das atividades desempenhadas		
Contribuir para a promoção da cultura de segurança do ambiente interno e a melhoria dos cuidados prestados com a implementação estruturada do <i>debriefing</i>	Realizar reunião com supervisor clínico sobre a pertinência e aplicabilidade da atividade proposta	Enfermeiro Gestor Supervisor Clínico Supervisora Pedagógica Equipa multidisciplinar	Reunião com coordenação de Enfermagem e supervisor clínico Matriz da análise SWOT da aplicação do <i>debriefing</i> no contexto

	Apresentar o plano de projeto ao enfermeiro gestor e supervisor clínico Aplicar questionário relativamente à aplicabilidade do <i>debriefing</i> no contexto Realizar análise SWOT do contexto, relativamente à aplicabilidade do <i>debriefing</i> Identificar na literatura protocolos de <i>debriefing</i> e a sua utilização em contexto de incidente crítico Elaborar protocolo interno para aplicação do <i>debriefing</i>	Pré-relatório de estágio Literatura de referência consultada	Protocolo interno para aplicação do <i>debriefing</i> <i>Check-list</i> de realização de <i>debriefing</i> em contexto de incidente crítico Cartaz informativo sobre modelo de <i>debriefing</i> após incidente crítico Plano de sessão de formação Realiza formação sobre <i>debriefing</i> a pelo menos 50% da equipa Pelo menos 75% dos participantes na formação avaliarem a sessão, no mínimo, em nível “Satisfatório”
--	---	--	---

	Criar <i>check-list</i> de realização de <i>debriefing</i> em contexto de incidente crítico Elaborar cartaz sobre modelo de <i>debriefing</i> após incidente crítico Criar plano de sessão de formação Realizar formação em serviço à equipa multidisciplinar sobre o <i>debriefing</i> após incidente crítico Elaborar questionário de avaliação de sessão de formação Analisar respostas aos questionários		Pasta documental no serviço sobre <i>debriefing</i> Cenário de simulação Aplica o <i>debriefing</i> em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar em pelo menos uma ocasião
--	--	--	---

	Criar pasta documental no serviço sobre <i>debriefing</i>, para futura consulta Empregar o <i>debriefing</i> em contexto (de simulação) de incidente crítico na equipa multidisciplinar		
--	---	--	--

Apêndice D – Cronograma de Atividades

Quadro 1: Cronograma de Atividades: Objetivo 1

Estágio com Relatório											
Objetivo específico 1 – Integrar a dinâmica do serviço e a equipa multidisciplinar											
Atividades	Meses										
	1			2				3			
	Semanas										
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª
Efetuar apresentação e visita ao serviço	X										
Conhecer o contexto com a ajuda do SC e coordenação do serviço	X										
Observar dinâmicas vigentes no local de estágio	X	X									
Elaborar contextualização do local de estágio		X									
Consultar protocolos, procedimentos e instruções de trabalho instituídas no serviço	X	X									
Identificar necessidades relacionadas com as práticas no serviço	X	X	X								

Quadro 2: Cronograma de Atividades: Objetivo 2

[illegible]

[illegible]

Apêndice E – Questionário “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar

Caro(a) colega,

Este questionário é realizado no âmbito do estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa. Estou a trabalhar a temática do ***Debriefing* em contexto de Incidente Crítico na equipa multidisciplinar**.

A participação neste questionário é voluntária, anónima e as respostas confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins académicos no âmbito deste estágio. O preenchimento deste questionário não ocupará mais de três minutos do seu tempo, sendo a sua contribuição extremamente importante. O objetivo do questionário consiste em perceber a aplicabilidade da temática em estudo no seu contexto profissional.

O questionário é constituído por duas secções: (descrever sucintamente cada uma delas)

Obrigado pela colaboração,

Marco Teixeira

1. Qual o seu grupo profissional? (resposta obrigatória)

A divisão entre "Enfermeiro(a) Especialista" e "Enfermeiro(a) Generalista" tem o propósito de perceber eventuais abordagens diferentes, não sendo uma tentativa de segregação profissional.

Enfermeiro(a) Especialista

Enfermeiro(a) Generalista

Médico(a)

2. Quanto tempo de experiência profissional possui? (resposta obrigatória)

0-2 anos

2-5 anos

5-10 anos

>10 anos

3. Qual a sua idade? (resposta obrigatória)

Resposta aberta

4. Qual o seu gênero? (resposta obrigatória)

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

5. Sabe o que é o *debriefing*? (resposta obrigatória)

Sim

Não

6. Descreva o que entende por *debriefing*. (resposta obrigatória)

Resposta aberta.

7. No seu contexto profissional, o *debriefing* é aplicado? (resposta obrigatória)

Sim

Não

8. Se respondeu sim na questão anterior, em que tipo de situações já foi aplicado?

Resposta aberta.

O *debriefing* é uma reflexão estruturada, em grupo, após um evento, que tem como objetivo contribuir para a análise, aprendizagem e consequente melhoria do desempenho futuro da equipa envolvida.

Na prestação de cuidados em situação crítica esta prática pode identificar áreas de desempenho ótimo e subótimo, possibilitando que em futuros incidentes se alcance uma melhoria dos cuidados prestados.

Nesta atividade é dado ênfase aos factos e às diferentes perspetivas disponíveis, na tentativa de melhorar processos e *outcomes* para os doentes, sem uma vertente punitiva para com os profissionais de saúde envolvidos na situação escrutinada.

9. Com base na informação apresentada e alicerçado nos seus conhecimentos prévios, considera o *debriefing* uma ferramenta útil? (resposta obrigatória)

Sim

Não

10. Considera que o mesmo deve ser implementado de forma estruturada e contínua na dinâmica da sua equipa de trabalho? (resposta obrigatória)

Sim

Não

11. Indique por favor uma situação que tenha acontecido no seu contexto profissional em que teria sido benéfica a realização do *Debriefing*.

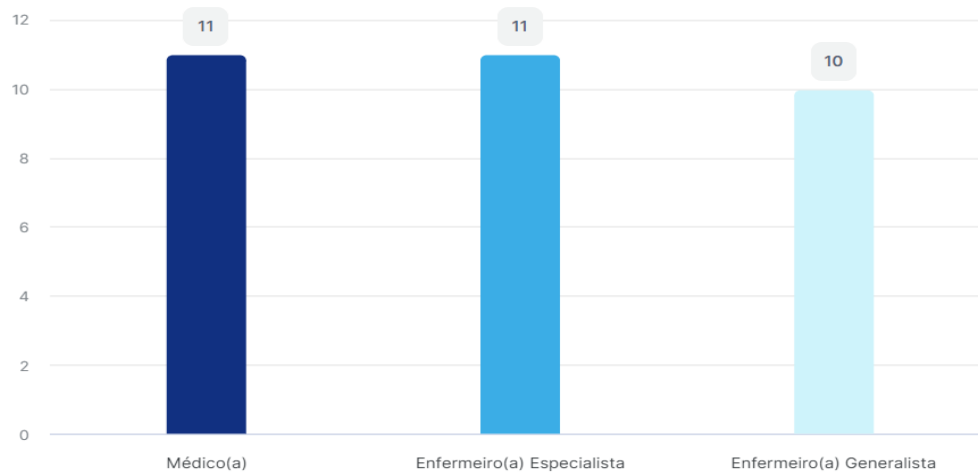
Seja sucinto na descrição e não identifique pessoas ou momentos específicos.

Resposta aberta.

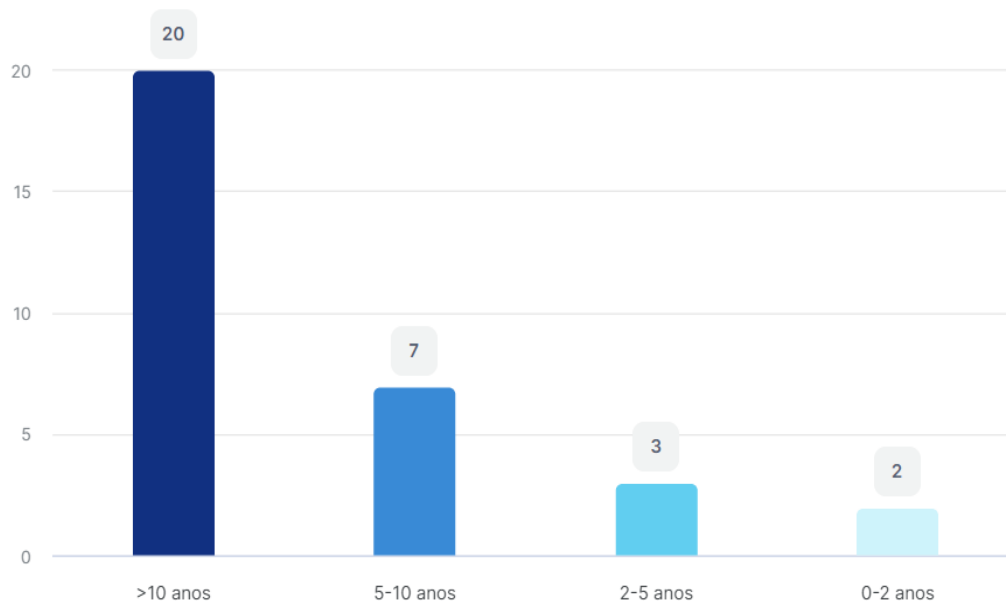
Obrigado pela participação neste inquérito.

