



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

***Debriefing* da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico**

Tiago Miguel Oliveira Bagorriha

Orientação: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho
Carolino Pereira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico

Tiago Miguel Oliveira Bagorriha

Orientação: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho
Carolino Pereira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico

Tiago Miguel Oliveira Bagorriha

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

(Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre)

Arguente: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa´

(Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja)

Orientador: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

(Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

Data: 17 de julho de 2020

“Procurai deixar o mundo um pouco melhor de que o encontraste e, quando vos chegar a vez de morrer, podeis morrer felizes sentindo que ao menos não desperdiçastes o tempo e fizeste todo o possível por praticar o bem.”

Robert Baden-Powell

AGRADECIMENTOS

O percurso efetuado até aqui foi cheio de tanta coisa e sentimentos contraditórios, tristezas e alegrias, cansaço e refrescante ao mesmo tempo, dúvidas e certezas, vontade de desistir e vontade de lutar, mas tudo isto foi sendo partilhado com os que me rodeiam e foram eles as muletas para me apoiar ao longo do caminho até chegar à meta.

É hora de agradecer....

.... à professora Mariana Pereira pela orientação e motivação

... ao Serviço de Urgência e todos os seus profissionais pelo acolhimento, colaboração e
partilha

...à Enfermeira Gestora Catarina Aranha por todos os conselhos e conversas que
partilhamos, por ser um exemplo a seguir.

...à Enfermeira Ana Mafalda Balsas pela disponibilidade, preocupação e incentivo.

... à Vanda, à Diana, à Filomena e ao Nuno, grandes amigos e companheiros nesta
aventura de mestrado, pelos bons momentos, pelas partilhas, pelo amparo em todos os
momentos.

... aos meus Pais por todo o incentivo em voar mais alto, pelo apoio incondicional que
sempre mostraram.

... à minha futura esposa que a meu lado foi caminhando e apoiando-me enquanto
também fazia o seu caminho rumo à especialidade e ao mestrado, pelo tempo que
despendemos um do outro para este projeto, pelas ausências para estágios e turnos, mas com a
certeza de que juntos foi mais fácil.

RESUMO

O avanço contínuo da ciência e da sociedade exigem a todo o setor da saúde uma capacidade de atualização contínua e de reflexão, que suportem as suas ações e que levem a uma excelência dos cuidados, nomeadamente na segurança e na qualidade dos mesmos.

No âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica surge o presente relatório como forma de analisar todo o percurso efetuado na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

O percurso contemplou a realização de dois estágios e a implementação de um projeto de intervenção em serviço, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no cuidado à PSC. Atuou-se no sentido de aumentar e otimizar sessões de *debriefing* no serviço de urgência. A evolução favorável na avaliação permite afirmar que se contribuiu para cuidados de saúde mais seguros.

É neste relatório que se faz uma reflexão das ações planeadas e executadas ao longo do estágio e que ajudaram no crescimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: *Debriefing*; Enfermagem Médico Cirúrgica; Qualidade de cuidados; Urgência

ABSTRACT

Nursing team debriefing in the emergency service as a determinant in critical patient safety

The continuous advancement of science and society requires the entire health sector to have a capacity for continuous updating and reflection, which support its actions and which lead to excellence in care namely in safety and quality.

Within the scope of the 3rd Master in Nursing in Association in the specialization area in Medical-Surgical Nursing – The Person in Critical Situation, this report emerges as a way of analyzing the entire path taken in the acquisition and development of common and specific skills of the specialist nurse and Master in Nursing.

The course included the realization of two stages and the implementation of an in-service intervention project, aimed at improving the quality of nursing care in the care of PCS. Efforts were made to increase and optimize debriefing sessions in the emergency department. The favorable evolution in the evaluation allows us to state that it has contributed to safer health care.

It is in this report that a reflection is made of the actions planned and carried out throughout the internship and which helped in personal and professional growth.

Keywords: Debriefing; Medical Surgical Nursing; Quality of care; Urgency

LISTA ABREVIATURAS/SIGLAS

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CA – Conselho de Administração

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CTC – Comissão técnico-científica

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

EPE – Empresa Público Privada

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

HSLE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IT – Instruções de trabalho

iTeams – INEM TOOL for EMERGENCY ALERT MEDICAL SYSTEM

ITLS – Internacional Trauma Life Support

Min. – minutos

N.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PE – Projeto de Estágio

PI – Projeto de Intervenção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PQ – Procedimentos de Qualidade
PSC - Pessoa em Situação Crítica
SAV – Suporte Avançado de Vida
SIV – Suporte Imediato de Vida
SO – Serviço de Observação
SpO2 – Saturação periférica de oxigénio
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básica
TA – Tensão arterial
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
UC – Unidade Curricular
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1 - APRECIACÃO DO CONTEXTO	20
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSLE	20
1.1.1. Recursos Humanos	22
1.1.2. Espaço Físico	23
1.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	24
1.3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DA UNIDADE	25
2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO	28
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	30
3.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	31
3.1.1. <i>Debriefing</i>	32
3.1.2. Qualidade e Segurança do doente	35
3.1.3. Enfermagem e Modelo Qualidade-Cuidado©	36
3.2. ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	39
3.2.1. Diagnóstico.....	39
3.2.1.1. População-alvo.....	43
3.2.1.2. Objetivos.....	45
3.2.1.3. Procedimentos éticos.....	46
3.2.2. Planeamento e Execução.....	46
3.2.3. Resultados	47
3.2.4. Discussão	51
3.2.5. Considerações Finais sobre o Projeto	54
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	55
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	55
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	56
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	59
4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	62

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	64
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	66
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	74
6. CONCLUSÃO.....	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICES	84
APÊNDICE I – Projeto de Estágio.....	85
APÊNDICE II – Artigo Científico – Importância do <i>Debriefing</i> nas Salas de Emergência. Uma Revisão Scoping.	106
APÊNDICE III – Apresentação Projeto na ESSP	113
APÊNDICE IV – Grelha de Observação do <i>Debriefing</i>	117
APÊNDICE V – Solicitação de parecer à Comissão de Ética e autorização de estudo	119
APÊNDICE VI – Proposta de Projeto ao Conselho Técnico Científico da ESSP ...	127
APÊNDICE VII – Resumo de Projeto apresentado ao CTC da ESSP	137
APÊNDICE VIII – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a participação em estudos de investigação	141
APÊNDICE IX – Plano De Sessão de Formação <i>Debriefing</i>	143
APÊNDICE X – Dispositivos da Formação sobre <i>Debriefing</i>	147
APÊNDICE XI – Cartaz “Estrutura Básica do <i>Debriefing</i> ”	153
APÊNDICE XII – Plano de Sessão de Formação DAV para enfermeiros.....	156
APÊNDICE XIII – Poster Diretivas Antecipadas de Vontade	160
APÊNDICE XIV – Cartaz Diretivas Antecipadas de Vontade.....	162
APÊNDICE XV – Plano de Sessão de Formação DAV para utentes	164
APÊNDICE XVI – Plano de Sessão de Formação Notificação do Risco	168
APÊNDICE XVII – <i>Flyer</i> Notificação do Risco.....	171
APÊNDICE XVIII – Cartaz Algoritmo SAV	174
APÊNDICE XIX – Poster “Sistema de Triagem START – Importância na Abordagem em Multivítimas”	177
APÊNDICE XX – Sinalética do Uso Adequado de Luvas.....	179
ANEXOS	182

ANEXO I – Autorização do Presidente do CA e parecer da Comissão de Ética	183
ANEXO II – Parecer do CTC da ESSP	186
ANEXO III – Comprovativo Suporte Avançado de Vida.....	189
ANEXO IV – Comprovativo ITLS	191

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado ©38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de <i>debriefings</i> efetuados na etapa do diagnóstico	40
Gráfico 2 - Liderança nos <i>debriefing</i> efetuados na etapa do diagnóstico	40
Gráfico 3 - Observação efetuada na Fase 1- Reação no diagnóstico	41
Gráfico 4 - Observação efetuada na Fase 2 - Entendimento/Reflexão no diagnóstico	42
Gráfico 5 - Observação efetuada na Fase 3 - Sumário no diagnóstico	42
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por sexo.....	43
Gráfico 7 - Distribuição da amostra por grupo etário	43
Gráfico 8 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiros	44
Gráfico 9 - Distribuição da amostra por especialidades	45
Gráfico 10 - Quantidade de <i>debriefings</i> efetuados após intervenção	48
Gráfico 11 - Liderança nos <i>debriefings</i> efetuados após intervenção	48
Gráfico 12 - Observação efetuada na Fase 1 - Reação após intervenção.....	49
Gráfico 13 - Observação efetuada na Fase 2 - Entendimento/Reflexão após intervenção .	50
Gráfico 14 - Observação efetuada na Fase 3 - Sumário após intervenção	50

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 - N.º total de doentes atendidos no Serviço de Urgência entre 2016 e 2019.....	25
Tabela 2 - Média de doentes/dia/turno no Serviço de Urgência (2019)	26
Tabela 3 - Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência no ano de 2019	27
Tabela 4 - Análise SWOT	30
Tabela 5 - Comparação de ações na sessão de <i>debriefing</i> antes e após as intervenções	51

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Relatório, do 3.º Mestrado em Enfermagem em Associação na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, em Parceria com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco, criado pelo aviso n.º5622/2016, publicado em Diário da República n.º 84/2016, Série II de 2 de Maio de 2016, surge no seguimento da UC Estágio Final, incorporando uma avaliação, apreciação e reflexão crítica de todo o percurso desenvolvido ao longo deste estágio, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e a aquisição de competências de mestre em enfermagem. Todo este percurso culmina no presente Relatório de Estágio, o qual será sujeito a provas públicas.

O campo de estágio selecionado foi o Serviço de Urgência (SU), do Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), o qual decorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, com o cumprimento de 336 horas previstas para estágio. O estágio teve a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Ana Mafalda Lôpo Balsas e a orientação pedagógica da Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira.

De modo a complementar as aprendizagens advindas deste estágio, foi realizado um estágio de observação num meio do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Elvas, num total de dois turnos.

A estrada percorrida até este ponto foi longa e para delinear o caminho a percorrer foi elaborado um Projeto de estágio (PE) (Apêndice I) no início do Estágio Final, onde foram reunidos os objetivos a atingir, estratégias e atividades a desenvolver, explanados num cronograma, perspetivando a elaboração do Projeto de Intervenção (PI) e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e a aquisição de competências de mestre em enfermagem.

O Projeto de Intervenção veio dar nome ao relatório de estágio: **Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico.**

Para a concretização do mesmo optou-se pela linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida", integrante do preconizado para o mestrado, e o mesmo teve como base a metodologia de projeto, uma vez que se baseia "...numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução." (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010, p.2).

O *debriefing* é uma prática que teve início na 2.^a Guerra Mundial, sendo utilizado quando os soldados regressavam de missões, de forma a analisar os acontecimentos e a criar estratégias para futuras missões. (Magyar & Theophilos, 2010) É uma prática mantida atualmente, usada não só pelas forças militares, mas por uma grande panóplia de grupos profissionais, entre os quais a área da saúde. Também Coutinho, Martins e Pereira (2014) descrevem o *debriefing* como uma ferramenta estruturada de reflexão sobre a ação, sendo considerado fundamental na consolidação de conhecimentos e na formação contínua dos enfermeiros.

O *debriefing* é importante para a minimização do erro, na medida em que de uma forma estruturada os profissionais de saúde conduzem as suas reflexões sobre os acontecimentos experienciados, consolidando saberes e alterando comportamentos.

Ainda como elemento avaliativo para a concretização do Estágio Final, foi elaborado um artigo científico (Apêndice II), relacionado com o PI desenvolvido, com o título: Importância do *Debriefing* nas salas de emergência. Uma revisão scoping.

Posto isto, definimos como objetivo geral para o Relatório de Estágio:

- Refletir sobre o processo de aquisição das competências comuns e as competências específicas de EMC-PSC e as competências de mestre em enfermagem no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem.

A este objetivo geral suplementa-se os seguintes objetivos específicos:

1. Apresentar fundamentação teórica acerca do *debriefing*.
2. Apresentar pormenorizadamente o caminho percorrido para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção
3. Analisar criticamente as atividades e estratégias desenvolvidas e aplicadas durante o Estágio Final no contributo para o desenvolvimento das competências comuns e as competências específicas de EMC-PSC e as competências de mestre em enfermagem.

O primeiro objetivo específico vai ao encontro do título do presente relatório, permitindo a apresentação da temática escolhida, bem como o todo o enquadramento de modo a dar suporte a todo o percurso e ao PI em particular.

No segundo objetivo específico pretende-se refletir e analisar a realização e implementação do PI profissional, o qual foi desenvolvido, com o intuito de melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC.

O terceiro objetivo específico evidencia a análise crítica e reflexiva de todas as intervenções implementadas e das estratégias usadas, relacionando-as com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de mestre. Assim, evidencia-se a partilhas de experiências e a reflexão da prática realizada. Pretende-se ainda demonstrar as aprendizagens efetuadas, atendendo que cada intervenção e estratégia aplicada constitui uma aquisição de conhecimento teórico e prático com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Após a presente introdução surge o primeiro capítulo, onde é feita a apreciação do contexto, com apresentação do campo de estágio, integrante numa instituição hospitalar, referindo os recursos materiais e humanos, seguindo-se uma análise da produção de cuidados da unidade de cuidados e da população. O segundo capítulo exhibe o caminho feito para a efetivação do projeto de intervenção no SU que inclui o enquadramento teórico e as diferentes etapas do projeto. No terceiro capítulo é feita uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas, nomeadamente as de mestre em enfermagem e as comuns e específicas de EMC-PSC, através de uma referência às estratégias e atividades delineadas no projeto inicial. No último capítulo é possível consultar-se a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, terminando este relatório com uma conclusão, onde é feita a síntese de todos os pontos expostos ao longo dos capítulos apresentados.

De referir que o relatório foi lavrado à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela American Psychological Association, 6.^a edição e seguiu as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

1 - APRECIACÃO DO CONTEXTO

A ULSNA, E.P.E. – Unidade Local do Norte Alentejano, EPE, foi constituída no dia 1 de março de 2007. Dela fazem parte o Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG) em Portalegre, Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) e o agrupamento de Centros de Saúde. Dotada de autonomia administrativa financeira e patrimonial nos termos do Dec. Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, rege-se pelo Dec. lei n.º 50-B/2007 de 28 de fevereiro de 2007, com as alterações introduzidas pelo Dec. Lei n.º 12 /2015 de 26 de janeiro.(ULSNA, 2015)

O objetivo principal da ULSNA é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população. Para além deste tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. (ULSNA, 2015)

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSLE

O serviço de Urgência de Elvas, onde decorreu o estágio, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Está classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada no 3.º nível dos Serviços de Urgência – Relatório Reestruturação Urgências, 1996) e satisfaz todas as urgências da área Médico-Cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia (Aranha, 2014). Este serviço faz parte de um hospital com serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesia, hospital de dia, consultas externas e bloco operatório e está dotado de serviços de imagiologia e patologia clínica em laboração permanente.

A **missão do serviço** está enquadrada na missão da ULSNA, EPE: “... promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, 2015)

Tem com **visão**: Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas (ULSNA, 2015)

Tem como **valores**: respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais, (ULSNA, 2015)

Estes são os valores da ULSNA, EPE, do serviço de urgência a que se refere e estão enquadrados no artigo 99 da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros), no n.º 1 que nos diz que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; n.º 2 são valores universais a observar na relação profissional:

- A igualdade;
- A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- A verdade e a justiça;
- O altruísmo e a solidariedade;
- A competência e o aperfeiçoamento profissional.

No n.º 3 são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

.Neste contexto, a razão de toda a sua atividade são os utentes que procuram o serviço de urgência e conta com a participação de todos os seus profissionais para manter um elevado grau de exigência. A este serviço recorrem crianças, adultos, mulheres grávidas com as mais variadas patologias médica ou cirúrgicas, sendo porta de entrada para o doente crítico na unidade de saúde. O doente que vem ao serviço de urgência e que necessita de intervenção de especialistas que o hospital não possui, são estabilizados no serviço e transferidos para os respetivos hospitais de referência, de acordo com o seu quadro clínico. Neste serviço está integrado o serviço de observação, com quatro camas, onde são internados os doentes mais instáveis, ou os doentes que necessitam de alguma vigilância por um curto período de tempo.

1.1.1. Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 22 enfermeiros, sendo 1 a enfermeira chefe, 6 enfermeiras detentoras do título de especialista em Enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica e os restantes 15 enfermeiros de cuidados gerais, dos quais 2 mestrados em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica e 1 mestrado em enfermagem materna e obstetrícia. Uma das enfermeiras encontra-se em horário de aleitamento.

Dos enfermeiros acima mencionados 6 integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância – SIV, de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARSA e INEM e encontram-se mais dois em formação.

Fazem também parte da equipa 9 assistentes operacionais, 7 administrativos e 24 médicos especialistas de medicina interna, ortopedia, cirurgia e anestesia. Para além dos especialistas existem neste serviço 2 médicos de medicina geral e familiar 24 h por dia que asseguram o atendimento geral, contratados por uma empresa de contratação de serviços.

A equipa assegura o funcionamento do serviço, distribuídos da seguinte forma:

Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio SIV.

Médicos: 2 médicos de medicina Geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Administrativos: 2 no turno da manhã e 1 no turno da tarde e da noite;

Para além destes recursos humanos, existe ainda uma técnica de imunoterapia e um técnico de imagiologia em presença física as 24h, assegurando o serviço de laboratório e imagiologia respetivamente. Existe também um médico radiologista que se encontra de prevenção.

O método utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho. Os enfermeiros são alocados aos diferentes postos de trabalho: triagem, balcão e SO. Em cada posto de trabalho, o enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução e avaliação das intervenções aos doentes pelos quais é responsável naquele turno, ou durante a sua permanência no serviço de urgência. (Costa, 1999)

Considerando a informação sobre o número de enfermeiros presentes em cada turno, referido anteriormente e, de acordo com a norma para o cálculo de dotações seguras dos

cuidados de enfermagem a fórmula a utilizar neste serviço de urgência é por posto de trabalho adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, justificando assim a redução do n.º de enfermeiros no turno da noite. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

1.1.2. Espaço Físico

O serviço de urgência do HSLE é um serviço com instalações com mais de 25 anos, situa-se no 1º piso do edifício e está distribuído pelos seguintes espaços:

Zona de entrada: sala de espera e instalações sanitárias para os doentes; receção/ área de trabalho administrativo. Na sala de espera aguardam os doentes com prioridade pouco urgente e não urgente. Segue-se a sala de triagem; balcão 1 de atendimento de doente não emergente.

Balcão 1: local onde é efetuado o atendimento dos doentes triados com prioridade pouco urgente e não urgente.

Sala de Triagem: sala onde é efetuada, pelo enfermeiro, a Triagem de Manchester, onde se encontra o material necessário à execução da triagem de acordo com o Grupo Português de Triagem. É também nesta sala que se encontram os kits de catástrofe.

Sala de Diretos/Reanimação: sala onde são prestados cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas a utentes em situação crítica com necessidade de monitorização, controle de via aérea, ventilação mecânica e realização de procedimentos invasivos. Tem um monitor desfibrilhador com ECG de 12 derivações; 1 ventilador portátil; 1 carro de emergência.

Sala de Pequena Cirurgia: sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos.

Balcão 2: local para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização do estado hemodinâmico ou de fazer oxigenioterapia enquanto estão em observação pela equipa médica e de enfermagem. Este está dividido em 2 unidades, com monitor cardíaco e desfibrilhador.

Sala de Especialidades: sala utilizada para a observação de doentes.

Sala de exames: sala para realização de ECG.

Balcão de Ortopedia: local onde são prestados os cuidados a doentes do foro ortopédico e traumatologia. Este espaço está preparado para isolamento, pois tem uma estrutura de alumínio e vidro que faz a divisão da zona do doente.

Serviço de Observação: local onde são internados os utentes hemodinamicamente instáveis e que necessitam de vigilância. É um serviço composto por 2 salas com 2 camas cada, separados por uma zona de trabalho. Cada unidade possui um monitor cardíaco (registo ECG, Spo2 e TA). Em cada sala existe um monitor desfibrilhador, um laringoscópio e um ventilador para ventilação não invasiva.

Corredor do SU: por instalações físicas insuficientes, funciona como sala de espera interna. Local para onde são encaminhados os utentes triados de cor amarela e os utentes a quem está a ser administrada medicação endovenosa, ou a aguardar exames complementares de diagnóstico.

Sala de Arrumos - local onde existe material para consumo clínico;

Copa;

2 Instalações Sanitárias: (utentes e funcionários);

Sala de Sujos;

Sala de Pausa;

Gabinete da direção de serviço;

Base do INEM: espaço onde permanece a equipa de serviço ao meio SIV integrada no SU.