Apêndice F – Gráficos das respostas ao Questionário “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

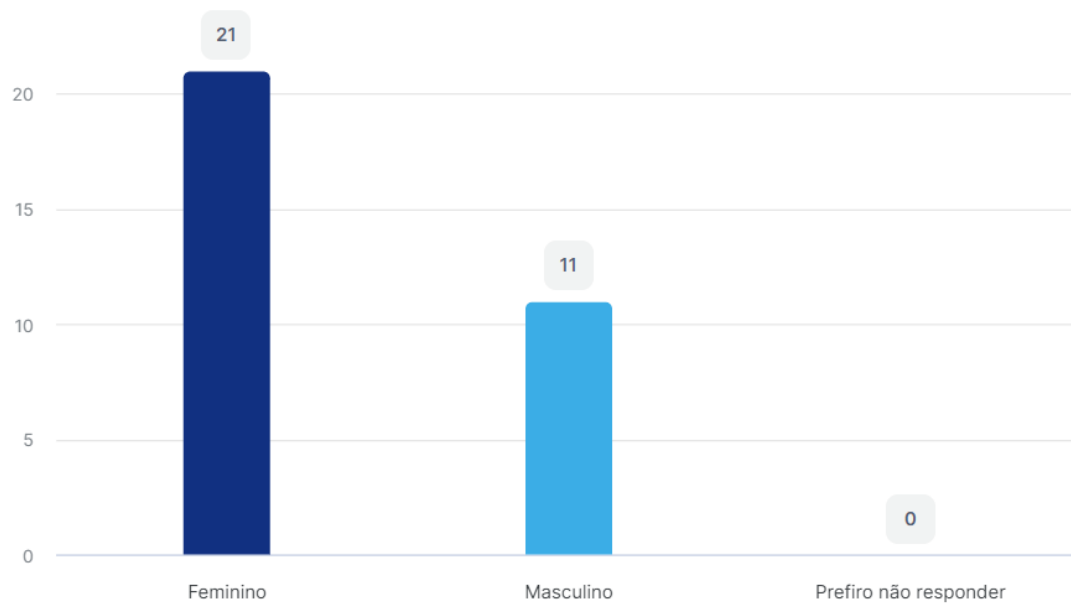
1. Qual o seu grupo profissional?



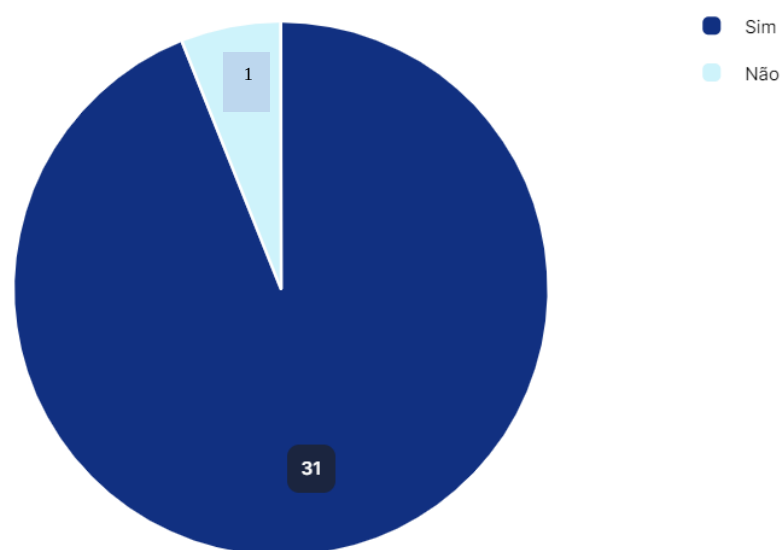
2. Quanto tempo de experiência profissional possui?



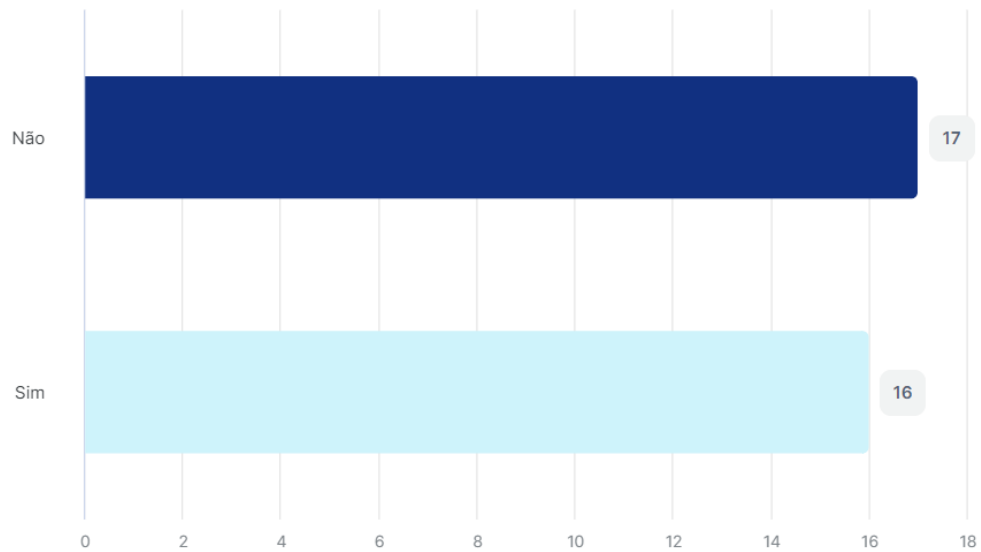
4. Qual o seu género?



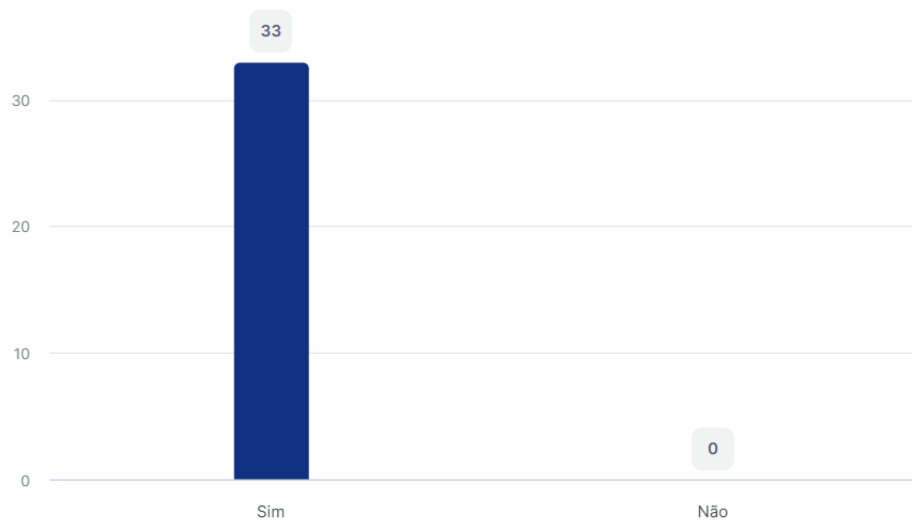
5. Sabe o que é o debriefing?



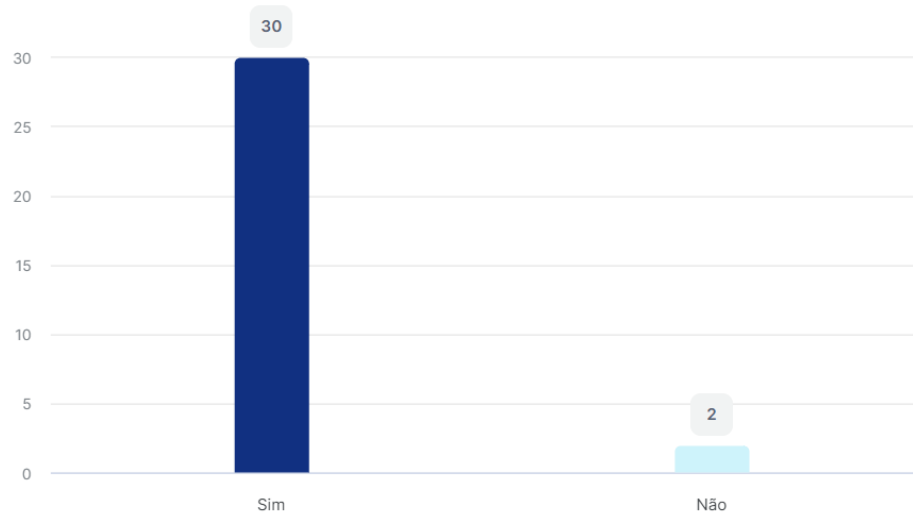
7. No seu contexto profissional, o debriefing é aplicado?



9. Com base na informação apresentada e alicerçado nos seus conhecimentos prévios, considera o debriefing uma ferramenta útil?



10. Considera que o mesmo deve ser implementado de forma estruturada e contínua na dinâmica da sua equipa de trabalho?



Apêndice G – Matriz Analítica de análise SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	Forças (S) Equipa com elementos experientes Elementos com formação especializada Elementos a realizar formação especializada Protocolos, procedimentos e instruções de trabalho instituídas no serviço	Fraquezas (W) Escassa formação sobre <i>debriefing</i> Falta de adesão de alguns elementos da equipa Escassez de recursos humanos
Fatores Externos	Oportunidades (O) Acolhimento de estudantes Seguimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Creditação por instituições de auditoria externas	Ameaças (T) Sobrecarga laboral Contexto socioprofissional atual

Apêndice H – Protocolo de *Debriefing*

Protocolo de *Debriefing*

No *debriefing*, os intervenientes examinam e analisam as suas ações, pensamentos, estados emocionais e restantes informações pertinentes de modo a aprimorar o seu desempenho em situações futuras/reais¹⁻².

Um *debriefing* estruturado exige que seja aprendido como uma competência, que pode ser melhorada com prática e *feedback*. Para tal existem elementos denominados como “facilitadores”, que têm como missão envolver os intervenientes na discussão, com o intuito de incrementar a capacidade de retenção e aprofundamento dos conhecimentos. Isto conduz a um aumento a probabilidade de os profissionais envolvidos transportarem e/ou fortalecerem tais conhecimentos, aptidões e atitudes para a sua prática clínica³⁻⁴.