1.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

O HSLE assiste a população do concelho e a população dos concelhos limítrofes. Existem ainda muitas pessoas que apesar de não pertencerem ao distrito de Portalegre nem à área de influência da ULSNA (ULSNA, 2015), procuram os serviços de saúde disponíveis neste hospital, quer pela proximidade, quer por preferência pessoal, ou até mesmo pelo menor afluência de pessoas comparativamente com outros hospitais de maiores dimensões.

O Hospital serve os 20 852 habitantes residentes na cidade de Elvas, mais alguns dos habitantes dos concelhos limítrofes, perfazendo um total 54 425 habitantes. (PORDATA, 2020) Para além do já referido a unidade também recebe doentes estrangeiros, pelo facto do hospital se encontrar junto a uma autoestrada internacional, que liga Lisboa a Madrid; é a primeira unidade hospitalar logo após a fronteira com Espanha; existem cerca de 584 estrangeiros a viver na cidade e por último devido ao elevado número de turistas nacional e internacional que a cidade tem vindo a registar, com um aumento significativo nos últimos anos, desde que a cidade é considerada Património Mundial da Humanidade pela UNESCO.

A percentagem da população idosa desta região é superior à do país, sendo que no concelho 23,2% da população tem mais de 65 anos, o índice de envelhecimento é de 181, comparativamente a 157 que é o de Portugal em 2018 (PORDATA,2020). A nível de população jovem, ou seja com menos de 15 anos, o concelho encontra-se com uma percentagem abaixo da média nacional, com apenas 12,8% relativamente aos 13,8 % que se regista em Portugal em 2018. (PORDATA,2020). Este envelhecimento populacional representa um desafio para as instituições de saúde pois está-se perante uma população alvo mais dependente, com mais comorbilidades associadas.

1.3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DA UNIDADE

A tabela seguinte mostra a análise retrospectiva dos últimos 3 anos do número de utentes que recorre ao SU

2016	2017	2018	2019
29 568	29 052	30 505	29 162

Tabela 1 - N.º total de doentes atendidos no Serviço de Urgência entre 2016 e 2019

Font in: PORDATA, atualizado a 2020-02-07

A análise mais pormenorizada de produção do serviço foi feita com base nos dados facultados pelo gabinete de planeamento e controlo, para o ano de 2019. Este serviço atendeu durante o ano de 2019 o total de 29162 doentes, uma média de 80 doentes/dia, como se pode verificar na tabela seguinte.

Turnos	N.º Doentes/dia	% Doentes/dia
0-24h	80	100%
0-8h	8	10%
8-16h	41	51,25%

16-24h	31	38,75%
---------------	----	--------

Tabela 2 - Média de doentes/dia/turno no Serviço de Urgência (2019)

Da análise dos dados salienta-se que no período compreendido entre as 0h e as 8h, a afluência de doentes reduz consideravelmente o que justifica a menor dotação de enfermeiros neste turno. Contudo destaca que a sobrecarga de trabalho varia com o número de doentes e com o estado clínico, sendo fundamental que os doentes sejam observados por ordem de gravidade clínica e não por ordem de chegada e para tal usa-se um sistema de triagem.

O sistema de triagem em vigor no serviço de urgência é a Triagem de Manchester, desde 2005, e dá assim resposta ao despacho 1057/2015 de 2 de fevereiro que reconhece como obrigatória a implementação de um sistema de triagem de prioridades nos serviços de urgência.

O Sistema de Triagem de Manchester é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, que permite gerir o fluxo de doentes com segurança e garantir o atendimento às pessoas que necessitam de cuidados imediatos. Este sistema permite identificar critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva, que sugerem a prioridade clínica e tempo alvo recomendado até à observação médica. (Grupo Português de Triagem, 2015)

Na Triagem de Manchester a avaliação clínica desenvolve-se a partir da queixa apresentada, que é constituída pelo primeiro sinal ou sintoma identificado pelo profissional de saúde e pelo doente, que o leva a procurar o serviço. Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas que abrange quase todas as situações expostas no serviço de urgência, elaborada com base nas queixas apresentadas e que permitem atribuir cinco níveis de prioridade aos doentes, conforme as queixas e os sinais de gravidade apresentados pelos mesmos. (Grupo Português de Triagem, 2015)

As prioridades que podem ser concedidas são emergentes (cor vermelho), muito urgente (cor laranja), urgente (cor amarela), pouco urgente (cor verde) e não urgentes (cor azul), estando atribuídas às cores, um tempo alvo. Assim, os tempos de espera dos utentes são definidos de acordo com a cor: cor vermelha (0 min), cor laranja (10 min), cor amarela (60 min), cor verde (120 min) e cor azul (240 min). (Grupo Português de Triagem, 2015)

Relativamente aos dados da Triagem de Manchester, a tabela seguinte revela a distribuição de doentes de acordo com a cor atribuída no ano de 2019.

Cor Triagem	N.º Episódios	%
Vermelho	135	0,46%
Laranja	3 295	11,30%
Amarelo	13 765	47,20%
Verde	11 223	38,49%
Azul	318	1,09%
Branco	376	1,29%
Não Aplicável	50	0,17%
Total	29 162	100,00%

Tabela 3 - Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência no ano de 2019

Font in: SONHO/Alert ADW (2020)

Da análise dos dados apresentados acima conclui-se que predomina a prioridade urgente com 47,20% . As prioridades emergentes, muito urgente e urgentes perfazem uma totalidade de 58,96%, sendo que o conjunto das prioridades pouco urgentes, não urgentes e brancos representam 40,87% dos atendimentos efetuados no serviço de urgência.

O **sistema de informação**, no qual são efetuados os registos no serviço de urgência é sistema ALERT®, do qual existem 3 módulos distintos, adaptados à triagem, balcão e SO. Este permite documentar, rever e integrar toda a informação clínica relativa a episódios nos serviços de urgência, permitindo a visualização total do serviço, de acesso a todos os elementos da equipa multidisciplinar e que facilita os cuidados ao doente. Um dos inconvenientes deste sistema de informação clínico, apesar de ser de fácil acesso, não tem parametrizado qualquer tipo de atividade autónoma de enfermagem, não permitindo retirar dados de produção de enfermagem. Para tentar resolver este problema num futuro próximo a urgência poderá ver implementado o SClinico hospitalar que já se utilizam nos restantes serviços de internamento e ambulatório do hospital.

2. ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

Os processos de formação são dinâmicos, contínuos, sendo essencial a identificação de necessidades e a criação de objetivos a atingir, para se poder fazer uma avaliação dos mesmos, sendo que esta avaliação também ela é um processo contínuo e sistemático. Segundo Tavares (1990), os objetivos devem ser precisos, delimitados, praticáveis e fornecer informações úteis, normas e critérios às atividades posteriores.

Ruivo et al., 2010 referem que os objetivos definem o resultado que se pretende alcançar, podendo ser definidos de forma geral ou mais específicos.

Perante a análise de contexto efetuada no capítulo anterior foram definidos objetivos gerais e específicos, os quais tinham sido mencionados no projeto de estágio (Apêndice I) realizado no início do Estágio Final e de modo a irem ao encontro dos objetivos gerais definidos para este Mestrado em Enfermagem (desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde; capacitar para a governação clínica; contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada).

O projeto de estágio permitiu delinear um caminho a percorrer no alcance dos objetivos traçados, de modo a se conseguir ter uma linha orientadora no estágio final do 3.º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica que decorreu de dia 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020.

Como objetivo geral foi apresentado o desenvolvimento de competências específicas no cuidar à pessoa em situação crítica no contexto da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e para esse objetivo foram definidas estratégias de ação que irão ser descritas no capítulo seguinte.

A complexidade inerente ao processo de saúde/doença, exige ao enfermeiro, um nível de competências e conhecimentos cada vez mais profundo e consolidado. Perante a necessidade de prestar cuidados mais especializados, diferenciados, de qualidade e com maior segurança, surgem as diferentes áreas de especialização em Enfermagem. Com isto, o enfermeiro fica capacitado com um maior número de competências para cuidar dos doentes nas diferentes fases

capacitado com um maior número de competências para cuidar dos doentes nas diferentes fases da sua vida.

Como objetivos específicos propostos inicialmente no projeto de estágio, o primeiro é referente à descrição do local de estágio e sobre a sua missão, que se encontra efetuado no capítulo anterior, bem como no projeto de estágio. Os restantes objetivos específicos, nomeadamente a definição de ações, que foi feita no projeto inicial e ao longo do estágio, consoante as oportunidades educativas que foram surgindo e os indicadores de a avaliação das mesmas ações para o desenvolvimento das competências de enfermeiros especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestre serão refletidos e avaliados no capítulo seguinte, relativamente à análise das competências.

Outro dos objetivos principais do projeto é a realização do projeto de intervenção, que vai ao encontro do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. A melhoria contínua da qualidade, ajustada à segurança dos doentes, carece da identificação de riscos, avaliá-los e hierarquizá-los de forma a desencadear intervenções de melhoria. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, deve assentar nestes princípios fundamentais. (DGS, 2015b). Sobre este objetivo será abordado num capítulo mais adiante do relatório.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo é destinado à exploração da principal estratégia de intervenção profissional, designado como projeto de intervenção, desenvolvida ao longo do Estágio Final, intitulada “*Debriefing* da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico”. Assim, começar-se-á por fazer uma fundamentação teórica da mesma, será abordada a teoria de enfermagem que dá suporte e que sustenta o projeto, a forma como foi executado, os resultados obtidos e a sua discussão e por último as conclusões que se podem retirar da sua implementação.

Atendendo à linha de investigação do Mestrado em Enfermagem “Segurança e Qualidade de Vida” e tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, foi feita uma reflexão pessoal e discutido em conjunto com a Enfermeira chefe e com a enfermeira supervisora do estágio quais os aspetos que deveriam ser desenvolvidos no serviço, uma vez que existem alguns projetos já implementados e alguns já decididos pelos colegas de estágio. Em consonância entre todos foi decidido que se iria ao encontro de um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente, nomeadamente o objetivo n.º 1 – aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.

Primeiramente foi definido o tema geral do trabalho pela necessidade de uma reflexão constante por parte dos profissionais e em reunião inicial de estágio com a enfermeira chefe, enfermeira supervisora de estágio e com a professora foi acertado e validado o tema de *debriefing* no serviço de urgência. Numa fase posterior foi ainda possível fazer a apresentação do projeto a todos os responsáveis pela UC e a todos os colegas deste mestrado, para conhecimento de todos os projetos em curso e para ajuda na reflexão de pontos que se tornaram essenciais no decorrer do projeto. Esta apresentação encontra-se no Apêndice III.

Foi nesta fase realizada uma análise SWOT que se apresenta na tabela seguinte, esta ferramenta é uma das mais utilizadas em investigação social e na análise das organizações, facilitando uma análise reflexiva comparando aspetos positivos e negativos. (Ruivo, 2010)

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	S (Forças) <ul style="list-style-type: none">• Equipa de Enfermagem experiente e elementos com formação especializada• Equipa suportada por mecanismos de gestão de qualidade• Importância do <i>debriefing</i> na área da segurança do doente em SU• Atualização constante de protocolos, <i>guidelines</i> e algoritmos no SU• Reflexão periódica sobre performance da equipa e individual	W (Fraquezas) <ul style="list-style-type: none">• Falta de adesão de alguns grupos profissionais• Limitação de recursos humanos• Falta de treino de liderança• Gestão de tempo no Serviço de Urgência• Falta de adesão e desmotivação de alguns enfermeiros
Fatores Externos	O (Oportunidades) <ul style="list-style-type: none">• Prossecução do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020• Oportunidade de integrar mais grupos profissionais• Estrutura organizacional flexível, que permite a introdução de novos projetos• Melhoria na segurança e qualidade da prestação de cuidados	T (Ameaças) <ul style="list-style-type: none">• Contexto socio profissional atual;• Sobrecarga das equipas

Tabela 4 - Análise SWOT

O *debriefing* é uma reflexão estruturada após uma experiência ou uma simulação que conduz as pessoas a uma reflexão sobre a ação e que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, isto vai ao encontro do objetivo previamente mencionado, uma vez que a cultura de segurança de uma instituição para além do estilo e da competência de gestão, diz respeito a um conjunto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de conhecimento que influenciam diretamente a segurança dos doentes.

A implementação do projeto de intervenção foi efetuada ao longo do período de estágio.

3.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O enquadramento conceptual e teórico pretende descrever os conceitos fundamentais aplicados ao estudo, bem como o modelo de enfermagem utilizado. Os conceitos de *debriefing*, cuidados ao doente crítico, qualidade, segurança e o Modelo Qualidade-Cuidado de Duffy, são importantes na compreensão e desenvolvimento da intervenção em serviço.

3.1.1. Debriefing

A comunicação e o trabalho de equipa entre os profissionais de saúde é essencial para que os cuidados prestados aos doentes e famílias seja prestado com qualidade e segurança preconizada.

Dufrene e Young (2014) definem o *debriefing* como uma reflexão guiada, sendo que na área de emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências. Existem mais autores a afirmar que o *debriefing* é recomendado em situações de emergência para melhorar o desempenho da equipa multidisciplinar.

Coutinho et al. (2014) definem o *debriefing* como uma forma estruturada de conduzir os formandos na reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos errados.

Mullan et al. (2014) vêm corroborar as definições descritas anteriormente descrevendo o *debriefing* como uma discussão sobre as ações realizadas e uma reflexão sobre os processos, após um evento no sentido de melhorar o desempenho dos indivíduos. Estes autores falam de duas etapas no *debriefing* (baseado na teoria de Kolb), em que primeiramente se faz observação reflexiva, onde os profissionais veem e refletem sobre a experiência em si e numa segunda fase se faz a conceptualização de modo a identificar novos conceitos para se aplicar a nível de práticas futuras.

Perkins et al (2011) referem que o *debriefing* em situações de emergência, nomeadamente em situações de reanimação levam a um aumento da adesão da equipa aos algoritmos internacionalmente aceites e atualizados. Outro dos objetivos estudados em enfermeiros que trabalham no contexto de urgência é o *debriefing* ser usado como uma das estratégias na prevenção de situações de stress pós-traumático. (Lavoie, Talbot e Mathieu, 2010)

Kessler et al. (2015) referem que o principal objetivo do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é encorajar a reflexão, facilitar a discussão sobre as ações e assimilar comportamentos mais adequados à prática. Assim sendo, o *debriefing* pode ser visto como uma poderosa ferramenta educacional e na área da qualidade, levando a modificação de desempenho de indivíduos e da própria equipa, influenciando positivamente a qualidade dos cuidados prestados.

Mitchell, Sakraida e Kameg (2003) e Kessler et al. (2015) afirmam para que o *debriefing* seja efetuado convenientemente tem que responder a várias questões, nomeadamente : o porquê, o quê, quem, como, quando e onde.

A função do *debriefing* é identificar o que correu bem e os aspetos a melhorar na performance dos indivíduos e das equipas, no sentido da melhoria contínua. Assim toda a situação dever ser avaliada através de um *debriefing* estruturado, no sentido de conceptualizar novas formas de melhorar os desempenhos, não deve dar espaço a lamentações, que não beneficiam a reflexão nem os cuidados prestados no futuro. (Kessler et al., 2015). Tudo isto dá resposta ao porquê.

As situações que devem ser sujeitas a *debriefing* devem ter em conta as necessidades identificadas e a prioridades do serviço e da equipa multidisciplinar em questão, não devendo ser objeto de *debriefing* apenas as situações de desempenho em termos técnicos, mas também as relações interpessoais consideradas disfuncionais dentro da equipa (Kessler et al., 2015). Os mesmos autores referem que é importante que o *debriefing* tenha como foco de atenção o indivíduo, a equipa e o processo, no sentido de que a reflexão de alguns temas leve a modificações importantes, no sentido de beneficiar os utentes em situações futuras, devendo der abordados conteúdos que foquem as competências técnicas e não técnicas (trabalho em equipa e questões comportamentais).

Kessler et al., (2015) referem que a participação da equipa deve ser encorajada e que todos os membros da equipa que participaram no evento clínico deverão estar presentes e participar de forma ativa no *debriefing*. Pode ser considerada a possibilidade de presença de pessoas que não participaram no evento, de modo a proporcionar troca de experiências. A liderança do *debriefing* assume um papel fundamental, normalmente assumida por pessoas que têm alguma autoridade dentro da equipa, o ideal seria o *team* líder da situação crítica ser também o dinamizador do *debriefing* sobre a mesma situação. Outra opção seria o dinamizador ser alguém externo à situação, uma vez que não tem ligação à mesma, mas existem limitações, nomeadamente logística (como a falta de recursos humanos).

Os *debriefings* devem ser realizados numa atmosfera amigável, aberta a questões, com um diálogo honesto e incluir a identificação dos comportamentos e perceções que conduzem a uma melhoria das performances. (Kessler et al., 2015). Pode decorrer após visualização de gravação do desempenho da equipa; com momento de silêncio (15-20 segundos) antes do *debriefing* que permite que os profissionais interiorizem a situação vivida e criando oportunidade de honrarem o seu trabalho e paciente; reflexões pessoais estruturadas, entre tantas outras formas. Mitchell

et al. (2003) referem ainda que os *debriefings* são importantes na medida em que os participantes criam entre si um ambiente familiar.

Outras da variantes importantes é definir quando se deve realizar o *debriefing*. Couper et al. (2013) classifica o *debriefing* em dois momentos: o “*hot debriefing*” ‘, realizado individualmente ou em equipa imediatamente após o evento crítico, dirigido por um dos membros da equipa interventiva no evento crítico e normalmente de base informal, o foco deste é sobre as reações dos profissionais, não usando materiais de registo nem gravações. O “*cold debriefing*” é realizado algum tempo após o evento crítico, pode-se recorrer a gravações de vídeo do trabalho em equipa, este tipo pode-se estender a toda a equipa e não apenas à que esteve no evento crítico.

Assim segundo Kessler et al. (2015) o *debriefing* pode ser classificado como:

- “Quente (*hot*) – realizado imediatamente após a emergência/urgência;
- “Morno (*warm*) – realizado algumas horas após a emergência/urgência;
- “Frio (*cold*) – realizado dias ou semanas após a emergência/urgência.

No caso do evento crítico ter decorrido na sala de emergência deve-se ter em conta que esse espaço tem que estar operacional e preparado para receber outro doente a qualquer momento, logo para um *debriefing* imediato deve-se procurar uma sala próxima, onde a equipa consiga estar num ambiente propício à reflexão e à partilha, uma ambiente que mantenha a privacidade, confortável e adequado ao tamanho do grupo em questão. No caso de *cold debriefings* pode-se considerar a uso de salas de conferências. (Kessler et al., 2015)

Kessler et al. (2015) referem ainda que os *debriefings* devem ser documentados pois é uma forma de avaliar o programa de implementação desta ferramenta educacional e por consequência os ganhos em saúde pelas alterações ocorridas. De ressaltar que toda a documentação deve garantir a confidencialidade e segurança dos profissionais presentes no *debriefing* e no evento crítico.

Apesar de ser uma ferramenta educacional bastante poderosa e a baixo custo, é pouco utilizada nos cuidados de saúde. Sandhu, Eppich, Mikrogianakis, Grant, Robinson e Cheng (2013) apresentam algumas barreiras na realizações do *debriefing*, nomeadamente a falta de um espaço apropriado, a falta de pessoas treinadas para liderar este tipo de sessões, falta de tempo e fatores culturais como a falta de interesse de alguns profissionais e o medo de ser criticado e ainda a descrença de que o *debriefing* possa ser benéfico para os cuidados prestados. Para combater estas barreiras Mullan et al. (2014) referem que uma das soluções é a autonomia da equipa de saúde em decidir os temas pertinentes para debate e refere ainda que os *debriefings*

não devem incidir apenas em situações com conotação negativa ou que tiveram um desfecho indesejável, mas também em situações com desfecho positivo e com desempenho adequado dos profissionais.

Escudero (2008) tal como Healy et al. (2013) e Mitchell et al. (2003) falam de *debriefing* psicológico, afirmando que as equipas de saúde tentam prevenir ou reduzir os distúrbios emocionais entre os profissionais através destas sessões, estas têm como objetivo mitigar o impacto de eventos traumáticos e retomar ao normal funcionamento.

3.1.2. Qualidade e Segurança do doente

Devido ao aumento da complexidade dos cuidados de saúde, da esperança média de vida e da expectativa dos cidadãos, as organizações de saúde a nível internacional têm uma preocupação acrescida no que diz respeito à prestação de cuidados com qualidade.

Sem exceção à regra em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da DGS, estando atualmente claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. De acordo com o enunciado no documento: A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.

A segurança do doente crítico depende dos profissionais, das aprendizagens e motivação e está interligada à qualidade dos cuidados prestados. Assim sendo, estes dois conceitos (qualidade em saúde e segurança do doente) são termos indissociáveis porque o cumprimento de um dos conceitos leva obrigatoriamente ao cumprimento do outro e vice-versa.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é atual e foi aprovado pelo despacho n.º 1400-A/2015, este aponta para uma melhoria na prestação de cuidados de saúde e em todos os níveis de cuidados com ações como a cultura de segurança, a partilha de conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. (DGS, 2015c).

A OMS refere que a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é “para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doente”. (DGS, 2015b). Considera-se assim que “o todo é mais que a soma das partes” e que os prestadores de cuidados são todos eles com o seu modo de estar, ser e trabalhar os responsáveis pela qualidade em saúde.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes é um desafio permanente para os enfermeiros e para as organizações de saúde. Pode ser definida como um processo organizacional estruturado que envolve os colaboradores no planeamento e implementação de melhorias contínuas na prestação de cuidados de saúde que igualem ou excedem as expectativas (Masters, 2014).

A avaliação da qualidade de cuidados de saúde é hoje uma preocupação crescente nas instituições de saúde, pois os cidadãos são cada vez mais exigentes e têm expectativas cada vez mais elevadas relativamente à efetividade da prestação de cuidados de saúde. Os profissionais e os utentes são, em simultâneo, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição. (DGS, 2015b)

3.1.3. Enfermagem e Modelo Qualidade-Cuidado©

O Modelo Qualidade-Cuidado© foi desenhado por Duffy & Hoskins, (2003) tendo como base a teoria do cuidado humano de Jean Watson e modelo de saúde de qualidade de Donabedian. De acordo com a estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem, é uma teoria de médio alcance, pois apresenta-se como um conjunto organizado de informações coerentes, articuladas com questões de interesse para uma disciplina, neste caso para a enfermagem (Fawcett, 2005).

O foco central deste modelo são os cuidados centrados nos relacionamentos, refletindo a sua tendência na prática baseada na evidência. (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009). É inerente a este modelo a procura contínua de evidência de resultados do cuidado de enfermagem, a fim de que sejam obtidas informações sobre a medida em que este cuidado beneficia os clientes, esta procura contínua deve direcionar a mudanças que resultem em melhorias nos cuidados de saúde.

O modelo fundamenta-se em 5 pressupostos:

- O cuidado precisa de relacionamento para ser efetuado;
- O cuidado é inerente à prática de enfermagem;
- Os relacionamentos de cuidados são conceitos tangíveis e mensuráveis;
- O conhecimento sobre os relacionamentos é significativo para o cuidado;
- O desenvolvimento da prática e da investigação em enfermagem contribuem para a qualidade dos cuidados. (Duffy & Hoskins, 2003)

Os componentes centrais do Modelo Qualidade-Cuidado© são: os componentes do modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (estrutura, processo e resultado), combinados com os principais conceitos da teoria do cuidado humano de Watson. (Duffy & Hoskins, 2003).

A estrutura é o primeiro componente e integra todos os participantes envolvidos (a pessoa/famílias, os profissionais que prestam cuidados e o sistema em si) que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados. Cada participante tem características próprias e únicas, inseridas num campo fenomenológico próprio, que caracterizam a sua realidade e que influenciam direta ou indiretamente os resultados do cuidado. (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009)

O segundo componente deste modelo é o processo e é o principal foco do modelo teórico. Está centrado nos relacionamentos do cuidado. Para esta autora existem 2 tipos de relações: as relações independentes, específicas da disciplina de enfermagem e que englobam as interações com o paciente e família, nas quais os enfermeiros atuam de forma autónoma e pelas quais são responsáveis, e as colaborativas que englobam os relacionamentos com outros profissionais com um propósito comum, o cuidado ao doente, contribuindo para resultados positivos e para a qualidade dos cuidados (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

O último componente é o resultado e que corresponde ao constructo futuro, ou seja, relaciona-se com a perspetiva futura dos participantes. Distinguem-se, os resultados intermediários, que se traduzem numa mudança no comportamento; é o “sentir-se cuidado”, que pode ou não influenciar os resultados finais; estes últimos afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento. (Duffy, 2009)

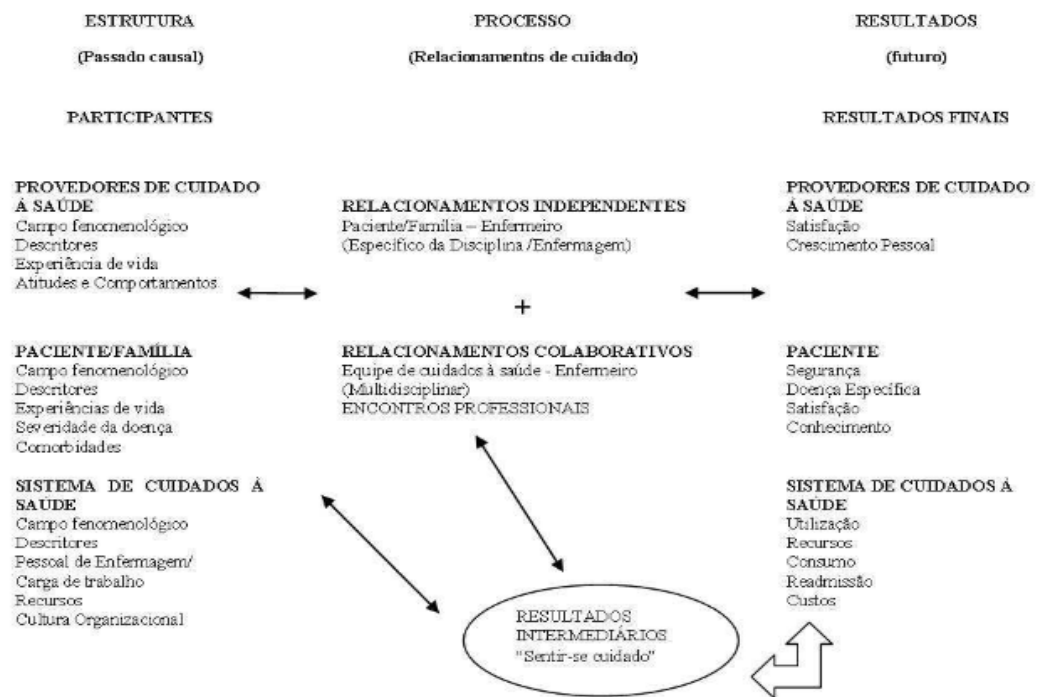


Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado ©

Font in: Venturi, Wolff, Montezeli, & Peres, 2009, Adaptado de Duffy, Quality care in Nursing. P.36

Como se pode verificar pela figura acima este não é um modelo linear. Os componentes interagem de acordo com as circunstâncias existindo um número ilimitado de fatores que influenciam os três componentes centrais, e o tornam num ciclo dinâmico de possibilidades, na busca pela excelência de cuidados. O modelo Qualidade-Cuidado© é apresentado como estratégia facilitadora, proporcionando um modelo holístico e de participação, para guiar o programa de avaliação no contexto da prática de cuidados (Duffy, 2009).

Para além da aplicação na prestação de cuidados, este modelo aplica-se também à investigação. Estudar o cuidado enquanto fenómeno ou enquanto variável no processo do cuidar é complexo. No entanto, o Modelo de Qualidade-Cuidado© pode ser assumido como um possível enquadramento para a evolução da disciplina de enfermagem. Existem divulgações relativas à aplicação deste modelo na investigação em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e a idosos hospitalizados, revelando-se esta como uma contribuição positiva, durante a hospitalização, relativamente à segurança e qualidade dos cuidados. (Duffy, 2009; Duffy et al. 2015).

O projeto de intervenção no serviço tem como base este modelo de Qualidade- Cuidado© evidenciado nos relacionamentos colaborativos: a relação entre enfermeiros e a busca contínua de evidência científica atualizada, visa a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

3.2. ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O objeto de investigação em ciências de enfermagem diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina. (Fortin, 2009).

A metodologia é um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e prepara o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto (Leite et al., 2001), centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas.

Ao longo deste subcapítulo irão ser descritas as etapas necessárias para a implementação do projeto de intervenção, desde o diagnóstico de situação, população alvo, objetivos, planeamento e procedimentos éticos.

3.2.1. Diagnóstico

No diagnóstico da situação definem-se os problemas, estabelecem-se as prioridades, indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente e os grupos intervenientes. Ou seja, é necessário elaborar uma descrição da realidade sobre a qual se quer atuar e se pretende mudar.

Ruivo et al. (2010) refere que são vários os instrumentos de diagnóstico ao dispor do enfermeiro, como é a entrevista, o questionário e os métodos de análise da situação, sendo que em todas elas está implícita uma observação do contexto e das pessoas.

Para elaboração do diagnóstico foi feita uma grelha de observação de *debriefing* que se encontra no Apêndice IV. A grelha de observação consiste num instrumento de colheita de dados de modo a que possa ser utilizado como identificação do que é feito e do que é mais descuidado, durante as sessões de *debriefing* existentes.

Foi feita observação direta pela grelha de observação de 30 momentos escolhidos aleatoriamente, de cuidados prestados a doentes muito urgentes e emergentes (triagem laranja e vermelha). Dos 30 momentos observados apenas foi feito *debriefing* de 6 situações como se pode ver no gráfico seguinte.

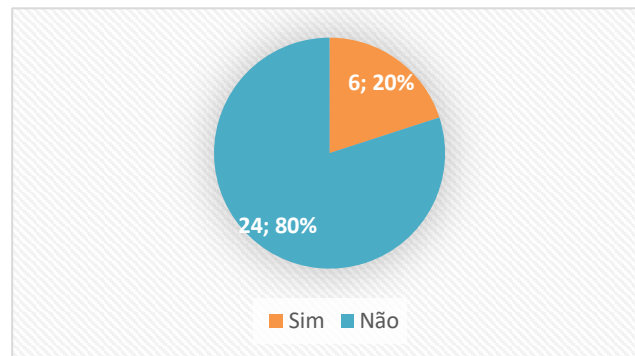


Gráfico 1 - Quantidade de *debriefings* efetuados na etapa do diagnóstico

Dos 6 *debriefings* efetuados pela equipa de enfermagem estes tiveram uma duração média de 4 min e 30 segundo, sendo que o *debriefing* mais longo teve a duração de 20 minutos e os mais curtos de 2 minutos.

Todas as sessões de *debriefing* decorreram em local adequado, isolado e calmo, nomeadamente na sala de passagem de turno, pois todas as sessões de *debriefing* que foram observadas decorreram durante esse período da transição de cuidados, podendo-se considerar que foram sempre efetuados *debriefing* “warm”, ou seja após algumas horas do evento crítico.

O gráfico 2 representa a liderança dos *debriefings* efetuados, sendo que metade foi dinamizado pelo *team leader* e os outros três não tiveram liderança.

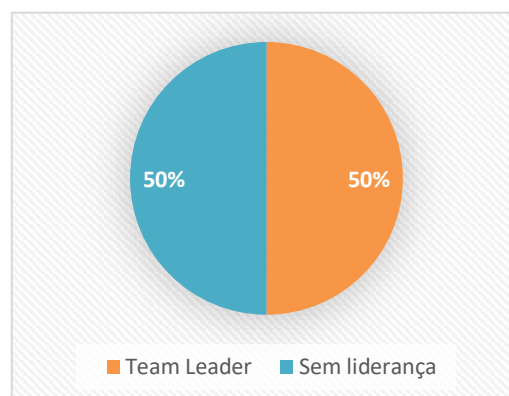


Gráfico 2 - Liderança nos *debriefings* efetuados na etapa do diagnóstico

A grelha de observação de *Debriefing* no Serviço de Urgência, tem por base a Estrutura Básica do *Debriefing* e foi dividido em três fases: Reação, Entendimento/Reflexão e Sumário. De seguida irão ser apresentados os gráficos resultantes da observação feita inicialmente para o diagnóstico, relativamente às três fases. No gráfico 3 pode-se verificar que em todas as sessões foi efetuado um resumo da situação experienciada, no entanto os antecedentes da situação clínica foram apenas analisados em 2 das sessões e forma feitos julgamentos em 2 das sessões.

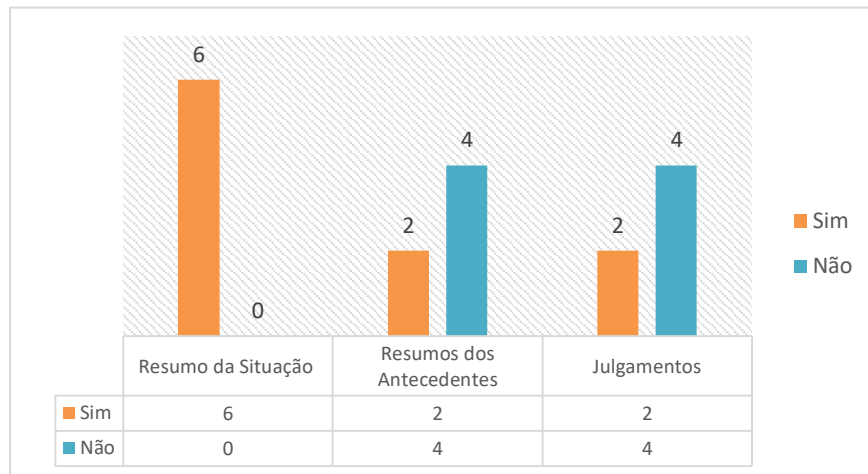


Gráfico 3 - Observação efetuada na Fase 1- Reação no diagnóstico

O próximo gráfico reflete as observações das sessões de *debriefing* relativamente à segunda fase definida, em que 50% das vezes foi feita uma reflexão sobre o comportamento da equipa, no entanto o comportamento individual foi refletido menos vezes do que a análise da equipa. Verifica-se também que 66,6 % das vezes foi feita uma análise das *guidelines*, algoritmos e protocolos utilizados, sendo que apenas 33,3 % das vezes foi feita uma abordagem dos pontos positivos e dos pontos a melhorar.

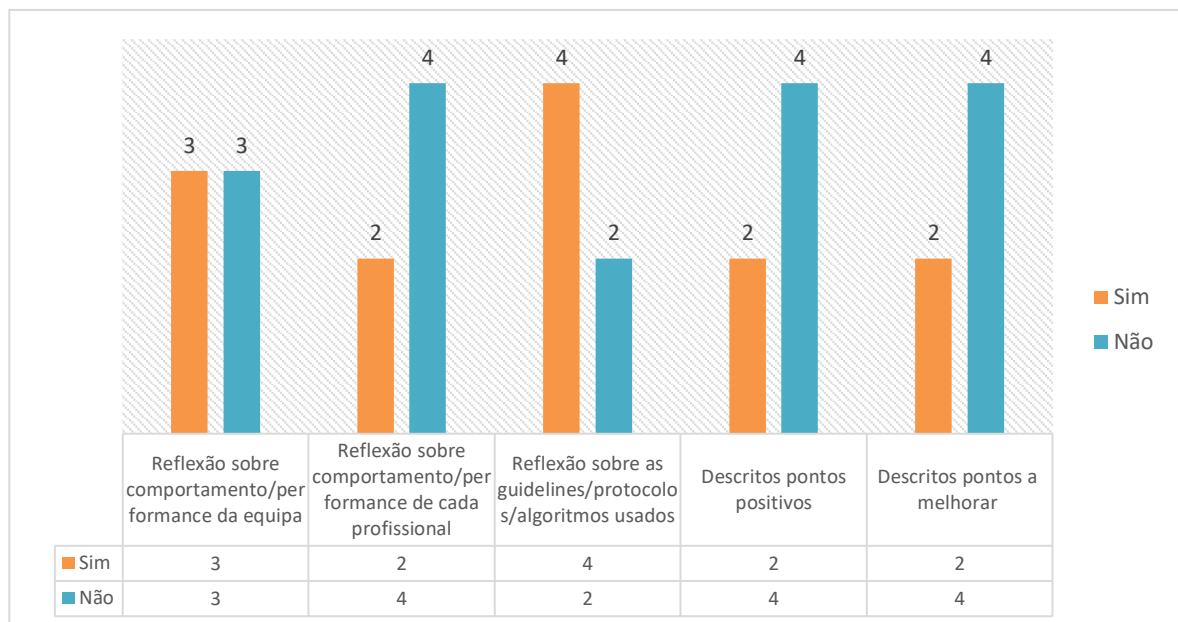


Gráfico 4 - Observação efetuada na Fase 2 - Entendimento/Reflexão no diagnóstico

O gráfico 5 mostra que esta fase é menos abordada nas sessões de *debriefing* que se verificaram, sendo que apenas em 2 sessões foram verificados aspetos a ter em atenção no futuro e apenas 16,6% foi efetuado um resumo das aprendizagens.

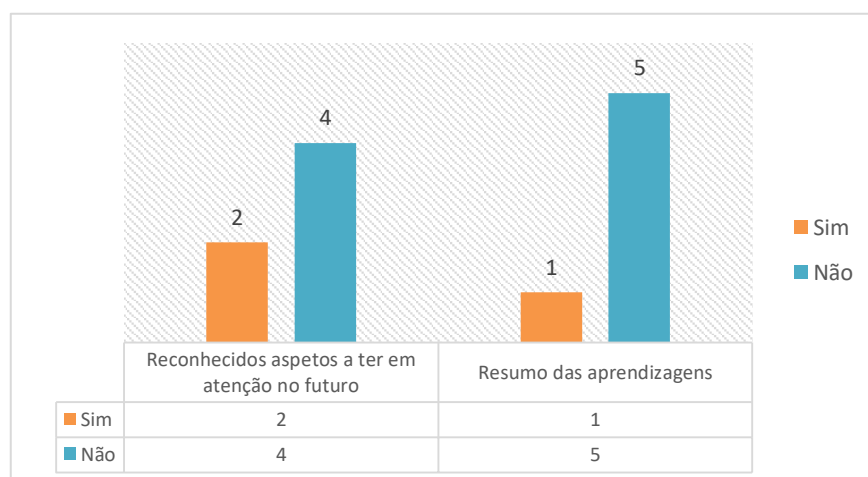


Gráfico 5 - Observação efetuada na Fase 3 - Sumário no diagnóstico

3.2.1.1. População-alvo

A população-alvo é constituída por todos os enfermeiros pertencentes ao serviço de urgência do HSLE, pois todos são possíveis integrantes de sessões de *debriefing* após eventos críticos.

Fazem parte da equipa 22 enfermeiros dos quais todos foram incluídos no estudo (n=22). A amostra e a população-alvo neste estudo são a mesma.

Através da caracterização socio demográfica da amostra, esta é maioritariamente feminina, com 73% do sexo feminino (n=16) e 27% dos elementos do sexo masculino (n=6), como se pode verificar no seguinte gráfico.

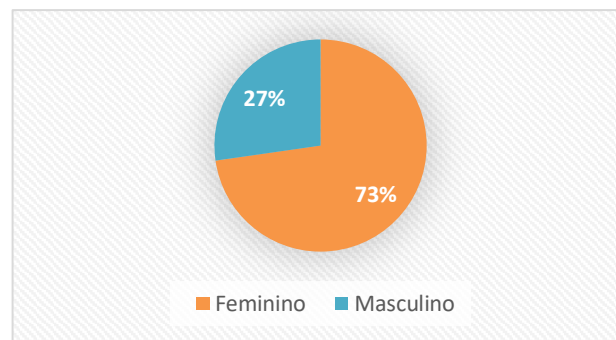


Gráfico 6 - Distribuição da amostra por sexo

A amostra apresenta heterogeneidade dos grupos etários, onde temos 41% dos enfermeiros com uma idade compreendida entre os 30 e 40 anos (n=9), 32% entre os 40 e 50 anos (n=7) e 27% da equipa com idade compreendida entre os 50 e 60 anos (n=6), à que destacar que não existem elementos no serviço com menos de 30 anos, como se pode ver no gráfico 7.

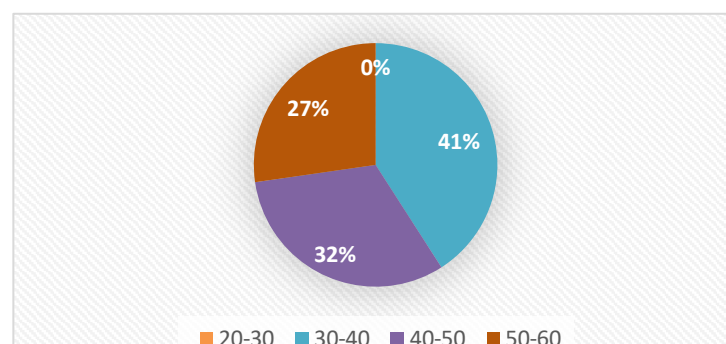


Gráfico 7 - Distribuição da amostra por grupo etário

O seguinte gráfico representa o tempo profissional de serviço, enquanto enfermeiros, que mostra que existe uma grande homogeneidade entre a amostra. É de destacar que existem duas grandes faixas com maior número de elemento, existindo 7 elementos com que tem experiência profissional entre 11 a 15 anos e 6 elementos com 21 a 25 anos de serviço. Existe apenas 1 enfermeiro com menos de 10 anos de experiência profissional, enquanto profissional de enfermagem.