O papel fulcral dos facilitadores é fazer uma comparação entre o desempenho desejado e o desempenho observado durante o incidente. Este diferencial é entendido como “falha de desempenho”, podendo ser classificada como “grande, pequena ou não existente”. Um *debriefing* eficaz consiste então em compreender as falhas de desempenho e escrutinar possíveis motivos para essas dificuldades, podendo ajudar a aperfeiçoar um desempenho insuficiente ou a robustecer um bom desempenho através da análise e debate com os intervenientes³⁻⁴.

O *feedback* do desempenho é uma parte essencial do *debriefing*. Os facilitadores devem fornecer o seu *feedback* de forma direta, mas sempre assegurando o respeito para com todos os intervenientes. Importa reforçar que *feedback* e *debriefing* apesar de serem comumente entendidos como sinónimos não o são. *Feedback* consiste numa via unidirecional com intuito de modificar o pensamento e atuação de alguém, enquanto

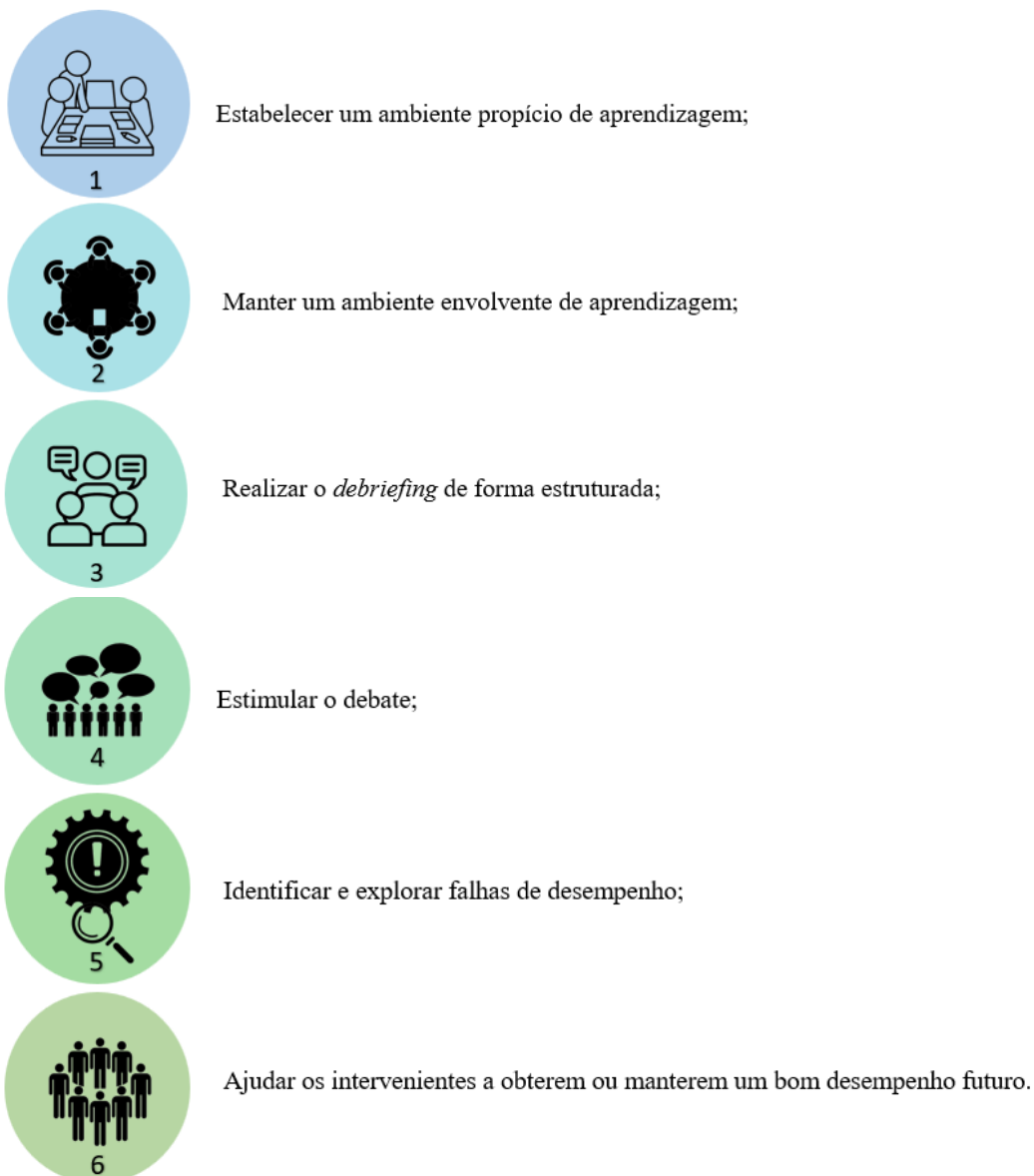
ESS+
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA

ng é uma discussão bidirecional, interativa e reflexiva da atuação de to
nentes⁴.

A exposição à qual os profissionais de saúde acabam por estar sujeitos neste tipo de momento acarreta um risco emocional, pois o seu desempenho acaba por ser dissecado pelos seus homónimos e facilitadores. Torna-se então fundamental criar e sustentar um ambiente psicologicamente seguro para que todos participem de forma ativa. Para proporcionar tal ambiente, os facilitadores devem assumir sempre as melhores intenções por parte dos intervenientes, nunca analisando a situação como algo que deva ser

penalizado. A capacidade de gerar um ambiente favorável afeta as atividades planeadas³⁻⁴.

O *debriefing*, através do facilitador, deve respeitar seis elementos principais, que incluem^{3,4}:

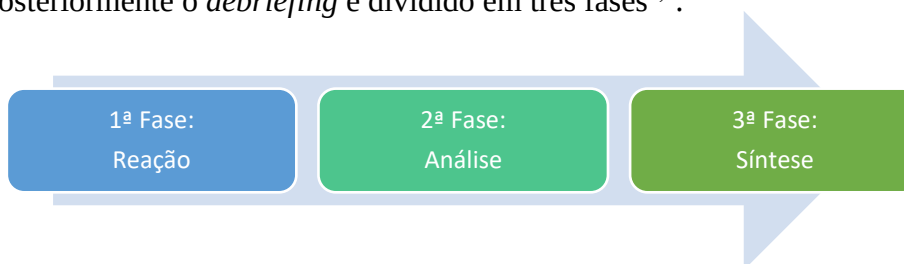


Fases do *Debriefing*

O *debriefing* estruturado começa com o *briefing*, altura onde é descrito o objetivo da sessão e é explicado o processo de *debriefing*. Esta primeira introdução permite aos intervenientes perceberem o que é esperado de si, bem como as normas desta sessão de aprendizagem³⁻⁴.

Esta introdução pode definir a forma como tudo se irá desenrolar. Antes de iniciar, o facilitador deve esclarecer os intervenientes sobre o que é esperado, os possíveis benefícios e os limites do processo. O facilitador concebe um ambiente no qual os intervenientes se sentem seguros em partilhar os seus pontos de vista e sentimentos sobre a situação analisada, sem medo de represálias³⁻⁴.

Posteriormente o *debriefing* é dividido em três fases^{3,4}:



Na fase de Reação o facilitador deve permitir aos intervenientes exprimirem os seus sentimentos e emoções. Seguidamente deverá ocorrer a exposição dos factos e acontecimentos do incidente que se encontra a ser analisado³⁻⁴.

A segunda fase, Análise, consiste na reflexão coletiva e interativa sobre a *performance* da equipa na situação, com base na melhor e mais recente evidência científica disponível na literatura. Aqui são identificadas e valorizadas as ações positivas desempenhadas pela equipa e seus elementos, bem como os fatores que podem ter dificultado a sua atuação e, consequentemente, desempenho. Por último, mas não menos importante, são analisados os aspetos a melhorar³⁻⁴.

A terceira fase, Síntese, consiste na identificação de melhorias futuras na atuação dos intervenientes e no resumo das aprendizagens a reter e propagar para a futura implementação na prática diária³⁻⁴.

Aspetos Práticos

De modo a estruturar mais facilmente a sessão de *debriefing* devem-se ter em consideração alguns fatores, nomeadamente⁵:

- Criar um ambiente confortável, amigável e informal;
- Idealmente ter lugares para os intervenientes se sentarem, em círculo;
- Garantir a confidencialidade dos dados partilhados;

- Apresentar-se e convidar os intervenientes a apresentarem-se;
- Explicar quais as regras de conduta para a sessão de *debriefing*: ser respeitoso, interessado e cortês sobre os pensamentos e ações dos demais;
- Começar pelo *briefing*: apresentar uma visão geral da sessão de *debriefing* e dos objetivos de aprendizagem;
- Pedir aos intervenientes envolvidos diretamente na situação do *debriefing* que tentem fazer uma autorreflexão;
- Estimular os intervenientes a participar e/ou permitir opiniões discordantes, respeitosamente;
- Evitar ambientes confusos/ruidosos;
- Formular questões abertas, que permitam aos intervenientes explicar as suas opiniões;
- Impedir focar a discussão nos erros;
- Evitar uma postura acusativa ou complacente;
- Garantir a participação de todos os elementos presentes;
- Examinar a linguagem corporal demonstrada;
- Evidenciar os aspetos positivos;
- Dar continuidade à discussão com perguntas, de modo a fomentar a mesma;
- Valorizar as intervenções dos presentes;
- Permitir que os intervenientes consigam formular as suas próprias ilações;
- Preparar um guião, mas demonstrar capacidade de flexibilidade.

Seguindo estas sugestões consegue-se formular uma sessão de *debriefing* estruturada e orientada para a busca da melhoria dos cuidados prestados por toda a equipa multidisciplinar, criando reais ganhos em saúde para os doentes que procuram a excelência do cuidado.