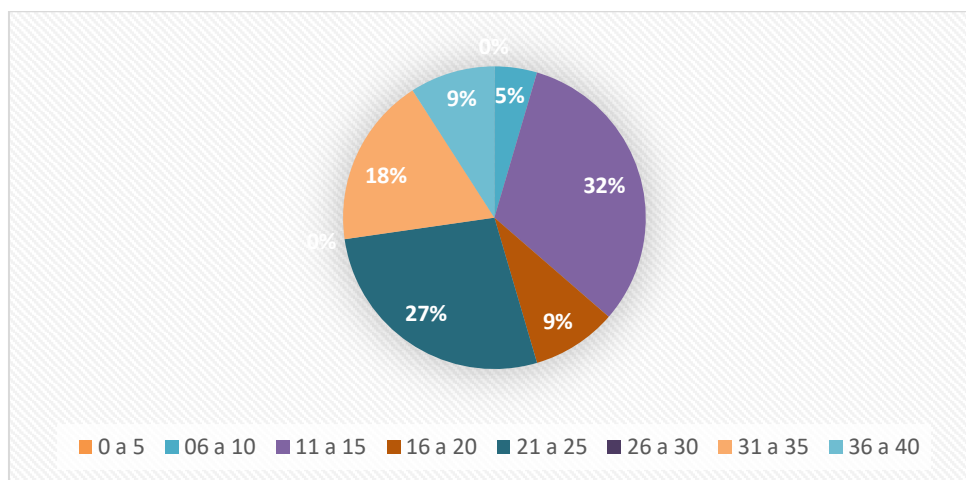


Gráfico 8 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiros

No gráfico seguinte pode-se ver as diferentes especialidades detidas pelos enfermeiros do serviço de urgência, sendo que a maioria dos enfermeiros (55%) tem licenciatura (n=12), mas existe uma grande parcela com formação avançada, sendo que existem 6 enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, uma enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, existem dois elementos que se encontram a tirar a especialidade em EMC-PSC e outro enfermeiro a frequentar a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica.

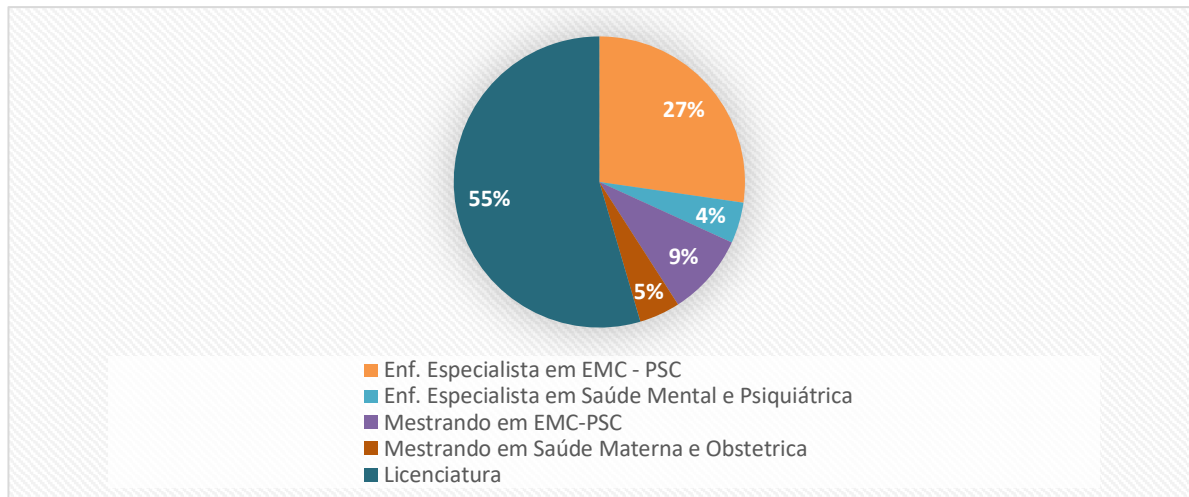


Gráfico 9 - Distribuição da amostra por especialidades

3.2.1.2. Objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação foram traçados os objetivos da intervenção. Ruivo et al. (2010) referem que os objetivos definem os resultados que se pretendem alcançar, incluindo diferentes níveis desde o geral ao mais específico.

O projeto de intervenção desenvolvido ao longo do estágio, teve como objetivo geral:

- Otimizar sessões de *debriefing* da equipa de enfermagem no serviço de urgência;

Os objetivos específicos são “... indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo et al., 2010) e foram definidos os seguintes:

- Elaborar uma estrutura básica que facilite a orientação do *debriefing*;
- Treinar *team leader* para a orientação das sessões;
- Aumentar a eficácia das sessões de *debriefing* no serviço de urgência;
- Promover a motivação dos profissionais nas sessões de *debriefing*, de modo a que estes sejam motores de mudança;
- Facilitar mudanças de comportamentos menos corretos e atualização de informações / guidelines.

3.2.1.3. Procedimentos éticos

A investigação que se aplica a seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. É importante adotar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações. (Fortin, 2009).

Na investigação em enfermagem é salvaguardado sempre o respeito pelos direitos e integridades das pessoas. Esta preocupação deve ser orientada pelos seguintes princípios éticos: o princípio da beneficência, avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade, a confidencialidade. (Nunes, 2013)

De modo a dar resposta a todos os procedimentos éticos foi solicitado parecer da comissão de ética e autorização do estudo ao Conselho de Administração da ULSNA (Apêndice V): A comissão de ética emite parecer favorável e o estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração, como se pode ver no Anexo I.

Foi também apresentada a proposta de projeto ao Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre (Apêndice VI), bem como o resumo do projeto que se encontra no Apêndice VII. O parecer do CTC da ESSP foi positivo como se pode ver no Anexo II.

Após o parecer favorável do CA da ULSNA e do CTC da ESSP foi necessário obter o consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo. Foi então elaborado o documento (Apêndice VIII) e facultados aos participantes, tendo sido explicado toda a informação.

3.2.2. Planeamento e Execução

Após o diagnóstico inicial, a definição de objetivos e a caracterização da amostra surge a necessidade de planear e executar as ações e intervenções no serviço que levem a uma mudança e que se consigam atingir resultados esperados.

Para tal foi planeada uma sessão de formação sobre *debriefing*, através de formação *on table*, ou seja, foram feitos 4 momentos de formação após as passagens de turno, conseguindo que toda a globalidade da população fosse abrangida. Para tal foi elaborado o plano de formação (Apêndice IX), foram elaborados diapositivos sobre o *debriefing* com os tópicos mais importantes (Apêndice X), foi feita divulgação da formação no início das passagens de turno, realizada a formação e avaliação da mesma. A formação decorreu no gabinete próprio onde é efetuada a passagem de turno.

As simulações são ambientes que simulam cenários da prática de cuidados à saúde. Nas simulações os estudantes têm a oportunidade de realizar procedimentos em manequins ou bonecos onde são acompanhados por um professor que avalia o desempenho das competências do profissional que está a ser formado. (Santos & Leite, 2010). Primeiramente o que estava programado era a realização de prática simulada na qual se pudesse simular o *debriefing*, no entanto pelo facto de as emoções dos profissionais durante as simulações não serem reais e os algoritmos decorrerem de forma mais controlada, houve necessidade de alterar o método.

Foi decidido pela equipa durante as sessões de formação que o local ideal para a realização de *debriefing* “hot”, seria sala de pausa por ser um local isolado, calmo, com capacidade para os elementos que necessitavam estar na sala.

O que foi feito nas semanas seguintes à formação foi junto da equipa após alguns eventos críticos perceber se havia necessidade de se efetuar *debriefing*, dando espaço e ir ao encontro das necessidades dos profissionais e do serviço. Após essa perceção e constante motivação da equipa efetuar as sessões de *debriefing* como treino, deixando sempre o *team leader* dinamizar a sessão, tendo a grelha de observação como base para dinamização da sessão.

Foram efetuadas 5 sessões de treinos de *debriefing*, com diferentes casos clínicos e diferentes elementos, abrangendo aproximadamente 80% da equipa, alternando o dinamizador da sessão de *debriefing*. Em duas sessões de treino houve a possibilidade ainda de contar com a participação da equipa médica. Os resultados e propostas de alteração foram documentados e enviados à enfermeira-chefe por correio eletrónico.

De modo a facilitar futuras sessões de *debriefing* foi colocada na sala de pausa um cartaz com a estrutura proposta para o *debriefing*, baseada na estrutura básica, que pode ser visto no Apêndice XI.

Os recursos materiais utilizados para a realização das atividades foram, computador e cartaz. Para a realização da sessão de formação, utilizou o projetor e sala cedidos pelo departamento de formação e investigação da ULSNA, EPE.

3.2.3. Resultados

Após a formação e o treino de *debriefing*, foi novamente feita observação de eventos críticos de doentes muito urgentes ou emergentes (triagem laranja ou amarelo) com base na

mesma grelha que foi efetuado para o diagnóstico inicial, que foi efetuada com base na Estrutura Básica do *Debriefing* e que se pode encontrar no Apêndice IV.

Das 22 observações que foram feitas após a intervenção, foram efetuadas 10 sessões de *debriefing*, o que corresponde a uma percentagem de 45% das observações feitas. Das sessões de *debriefing* existentes estas tiveram uma duração de 7 minutos e trinta segundos, um aumento significativo, relativamente à avaliação diagnóstica, sendo que a sessão mais longa teve a duração de 15 minutos e a mais curta de 4 minutos.

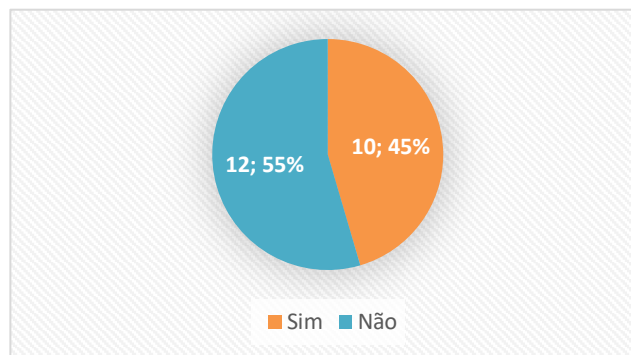


Gráfico 10 - Quantidade de *debriefings* efetuados após intervenção

O local onde decorrem os *debriefings* também se alterou, uma vez que no início do estágio todos as sessões se efetuavam na sala de passagem de turno e com a decisão de alteração de espaço para este tipo de sessões e com o aumento de *debriefing* imediato estes passaram a ser efetuados na sala de pausa.

Também a nível de dinamização do *debriefing* se verificou uma alteração significativa, havendo um aumento de 50% para 73% da liderança da sessão por parte do *team leader*.

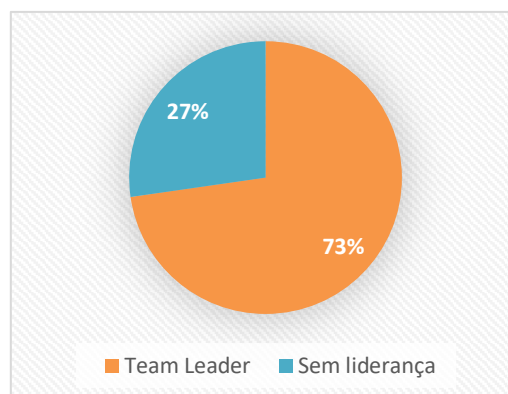


Gráfico 11 - Liderança nos *debriefings* efetuados após intervenção

Na análise do gráfico que se apresenta a seguir relativo à observação da Fase 1, relativa à reação após a intervenção é feito em todas as sessões um resumo de toda a situação crítica que levou aquela junção da equipa, depois temos uma evolução relativamente ao resumo dos antecedentes que são agora mais tidos em conta, tendo um aumento de 33,3 % para 70 % e também houve uma pequena redução a nível de julgamentos efetuados.

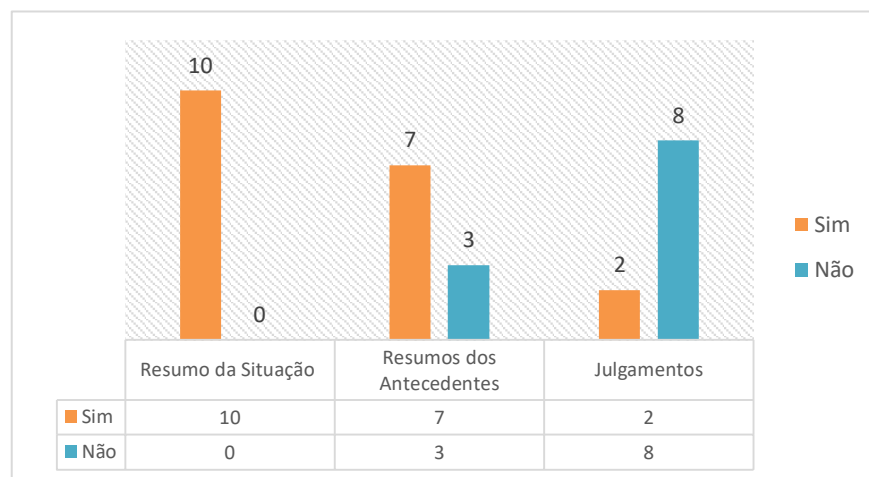


Gráfico 12 - Observação efetuada na Fase 1 - Reação após intervenção

Relativamente à fase 2 referente ao entendimento/reflexão houve um aumento a nível percentual de todos os itens, dos 10 *debriefings* que existiram após a intervenção em 70 % dos casos houve reflexão sobre o comportamento da equipa. Os itens que ficaram mais inferiores, ou seja, que foram menos discutidos foi sobre o comportamento/performance de cada profissional individualmente e sobre os pontos positivos da situação, apenas em 50% das situações foi efetuada, no entanto, existe um aumento relativamente a quando se deu início a este projeto.

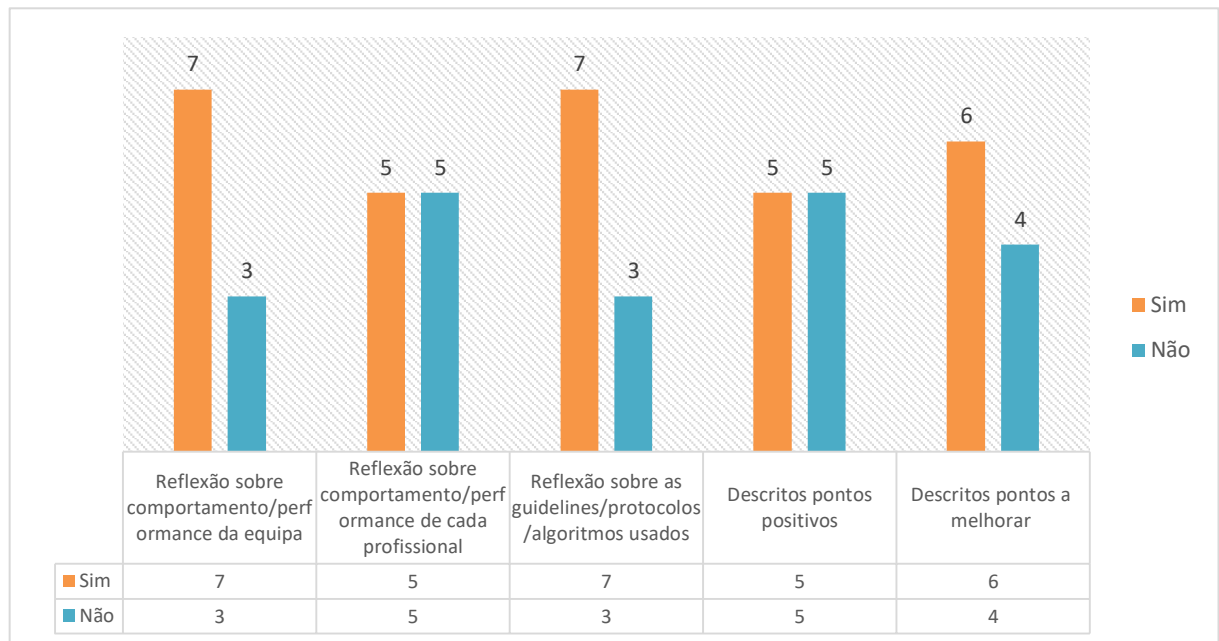


Gráfico 13 - Observação efetuada na Fase 2 - Entendimento/Reflexão após intervenção

O 14.º gráfico reflete os resultados obtidos da observação da Fase 3 do *debriefing*, relativamente ao Sumário da sessão em que houve um aumento dos dois pontos incluídos. Os aspetos a ter em conta no futuro foram abordados mais frequentemente, tendo um aumento percentual de 33,3% para 60%. No entanto continua a haver um défice no resumo das aprendizagens, apesar do aumento percentual, apenas foi feito 3 vezes em 10 *debriefings* que existiram.

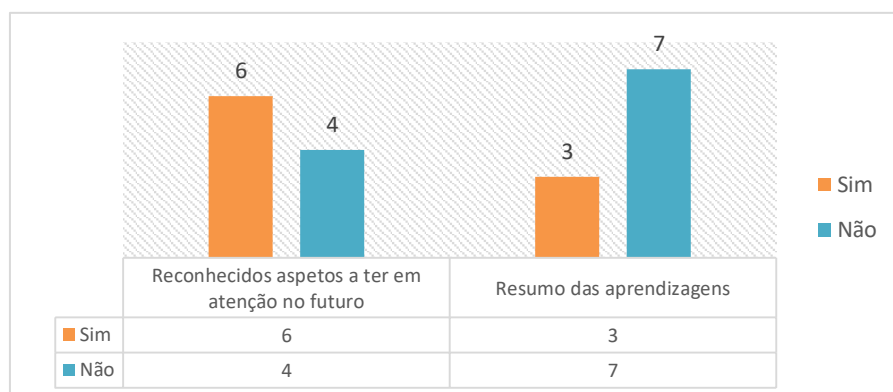


Gráfico 14 - Observação efetuada na Fase 3 - Sumário após intervenção

Para terminar os resultados obtidos é colocada de seguida uma tabela comparativa com as percentagens obtidas antes e após a intervenção junto da equipa de enfermagem do SU.

	Antes da intervenção	Após a intervenção
Foi realizado um resumo da situação experienciada?	100%	100%
Foi feito um resumo dos antecedentes da situação clínica?	33,3%	70%
Foram feitos julgamentos?	33,3%	20%
Houve reflexão sobre o comportamento/performance da equipa?	50%	70%
Houve reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente?	33,3%	50%
Houve reflexão sobre as guidelines / protocolos / algoritmos usados?	66,7%	70%
Foram descritos pontos positivos da situação?	33,3%	50%
Foram descritos pontos a melhorar no futuro?	33,3%	60%
Foram reconhecidos aspetos a ter atenção no futuro?	33,3%	60%
Foi feito o resumo das aprendizagens?	16,7%	30%

Tabela 5 - Comparação de ações na sessão de *debriefing* antes e após as intervenções

3.2.4. Discussão

Esta intervenção foi desenvolvida no seio da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HSLE, da ULSNA, constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (73%), a nível de idade encontra-se uma equipa muito homogénea, com 41% da amostra a situar-se entre os 31 e os 40 anos de idade.

Volta-se a referir que o *debriefing* é definido como um ferramenta de trabalho que auxilia na reflexão sobre a ação, contribuindo desta forma para a formação dos profissionais de saúde e consolidação dos seus conhecimentos. (Kessler et al., 2015) O que se verificou durante o estudo foi que os participantes aquando da realização do *debriefing* no diagnóstico inicial não

tinham bem perceção da importância do momento em que estavam inseridos e outra realidade que se pode verificar durante as sessões de formação, foi o desconhecimento do termo *debriefing*, referindo a maior parte que só sabiam o que seria o *briefing*.

Considera-se que houve uma boa adesão da equipa a todas as atividades propostas, pelo facto de a equipa ser dinâmica, ser estimulada continuamente para adesão a novas atividades que levem à melhoria contínua dos cuidados. O fato de recentemente terem existido diversos estágios de mestrado com intervenções no serviço, facilitou todo o processo, pela abertura dos profissionais à mudança.

Após a sessão formativa, houve uma melhoria significativa em todas as sessões de *debriefing*, quer da quantidade feita como os temas abordados durante o mesmo. Verificou-se pela amostragem uma evolução de 20% para 45% na realização de *debriefing*.

Kessler et al., (2015) descreve que um dos principais objetivos do *debriefing* na área dos cuidados de saúde é fomentar a reflexão, de modo a criar um espaço favorável à discussão sobre a ação e assim instituir mudanças no desempenho da equipa, considera-se que toda esta reflexão é facilitada com um guião por onde todos os elementos se podem orientar, isso ficou patente com a importância da colocação do poster na sala de pausa, de modo a que toda a equipa e o *team leader* do *debriefing* tenham pontos de ordem para o decorrer da sessão.