Referências Bibliográficas

1. Kessler DO, Cheng A, Mullan, PC. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 19]; 65(6): p. 690–698. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061?via%3Dihub> doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
2. Gregório CM. O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória [dissertação de mestrado]. [Leiria]: Instituto Politécnico de Leiria; 2017.
3. Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dalri MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fjCyqcxZmZk87vcVfr9QPXy/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>
4. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief_a_critical_review_of.9.aspx doi: 10.1097/SIH.0000000000000148
5. Couto CS. Debriefing [Internet]. Issuu; 2017 Jun 30 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://issuu.com/carlasacouto/docs/debriefing>

Apêndice I – Formulário de sessão de *Debriefing*

Formulário de sessão de <i>Debriefing</i>		
Facilitador: _____		
Data: _____ Hora: _____		
Tema/Situação abordada: _____ _____ _____		
Ambiente confortável e informal?	Sim	Não
Lugares sentados disponíveis para os intervenientes?	Sim	Não
1ª Fase: Reação		
Exposição dos acontecimentos	_____ _____ _____ _____ _____	
Expressão de emoções por parte dos intervenientes	_____ _____ _____	
2ª Fase: Análise		
Reflexão da <i>performance</i> da equipa?	Sim	Não
Ações positivas	_____ _____ _____ _____ _____	
Fatores que podem ter dificultado o desempenho	_____ _____ _____ _____ _____	

Aspetos a melhorar	
3ª Fase: Síntese	
Identificação de melhorias futuras	
Resumo de aprendizagens a reter	

Referências Bibliográficas:

Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dalri MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fjCyqcXZmZk87vcVfr9QPXy/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief__a_critical_review_of.9.aspx doi: 10.1097/SIH.0000000000000148

Couto CS. Debriefing [Internet]. Issuu; 2017 Jun 30 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://issuu.com/carlasacouto/docs/debriefing>

Marco Teixeira, mestrando do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Sob orientação pedagógica da Professora Leila Sales e orientação clínica (

Apêndice J – Formulário de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

Formulário de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

Facilitador: _____
 Data: _____ Hora: _____
 Intervenientes presentes: _____

Todos os intervenientes na situação estão presentes?	Sim	Não
--	-----	-----

1ª Fase: Reação

Resumo da experiência vivenciada	_____ _____ _____ _____ _____
Expressão de emoções por parte dos intervenientes	_____ _____ _____

2ª Fase: Análise

Reflexão da <i>performance</i> da equipa?	Sim	Não
Reflexão da <i>performance</i> de cada interveniente?	Sim	Não
Ações positivas	_____ _____ _____ _____ _____	
Resumo sobre protocolos/ algoritmos aplicados	_____ _____ _____ _____ _____	

Aspetos a melhorar	
3ª Fase: Síntese	
Identificação de melhorias futuras	
Sumário de aprendizagens	

Referências Bibliográficas:

Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dalri MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 jul 8]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/rngen/a/fjCyqcxZmZk87vcVfr9QPXy/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 jul 8]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief__a_critical_review_of.9.aspx doi: 10.1097/SIH.0000000000000148

Couto CS. Debriefing [Internet]. Issuu; 2017 Jun 30 [cited 2024 jul 8]. Available from: <https://issuu.com/carlasacouto/docs/debriefing>

Marco Teixeira, mestrando do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Apêndice K – Cartaz “*Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Debriefing

EM CONTEXTO DE INCIDENTE CRÍTICO NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Teixeira, Marco - Enfermeiro no HSPX, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica da ESSCVP-Lisboa

1ª Fase - Reação



- Expressão de emoções por parte dos intervenientes
- Exposição dos acontecimentos

2ª Fase - Análise



- Reflexão da *performance* da equipa com base na articulação com a evidência científica/*guidelines*
- Identificação das ações positivas desempenhadas
- Fatores que podem ter dificultado o desempenho
- Aspectos a melhorar

3ª Fase - Síntese



- Identificação de melhorias futuras
- Resumo das aprendizagens a reter

Referências Bibliográficas: Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes PS, Dâni MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/rgauf/a9Cypqo7mV87yQvfr9QPlx/rhang-qt#https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182> // Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief_a_critical_review_of_9.aspx doi: 10.1097/S14.0000000000000148

Apêndice L – Guião de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

Guião de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar

O *debriefing* é uma reflexão estruturada, em grupo, após um evento, que tem como objetivo contribuir para a análise, aprendizagem e consequente melhoria do desempenho futuro da equipa envolvida. Na prestação de cuidados em situação crítica esta prática pode identificar áreas de desempenho ótimo e subótimo, possibilitando que em futuros incidentes se alcance uma melhoria dos cuidados prestados.

Nesta atividade é dado ênfase aos factos e às diferentes perspetivas disponíveis, na tentativa de melhorar processos e *outcomes* para os doentes, sem uma vertente punitiva para com os profissionais de saúde envolvidos na situação escrutinada.

Neste contexto pré-hospitalar, a equipa da VMER (enfermeiro e médico) articula com a restante equipa (bombeiros, TEPH), sendo assim responsáveis por gerir e garantir que as melhores qualidades da equipa de socorro são aplicadas em prol da(s) vítima(s) que necessita(m) da sua intervenção.

Com base nisto criei o seguinte **Guião de sessão de *Debriefing* no pré-hospitalar**:

Todos os intervenientes (equipa da VMER, bombeiros, TEPH, entre outros pertinentes para a sessão) na situação estão presentes?

1ª Fase: Reação

Realizar resumo da experiência vivenciada.

Permitir que os intervenientes expressem as suas emoções.

2ª Fase: Análise

Refletir sobre a performance da equipa como um todo.

Refletir sobre a performance individual de cada interveniente (nunca de forma punitiva).

- Nestes 2 pontos refletir primeiro sobre as ações positivas e os protocolos aplicados e só depois sobre os aspetos a melhorar. Este encadeamento da sessão facilitará os intervenientes a exporem-se.

3ª Fase: Síntese

Identificar melhorias na atuação para situações futuras.

Realizar sumário das aprendizagens e divulgar a todos os intervenientes.

Referências Bibliográficas:



Apêndice M – Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar

Prelator: Enfermeiro Marco Teófilo n.º 8677
 Supervisor Clínico: Enf.ª Patrícia Guerra
 Supervisor Pedagógico: Professora Lúcia Sales

Ano Letivo de 2023/24

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

1

Debriefing^{1,2}

Reflexão da ação **Pensamento estruturado**

Discussão **Diálogo**

Momento de partilha **Entre outros...**

Debriefing é uma reunião onde se pretende colocar em ordem a informação acerca de uma parte particular do trabalho que terminou e sobre o que foi ou não bem sucedido nesse processo.

4

Sumário

- Introdução**
Objetivos do estágio
Plano do Debriefing
Elementos do Debriefing
- Desenvolvimento**
Ciclo do Debriefing
- Conclusão**
Síntese dos aspetos mais relevantes para a intervenção em análise
- Bibliografia Bibliográfica**
- Debriefing**
- Apêndices**
Códex
Formulário de análise
Protocolo de Debriefing

2

Debriefing^{3,4}

1ª Fase - Reação

- Expressão de emoções por parte dos intervenientes
- Exposição dos acontecimentos

5

Objetivos de Estágio

Geral

1. Desenvolver competências científicas, éticas e relacionais especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em contexto de urgência e emergência.

Específicos

2. Integrar a dinâmica do serviço; Demonstrar competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família; Contribuir para a promoção da cultura de segurança do ambiente interno e a melhoria dos cuidados prestados com a implementação estruturada do debriefing.

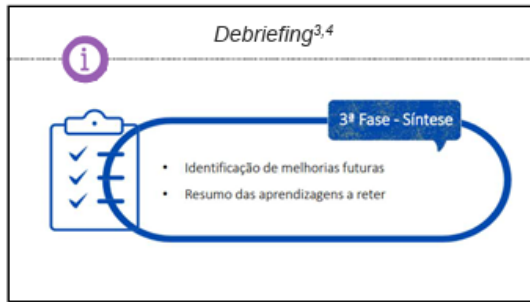
3

Debriefing^{3,4}

2ª Fase - Análise

- Reflexão da *performance* da equipa com base na articulação com a evidência científica/*guidelines*
- Identificação das ações positivas desempenhadas
- Fatores que podem ter dificultado o desempenho
- Aspetos a melhorar