Existem autores que referem que o principal propósito do *debriefing* não seja providenciar o apoio psicológico, no entanto no decorrer da procura de evidência científica para a realização do artigo científico pode-se verificar que o *debriefing* é essencial no alívio do *stress* relacionado com os profissionais do serviço de urgência. Isso encontra-se bem parente no artigo científico que se encontra no Apêndice II. Já em 1983 Mitchell referia que o *debriefing* era um mecanismo para lidar com os problemas psicológicos e o impacto da exposição a eventos traumáticos ou com multivítimas através de um processo formalizado e demorado, conduzido por *team leader* treinados e com perícia para conduzir o mesmo.

A liderança das sessões de *debriefing* é essencial e em todos os métodos utilizados é enaltecida a importância dessa pessoa para que a mesma consiga fazer um encaminhamento correto, de forma concisa e que consiga fazer com que todos os participantes consigam usar a sessão como momento de partilha de sentimentos, emoções, dúvidas e inquietações. Também Kessler et al. (2015) refere que existe uma lacuna na formação dos profissionais qualificados para dinamizarem o *debriefing*, afirmando ainda, que o treino específico em dinamizar *debriefings* pós eventos, deverá incluir conhecimentos sobre fatores humanos, segurança dos cuidados prestados aos doentes e metodologias para promover a melhoria contínua ao nível da

qualidade. Também a nível de liderança se verificou uma evolução ao longo do projeto, sendo que na fase do diagnóstico temos as sessões dirigidas pelo *team leader* em 50% das vezes, e no final verificou-se que em 73% das sessões se verificou uma liderança durante as sessões.

Pode-se observar através dos resultados que nas três fases em que foi dividida a grelha de observação do *debriefing* se verificou uma evolução favorável dos aspetos considerados de extrema importância, tais como os antecedentes da situação, os algoritmos/protocolos e guidelines usadas, os pontos positivos e a melhorar, entre outros. Outras das alterações pertinentes que se pode verificar é a diminuição dos julgamentos efetuados. Todas as sessões devem ser aproveitadas como momento de aprendizagem e aquisição de competências e esta é uma das principais vantagens do *debriefing*, pois permite melhorar o desempenho dos profissionais de saúde em futuras situações de urgência e emergência, melhorando consequentemente os cuidados prestados e a qualidade dos mesmos.

Outra das vantagens essenciais do *debriefing* está relacionada com o trabalho em equipa e isso foi sentido e referido pela equipa no decorrer das sessões, pois ao discutirem casos e formas de atuação permitem a existência de um trabalho de equipa coeso e a melhorar aspetos relacionais como a complementaridade, a comunicação e a articulação entre todos os profissionais de saúde envolvidos. Estas competências não técnicas são referidas por Couper et al. (2013) no seu estudo. Apesar de o presente estudo estar mais centrado na equipa de enfermagem em todas as sessões de treino de *debriefing* foram convidados a integrar as mesmas os diversos profissionais presentes de urgência/emergência e em duas delas tivemos presente a equipa médica, indo ao encontro do que diz Kessler et al. (2015) que a participação de toda a equipa multidisciplinar deve ser encorajada.

Apesar de todas as vantagens conhecidas o *debriefing* não é muito utilizado no sistemas de saúde, como já referido anteriormente e por vezes para que se consiga efetuar é necessário alguém motivar constantemente a equipa e fazer a mesma sentir que o *debriefing* não é nenhum momento de avaliação, de modo a que cada profissional, não se sinta desvalorizado nem diminuído perante a equipa. Outras das dificuldades apresentadas pelos profissionais encontra-se relacionada com a gestão do tempo, porque o tempo utilizado no *debriefing*, por vezes é necessário para prestação de cuidados a outros doentes.

3.2.5. Considerações Finais sobre o Projeto

Ao longo da implementação do projeto de intervenção, foram desenvolvidas estratégias com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica.

Através de uma entrevista não estruturada com enfermeira chefe e enfermeira orientadora, aferiu-se a pertinência do *debriefing* na equipa de enfermagem. Após diagnóstico inicial através de observação direta e preenchimento de formulário de observação, foi efetuada formação e treino aplicado a todos os enfermeiros do SU do HSLE.

Todas estas intervenções pretenderam dar resposta ao objetivo geral para este estudo e considera-se que foram atingidos pela otimização das sessões de *debriefing* da equipa de enfermagem. Considera-se ainda que se conseguiu dar resposta a todos os objetivos específicos proposto no início do estudo, no entanto considera-se que onde houve maior dificuldade foi na promoção da motivação dos profissionais para as sessões de *debriefing*, apesar de a equipa se mostrar disponível e colaborante, ainda existe descrença por parte de alguns membros da equipa que as mesmas possam ser vetores de mudança.

É possível afirmar que a implementação desta intervenção e de todo o processo permitiu a aquisição de diversas competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de mestre.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo será feita uma análise das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de mestre.

A competência é a capacidade de combinar e mobilizar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser de forma a enfrentar situações complexas. Não é apenas o somatório dos saberes, mas sim a combinação entre eles, na medida em que cada tipo de saber se modifica na relação com os outros. (Le Boterf, 2015)

Existe um conjunto de competências necessárias para que um enfermeiro se torne especialista. Estas competências encontram-se divididas em 2 grupos, o grupo das competências comuns que é transversal a todas as especialidades em enfermagem e o grupo das competências específicas que possuem particularidades de cada área de especialização.

Ao longo do estágio houve a possibilidade de mobilizar conhecimentos e aplicá-los na prática de modo a resolver situações complexas que surgiram e contribuir para a aquisição de todas estas competências, bem como as competências de mestre em enfermagem. Assim sendo considera-se pertinente esta análise reflexiva sobre aquilo que foi feito pois ela constitui uma fonte de conhecimento, permite apreciar a qualidade dos atos desempenhados, possibilita mudança e, como tal, representa um momento de integração de competências.

As competências de mestre acabam por estar intrínsecas nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, pelo que a sua análise e justificação pelas atividades pode ser identificada nos capítulos seguintes em conjunto com as competências de especialista.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Em 2019 a OE define em Decreto de Lei que o enfermeiro especialista é aquele que detém conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo por base a

resposta humana aos processos de vida, bem como aos problemas de saúde, demonstrando um nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisões, traduzido em competências científicas, técnicas e humanas. A OE define ainda que as competências especializadas advêm do aprofundamento e aperfeiçoamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais.

Independentemente da área de especialização todos os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, aplicadas aos seus contextos de trabalho específicos. As competências comuns do Enfermeiro Especialista estão organizadas em 4 domínios principais. Os domínios são: a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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 Mestre n.º 3

Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Considera-se que a responsabilidade profissional esteve presente ao longo de todo o Estágio Final, através de simples aspetos como a assiduidade, pontualidade, esclarecimento de toda e qualquer dúvida, debate de ideias com a Enfermeira supervisora e restantes membros da equipa multidisciplinar, sempre com o sentido de proporcionar ao doente cuidado de excelência, respeitando a vontade da pessoa/família e agindo de acordo com os limites éticos e deontológicos. A responsabilidade é um dever do enfermeiro e isso está bem presente na Deontologia Profissional (OE, 2015b).

Para dar resposta às competências supracitadas, para além da mobilização dos conhecimentos adquiridos anteriormente na etapa teórica do curso, foram colocadas em práticas no decorrer do estágio algumas estratégias. Foi essencial o aprofundamento dos conhecimentos deontológicos e éticos através da consulta de documentos (Deontologia Profissional – capítulo VI da Lei 156/2015 de 16 de setembro, Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoas em situação crítica e o REPE- decreto-lei n.º1361/96 de 4 de setembro de 1996), os quais permitiram dar suporte a decisão baseada em princípios, valores e deontologia.

A Declaração dos Direitos do Homem (1948), no seu artigo 1.º dizia que: "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir uns com os outros num espírito de fraternidade.", assim sendo ao longo do estágio foram mobilizados conhecimentos da deontologia para aplicação na prática diária e na planificação das atividades de enfermagem com a preocupação constante de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa, tal como nos refere Nunes, L em 2008: "Esta dignidade humana é o pilar sobre qual devemos sempre guiar as nossas ações e intervenções relacionadas com a saúde e ser por consequência nossa prioridade".

Os cuidados prestados no SU tiveram sempre em conta a segurança, privacidade e dignidade dos doentes. Houve sempre um cuidado de tratar cada pessoa como um ser único e individual com os seus valores, crenças e desejos, características e particularidades associadas, sem descurar a sua proteção e o seu bem-estar, sempre com sentido no melhor interesse do doente. Princípios como a justiça, beneficência e a não maleficência também estiveram subjacentes às decisões e comportamentos adotados.

O artigo 105º (Lei n.º 156/2015) do dever de informação foi outro dos artigos bastante desenvolvido ao longo do estágio, uma vez que os doentes e familiares do doente crítico solicitam frequentemente informações atualizadas sobre o estado do seu familiar. Ao doente consciente e orientado foi fornecida informação relativamente aos cuidados prestados e à sua situação clínica, por forma a respeitar a sua autonomia, liberdade e dignidade. Sempre que possível foi feita parceria com o doente na resolução de problemas diagnosticados. Tal como refere Nunes, L. (2017) quando os enfermeiros "informam, explicam, estão a capacitar as pessoas, a dotá-las de conhecimentos e de perspetivas para suportarem a sua tomada de decisão". (p.31). Quando os doentes não comunicavam ou se encontravam mais desorientados a conduta não foi alterada no sentido de garantir o seu bem-estar, estabilização, conforto, dignidade e privacidade.

Esta cedência de informação ao familiar ao mesmo tempo que se mantém a confidencialidade no SU onde se realizou o estágio nem sempre é fácil, pela estrutura física do serviço não permitir ter um espaço próprio para o efeito, no entanto existe a necessidade de se ter mais atenção a todo o ambiente que nos rodeia, escolhendo sítios mais isolados e resguardado para garantir esta confidencialidade, utilizando por exemplo a sala de pausa ou algum gabinete que se encontre disponível.

Todo o percurso académico feito até este ponto contribuiu para a concretização deste domínio, nomeadamente, o trabalho realizado na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem com a temática “Diretivas Antecipadas de Vontade” e o trabalho realizado em Médico-Cirúrgica 1, referente à comunicação de más notícias, pois foram importantes na aquisição de conhecimentos, os quais puderam ser agora transpostos para a prática.

Por ter sido diagnosticado um défice grande de conhecimento acerca das diretivas antecipadas de vontade quer por parte de profissionais de saúde, quer por parte dos utentes e tendo por base o trabalho efetuado na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, foi efetuada formação aos enfermeiros do serviço através de apresentação de um poster que foi afixado num dos corredores do serviço. O plano de formação pode-se encontrar no Apêndice XII e o poster no Apêndice XIII. De forma a dar resposta à necessidade educativa da comunidade, foi elaborada uma sessão de esclarecimento à população através da colocação de um cartaz sobre as DAV's (Apêndice XIV) e distribuição de *flyers* iguais ao cartaz na sala de espera aos utentes. O plano desta ação encontra-se no apêndice XV.

Na realização do Projeto de Intervenção foram tidos em conta a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos. Após autorização do Conselho de Administração cada participante da amostragem recebeu um consentimento informado, livre e esclarecido, para participar num estudo de investigação, seguindo a norma n.º15/2013 da DGS (de acordo com a declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo) (Apêndice VIII). Para além disso foram feitos pedidos de autorização ao Conselho Técnico Científico do Instituto Politécnico de Portalegre (Apêndice VI) e ao Conselho de Administração da ULSNA. (Apêndice V)

Após esta reflexão considera-se que a ética e a responsabilidade são fortes pilares na prática de cuidados, resultando a experiência a aquisição de competências. De ressaltar o facto de ao longo do estágio terem existido oportunidades de discutir com a equipa todas estas questões éticas e refletindo frequentemente sobre as situações permitiram um crescimento pessoal e profissional nesta área.

Assim, perante tudo o exposto anteriormente considera-se ter adquirido e desenvolvido competências no domínio ético e legal do enfermeiro especialista e a competência n.º 3 de mestre em enfermagem.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

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

B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro

- Competência de Mestre

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

5. Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

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

A qualidade é um conceito muito difícil de definir, devido ao grau de subjetividade que lhe está subjacente. A qualidade só se atinge com o esforço contínuo de todos para fazer o bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos. (Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira, 2005)

O Ministério da Saúde mais recentemente define a 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, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (2015 a, p.13551)

Tem sido uma preocupação constante da Ordem dos Enfermeiros a melhoria contínua da qualidade, com a criação em 2001 dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

onde surgem os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem), os quais pretendem funcionar como um instrumento que ajude a precisar o papel do enfermeiro. (OE, 2001). Anos mais tarde, precisamente em 2015 a OE publica o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde se acresce um enunciado descritivo aos já apresentados, a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados. Estes padrões de qualidade nortearam a atuação ao longo do estágio e para tal foi preciso recorrer aos mesmos, principalmente no início do estágio.

Durante a primeira semana de estágio, houve necessidade de realizar uma reunião com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora de modo a identificar os projetos implementados na área da qualidade a nível da instituição e serviço, clarificar as intervenções a efetuar e o modo de incentivar a equipa na participação ativa dos mesmos. Foi também durante esta reunião que resultou o tema para desenvolver o projeto de intervenção no serviço, com vista a uma melhoria contínua no serviço, pois a qualidade é e tem de ser uma prioridade em saúde, pelo que a promoção e implementação de programas de melhoria se torna essencial.

Para o desenvolvimento desta competência foi necessário recorrer à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que tem com objetivo assegurar as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, respeitando as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, equidade, segurança, adequação, continuidade e respeito pelo doente, ou seja, garantir os direitos dos doentes através da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2015b)

A nível institucional decorrem alguns projetos de melhoria contínua na área da segurança do doente, nomeadamente no que diz respeito à transição de cuidados nos serviços de urgência e notas de alta relativamente aos internamentos, onde decorreu durante o período de estágio programas de auditoria interna. As úlceras por pressão e quedas continuam a ser indicadores de qualidade na área de enfermagem e por isso mesmo a equipa de enfermagem do SU faz avaliação do risco de queda e úlcera por pressão nos doentes internados em SO, utilizando a escala de Morse e Braden, respetivamente, implementando medidas preventivas consoante o score de cada escala.

No que respeita a programas de melhoria contínua, foi elaborado um projeto para implementação no serviço, na área da segurança do doente, que está relacionado com o *debriefing* no serviço de urgência, que será descrito no capítulo anterior. Nesta área da

segurança dos doentes o enfermeiro especialista tem uma intervenção fundamental pois é da sua competência a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa:

“aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” . (Ministério da Saúde, 2015b, p. 3882-3)

Foi sobre esta linha de pensamento que foi delineado este Estágio Final. Assim procedeu-se à identificação do doente, da terapêutica e do procedimento a efetuar; identificações de situações de risco de quedas, implementando-se estratégias para a sua prevenção e implementação de práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão como já referido anteriormente, já é uma boa prática implementada no SU. Ainda no estágio houve colaboração em estratégias para prestação de cuidados seguros, prevenindo riscos, cumprimento das indicações do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Também neste âmbito foi possível a participação numa formação em serviço, a cargo de uma colega de estágio com a temática “Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente” com o objetivo de promover a segurança dos cuidados de enfermagem, uniformizar os procedimentos na preparação e administração de medicamentos endovenosos e aumentar a segurança do doente baseado nas práticas seguras.

No SU a maioria dos procedimentos encontram-se expressos em normas, protocolos, instruções de trabalho e os Procedimentos de Qualidade (PQ), de modo a que todos os profissionais atuem do mesmo modo, levando à prevenção do erro e promoção da segurança do doente. Para tal houve necessidade de consulta dos mesmos e fazer organização dos mesmos por áreas específicas, tornando o local onde estes se encontram mais prático e mais organizado.

A notificação de risco tem como objetivo melhorar a segurança dos doentes, a partir da análise de situações que poderiam ter provocado ou provocam dano ao doente, durante o estágio foi possível identificar riscos, reportá-los para a unidade de gestão de risco, foram efetuadas duas notificações de risco no programa de notificação local da instituição (SAGRIS), um clínico, relacionado com um defeito no lote das algália em uso e outro não clínico, relativo à queda de água perto da porta de RX, podendo causar a queda de doentes e profissionais de saúde. Foi ainda possível incentivar e fazer ensino informal a alguns profissionais o

funcionamento do programa de notificação, desmistificando ao mesmo tempo a política punitiva. Foi diagnosticado em conjunto com a Enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira supervisora a necessidade de formação nesse sentido. Foi então feita formação em serviço a todos os enfermeiros sobre notificação do risco. O plano de sessão encontra-se no (Apêndice XVI) e no Apêndice XVII encontra-se o *flyer* que foi distribuído à equipa durante a formação e incentivo de notificação de risco.

Perante o apresentado é possível afirmar que, já se assume um papel de dinamizador de projetos institucionais na área da governação clínica, já se concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade e já se cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, pelo que se considera que as competências neste domínio foram alcançadas.

4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

- Competência de Mestre

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

A gestão de cuidados de enfermagem é fundamental para o alcance de metas como a qualidade, a eficácia, a eficiência nos cuidados de saúde e como tal cabe ao enfermeiro gestor esse papel no cumprimento dos padrões de qualidade, neste sentido a OE através do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2015), refere que o cumprimento do enunciado descritivo da organização dos serviços de enfermagem seja garantido pelo enfermeiro gestor, uma vez que este é “o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão” (OE, 2014), gerindo, entre outros, as pessoas e outros recursos.

O trabalho realizado na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica, em parceria com colegas de curso, acerca dos Ambientes Favoráveis à Prática Clínica, foi importante na

aquisição de conhecimentos na área de gestão de cuidados e de aspetos a ter em consideração, uma vez que um ambiente favorável à prática clínica deve ter um conjunto de características organizacionais, recursos humanos e materiais e as condições físicas adequadas, que facilitem a prática clínica, que por sua vez são determinantes na qualidade dos cuidados prestados.

A liderança é um elemento fundamental na gestão de cuidados. Assis (2010) salienta que, liderar uma equipa exige a capacidade acrescida de ir ao encontro das expectativas das organizações e dos colaboradores. Ao longo do estágio houve a oportunidade de compreender a liderança exercida do SU, a qual está bem definida e estruturada. Pode-se considerar que a atividade da enfermeira chefe do SU assenta em alguns princípios definidos por Hesbenn (2000), entre os quais, a promoção de um ambiente humanizado, organização do serviço tornando-o compatível com a equipa, comunicação e partilha de conhecimentos com os elementos da equipa, desenvolvimento de conhecimentos e atividades relacionadas com a prática de cuidados, deliberação envolvendo a equipa na gestão, partilha de sucessos e dificuldades e promoção do acesso à formação.

Durante o período de estágio sempre que necessário assumir o papel de líder adotou-se uma postura de disponibilidade, tranquilidade no sentido de se criar um ambiente harmonioso e favorável à prática. Ao longo do estágio verificou-se sempre uma disponibilidade por parte da enfermeira chefe, o que permitiu com frequência perceber técnicas utilizadas para encaminhar a equipa para a excelência de cuidados.

Na ausência da enfermeira chefe ou da enfermeira que a substitui, é o responsável de turno que assume as funções de chefia. Durante o período de estágio houve possibilidade de acompanhar com frequência diversas situações que exigiam a presença da chefia e a tomada de decisão. Para adquirir competências neste domínio foi planeado e realizados dois turnos com a Enfermeira chefe, percebendo que a maior dificuldade prende-se com a gestão de recursos humanos, essencialmente pela escassez dos mesmos.

Durante este acompanhamento da enfermeira chefe foi possível executar planos de trabalho semanais dos enfermeiros e dos assistentes operacionais consoante os postos de trabalho, utilização do Sisqual, na elaboração de horários e no acerto de troca de horário entre colaboradores e confirmação de assiduidade, utilização do GESAcomp na confirmação dos acompanhamentos feitos pelos enfermeiros. Também houve a possibilidade de dar resposta a uma reclamação, percebendo bem os passos que têm que ser executados e toda a pesquisa que tem que ser feita para dar resposta à mesma.

Para além de toda a gestão de pessoal, foi possível participar na gestão de recursos materiais, efetuando os pedidos de material de consumo clínico que são feitos nas segundas e quintas-feiras ao serviço de aprovisionamento e logística. A medicação não é pedida porque está tudo armazenado no Pyxis, sendo tudo registado e tendo a farmácia a noção concreta do que tem de repor. Foram também executados os pedidos de alimentação à cozinha dos reforços alimentares que são efetuados duas vezes na semana. A gestão de equipamento é outra área importante na qual se pôde participar. Os desfibrilhadores e ventiladores têm de ser testados diariamente de forma a garantir o seu funcionamento e isso foi efetuado com frequência.

Também nestes turnos foram adquiridos conhecimentos sobre o modo de funcionamento das aplicações informáticas disponíveis na instituição, relativamente a pedidos de consumos clínicos, informáticos, serviços de manutenção e também de assiduidade dos elementos da instituição, como já referido.