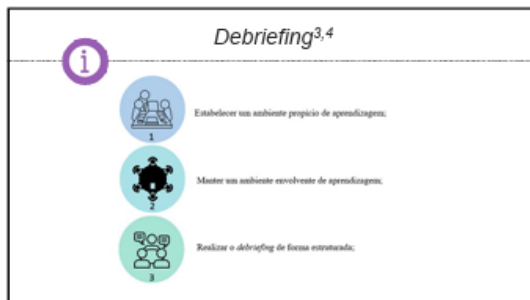
6



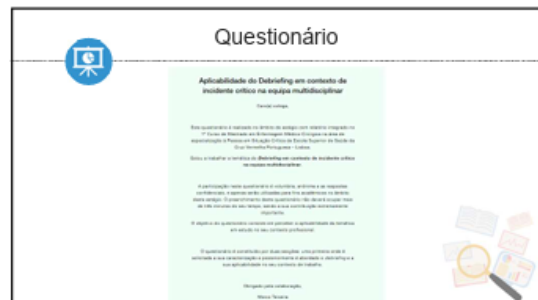
7



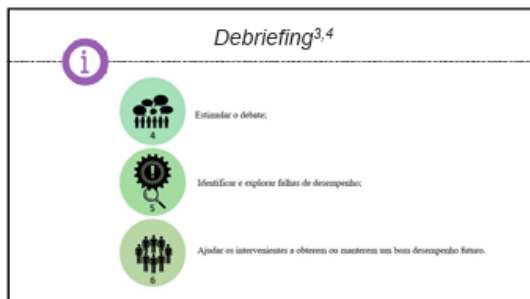
10



8



11



9



12



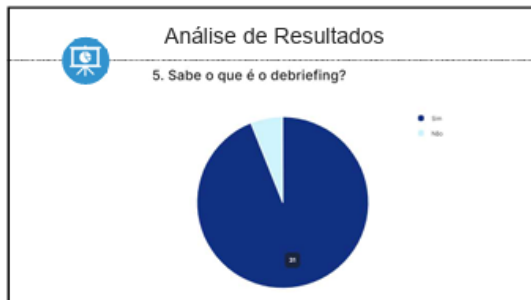
13

Análise de Resultados

6. Descreva o que entende por debriefing.

- "Reunião de equipa para avaliação dos diferentes atos realizados com perspetiva de verificar situações de melhoria e o que foi realizado de forma correta."
- "Reunião com os profissionais envolvidos após um dado evento. O objetivo será discutir o desempenho da equipa (o que correu melhor ou pior) e aspetos a melhorar."
- "Resumo interpassos de procedimento / intervenção em determinado doente."
- "Resumo da situação com aspetos positivos e aspetos a melhorar."
- "Relatório das tarefas realizadas ou executadas numa reunião."
- "Reflexão após práticas, de maneira a melhorar/corrigir/aprimorar as mesmas."
- "Pequena reunião após algum acontecimento referindo o que correu bem e o que correu mal e o que pode ser melhorado."

16



14

Análise de Resultados

6. Descreva o que entende por debriefing.

- "Partilha crítica e construtiva sobre um evento passado."
- "Não sei o que é."
- "Momento de contacto entre os intervenientes da situação crítica/emergência onde se abordam as questões relacionadas com a situação com vista à melhoria de planeamento/ execução para abordagens futuras. No fundo, debater o que se passou, o que foi feito, o que foi bem feito, o que poderia ter sido feito de melhor."
- "Método de reflexão sobre práticas profissionais."
- "Método de prática reflexiva que permite escrutinar os pressupostos e práticas após uma ação."
- "Funcionou como uma reflexão após um evento crítico, como forma a fazer o levantamento de situações em que a equipa possa evoluir."
- "É uma reflexão sobre ações tomadas numa determinada situação."

17

Análise de Resultados

6. Descreva o que entende por debriefing.

- "Uma reunião de equipa na qual se discute algum evento importante/impactante, nomeadamente o que ocorreu numa paragem cardiopulmonar."
- "Troca de ideias."
- "Rever procedimentos efetuados, aspetos positivos e negativos, o que corrigir."
- "Reunião onde se debate algo que foi executado. O que ocorreu, como se procedeu e os resultados conseguidos."
- "Reunião onde é discutido um conjunto de informações que são consideradas fundamentais para o planeamento e execução de uma tarefa."
- "Reunião/ discussão por incidente crítico, em equipa, de modo a discutir pontos positivos e negativos, bem como aspetos de melhoria."
- "Reunião/discussão entre equipa"

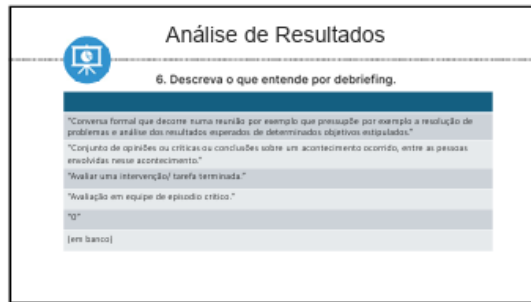
15

Análise de Resultados

6. Descreva o que entende por debriefing.

- "É um método utilizado para uma prática reflexiva que permite discutir ideias técnicas ou práticas."
- "Discussão formal sobre aspetos positivos e negativos após uma ocorrência/evento."
- "Discussão entre equipa de uma situação que aconteceu, abordando o realizado e potenciais aspetos a melhorar no futuro."
- "Discussão em equipa multidisciplinar de casos ou situações para melhorar o desempenho da equipa e resultados/segurança do doente."
- "Desconstruir passos de uma abordagem complexa, apontando erros."
- "Debriefing é uma ferramenta bastante utilizada para potencializar a aprendizagem por meio da experiência. Este conceito surgiu já na Segunda Guerra Mundial e é utilizado hoje de maneira generalizada para se referir às questões de resolução de problemas, gestão de processos, orientação de desempenho e várias outras situações."

18



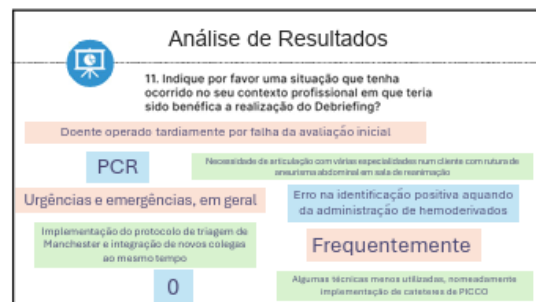
19



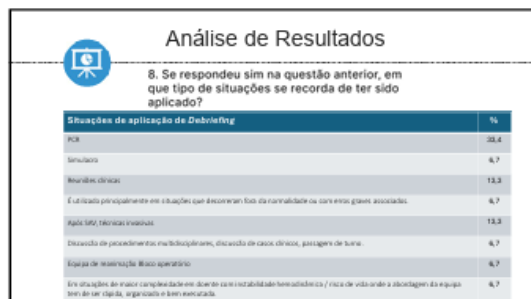
22



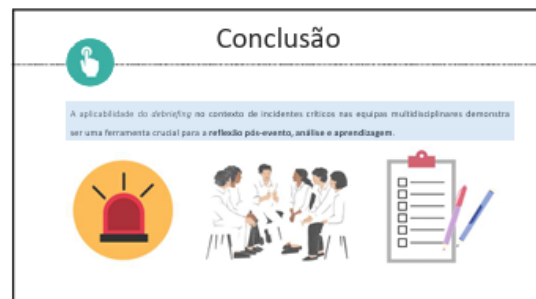
20



23



21



24

A integração sistemática de práticas de debriefing aprimora a eficiência da equipe multidisciplinar e aumenta a segurança do doente.

Formulário de sessão de *Debriefing*[illegible]

Referências Bibliográficas



1. Delfino, E. *Exatidão Lingüística*. Portugal: Povo, 1983. <https://www.google.pt/books?id=83nqgAACAAQJ>. Acesso em: 20-10-2021.
2. Gregório, D. J. Determinação estatística pela análise de variáveis de frequência em situações de passagem de parâmetros de frequência. *Revista de Estatística e Teoria da Probabilidade*. 2017.
3. Rastvorov, I. Sh. *Verba et Nomina*. M.: Vyssheye Shkole, 2005. *Alfabeto e técnicas de obtenção de dados em ciências naturais e engenharias*. São Paulo: Elsevier, [sem data]. 2005. 250 p. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/303638599/Verba-et-Nomina>. Acesso em: 20-10-2021.
4. Sanyal, T. Speech Recognition in Hindi. In: Singh, A. *More than One Way to Speak: A Critical Review of Machine Learning Techniques for Hindi*. *Transactions of the Society for Natural Language Processing*. 2019. <https://www.scribd.com/document/415040226/More-than-One-Way-to-Speak-A-Critical-Review-of-Machine-Learning-Techniques-for-Hindi>. Acesso em: 20-10-2021.
5. Depaulis, M. 1999. 2012. Os dados do lecionário do Inglês do Estado do Rio de Janeiro. 2012. *Diário de Repórter*. 24 de mar. 2012. Disponível em: <https://diarioreporter.com.br/2012/03/24/ingles-do-rio-de-janeiro/>.

Protocolo de *Debriefing*



Executive Summary

As a manager, you are responsible for ensuring that your organization is successful. This means that you must be able to identify and solve problems, make decisions, and communicate effectively. The following are some key areas of focus for a manager:

- Problem Solving:** You must be able to identify problems, analyze them, and develop solutions. This involves critical thinking and creativity.
- Decision Making:** You must be able to make decisions quickly and effectively. This involves gathering information, weighing options, and choosing the best course of action.
- Communication:** You must be able to communicate effectively with others. This involves listening, speaking, and writing clearly.

By focusing on these areas, you can ensure that your organization is successful and that you are a valuable manager.

Problem Solving

Problem solving is the process of identifying a problem, analyzing it, and developing a solution. It is a key skill for managers, as they must be able to identify and solve problems in order to be successful. The following are some steps to follow when solving a problem:

1. Identify the problem.
2. Analyze the problem.
3. Develop a solution.
4. Implement the solution.
5. Evaluate the solution.

By following these steps, you can ensure that you are able to solve problems effectively and efficiently.

Decision Making

Decision making is the process of choosing between two or more options. It is a key skill for managers, as they must be able to make decisions quickly and effectively in order to be successful. The following are some steps to follow when making a decision:

1. Gather information.
2. Weigh options.
3. Choose the best option.
4. Implement the decision.
5. Evaluate the decision.

By following these steps, you can ensure that you are able to make decisions effectively and efficiently.

Communication

Communication is the process of exchanging information with others. It is a key skill for managers, as they must be able to communicate effectively in order to be successful. The following are some steps to follow when communicating:

1. Listen.
2. Speak.
3. Write.
4. Read.
5. Think.

By following these steps, you can ensure that you are able to communicate effectively and efficiently.

Cartaz



Disponível na pasta partilhada

Protocolo de *Debriefing*









Em breve disponível na pasta partilhada

Em breve disponível
pasta partilhada

30



31



32



33

Apêndice N – Sessão de formação na Unidade de Cuidados Intensivos
“Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar

Prelator: Enfermeiro Marco Teixeira n.º 8677
Supervisora Clínica:
Supervisora Pedagógica: Professora Lélia Sales

Ano Letivo de 2023/2024



1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Objetivo

Contribuir para a promoção da cultura de segurança do ambiente interno e a melhoria dos cuidados prestados com a implementação estruturada do *debriefing*.

Serviços de Medicina Intensiva

Os enfermeiros ressaltam que num contexto de SMI existe uma esfera ambiental marcada por situações causadoras de desgaste emocional, com origem na vivência diária com a ansiedade e a dor experienciada pelos doentes e família².

A experiência profissional não é suficiente para amenizar o sofrimento de encarar a finitude do ser humano².

A cadência laboral intensiva e permanente, num espaço cerrado, fomentando o isolamento pessoal, demarca ainda mais a importância das relações de equipa, promotoras da cooperação multidisciplinar para superar as tensões².



Sumário

Introdução e Objetivos

Debriefing

Considerações Finais

Referências Bibliográficas

Apêndices



Serviços de Medicina Intensiva

Os cuidados de saúde nos Serviços de Medicina Intensiva (SMI) caracterizam-se por fatores essenciais, nomeadamente uma elevada diferenciação e complexidade do meio e dos cuidados prestados¹.



O que se entende por Debriefing?

Debriefing é uma reunião onde se pretende colocar em ordem a informação acerca de uma parte particular do trabalho que terminou e sobre o que foi ou não bem sucedido nesse processo^{3,4}.



Debriefing^{3,4}

Reflexão da ação

Pensamento estruturado

Discussão

Diálogo

Momento de partilha

Entre outros...



Debriefing^{5,6}

1ª Fase - Reação

- Expressão de emoções por parte dos intervenientes
- Exposição dos acontecimentos



Debriefing^{5,6}

2ª Fase - Análise



- Reflexão da *performance* da equipa com base na articulação com a evidência científica/*guidelines*
- Identificação das ações positivas desempenhadas
- Fatores que podem ter dificultado o desempenho
- Aspetos a melhorar

Debriefing^{5,6}

3ª Fase - Síntese



- Identificação de melhorias futuras
- Resumo das aprendizagens a reter

Debriefing^{5,6}



1

Estabelecer um ambiente propício de aprendizagem;



2

Manter um ambiente envolvente de aprendizagem;



3

Realizar o *debriefing* de forma estruturada;

Debriefing^{5,6}



4

Estimular o debate;



5

Identificar e explorar falhas de desempenho;



6

Ajudar os intervenientes a obterem ou manterem um bom desempenho futuro.



**Plano Nacional
para a Segurança
dos Doentes**
2021 | 2026

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes surge como um **plano estratégico**, publicado em Diário da República, que tem como principal objetivo **promover uma redução dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, através de uma melhoria da gestão do risco**.



**Plano Nacional
para a Segurança
dos Doentes**
2021 | 2026

1
2
3
4
5

Cultura de Segurança

Liderança e Governança

Comunicação

Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

Práticas Seguras em Ambientes Seguros



**Plano Nacional
para a Segurança
dos Doentes**
2021 | 2026

Cultura de
Segurança

Comunicaçã
o

Práticas
Seguras



A satisfação do cliente



A promoção da saúde



A prevenção de complicações



O bem-estar e o autocuidado



A readaptação funcional



A organização dos cuidados de enfermagem



"The process of debriefing has been shown to play an important role in identifying and addressing human factors in the healthcare setting as they pertain to patient safety (...) provide teams with an opportunity to reflect on critical events."⁹



"The positive impact of debriefing includes themes such as promotion of personal growth and development, creation of a safe place to process thoughts and feelings, feeling valued, increased communication skills, promotion of effective unit-based support systems, sense of connectedness, commitment to the wellbeing of self and others, the fostering of self-care habits, and a reduction in stress."¹¹



"(...) participants valued hot debriefing after critical incidents for the key reasons of having an opportunity to reflect on and learn from a critical incident and reduce normalisation of stressful situations. Participants identified that ICU nurses commonly prioritised patient tasks over attending a debrief; therefore, teamwork and flexibility with logistics was crucial."¹⁰

Hot Debriefing vs Cold Debriefing

Conclusão

A aplicabilidade do **debriefing** no contexto de incidentes críticos nas equipas multidisciplinares demonstra ser uma ferramenta crucial para a **reflexão pós-evento, análise e aprendizagem**.



Conclusão

O **debriefing** promove uma cultura de responsabilidade, colaboração e melhoria contínua dentro de equipas multidisciplinares. Permite que os participantes expressem as suas emoções, processem eventos traumáticos e recebam apoio dos pares, mitigando assim o risco de **burnout**, promovendo a **resiliência**.

A integração sistemática de práticas de debriefing aprimora a **eficiência** da equipa multidisciplinar e aumenta a **segurança do doente**.



Referências Bibliográficas

1. Penedo JM, Ribeiro AA, Lopes HA, et al. Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2013. Março [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avallia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensi-vos.pdf>
2. Fernandes MJ, Silva AL. A complexidade do ambiente de cuidados intensivos na perspetiva dos profissionais de enfermagem. ESEHC [Internet]. cited 2024 Apr 20. Available from: https://www.esenfc.pt/evento/eventoabstracts/abstractPDF.php?id_abstract=7381&id_evento=154
3. Infopédia. Dicionários Língua Portuguesa. Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
4. Gregório CM. O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória [dissertação de mestrado]. [Leiria]: Instituto Politécnico de Leiria; 2017.
5. Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dain MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/gaen/artigo/?q=ccp2c2b37c9c929P9Xy/clang-pse>
6. Sawyer T, Epigich W, Brett-Flegler M, Grant V, Cheng A, More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 Apr 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief_a_critical_review_of_9.aspx. doi: 10.1097/S10900000000000149
7. Despacho nº 9389/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Diário da República. 2.ª série, nº 187. Available from: <https://lides.dgordenarepublica.pt/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
8. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enunciados descritivos [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001 Dec [cited 2024 Apr 10]; 24 p. Available from: <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/8903/dvluar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
9. Kam AJ, Gonçalves CL, Nordlund SV et al. Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. BMC Emerg Med [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 15]; 22: 152. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>
10. Berchtenbreiter K, Innes K, Watterson J, Nickson C, Wong P. Intensive care unit nurses' perceptions of debriefing after critical incidents: A qualitative descriptive study. Australian Critical Care. [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 15]; 37(2): 288-294. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.002>
11. Leyido A, Keogh S, Jarrell P, Crowe L, Coyler F. Proactive debriefing to promote wellbeing in intensive care nurses: A protocol. Australian Critical Care. [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 15]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.01.004>

Cartaz



Protocolo de Debriefing



Protocollo di Debriefing

Fase di introduzione

- Introduzione del facilitatore
- Scopo dell'esercizio
- Ruoli dei partecipanti

Fase di discussione

- Domande del facilitatore
- Risposte dei partecipanti
- Feedback del facilitatore

Fase di valutazione

- Domande del facilitatore
- Risposte dei partecipanti
- Feedback del facilitatore

Protocollo di Debriefing

- Introduzione
- Discussione
- Valutazione

[illegible]

"In the mist of caos, there is also opportunity..."

Sun Tzu



Apêndice O – Plano de sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

Plano de Sessão			
Destinatário: Equipa multidisciplinar do serviço de [REDACTED]			
Formador: Marco Teixeira			
Tema: Aplicabilidade do <i>debriefing</i> em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar			
Local: Serviço de [REDACTED]	Data: 09-01-2024	Horas: 08h30	Duração: 25 minutos
OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências científicas, éticas e relacionais especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica em contexto de urgência e emergência.			

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	FORMADOR	TEMPO
Introdução	Apresentar o formador	Apresentação do formador	Expositivo	PowerPoint	Marco	7 minutos
	Apresentar a estrutura do trabalho	Apresentação da estrutura do trabalho				
	Apresentar os objetivos de estágio	Objetivos Geral e Específicos				
	Justificar o tema	Justificação do tema: <i>Debriefing</i>				

Desenvolvimento	Apresentar a análise dos dados recolhidos com questionário aplicado	Análise e apresentação de resultados	Expositivo	PowerPoint	Marco	10 minutos
Conclusão	Sintetizar os conteúdos do trabalho e implicações para a prática	Considerações finais	Expositivo	PowerPoint Video	Marco	5 minutos
Debate/Discussão	Promover um momento reflexivo	Avaliação da Sessão	Ativo	Questionário	Marco	3 minutos

**Apêndice P – Plano de sessão formação na Unidade de Cuidados Intensivos
“Aplicabilidade do debriefing em contexto de incidente crítico na equipa
multidisciplinar”**

Plano de Sessão			
Destinatário: Equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de hospital da área metropolitana de Lisboa			
Formador: Marco Teixeira			
Tema: Aplicabilidade do <i>debriefing</i> em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar			
Local: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de hospital da área metropolitana de Lisboa	Data: 16-04-2024	Hora: 09h00	Duração: 30 minutos
OBJETIVO GERAL: Contribuir para a promoção da cultura de segurança do ambiente interno e melhoria dos cuidados prestados com a implementação estruturada do <i>Debriefing</i> .			

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	FORMADOR	TEMPO
Introdução	Apresentar o formador	Apresentação do formador	Expositivo	PowerPoint	Marco	5 minutos
	Apresentar a estrutura do trabalho	Apresentação da estrutura do trabalho				
	Apresentar o objetivo	Objetivo Geral				
	Justificar o tema	Justificação do tema: <i>Debriefing</i>				

Desenvolvimento	Apresentar a análise dos dados recolhidos na literatura consultada	Análise e apresentação de resultados	Expositivo	PowerPoint	Marco	10 minutos
Conclusão	Sintetizar os conteúdos do trabalho e implicações para a prática	Considerações finais	Expositivo	PowerPoint	Marco	5 minutos
Debate/Discussão	Promover um momento reflexivo	Simulação de sessão de <i>Debriefing</i> estruturado	Ativo	Vídeo	Marco	10 minutos

Apêndice Q – Questionário de Avaliação de Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do debriefing em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

O presente questionário pretende avaliar a apresentação “Aplicabilidade do *Debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”, realizada no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O presente questionário é anónimo e confidencial.