Perante todas as atividades executadas é possível afirmar que foram adquiridas competências no domínio da gestão de cuidados, considerando que é uma área para a qual existem características pessoais que facilitam esta aquisição e isso foi abordado com frequência em diálogo com a enfermeira chefe.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
 - D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.
 - D2. Baseia a sua Praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
- Competência de Mestre
 - 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
 - 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
 - 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

A reflexão é reconhecida na prática de enfermagem por apoiar os enfermeiros a reconhecer as suas forças e fraquezas (Somerville & Keeling, 2004). É importante que cada um se conheça a si mesmo, que tenha noção das suas habilidades e limites e por esse mesmo motivo considera-se que a reflexão do enfermeiro enquanto pessoa e profissional é essencial na sua prática pelo seu autoconhecimento. Também a Deontologia Profissional no artigo 109º refere que o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2005b, p.86) Considera-se que foi efetuado isso ao longo do estágio, até porque faz parte da sua personalidade essa reflexão constante. Essa reflexão foi efetuada não só isoladamente como também com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe sobre as situações ocorridas, momentos vividos, situações em que houve boa prestação e outras que necessitam de melhoria.

A humildade, perseverança, organização, capacidade de escuta, medo de falhar, teimosia, vontade de aprender, disponibilidade, responsabilidade e vontade de deixar testemunho e ser diferente são algumas qualidades e limites que definem a conduta. Todos esses fatores interferem ao longo do estágio no contacto com os utentes e com a equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio não se vivenciaram situações de conflito pelo que não foi possível identificar estratégias de gestão de conflitos como estava planeado.

O enfermeiro especialista tem de assentar as suas tomadas de decisão e intervenções em padrões de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, agindo como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo na área de investigação (OE, 2011a). Assim, considerando que todos os processos de formação são impulsos para aquisição de novos conhecimentos de enfermagem foram identificadas lacunas na formação em serviço e atuou-se como formando e formador ao longo do estágio.

Enquanto formando foi possível participar nas seguintes formações em serviço:

- Precauções Básicas de Segurança
- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma DGS 001/2017);
- Apresentação e funcionamento de um novo ventilador;
- Apresentação do Manual de Boas Práticas – “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência”;
- Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente;
- Medidas de conforto no Serviço de Urgência;
- Atuação dos enfermeiros no SU em situação de catástrofe.

Enquanto formador foi possível realizar as seguintes formações em serviço:

- Diretivas Antecipadas de Vontade para Enfermeiros
- Diretivas Antecipadas de Vontade para Utentes
- Notificação de Risco
- Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde
- *Debriefing* no serviço de urgência para a segurança do doente crítico.

A meta deve ser atuar sempre com a evidência científica como base, exigindo isso uma pesquisa constante de modo a prestar cuidados especializados, seguros e competentes e isso foi feito ao longo do estágio. Outro dos momentos que contribuiu para esta aquisição de conhecimentos foi a realização dum artigo científico e para tal houve a necessidade de realizar uma revisão scoping com o título: “Importância do *debriefing* nas salas de emergência. Uma revisão scoping” como elemento de avaliação e que se encontra disponível no Apêndice II. Para a realização deste artigo foi importante no decorrer do mestrado a UC de Investigação em Enfermagem, na medida em que permitiu a aquisição de conhecimentos do modo de efetuar pesquisa mais atualizada e a efetuar compilação de informação, através das diferentes revisões existentes.

Concluiu-se que os cuidados foram prestados de forma assertiva e competente e que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais garante práticas seguras e de qualidade, contribuindo desse mesmo modo para o desenvolvimento pessoal e profissional. Assim considera-se ter adquirido e desenvolvido competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

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

De acordo com o Regulamento n.º 26/2019 da OE, as competências específicas

“são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (2019, p.4745)

Ter competências numa área específica significa que se dispõe de ferramentas próprias, as quais são mobilizadas para responder a determinadas situações, com determinado grau de complexidade, neste caso a dar resposta à pessoa em situação crítica, ou seja, aquela em que a 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. (OE, 2018, p.19362)

- Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

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

- Competência de Mestre

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

4. Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362). É deste modo que é exigido ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – a pessoa em situação crítica que, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e respetiva família ou pessoa significativa, mobilize conhecimentos e habilidade para dar resposta num tempo adequado e de forma holística. (OE, 2018)

Perante o descrito anteriormente entende-se rapidamente que o doente em situação crítica é um doente instável e que a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica e cabe ao enfermeiro a identificação, antecipação e atuação sobre os focos de instabilidade. Isto decorreu no acompanhamento da enfermeira orientadora pelos

diferentes postos para onde esta estava escalada nos turnos, sendo que poderia ser variado entre a triagem, balcão ou SO. Foram prestados cuidados a doentes com problemas respiratórios, doentes politraumatizados, doentes com síndrome coronário agudo, hipoglicemias graves, entre tantos outros focos de instabilidade.

Foram algumas as situações onde se colocaram em prática os aspetos referidos e nas quais foi necessário uma avaliação ABCDE, monitorização, vigilância e registo horário de sinais vitais, monitorização hemodinâmica, aspiração de secreções, registo horário de débito urinário, identificação de alterações no padrão apresentado e comunicando-as, administração e gestão de toda a terapêutica prescrita, manutenção de drenagens abdominais e torácicas, administração de alimentação entérica e parentérica e colheita de diferentes produtos orgânicos para análise bacteriológica. Perante todas estas técnicas que foram efetuadas e outras tantas que não houve a possibilidade de realizar nos turnos efetuados entende-se facilmente que também o enfermeiro de urgência tem que estar capacitado para uma prestação de cuidados com elevada competência.

Para dar suporte a toda a prática e destreza manual que é exigido a um enfermeiro é necessário um vasto suporte teórico e para tal foi feita pesquisa bibliográfica sobre doente crítico, de modo a aumentar o corpo de conhecimentos teóricos, este suporte teve também por base toda a teoria abordada nas UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem e a UC Enfermagem Médico-cirúrgica 2. Todas as dúvidas foram encaradas como oportunidades de investigação, sendo que todas as experiências e dificuldades foram partilhadas com a equipa multidisciplinar, principalmente com a enfermeira orientadora, sendo alvo de reflexão e conseqüentemente, contribuindo para melhores cuidados ao doente crítico.

O Estágio em Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos 1 do Hospital Universitário de Badajoz, integrado no primeiro ano de mestrado também foi muito importante na aquisição de conhecimentos sobre ventiladores, monitores, equipamentos de hemodiálise, monitor de pressão intracraniana, entre outros equipamentos importantes em doente crítico. Outra oportunidade educativa foi o cuidar de doentes com perfusão de sedativos, amins e analgésicos e sob suporte ventilatório invasivo ou não invasivo originados de processos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo essencial no desenvolvimento desta competência de enfermeiro especialista.

Este corpo de conhecimentos teóricos e práticos também foi fortalecido ao longo do mestrado com os dois cursos teórico-práticos que integraram a UC Enfermagem Médico-cirúrgica 4. Anteriormente já se tinha frequentado um curso de SAV, promovido pela ULSNA, mas durante o mestrado foi possível relembrar e reforçar o conhecimento com o Suporte

Avançado de Vida, curso concluído com sucesso, conforme comprova o Anexo III, este curso permite uma maior confiança durante situações de paragem cardiorrespiratória (PCR). Durante o estágio foi diagnosticado algumas dificuldades, por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar, no cumprimento dos algoritmos de SAV e diagnosticado que o cartaz que estava na sala de reanimação necessitava de atualização, foi efetuado novo cartaz com algoritmo atualizado. (Apêndice XVIII). O outro curso que se considera essencial foi o International Trauma Life Support (ITLS), o qual permitiu ter grande noção dos primeiros cuidados a ter em trauma, principalmente quando não existia conhecimentos nem aptidões prévias suficientes. Este curso também foi concluído com sucesso. (Anexo IV).

Relativamente à gestão da dor, não foram sentidas grandes dificuldades significativas na implementação das atividades, sendo identificadas situações de presença de dor e usando-se medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. É utilizada a escala numérica da dor nos doentes orientados e com capacidades de resposta e sempre que identificadas situações de dor e mal-estar, administrados analgésicos prescritos ou comunicado com o médico de urgência. Foram utilizados posicionamentos e medidas de conforto como medidas não farmacológicas. Sempre com o fim de promover o alívio e bem-estar do doente crítico.

A vivência de situação crítica provoca alterações emocionais não só nos doentes, mas também nos familiares surgem sentimentos como a tristeza, o medo, a desmotivação e a ansiedade. É essencial que criemos empatia e nos coloquemos no lugar do outro, que também precisaríamos de apoio, atenção e informações atualizadas e nos lembremos disso na nossa relação com o outro, pois a gestão da comunicação é outra unidade de competência do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. O enfermeiro pode transformar o processo de incerteza pelo qual o doente e família estão a passar e torná-los parceiros no processo de saúde/doença, mostrando disponibilidade de escuta e usando todas as técnicas de relação de ajuda que conhecemos.

De modo a enriquecer o estágio com a abordagem à pessoa em situação crítica foi realizado um estágio de observação em meio do INEM, nomeadamente dois turnos na ambulância SIV de Elvas. A SIV composta por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), integrada no SU de Elvas e dispõe de enfermeiros que integram os quadros da ULSNA e outros do INEM. Foram apenas três as ativações ocorridas (Protocolo de Dispneia, Dor torácica e Alteração do Estado de Consciência, que a chegada se verificou PCR), sendo essenciais para compreender a dinâmica e a relação entre o enfermeiro, TEPH na abordagem à vítima. Foi possível conhecer os materiais e equipamento que compõem a carga dos meios,

compreender os protocolos existentes no meio SIV, aprender de que forma são regulados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e aplicados na situação em questão. Foi também possível a confirmação de equipamentos e materiais existentes na ambulância e na mala de emergência através da *check-list* existente e reposição dos mesmos. Antes dos turnos foi ainda possível explorar o programa INEM TOOL for EMERGENCY ALERT MEDICAL SYSTEM (iTeams) por documentos fornecidos pela enfermeira chefe e que tem como função a otimização do registo clínico, ter scores de alerta precoce e ser uma ferramenta de avaliação.

Resumindo, cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica exige aos enfermeiros, conhecimentos, habilidades a nível de observação, antecipação, definição de prioridades e destreza manual e também atitudes dignas de um profissional de saúde, em quem as pessoas confiam. É essencial que o enfermeiro saiba lidar com o inesperado, para agir de forma imediata, segura e eficaz.

- Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

A catástrofe, de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (2015) é definida como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas na totalidade do território nacional” (p.5316). Considera-se um acontecimento rápido e súbito, a maior parte das vezes imprevisível, que provoca destruição do ponto de vista humano, material e económico.

O Regulamento 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Situação Crítica, refere que a emergência multi-vítima, é definida como uma situação que envolve um elevado número de vítimas, alterando o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. A esta situação associam-se procedimentos médicos de emergência, que pretendem salvar o maior número de vidas, proporcionando o melhor tratamento e fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

Para ambas as situações acima descritas, é essencial que o enfermeiro esteja capacitado para dar uma resposta adequada a estas situações e em especial ao EEEPSC que seja capaz de gerir equipas, de forma sistematizada. De forma a alcançar o supracitado foram desenvolvidas algumas atividades. Deu-se início por uma pesquisa bibliográfica em bases de dados, foi verificado junto da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe o que existia em termos de catástrofe, tendo sido feita uma leitura dos planos existentes na instituição (Plano de Emergência). Outra das atividades que fortaleceram a aquisição desta competência foi o acompanhamento próximo de um projeto de estágio de uma colega de estágio de mestrado, com o tema “Melhoria contínua na intervenção em catástrofe no SU”, onde pôde verificar que muitos elementos da equipa de enfermagem não conhecem o plano, nem têm conhecimento de como atuar em situações de catástrofe. Uma das atividades em que se pode participar foi na formação elaborada pela colega com o título: “Atuação dos enfermeiros do SU em situação de catástrofe” com a duração de 1 hora.

Durante o período de estágio não se contactou com nenhuma situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, este facto fez com que não se conseguissem desenvolver intervenções no âmbito do planeamento e gestão de cuidados nestas circunstâncias. No entanto há a salientar o facto da UC EMC 3 durante a parte teórica do mestrado ter contribuído para aquisição de ferramentas no domínio desta competência, nomeadamente na realização do poster “Sistema de Triagem START – Importância na abordagem em Multivítimas” que se encontra no Apêndice XIX e o qual foi colocado durante o estágio na sala de triagem e apresentado aos colegas durante a terceira semana de Janeiro.

Esta competência foi, sem dúvida, a competência específica mais difícil de alcançar pois não surgiram oportunidades de intervir a nível de ação, no entanto foram feitos esforços no sentido de colmatar essa falta, considerando-se que se adquiriu competência para dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
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.

- Competência de Mestre

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

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como “conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Direção-Geral da Saúde, 2008).

O risco de adquirir uma IACS é universal, verifica-se em todas as instalações de cuidados de saúde e implica um internamento prolongado, incapacidade a longo prazo, aumento resistência de microrganismos a antimicrobianos, custos financeiros elevados, custos elevados para os doentes e suas famílias e aumento do número de mortes. (WHO, 2009)

Existe, em cada momento da prestação de cuidados de saúde, um risco a que profissionais de saúde e doentes estão suscetíveis: a ocorrência de IACS. De facto, se por um lado há fatores determinantes que influenciam este tipo de eventos adversos no doente como a existência de dispositivos médicos invasivos, alterações imunitárias, entre outros, também os profissionais de saúde podem ser um alvo quando determinados procedimentos de segurança não são cumpridos. Perante isto considera-se que durante o período de estágio houve sempre o cuidado de utilizar os equipamentos de proteção individual adequados a cada situação e de acordo com as condições do doente.

Perante estes fatos, assistiu-se a uma necessidade mundial de sensibilizar os profissionais de saúde sobre esta problemática e aumentar a segurança do doente e a qualidade de cuidados no que respeita a IACS, pelo que desde 2004 a OMS iniciou o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, no programa “Clean Care is Safer Care”.

“As precauções básicas de controlo de infeção são o alicerce das boas práticas clínicas que têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS” (DGS, 2016) Estas são compostas por dez itens: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2016). Ao longo do estágio adotou-se uma postura de cumprir e fazer

cumprir os pressupostos enunciados, através também da supervisão das assistentes operacionais alertando para situações que pudessem não estar tão corretas.

Durante o período de estágio houve a oportunidade de rever os procedimentos de qualidade (PQ) existentes a nível institucional, e que têm como suporte documental as normas da DGS. Os PQ da instituição que se encontram todos disponíveis na Intranet e no gabinete da enfermeira chefe, onde se encontram todos os documentos devidamente identificados nos dossiers e estão ao acesso de todos os profissionais referem-se à higienização do ambiente da prestação dos cuidados de saúde, às PBCI, higienização das mãos e vias de transmissão. Também neste âmbito foi possível integrar as sessões formativas das colegas de mestrado no âmbito de controlo de infeção, entre as quais a apresentação do Manual de Boas Práticas “Precauções de Isolamento no Serviço de Urgência” e “Da Segurança do Uso do Medicamento Endovenoso à Segurança do Doente”, com vista a promover a segurança dos cuidados de enfermagem na preparação e administração de medicamentos endovenosos no serviço de urgência.

A UC EMC 5 contribui para a aquisição desta competência do EEEPSC na medida em que permitiu a aquisição de conhecimentos acerca da temática e também pelo trabalho de grupo desenvolvido que se relacionava com o Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde, nomeadamente no local onde se realizou o estágio final no qual se tinha efetuado um plano de prevenção e controlo de infeção no qual foi diagnosticado que havia necessidade de aumentar o Índice de Qualidade no Uso de Luvas no serviço, no início do estágio em reunião com a enfermeira chefe, enfermeira orientadora e a enfermeira que é o elo de ligação com o PPCIRA, verificou-se que ainda se mantém essa necessidade, então foi de consenso geral a colocação em sítios estratégicos a colocação de pequenas sinaléticas do uso adequado das luvas, nomeadamente nos suportes onde as mesmas se encontram, essa sinalética pode-se ver no Apêndice XX.

Torna-se imprescindível que o enfermeiro especialista saiba liderar e intervir em procedimentos de controlo de infeção e após reflexão sobre as atividades desenvolvidas considera-se adquirida e desenvolvida a presente competência.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A escolha do serviço de urgência como campo de estágio fez todo o sentido na medida em que foi fulcral para a compreensão do percurso inicial do doente em estado crítico aquando da sua entrada num hospital, vertente que não existia, uma vez que todo o percurso profissional não passou pelo serviço de urgência, tendo decorrido nos serviços de internamento de Cirurgia Geral e Medicina Interna.

Assim, foi desenvolvido o projeto de estágio (Apêndice I), onde foi definido o percurso a percorrer na aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, bem como as competências de mestre, através da definição das estratégias e das atividades. Também neste projeto foram definidos indicadores de avaliação, com a função de facilitar o entendimento do momento de aquisição das competências. Os objetivos definidos foram atingidos e as atividades planeadas foram implementadas.

Campos, Faria & Santos (2010) referem que, a avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre situações e processos. É através desta que se podem replicar boas práticas, pois permite compreender os sucessos e os insucessos das atividades e projetos planeados e executados. Deste modo o processo de avaliação e controlo ao longo do estágio foi essencial ao longo do mesmo, de forma a introduzir medidas corretivas, para melhorar o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Para todo este processo de avaliação e controlo foi fulcral o contato permanente com a enfermeira supervisora e enfermeira gestora do serviço que permitiu o acompanhamento do trabalho desenvolvido, da postura, das dificuldades sentidas, das aprendizagens efetuadas e dos aspetos a melhorar. Foi assim possível fazer uma auto e hétero avaliação regular e mais informal, efetuando uma reflexão sobre os cuidados planeados, prestados de modo a identificar pontos fortes e fracos e desenvolver estratégias de melhoria. O contato regular e disponibilidade da professora orientadora ao longo do estágio foi também importante através das suas orientações e anotações na tomada de decisões.

Formalmente, foram realizadas três reuniões entre os intervenientes acima referidos. Uma inicial para avaliação do projeto de estágio e orientações relativamente ao projeto de intervenção, uma intermédia e uma final, onde foi feito um balanço final de todo o trabalho desenvolvido e da postura mantida. Todo o desempenho relevado ao longo do estágio foi considerado para a avaliação, assim como a redação de um artigo científico (Apêndice II), apelidado “Importância do *debriefing* nas salas de emergência. Uma revisão *scoping*”, que surgiu no enlace do projeto de intervenção selecionado e desenvolvido.

Houve também necessidade de ao longo do estágio ir fazendo uma avaliação contínua do projeto de intervenção das fases que iam decorrendo ao longo do tempo, a nível formal e informal, de forma a identificar problemas e a resolver os mesmos. A avaliação final do projeto de intervenção foi efetuada com base na grelha de observação do *debriefing* feita pelo próprio, permitindo fazer uma comparação dos dados iniciais com os finais.

Considera-se que, de forma geral, foi superado o pretendido e delineado para o Estágio Final.

6. CONCLUSÃO

À medida que a sociedade, a tecnologia e a ciência evoluem também a Enfermagem vive em constante desenvolvimento, o que exige práticas diferenciadas e atualizadas, de modo a melhor satisfazer a população. Para que tal aconteça é essencial que os enfermeiros tenham a constante necessidade de se atualizarem e aprofundarem conhecimentos a nível teórico e prático.

Sob a premissa acima mencionada, percebe-se facilmente que atualização de evidência científica no enfermeiro deve ser uma constante e vai de encontro ao que foi este Estágio Final e que foi relatado e refletido ao longo deste relatório, em que foi possível enumerar e analisar de forma detalhada e crítica todas as estratégias e atividades definidas e aplicadas no decorrer do Estágio, que se iniciou com o projeto de estágio e termina com a redação do relatório. Com a concretização do mesmo foi possível tomar consciência das competências, habilidades e atitudes adquiridas ou desenvolvidas ao longo desta caminhada, que tem como objetivo final a excelência dos cuidados prestados.

A realização do Estágio Final no SU do HSLE da ULSNA, bem como estágio de observação na SIV permitiu o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEEPSC e das competências de mestre já analisadas que espelham o percurso efetuado. Todas os ganhos pessoais e profissionais até aqui irão ser ferramentas essenciais para a melhoria contínua dos cuidados prestados nos ambientes de trabalho futuros.

Os enfermeiros ao estarem mais confiantes, seguros e menos ansiosos quando se deparam com situações de urgência ou emergência, consegue agir de forma diferente e mais segura e o projeto de intervenção surtiu efeito precisamente nesse sentido, uma vez que através do debate, da reflexão e da partilha conjunta que é possível através do *debriefing*, é possível que os profissionais estejam melhor preparados, mais atualizados e mais calmos, recordando situações anteriores, uma vez que a reflexão é um ato de aprendizagem constante. Considera-se que o PI foi um vetor para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, através do aumento da segurança do doente conforme objetivo do plano nacional 2015-2020,

no entanto à que ressaltar que para o aumento desta segurança e para o sucesso dos programas de prevenção de eventos adversos é essencial a participação de todos os profissionais envolvidos na processo saúde-doença, o que nem sempre é fácil de conseguir e também aqui o papel do enfermeiro especialista é importante no incentivo das profissionais na adoção de estratégias para aumento da cultura de segurança nas instituições.