Obrigado pela colaboração,
Marco Teixeira

1 2 3 4 5

Mau ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito bom

6. Cumprimento do tempo de sessão

	1	2	3	4	5	
Mau	☐	☐	☐	☐	☐	Muito bom

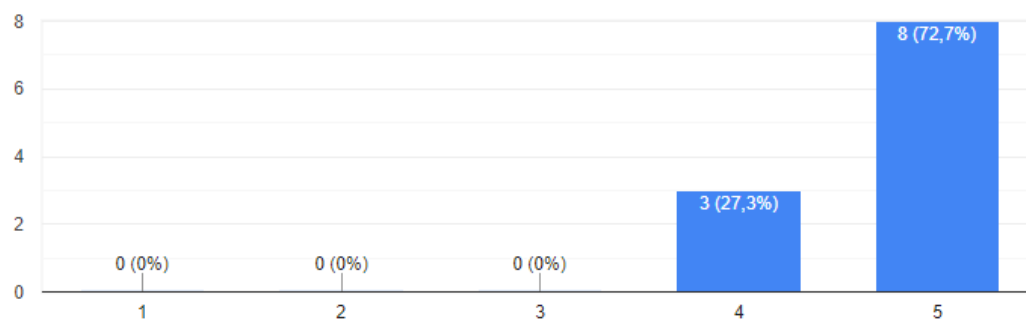
7. Sugestões

Texto de resposta longa

Apêndice R – Gráficos das respostas ao Questionário de Avaliação de Sessão de formação no Serviço de Urgência “Aplicabilidade do *debriefing* em contexto de incidente crítico na equipa multidisciplinar”

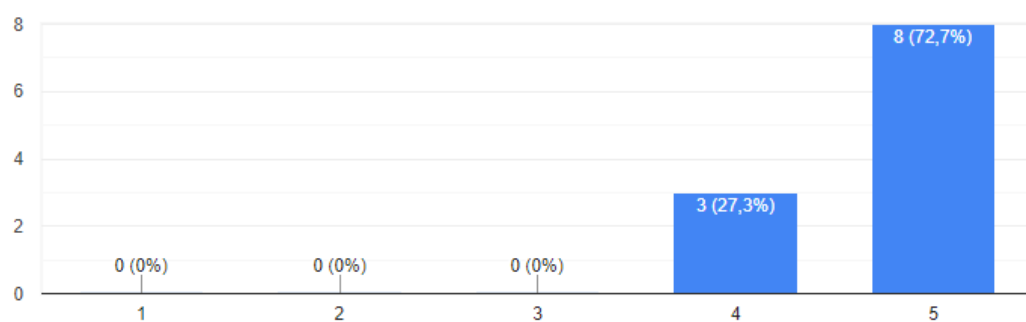
1. Conteúdo programático - Interesse dos conteúdos apresentados

11 respostas



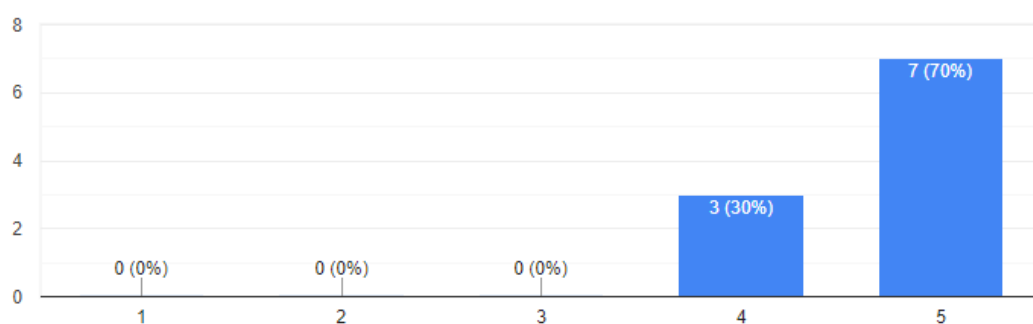
2. Metodologia da ação - Documentação de apoio (exposição de slides)

11 respostas



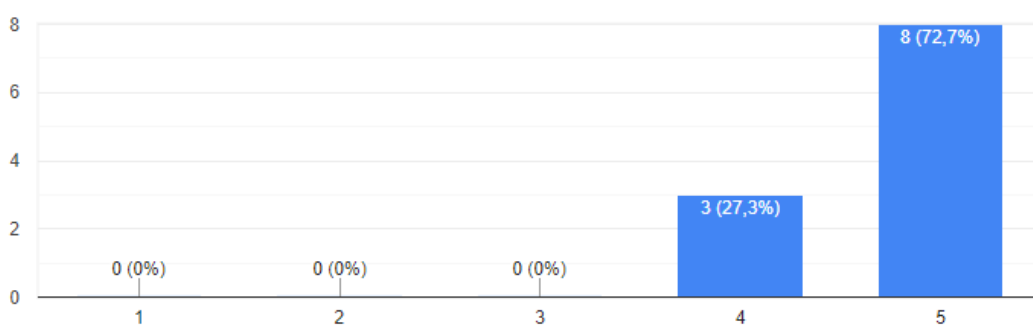
3. Formador - Clareza da exposição e domínio do tema

10 respostas



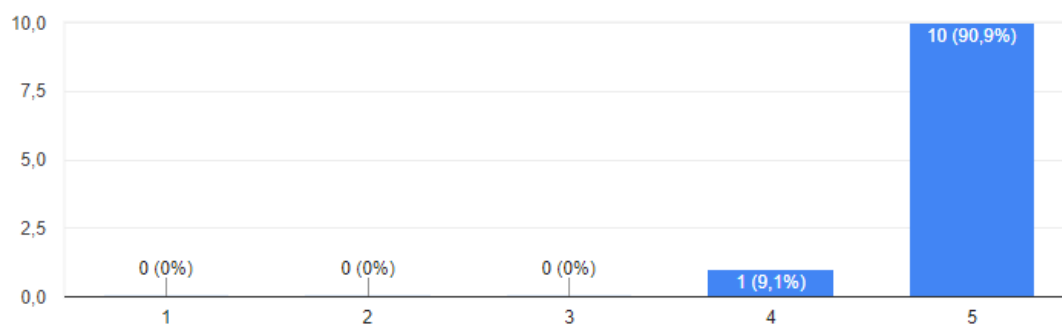
4. Resultados e Expectativas - Utilidade prática da formação

11 respostas



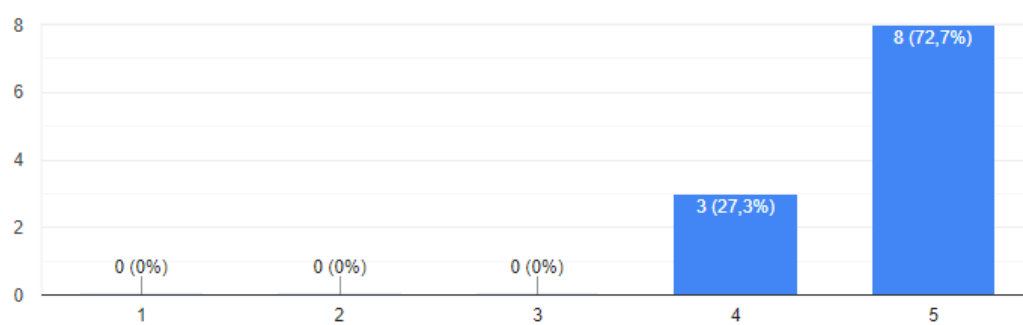
5. Como classifica globalmente a ação de formação?

11 respostas



6. Cumprimento do tempo de sessão

11 respostas



Apêndice S – Sessão de formação em formato vídeo para a equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Guião de Sessão de *Debriefing* no Pré-Hospitalar

Todos os intervenientes (equipa da VMER, bombeiros, TEPH, entre outros pertinentes para a sessão) na situação estão presentes?



1

Reação

Realizar resumo da experiência vivenciada.

Permitir que os intervenientes expressem as suas emoções.

2

Análise

Refletir sobre a performance da equipa como um todo.

Refletir sobre a performance individual de cada interveniente (**nunca** de forma punitiva).



Nestes 2 pontos refletir primeiro sobre as ações positivas e os protocolos aplicados e só depois sobre os aspetos a melhorar. Este encadeamento da sessão facilitará os intervenientes a exporem-se.

3

Síntese

Identificar melhorias na atuação para situações futuras.

Realizar sumário das aprendizagens e divulgar a todos os intervenientes.



FORMULÁRIO *DEBRIEFING*



Referências
Bibliográficas

Marco Teixeira, mestrando do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha de Lisboa.

Apêndice T – Guião de Sessão de formação em formato vídeo para a equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Olá. O meu nome é Marco Teixeira, aluno do 1.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. Sob orientação clínica do enfermeiro especialista... e a supervisão pedagógica da professora doutora Leila Sales.

Venho falar sobre o *debriefing* e apresentar o guião de sessão de *debriefing* no pré-hospitalar com o intuito de fornecer mais uma ferramenta de intervenção aos profissionais desta VMER.

O *debriefing* é uma reflexão estruturada, em grupo, após um evento, que tem como objetivo contribuir para a análise, aprendizagem e consequente melhoria do desempenho futuro da equipa. Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica esta prática pode identificar áreas de desempenho ótimo e subótimo, possibilitando que em futuros incidentes se alcance uma melhoria dos cuidados prestados.