O Estágio Final decorreu sem incidentes, e muito se deve à disponibilidade sempre demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, tendo sempre de destacar o acolhimento e a preocupação da enfermeira gestora e da enfermeira supervisora do estágio. No final do estágio sente-se completamente integrado no serviço e isso deve-se por todas as atividades desenvolvidas, pelas competências adquiridas e por todo o crescimento pessoal e profissional que se deu durante este período. Após o término do estágio e pelo facto de a integração no serviço ter sido um sucesso deu lugar a uma mobilização interna para o serviço de SU de modo a reforçar a equipa durante a pandemia Covid-19, por decisão das enfermeiras gestoras e do Conselho de Administração da ULSNA.

O término deste relatório é sinal que se aproxima o final desta etapa, no entanto, aguarda-se um futuro com novas experiências, oportunidades de aprendizagem, com novos desafios profissionais e novas descobertas, pois como referido no início desta conclusão é essencial que o enfermeiro viva numa busca constante e permanente, para conseguir dar resposta ao que a sociedade necessita.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (sem data). American Psychological Association 6th ed. Obtido de <http://www.apa.org>
- Aranha, M.C. (2014) Plano de Atividade de Enfermagem 2014-2016. Elvas. Serviço de Urgência, HSLE
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Obtido de <https://www.unicef.org>
- Assis, C. (2010). *O Enfermeiro Gestor: que dificuldades* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodrigues.pdf
- Campos, F., Faria, H., & Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª edição. Editora Coopmed. Acedido a 26 de abril de 2020. Retirado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>
- Costa, J. (1999). Método e percepção de cuidar em enfermagem.
- Couper, K. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing after resuscitation. *Cardiopulmonary resuscitation*. 19(3), 188-194.
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39, 1513-1523.
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A. & Pereira, M. F. C. R. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-50.

- DGS. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal] Despacho no 1400-A/2015. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Duffy, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership*. (Company Springer Publishing, Ed.) (Kindle).
- Duffy, J., & Hoskins, L. (2003). *The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms*. Advanced Nurse Science.
- Duffy, J., Kookan, W., Wolverton, C., & Weaver, M. (2015). Evaluating Patient-centered Care: Pilot Study Testing Feasibility of Electronic Data Collection in Hospitalized Older Adults. *HHS Public Access*, 27(4), 307–315. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31825ba9d4.Evaluating>
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.
- Escudero, J. M. S. (2008). Una revisión acerca del *debriefing* como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés pos traumático). *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 198-205.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing science quarterly*, 18(2), 131–135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Grupo Português de Triagem. In: Grupo Português de Triagem – Sistema de Triagem de Manchester. Acedido em 30 de março de 2020 em www.grupoportuguestriagem.pt
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incident. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociencia.
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Lavoie, S., Talbot, L. R. & Mathieu, L. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a ‘tailor-made’ solution. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1514-1522
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les Compétences Individuelles et Collectives*. (Eyrolles, Ed.) (7.a). Paris: Les Éditions d’Organisation.
- Lei n.º 743/2019, de 25 de setembro, Diário da República. Série II, n.º 284/2019. Lisboa: Assembleia da república. Retirados de : <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto, que substitui Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. Diário da República. Série I, n.º 149/2015. Lisboa: Assembleia da república. Retirado de: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/maximized>
- Magyar, J. & Theophilos, T. (2010). Debriefing critical incidentes in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 22, 499-506.
- Masters, K. (2014). *Role Development in Professional Nursing Practice* (3ª ed.). Boston: Jones & Bartlett.
- Mitchell, A. M., Sakrinda, T. J. & Kameg, K. (2003). Critical Incident stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, 1(2), 46-51.
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.

- Nunes, L. (2013). Considerações éticas – a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Retirado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/62690637.pdf>
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica, 22.
- Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. Diário da República. Série II, n.º 48. Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor. Retirado de : https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Diário da República. Série II, n.º 123. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Diário da República. Série II, n.º 135. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015), *Deontologia Profissional de Enfermagem* Disponível via OE: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.o 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República, 2a Série, (0)*, 40918–40920. Retrieved from <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/Regulamento-dos-Padrões-de-Qualidade-dos-Cuidados-de-Enfermagem-Especializados-em-Enfermagem-em-Pessoa-em-Situação-Crítica-26-06-2015.pdf>
- Perkins, G. D., Davies, R. P., Quinton, S., Woolley, S., Gao, F., Abella, B., ... Cooke, M. W. (2011). The effect os real-time CPR feedback and post event debriefing on patient and processes focused outcomes: A cohort study: trial protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19(58)*, 1-7.
- Pordata – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2013). Urgências nos hospitais Retirado de: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2005). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health, 35(13)*. Acedido a 1 de março de 2020. Retirado de <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8304/5914>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos, 15*, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Sandhu, N., Eppich, W, Mikrogianakis, A., Grant, V., Robinson, T. & Cheng, A. (2015) Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM, 15(0)*, 1-10.
- SANTOS, M. . (dos);, & LEITE, M. L. (2010). A avaliação das aprendizagens na prática da simulação em Enfermagem como feedback de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, 31(3), 552–556. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300020>

- Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12), 42–45. Acedido a 3 de março de 2018. Retirado de <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/a-practical-approach-to-promote-reflective-practice-within-nursing/204502.article>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- ULSNA, E. (2015). Regulamento-Interno-da-ULSNA.
- Venturi, K. K., Wolff, L. D. G., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado©: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280–285. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i2.8212>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof Mariana Pereira

Enfermeira Supervisora: Enf.ª Ana Mafalda Lôpo Balsas

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA HSLE – ULSNA, EPE

Autor:

Tiago Bagornilha, n. 19318

Outubro

2019

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Profª Mariana Pereira

Enfermeira Supervisora: Enf.ª Ana Mafalda Lôpo Balsas

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSLE – ULSNA,
EPE

Autor:

Tiago Bagomilha, n. 19318

Outubro

2019

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

*"Se quer viver uma vida feliz, amarre-se a
uma meta, não às pessoas nem às coisas"*

(Albert Einstein)



3

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

DAV's – Diretivas Antecipadas de Vontade

Dr.º - Doutor

Enf.ª – Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

HSLE - Hospital de Santa Luzia de Elvas

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

n.º - número

PCR – Paragem cardiopulmonar

STV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSE – ULISNA, EPE

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	7
1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	8
1.1 - RECURSOS HUMANOS.....	9
1.2 - ESPAÇO FÍSICO.....	10
2- COMPETÊNCIAS/ATIVIDADES/INDICADORES DE AVALIAÇÃO	11
3 - CONCLUSÃO	19
5 - BIBLIOGRAFIA	20

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULENA, EPE

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades e indicadores de avaliação definidos para as diferentes competências do enfermeiro especialista.....	12
--	----



Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

0 – INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final com 388h de contato no qual foi proposto a elaboração de um Projeto Individual de Estágio e como metodologia de avaliação a elaboração de um artigo contribuindo para o meu desenvolvimento não só profissional mas também pessoal. No seguimento da elaboração deste projeto, estágio e artigo segue-se a realização do relatório final.

O estágio final surge no seguimento do estágio I, que teve início em Maio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Universitário de Badajoz, onde foram desenvolvidas competências e prestados cuidados ao doente crítico e que tem o término com este estágio na urgência do HSLE.

Segundo Josso (1996) o projeto é uma procura, porque implica uma abertura da pessoa para consigo mesma e para com o ambiente que o cerca. Representa uma posição face à vida, em que se procede à autoavaliação, e se planifica de uma forma flexível em função de problemas que se identificam no desempenho.

O projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver ou estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar, assim sendo a realização de um projeto para um estágio é a planificação de um caminho a percorrer num determinado local que escolhemos por algum motivo pessoal em que são traçados objetivos de forma a ser atingidos.

Como objetivo geral deste projeto pretendo desenvolver competências específicas no cuidar à Pessoa em Situação Crítica no contexto da especialidade Médico-Cirúrgica.

Como objetivos específicos pretendo:

- Realizar uma breve descrição do local de estágio e a sua missão.
- Definir objetivos e ações a desenvolver no serviço de urgência segundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Descrever indicadores de avaliação das respetivas atividades para desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista.
- Desenvolver competências de mestre.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referenciação assenta nas normas da *American Psychological Association* [APA].

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

A ULSNA, EPE é constituída pelo Hospital Dr. José Maria Grande (HDJMG) em Portalegre, Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) e Agrupamento de Centros de Saúde. O objetivo principal da ULSNA é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população. Para além deste tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. (ULSNA, 2016)

O serviço de Urgência de Elvas, onde irá decorrer o estágio, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Está classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada na 3.º nível dos Serviços de Urgência – Relatório Reestruturação Urgências, 1996) e satisfaz todas as urgências da área Médico-Cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia (Aranha, 2014). Este serviço faz parte de um hospital com serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesia e bloco operatório e está dotado de serviços de imagiologia e patologia clínica em laboração permanente.

A missão do serviço está enquadrada na missão da ULSNA, EPE: "... promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde." (ULSNA, 2015)

Tem com visão: Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas (ULSNA, 2015)

Tem como valores: respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais, (ULSNA, 2015)

Estes são os valores da ULSNA, EPE, do serviço de urgência a que se refere e estão enquadrados no artigo 99 da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros), no n.º 1 que nos diz que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; n.º 2 são valores universais a observar na relação profissional:

a) A igualdade:



8

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) A verdade e a justiça;
- d) O altruísmo e a solidariedade;
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.

No n.º 3 são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

- a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
- c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Neste contexto, a razão de toda a sua atividade são os utentes que procuram o serviço de urgência e conta com a participação de todos os seus profissionais para manter um elevado grau de exigência. A este serviço recorrem crianças, adultos, mulheres grávidas com as mais variadas patologias médica ou cirúrgicas, sendo porta de entrada para o doente crítico na unidade de saúde. O doente que vem ao serviço de urgência e que necessita de intervenção de especialistas que o hospital não possui, são estabilizados no serviço e transferidos para os respetivos hospitais de referência, de acordo com o seu quadro clínico. Neste serviço está integrado o serviço de observação, com quatro camas, onde são internados os doentes mais instáveis, ou os doentes que necessitam de alguma vigilância por um curto período de tempo.

1.1 – RECURSOS HUMANOS

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 22 enfermeiros, sendo 1 a enfermeira chefe, 6 enfermeiras detentoras do título de especialista em Enfermagem médico-cirúrgica. A pessoa em situação crítica e os restantes 15 enfermeiros de cuidados gerais, no qual uma se encontra em horário de aleitamento. Destes enfermeiros 6 integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância – SIV, de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARSA e INEM. Faz também parte da equipa 9 assistentes operacionais, 7 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 6 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas). Para além dos especialistas existem neste serviço 2 médicos de medicina geral e familiar 24 h por dia que asseguram o atendimento geral, contratados por uma empresa de contratação de serviços.

A equipa assegura o funcionamento do serviço, distribuídos da seguinte forma:



Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio STV.

Médicos: 2 médicos de medicina Geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Administrativos: 2 no turno da manhã, e no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Para além destes recursos humanos, existe ainda uma técnica de imunoterapia e um técnico de imagiologia em presença física as 24h, assegurando o serviço de laboratório e imagiologia respetivamente. Existe também um médico radiologista que se encontra de prevenção.

1.2 – ESPAÇO FÍSICO

O serviço de urgência do HSLE é um serviço com instalações com mais de 25 anos, situa-se no 1º piso do edifício e está distribuído pelos seguintes espaços:

Zona de entrada: sala de espera e instalações sanitárias para os doentes; receção/ área de trabalho administrativo. Na sala de espera aguardam os doentes com prioridades pouco urgente e não urgente. Segue-se a sala de triagem; balcão 1 de atendimento de doente não emergente.

No lado esquerdo do primeiro corredor estão situadas: sala de diretos/reanimação; sala de pequena cirurgia; balcão 2; sala de especialidades, do lado direito o gabinete da enfermeira chefe.

A meio do segundo corredor, à direita está o serviço de observação composto por 1 sala de trabalho central e 2 salas com 2 camas cada, para internamento. Ao fundo do corredor, à direita, situa-se o balcão de ortopedia.

O serviço também dispõe de sala de arrumos, pequena copa, instalações sanitárias, sala de sujeitos, sala de pausa e base da equipa do pré-hospitalar.

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULISMA, EPE

2- COMPETÊNCIAS/ATIVIDADES/INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Este capítulo será inteiramente dedicado a apresentação das diferentes atividades que se pretendem desenvolver, não esquecendo os respetivos indicadores de avaliação, com o objetivo principal de alcançar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O enfermeiro especialista é "... um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção." (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Tendo em conta que o Estágio Final também contribui para a aquisição das Competências de Mestre, parte das atividades também serão definidas nesse sentido. É então neste capítulo que estão evidenciados os conteúdos e estratégias de intervenção profissional, definidos como um elemento necessário neste projeto.

São competências de mestre as seguintes:

- a) Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- b) Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- c) Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- d) Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- e) Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.
- f) Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- g) Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. (AESES, 2017)

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULISVA, EPE

Tabela 1 - Atividades e indicadores de avaliação definidos para as diferentes competências do enfermeiro especialista.

Objetivo	Ações planeadas	Indicadores de Avaliação
<p>Adquirir e desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar integração no serviço Prestar cuidados à pessoa que recorre ao SU 	<p>Realização de visita ao serviço de UCI acompanhado da Enfermeira Supervisora, que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentação à restante equipa multidisciplinar do serviço Conhecimento do espaço físico do serviço Conhecimento dos recursos materiais (material disponível no serviço e respetivo local de armazenamento) Conhecimento dos recursos humanos Consulta de protocolos/normas do serviço Esclarecimento de dúvidas com a Enfermeira Supervisora e enfermeira chefe 	<p>Demonstra conhecer o Serviço, o seu funcionamento, e a sua organização através da sua descrição do pré-projecto</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica autonomamente os recursos existentes no serviço que necessita para a prestação de cuidados ao fim de 3 ou 4 turnos Na prestação de cuidados cumpre / mostra conhecer as normas e orientações do serviço
<p>Competência Comuns do Enfermeiro Especialista</p> <p>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.</p>	<p>Ações planeadas</p> <ul style="list-style-type: none"> Participação na tomada de decisão em equipa, tendo como base o Código Deontológico e os princípios éticos; Planeamento e execução de atividades, demonstrando respeito pelas crenças e valores dos utentes/famílias; Colaboração com a equipa no processo de tomada de decisão; Participação na tomada de decisão autónoma e informada, respeitando-a; Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<p>Indicadores de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> Demonstra conhecimento sobre o Código Deontológico e os princípios éticos; Toma decisões tendo por base o Código Deontológico; Respeita as crenças e valores dos utentes/famílias; Colabora com a equipa nos processos de tomada de decisão; Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSN4, EPE

<p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento e prestação de cuidados, assumindo a defesa dos Direitos Humanos conforme descrito no Código Deontológico; • Promoção do direito do utente/família no acesso à informação; • Atuação no melhor interesse do utente/família; • Promoção do respeito pelos valores, crenças e direitos e deveres do utente/família; • Intervenção pelo utente/família quando não está capacitado/a, em situações que requerem decisões imediatas; • Identificação de práticas de risco, atuando no sentido da sua prevenção; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegura que os cuidados prestados respeitam os Direitos Humanos; • Facilita o acesso à informação solicitada pelo utente/família; • Atua tendo por base o melhor interesse do utente/família; • Promove o respeito pelas crenças e valores do utente/família, salvaguardando os seus direitos e deveres; • Implementa medidas apropriadas nos processos de decisão, quando o utente/família não se encontra capacitado para tal; • Identifica práticas de risco, prevenindo-as; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica na área da qualidade; • Prestação de cuidados de enfermagem com base nos Padrões de Qualidade em Enfermagem; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos na área da qualidade, aplicando-os na prestação de cuidados; • Atua de acordo com os Padrões de Qualidade em Enfermagem; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos projetos de melhoria contínua que estão em prática no SU; • Identificação de áreas que possam integrar projetos de melhoria da qualidade; • Colaboração em programas que visem a melhoria contínua da qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece os projetos de melhoria contínua em prática no SU; • Identifica áreas onde seja possível intervir na melhoria da qualidade; • Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um projeto de intervenção no SU no âmbito do pós-PCR • Elaboração de um artigo científico • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cria um projeto de intervenção a implementar no SU; • Elabora um artigo científico; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados ao utente/família de forma holística, mostrando respeito pela sua identidade individual, cultural e social; • Implementação dos princípios de relação de ajuda com o utente/família, para um aumento da confiança, conforto, empatia, privacidade e confidencialidade; • Atuação no sentido de eliminar ou minimizar o desconforto físico, psicológico e espiritual do doente crítico; • Implementação de medidas que promovam a redução de acidentes em serviço e a criação de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança; • Promover a notificação de risco clínico e não clínico no programa Sagris • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presta cuidados respeitando a individualidade do utente/família; • Integra os princípios da relação de ajuda na prestação de cuidados; • Atua de forma a reduzir a existência de erro; • Notifica e incentiva a mesma perante os pares o risco clínico e não clínico; • Incentiva os colaboradores a procurarem o serviço de saúde ocupacional, sempre que necessário. • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa de enfermagem e a articulação na equipa de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos recursos disponíveis e das normas e protocolos existentes no SU; • Colaboração com a equipa no planeamento e prestação de cuidados ao doente crítico; • Manutenção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento interpessoal; • Aumento dos conhecimentos na área do doente crítico, com vista à prestação de cuidados de acordo com a evidência científica mais recente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece os diferentes recursos, normas e protocolos existentes no SU; • Planeia e presta cuidados ao doente crítico; • Promove uma relação de confiança e segurança na equipa multidisciplinar; • Fomenta o aumento de conhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados;



Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

<p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe.. • Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e recursos; • Identificação dos modelos de gestão de recursos humanos e materiais no SU; • Observação/colaboração com o enfermeiro responsável, na gestão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento do SU, realizando 2 a 3 turnos neste âmbito; • Identificação das principais dificuldades inerentes ao processo de liderança e gestão de recursos; • Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas. • Adquire conhecimentos no âmbito da gestão de cuidados e recursos; • Reconhece diferentes métodos de gestão; • Colabora no processo de liderança e gestão de recursos e cuidados; • Assina-la entaves associados a um processo de liderança; • Utiliza os recursos disponíveis eficientemente; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de reflexão sobre o auto-conhecimento enquanto pessoa e enfermeiro; • Demonstração de capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar, utente/família; • Demonstração de capacidade de atuação sob pressão; • Desenvolvimento da capacidade de gestão de sentimentos e emoções; • Desenvolvimento da capacidade de atuar de modo assertivo e competente; • Identificação de situações de conflito e possível resolução; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece mais-valias e limites enquanto pessoa e profissional; • Possui capacidade de comunicação interpessoal; • Consegue agir de forma eficaz e eficiente em situações de maior pressão; • Demonstra capacidade de gestão de sentimentos e emoções; • Presta cuidados de forma assertiva e competente; • Identifica estratégias de gestão de conflitos, aplicando-as; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

<p>D2 – Baseia a sua praxis clinica especializada em evidencia científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre as patologias/procedimentos/técnicas/intervenções inerentes ao doente crítico; • Colaboração em projetos existentes no SU; • Identificação de necessidades existentes no SU e desenvolvimento de estratégias para as colmatar; • Prestação de cuidados, resolução de problemas e tomada de decisão com base em padrões de conhecimento científico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possui conhecimentos nas diferentes áreas de atuação inerentes ao doente crítico; • Identifica necessidades de formação; • Contribui para a melhoria dos cuidados prestados; • Faz levantamento de necessidades existentes no SU e intervém no sentido de as colmatar; • Atua de acordo com a evidência científica mais recente
<p>Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica 1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença critica e/ou falência orgânica</p>	<p>Ações planeadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado em enfermagem; • Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico; • Detecção precoce de focos de instabilidade; • Implementação do processo de enfermagem no doente crítico em fase aguda; • Implementação de projetos que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados; • Articulação com a restante equipa multidisciplinar; • Recurso a técnicas de comunicação e habilidades de relação de ajuda, no contacto com a pessoa em situação critica e/ou falência orgânica; • Acolhimento do utente/família em situação critica, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e empatia. 	<p>Indicadores de Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos na área do doente crítico; • Antecipa agravamento de situações clinicas no doente crítico; • Aplica o processo de enfermagem na sua prática; • Conhece as normas/protocolos existentes no SU; • Contribui para a melhoria dos cuidados prestados; • Interage com a restante equipa multidisciplinar, com vista à melhoria dos cuidados prestados;

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSVA, EPE

<p>2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da dor, gerindo medidas farmacológicas e implementando medidas não farmacológicas; • Promoção de informação adequada a doente e famílias sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, através de colocação de poster na sala de espera e entrega de panfletos durante um curto período de tempo. • Realizar um / dois turnos na área pré-hospitalar – SIV Elvas; • Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira supervisora, enfermeira chefe e restante equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recorre a princípios de relação de ajuda, aquando da interação com o utente/família; • Faz o acolhimento do utente/família de forma correta; • Avalia e gere a dor do ponto de vista farmacológico e não farmacológico; • Informa doente / famílias sobre DAV's • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; • Colocação de poster Triagem Start – abordagem a multivítimas na sala de triagem; • Análise do plano interno de emergência do HSLE, em caso de catástrofe e/ou emergência; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possui conhecimentos em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima; • Conhece o plano interno de emergência do HSLE; • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
<p>3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos; • Análise das normas e protocolos existentes no SU no âmbito da prevenção e controlo da infeção; • Identificação das necessidades do SU na área da prevenção e controlo da infeção; • Maximizar informação junto dos pares o correto utilização de luvas consoante a pirâmide da DGS, para um uso correto de utilização das mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos na área da prevenção e controlo da infeção; • Conhece as normas/protocolos existentes no SU no âmbito da prevenção e controlo da infeção, atuando nesse sentido; • Reconhece as necessidades existentes no SU na área da prevenção e controlo da infeção, definindo estratégias para as colmatar;

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULSNA, EPE

	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de estratégias para prevenção e controlo da infeção, tendo em conta as necessidades detetadas; • Execução de procedimentos respeitando as normas existentes; • Reflexão individual e partilha com a enfermeira supervisora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula o correto uso de luvas pelos profissionais de saúde; • Supervisiona e estimula a equipa a cumprir os procedimentos necessários perante as medidas de isolamento • Reflete e avalia as atividades desenvolvidas.
--	---	--



Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – UL28N4, EPE

3 - CONCLUSÃO

Analisando retrospectivamente a realização deste projeto, conclui-se que este constitui uma ferramenta de trabalho que será extremamente útil nos próximos meses, facilitando o planeamento de atividades, possibilitando a compreensão efetiva do porquê da realização de cada uma delas, sendo igualmente possível clarificar os objetivos que se pretende alcançar. Assim sendo, pode-se afirmar que o presente trabalho é um instrumento importante em todo o processo de aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre.