Nesta atividade é dada ênfase aos factos e às diferentes perspetivas disponíveis, na tentativa de melhorar processos e *outcomes* para os doentes, sem uma vertente punitiva para com os profissionais de saúde envolvidos na situação escrutinada.

Neste contexto pré-hospitalar, a equipa da VMER (enfermeiro e médico) articula com a restante equipa (bombeiros, Técnicos de emergência pré-Hospitalar), sendo assim responsáveis por gerir e garantir que as melhores qualidades da equipa de socorro são aplicadas em prol da(s) vítima(s) que necessita(m) da sua intervenção.

O modelo de *debriefing* que apresento é um modelo trifásico, dividido em reação, análise e síntese.

Com base nisto criei o seguinte Guião de sessão de Debriefing no pré-hospitalar.

Devemos começar por garantir que todos os intervenientes (equipa da VMER, bombeiros, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar, entre outros pertinentes para a sessão) na situação estão presentes.

Na 1ª Fase: Reação devemos começar por agradecer à equipa a sua atuação e questionar se estão bem. Se sim, explicar que o objetivo é melhorar a qualidade dos

cuidados prestados e realizar um resumo da experiência vivenciada. Permitimos também que os intervenientes expressem as suas emoções.

Na 2ª Fase: Análise iremos refletir sobre a performance da equipa como um todo, bem como refletir sobre a performance individual de cada interveniente (nunca de forma punitiva).

Nestes dois pontos é importante refletir primeiro sobre as ações positivas e os protocolos aplicados e só depois sobre os aspetos a melhorar. Este encadeamento da sessão facilitará os intervenientes a exporem-se.

Por último, na 3ª Fase: Síntese iremos identificar melhorias na atuação para situações futuras e realizar um sumário das aprendizagens e divulgar o mesmo a todos os intervenientes.

No final da sessão, o desejável será preencher o formulário de sessão de *debriefing*, presente no QR *code* que vêm na imagem, de modo a poder divulgar as aprendizagens.

Obrigado pela atenção dispensada.

Apêndice U – Formulário de sessão de *Debriefing* no SU preenchido

Formulário de sessão de *Debriefing*Facilitador: Marco TeixeiraData: 09/02/2024 Hora: 11h00Tema/Situação abordada: Doente com taquicardia supraventricular, que apresenta critérios de gravidade (hipotensão)

Ambiente confortável e informal?

☒ Sim

Não

Lugares sentados disponíveis para os intervenientes?

☒ Sim

Não

1ª Fase: Reação

Exposição dos acontecimentos

Apesar dos critérios de instabilidade e do duto da equipa, team leader optou por realizar manobras vagais e, posteriormente, cardioversão química.

Expressão de emoções por parte dos intervenientes

Preocupação com o desfecho para o doente; sensação de impotência na tomada de decisão.

2ª Fase: Análise

Reflexão da performance da equipa?

☒ Sim

Não

Ações positivas

Abordagem inicial adequada; percepção da instabilidade hemodinâmica do doente de forma precoce; coordenação da equipa nos procedimentos realizados.

Fatores que podem ter dificultado o desempenho

Desatualização de conhecimentos; pouca permeabilidade do team leader à opinião construtiva da restante equipa; team leader nesta situação ser um elemento com papel de referência no serviço.

Aspetos a melhorar	Abertura à crítica construtiva por parte do team leader; Assertividade comunicativa por parte da restante equipa.
3ª Fase: Síntese	
Identificação de melhorias futuras	Realizar sessões de debriefing com equipa multidisciplinar com maior regularidade após este tipo de incidentes; Atualização de conhecimentos da equipa multidisciplinar.
Resumo de aprendizagens a reter	Abordagem inicial acertada e com condições para se manter; Apresentar uma comunicação mais assertiva para com este tipo de incidentes, com recurso a, por exemplo, formação de competências não técnicas.

Referências Bibliográficas:

Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dalri MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/r/genf/a/fjCyqcxZmZk87vcVfr9QPXy/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief__a_critical_review_of.9.aspx doi: 10.1097/SIH.0000000000000148

Couto CS. Debriefing [Internet]. Issuu; 2017 Jun 30 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://issuu.com/carlasacouto/docs/debriefing>

Marco Teixeira, mestrando do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Sob orientação pedagógica da Professora Leila Sales e orientação clínica da

Apêndice V – Formulário de sessão de *Debriefing* na UCI preenchido

Formulário de sessão de <i>Debriefing</i>		
Facilitador: <u>Marco Teixeira</u>		
Data: <u>16 de Abril de 2024</u> Hora: <u>09h00</u>		
Tema/Situação abordada: <u>Cenário de simulação de paragem cardiorrespiratória (PCR)</u>		
Ambiente confortável e informal?	☒ Sim	☐ Não
Lugares sentados disponíveis para os intervenientes?	☒ Sim	☐ Não
1ª Fase: Reação		
Exposição dos acontecimentos	<u>Observação de simulação de paragem cardiorrespiratória (nenhum dos elementos presentes no vídeo esteve na sessão de <i>debriefing</i>)</u>	
Expressão de emoções por parte dos intervenientes	<u>Atendendo ao facto que nenhum dos intervenientes do vídeo esteve presente na sessão de <i>debriefing</i> não houve exposição de emoções</u>	
2ª Fase: Análise		
Reflexão da <i>performance</i> da equipa?	☒ Sim	☐ Não
Ações positivas	<u>Deteção precoce da PCR; Pedido de ajuda célere; Equipa coordenada e com papéis bem definidos; Elemento responsável pela administração de fármacos dá <i>feedback</i> ao <i>team leader</i> e restante equipa</u>	
Fatores que podem ter dificultado o desempenho	<u>Equipa não emprega <i>closed-loop communication</i></u>	
Aspetos a melhorar	<u>Interrupção das compressões torácicas na colocação dos elétrodos multifunções; Compressões mal executadas; Tempo de interrup-</u>	

	<u>ção das compressões torácicas até à administração da desfibrilação; Não retomar as compressões torácicas imediatamente após a desfibrilhação</u>
3ª Fase: Síntese	
Identificação de melhorias futuras	<u>Equipa deve utilizar uma melhor e mais eficiente comunicação com os restantes elementos da equipa; Minimizar o tempo de interrupção das compressões torácicas</u>
Resumo de aprendizagens a reter	<u>Equipa bem coordenada – deve continuar a desenvolver o seu trabalho de equipa; Equipa deve treinar as suas capacidades comunicacionais e relacionais; Equipa deve atualizar os seus conhecimentos sobre Suporte Avançado de Vida</u> _____ _____

Referências Bibliográficas:

Nascimento JS, Oliveira JL, Alves MG, Braga FT, Góes FS, Dalri MC. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 10]; 41. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/fjCyqcxZmZk87vcVfr9QPXy/?lang=pt#> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan 10]; 11(3): 209-217. Available from: https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/fulltext/2016/06000/more_than_one_way_to_debrief__a_critical_review_of.9.aspx doi: 10.1097/SIH.0000000000000148

Couto CS. Debriefing [Internet]. Issuu; 2017 Jun 30 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://issuu.com/carlasacouto/docs/debriefing>

Anexos

Anexo A – Webinar “Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência”



Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência

CERTIFICADO

Marco Teixeira

No dia 06/03/2024 esteve presente no Webinar: "Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência" com a duração de duas horas.

Pela Comissão Organizadora

ÂNDREA FIGUEIREDO
Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Serviço de Investigação, Formação e Ensino (SIFE)
ULS de Castelo Branco

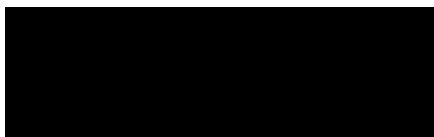
MARIA HELENA LOPES
Coordenadora do SIFE

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aceemc@gmail.com | www.aceemc.com



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
CASTELO BRANCO

Anexo B – Formação *E-Learning* “Atuar perante situação de emergência – Edição 2023”



Certificado de
participação

Marco António Ribeiro Teixeira

Atuar perante situação de emergência | Edição 2023

E-learning | 15 de Dezembro de 2023 | 15 minutos

Código de certificado: C-65-26-4-5

Anexo C – Certificado de Participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

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

Tevo Silveira

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

Lisboa, 7 de junho de 2024



**Anexo D – Certificado de Apresentação de poster no 1º Seminário Internacional dos
Mestrados em Enfermagem**



CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

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

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

Autores:

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

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

Lisboa, 30 de setembro de 2024



Anexo E – *Webinar* “Da análise de risco à prevenção de infecção: estratégias no extra-hospitalar”



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

WEBINAR INEM: DA ANÁLISE DE RISCO À PREVENÇÃO DE INFEÇÃO: ESTRATÉGIAS NO EXTRA-HOSPITALAR

Ciclo de Webinars da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM.

1 de agosto de 2024, duração de 1h30minutos.

CPCIRA

Anexo F – Certificado de realização de Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association*

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



Marco António Ribeiro Teixeira

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

Data de emissão

21 Oct 2023

Nome do Centro de Treinamento

ENFARTE LDA

ID do Centro de Treinamento

ZL20716

Cidade e País do Centro de Treinamento

Guimaraes, Portugal

Nome do Centro de Treinamento

ESSCVP - Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa

Renovar até

Oct 2025

Nome do instrutor

Pedro Silva

ID do instrutor

22092214815

Código eCard

245623343268

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20

Anexo G – Certificado de realização de Curso *International Trauma Life Support*



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Marco Teixeira, Nurse

has completed the
Advanced Provider Course

date

11/18/2023

course site

Portuguese Red Cross Higher Health School, Lisboa,

course director

course coordinator

Dr. Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

379983-53347

Marco Teixeira, Nurse

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date 11/18/2023 Expiration Date 11/2026

Course Number 53347

Course Location

Portuguese Red Cross
Higher Health School,
Lisboa