O que foi projetado neste documento, pretende ser um guia orientador para a prática ao longo destes meses, que será discutido com a enfermeira supervisora e enfermeira chefe de modo a que, o que foi planificado, seja conhecido, aprovado e ajustado. Algumas atividades poderão estar condicionadas pelo tipo de doentes que tenha oportunidade de cuidar. Convém relembrar que o projeto é um documento flexível, estando deste modo sujeito a alterações necessárias.

A análise de tudo o que foi projetado neste documento será feita no relatório a entregar após o Estágio Final

Projeto Individual de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE – ULNSA, EPE

5 - BIBLIOGRAFIA

- APA (Internet). American Psychological Association
- Aranha, M.C. (2014) Plano de Atividade de Enfermagem 2014-2016. Ehas. Serviço de Urgência, HSLE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.
- Ordem Enfermeiros b) (2015). REPE Estatuto Ordem Enfermeiros,
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, Nº 26.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2ª série, Nº 135
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percurso*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- ULNSA, EPE (2016). Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Disponível em : <http://www.ulnsa.mim-saude.pt>

APÊNDICE II – Artigo Científico – Importância do *Debriefing* nas Salas de Emergência. Uma Revisão Scoping.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Relatório Final

Docente: Prof^a Mariana Pereira

Enfermeira Supervisora: Enf.^a Ana Mafalda Lópo Balsas

IMPORTÂNCIA DO DEBRIEFING NAS SALAS DE EMERGÊNCIA. UMA REVISÃO SCOPING

Autor:

Tiago Bagornilha, n. 19318

Janeiro

2020

Importância do debriefing nas salas de emergência



Importância do debriefing nas salas de emergência

Importance of debriefing in emergency rooms

Importancia del debriefing en salas de emergencia

Tiago Oliveira Bagomilha¹, Ana Lôpo Balsas², Mariana Pereira³

1. Enfermeiro da ULSNA, EPE, mestrando em Enfermagem de Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal
2. Enfermeira da ULSNA, EPE, especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica – Orientadora de Estágio
3. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Membro do Centro de Investigação Interdisciplinar Aplicada em Saúde (CIAS)

Resumo

Objetivo: Pretende-se analisar artigos científicos que deem resposta a seguinte questão "Qual a importância do debriefing nas salas de emergência?".

Métodos: Realizada revisão scoping da literatura com pesquisa em motor de busca de base de dados informatizada e certificada EBSCO (MedLine, CINAHL e Cochrane Central Register of Controlled Trials), usando como descritores da mesma as seguintes palavras chave: *Debriefing* e *Emergency service*, de forma a relacionar o conhecimento disponível em estudos prévios, identificando-se elementos semelhantes e divergentes. Assim sendo, foram seleccionados 5 estudos de natureza qualitativa: 4 de cariz observacional e 1 revisões Integrativa da literatura.

Resultados: Na maioria dos estudos, o debriefing foi apontado como fator de melhoria das habilidades técnicas e não técnicas, sendo a comunicação um dos pontos principais. Outro aspeto de enfoque foi a reflexão, quer individual, quer em grupo. Uma vez que é um ponto chave para o desenvolvimento de estratégias de coping para ultrapassar situações de frustração e momentos difíceis enquanto profissionais de saúde.

Conclusão: O debriefing e a prática simulada são excelentes métodos de aprendizagem individual, em equipa e de reflexão pessoal sobre os cuidados prestados, aspetos a melhorar e formas de prevenir o desgaste emocional dos profissionais. O debriefing, graças à análise das sessões, gera melhoria contínua dos cuidados e consequentemente uma maior segurança dos mesmos.

Palavras-chave: *Debriefing*, Serviço de Emergência

Abstract

Objective: We aim to analyze scientific articles that answer the following question “What is the importance of debriefing in emergency rooms?”.

Methods: A scoping review of the literature was carried out using a search engine using a computerized and EBSCO certified database (MedLine, CINAHL and Cochrane Central Register of Controlled Trials), using the following keywords as descriptors: Debriefing and Emergency service. In order to relate the knowledge available in previous studies, identifying similar and divergent elements. Therefore, 5 qualitative studies were selected: 4 observational and 1 Integrative literature reviews.

Results: In most studies debriefing was identified as a factor for improving technical and non-technical skills, with communication being one of the main points. Another aspect of focus was reflection, both individually and in groups, since it is a key point in developing coping strategies to overcome situations of frustration and difficult times for health professionals.

Conclusion: Debriefing and simulated practice are great methods for individual, team learning and personal reflection on the care provided, aspects for improvement and ways to prevent emotional distress of professionals. Debriefing thanks to the analysis of the sessions, generates continuous improvement of care and consequently its greater safety.

Keywords: Debriefing; Emergency Service

Resumen

Objetivo: Se pretende analizar artículos científicos que respondan a la siguiente cuestión: ¿Cuál la importancia del debriefing en las salas de emergencia médica?

Métodos: Se realizó una revisión *scoping* de la literatura utilizando un motor de búsqueda utilizando una base de datos informatizada y certificada por EBSCO (MedLine, CINAHL y Cochrane Central Register of Controlled Trials), utilizando las siguientes palabras clave como descriptores: Debriefing y Emergency service, para relacionar el conocimiento disponible en estudios previos, identificando elementos similares y divergentes. Por lo tanto, se seleccionaron 5 de naturaleza cualitativa, 4 observacionales y 1 revisión integrativa de literatura.

Resultados: En la mayoría de los estudios, el resumen de instrucciones de seguridad ha sido señalado como factor de mejora de habilidades técnicas y no técnicas, teniendo como característica principal la comunicación.

Otro enfoque ha sido la reflexión, tanto a nivel individual, como en grupo. Se constituye como punto clave en el desarrollo de estrategias de cooperación en la superación de situaciones de frustración y momentos difíciles para los profesionales de la salud.

Conclusión: El debriefing y las prácticas simuladas son métodos importantes en el aprendizaje individual, en equipo y de reflexión personal e individual sobre los cuidados prestados, los aspectos que se deben mejorar y como forma de prevención del desgaste emocional de los profesionales. El resumen de instrucciones, de acuerdo con el análisis de las sesiones, genera mejora continuada de los cuidados y, como consecuencia, una mayor seguridad en los mismos.

Palabras llave: debriefing, Servicio de Emergencia

APÊNDICE III – Apresentação Projeto na ESSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico

Serviço de Urgência do HSLE
ULSNA, EPE

Estudante: Tiago Bagorilha
Orientadora: Ana Mafalda Balsas
Docente: Mariana Pereira

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico

Problemática:

O *debriefing* é uma **reflexão estruturada** após uma experiência ou uma simulação que conduz as pessoas a uma reflexão sobre a ação e que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Assume assim um papel fundamental nos serviços de urgência, uma vez que estes dão resposta aos doentes críticos.

Em qualquer simulação a fase do *debriefing* é um **processo intencional, é projetado para coordenar, fortalecer e transferir aprendizagens.**

Perante isto o *debriefing* tem como objetivos centrais a **identificação de diferentes perceções e atitudes** que ocorrem, **relacionar o exercício com a teoria específica, dar feedback acerca da natureza e da prática durante o cenário**, estabelecendo um clima que permita confiança e conforto.

Objetivo geral:

- Otimizar o desempenho da equipa de enfermagem nos *debriefings* no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico.

O projeto de intervenção tem com linha de investigação a segurança do doente crítico.

Palavras-chave: *Debriefing*, serviço de urgência, enfermagem, doente crítico, prática simulada.

Será construída e aplicada uma grelha de observação de *debriefing*, por forma a perceber o desempenho dos enfermeiros sobre a temática

Após diagnóstico da situação será realizado um plano de intervenção de acordo com as novas *guidelines* e aplicado à equipa de enfermagem através de prática simulada e formação, de forma a garantir o melhor desempenho dos enfermeiros em situação real, garantindo simultaneamente a segurança do doente

Para avaliar os resultados, serão realizados momentos de avaliação baseado na grelha de observação inicial utilizada.



CRONOGRAMA DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES:

ATIVIDADES	MESES/ANO															
	Outubro 2019				Novembro 2019				Dezembro 2019				Janeiro 2020			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Reunião com Enf.ª Chefe e Enf.ª Supervisora	X															
Reunião com docente responsável, Enf.ª chefe e Enf.ª supervisora		X														
Elaboração da proposta de projeto de intervenção ao Conselho de Administração da ULSNA	X															
Entrega da proposta de projeto de intervenção ao Conselho de Administração da ULSNA			X													
Elaboração dos instrumentos de recolha de dados					X	X										
Aplicação dos instrumentos de recolha de dados							X	X								
Análise dos dados obtidos									X	X						
Definição de estratégias de melhoria									X	X						
Realização de formação em serviço											X		X			
Aplicação pela equipa das estratégias apresentadas												X	X	X	X	
Avaliação dos resultados															X	X

APÊNDICE IV – Grelha de Observação do *Debriefing*



Formulário de Observação de <i>Debriefing</i> no Serviço de Urgência		
Observador: _____		
Data: _____		
Hora de Início / Fim: _____ / _____		
Tempo do <i>debriefing</i> : _____		
	Executado	Não executado
Decorreu em ambiente calmo e isolado?		
Foi liderado pelo <i>Team Leader</i> ?		
Fase 1 – Reação		
Foi realizado um resumo da situação experienciada?		
Foi feito um resumo dos antecedentes da situação clínica?		
Foram feitos julgamentos?		
Fase 2 – Entendimento/Reflexão		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance da equipa?		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente?		
Houve reflexão sobre as guidelines / protocolos / algoritmos usados?		
Foram descritos pontos positivos da situação?		
Foram descritos pontos a melhorar no futuro?		
Fase 3 - Sumário		
Foram reconhecidos aspetos a ter atenção no futuro?		
Foi feito o resumo das aprendizagens?		

Fonte: Própria com base na Estrutura Básica do *Debriefing*

APÊNDICE V – Solicitação de parecer à Comissão de Ética e autorização de estudo

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
de Administração da ULSNA, EPE

Assunto: Solicitação de parecer à Comissão de Ética e autorização do estudo

Eu, Tiago Miguel Oliveira Bagomilha, enfermeiro da ULSNA, EPE, a exercer funções no Serviço de Medicina Ala Direita do Hospital de Santa Luzia de Elvas com o n.º mecanográfico 2369, venho por este meio solicitar parecer e apreciação do meu projeto à Comissão de Ética da referida instituição.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 5622/2016, publicado a 2 de maio de 2016 no n.º 84 Do Diário da República – 2.ª série, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, integrada no Instituto Politécnico de Portalegre encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia em Elvas com início a 17 de setembro de 2019 e com término a 31 de janeiro de 2020.

Este estágio prevê a realização de um projeto de intervenção com metodologia de investigação em serviço, e após reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora foi auferida a necessidade de desenvolver uma prática reflexiva através de um *debriefing* da equipa de enfermagem no serviço de urgência com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. O projeto de intervenção com metodologia de investigação, sob orientação científica da Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, tem com linha de investigação a segurança do doente crítico e como objetivo geral promover a segurança do doente crítico através da otimização do desempenho da equipa de enfermagem no *debriefing* no serviço de urgência.

O *debriefing* é uma reflexão estruturada após uma experiência ou uma simulação que conduz as pessoas a uma reflexão sobre a ação e que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Assume assim um papel fundamental nos serviços de urgência, uma vez que estes dão resposta aos doentes críticos. Em qualquer simulação a fase do *debriefing* é um processo intencional, é projetado para coordenar, fortalecer e transferir aprendizagens. Perante isto o *debriefing* tem como objetivos centrais a identificação de diferentes perceções e atitudes que ocorrem,

relacionar o exercício com a teoria específica, dar feedback acerca da natureza e da prática durante o cenário, estabelecendo um clima que permita confiança e conforto.

Para justificar a necessidade deste projeto será construído e aplicado um formulário de observação de *debriefing* (*check-list*), que se encontra no anexo II, por forma a perceber o desempenho dos enfermeiros sobre a temática. Após diagnóstico da situação será realizado um plano de intervenção de acordo com as novas *guias* e aplicado à equipa de enfermagem através de prática simulada, de forma a garantir o melhor desempenho dos enfermeiros em situação real, garantindo simultaneamente a segurança do doente. Posteriormente, para avaliar os resultados desta intervenção, será realizado um momento de avaliação baseado no formulário de observação inicial utilizada.

Durante todo o processo será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como será garantido o consentimento informado a todos os enfermeiros envolvidos no processo, sendo o seu envolvimento facultativo.

Mais informo que após o projeto ser aceite o gabinete de formação irá ser informado e não será necessário a colaboração de outras entidades, uma vez que a prática simulada será realizada por mim.

Através da conceção e implementação deste projeto, pretende-se desenvolver competências na área da especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e atingir competências de mestre em enfermagem.

Anexo I – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em estudo de investigação.

Anexo II - Formulário de Observação de *Debriefing* no Serviço de Urgência

Anexo III – Cronograma do projeto de investigação

Anexo IV – Declaração de orientação no projeto

Pede deferimento,

Elvas, 07 de novembro de 2019

(Tiago Miguel Oliveira Bagorilha)

Anevo I - CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com os Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora, Tiago Miguel Oliveira Bagarrilha encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência que tem como título: *Debriefing pela equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na segurança do doente crítico*, sob a orientação da Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira.

O referido estudo tem como objetivo geral: promover a segurança do doente crítico através da otimização do desempenho da equipa de enfermagem no *debriefing* no serviço de urgência. Os dados serão recolhidos através de observação não participante com registo em grelha de observação. A amostra será constituída pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE, que aceitem participar no projeto.

Após a recolha dos dados, serão delimitadas intervenções consoante as novas *guidelines* e aplicadas à equipa de enfermagem.

Os dados serão confidenciais e anónimos, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo.

Agradece desde já a sua disponibilidade,

Tiago Miguel Oliveira Bagarrilha


Enfermeiro no Serviço de Medicina Ala Direita do HSLE, ULSNA; EPE Contacto: tlm: 963260504; e-mail: tiagobagarrilha@hotmail.com

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

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Anexo II - Formulário de Observação de *Debriefing* no Serviço de Urgência

		
Formulário de Observação de <i>Debriefing</i> no Serviço de Urgência		
Observador: _____		
Data: _____		
Hora de Início / Fim: _____ / _____		
Tempo do <i>debriefing</i> : _____		
	Executado	Não executado
Decorreu em ambiente calmo e isolado?		
Foi liderado pelo <i>Team Leader</i> ?		
Fase 1 – Reacção		
Foi realizado um resumo da situação experienciada?		
Foi feito um resumo dos antecedentes da situação clínica?		
Foram feitos julgamentos?		
Fase 2 – Entendimento/Reflexão		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance da equipa?		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente?		
Houve reflexão sobre as guedlines / protocolos / algoritmos usados?		
Foram descritos pontos positivos da situação?		
Foram descritos pontos a melhorar no futuro?		
Fase 3 - Sumário		
Foram reconhecidos aspetos a ter atenção no futuro?		
Foi feito o resumo das aprendizagens?		

Fonte: Própria com base na Estrutura Básica do *Debriefing*

Anexo III – Cronograma do projeto de investigação

ATIVIDADES	MESES/ANO																							
	Out 2019				Nov 2019				Dez 2019				Jan 2020				Feb 2020				Mar 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunido com Enf ^a Chefe e Enf ^a Supervisora	X																							
Reunido com docente responsável, Enf ^a chefe e Enf ^a supervisora	X																							
Elaboração da proposta de projeto de intervenção ao Conselho de Administração da ULSSNA	X																							
Entrega da proposta de intervenção ao Conselho de Administração da ULSSNA				X																				
Elaboração da proposta de projeto de relatório de estágio do IPP	X	X																						
Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio no IPP				X																				
Elaboração da grelha de observação do debriefing				X	X																			
Aplicação da grelha de observação do debriefing							X	X																
Análise dos dados obtidos									X															
Definição de estratégias de melhoria									X	X														
Realização de formação em serviço										X														
Aplicação pela equipa das estratégias apresentadas											X	X	X	X										
Avaliação dos resultados através da grelha de observação do debriefing															X	X								

Anejo IV – Declaração de orientação no projeto



DECLARAÇÃO

Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolina Pereira, professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, declara que aceita orientar Tiago Miguel Oliveira Bagozina, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, ramo/Especialidade: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no desenvolvimento do seu projeto intitulado: "Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico".

Setúbal, 28 de outubro de 2019

[Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolina Pereira]

APÊNDICE VI – Proposta de Projeto ao Conselho Técnico Científico da ESSP



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: 2019/2020

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SA)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome completo Tiago Miguel Oliveira Bagomilha
Curso Mestrado em Enfermagem
Ramo/ Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 963260504 E-mail: tiago@omilha@hotmail.com

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português: Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico

Título em Inglês: Nursing team debriefing in the emergency service as a determinant in critical patient safety .

ES/SA/20 Rev 0

F. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(S) de aceitação)

Nome: Mariana Vitória Falcão Camilho Carolino Pereira

Universidade/Instituição: Instituto Politécnico de Setúbal

N.º Identificação Civil: 8169941 Tipo de Identificação: arcc Resposta Data: CC

Telef.: 965059595 E-mail: mariana.pereira@iess.isp.pt ID ORCID: 0000-0002-3615-4832

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: arcc Resposta Data: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

G. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO

Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): Ciências da Saúde

Palavras-chave (5 palavras): Debriefing, enfermagem médico-cirúrgica, doente crítico, prática simulada, urgência.

Anexo I. Classificação de Domínios Científicos e Tecnológicos (FOS)

Recolhido de: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28> em 28/02/2016

Classificação de Domínios Científicos e Tecnológicos, 2007 (FOS)

A Classificação das Actividades de Investigação e Desenvolvimento por Domínio Científico foi aprovada pela 186ª Deliberação do CSE, de 28 de Março de 2000 no âmbito do Sistema Estatístico Nacional (SEN).

Considerando que as classificações em uso no SEN devem, sempre que possível, reflectir as actualizações que ocorrem no âmbito internacional importa proceder a actualização da referida classificação em consonância com o internacionalmente aprovado.

Tendo, no âmbito da OCDE, o Grupo de Peritos Nacionais em Indicadores de Ciência e Tecnologia (NESTI), aprovado, em Maio de 2006, a revisão da classificação "Fields of Science and Technology (FOS)" no Manual de Frascati, grupo no qual Portugal se fez representar pelo OCES, e tendo esta mesma classificação sido adoptada pelo Eurostat, importa por isso actualizar a classificação em uso no SEN com a vigente em termos comunitários e internacionais.

Neste contexto substitui-se e actualiza-se a "Classificação das Actividades de Investigação e Desenvolvimento por Domínio Científico" pela nova versão que se passa a designar "Classificação de Domínios Científicos e Tecnológicos 2007". A classificação é constituída por três níveis hierarquicamente relacionados: 6 grandes áreas (nível 1), 2 subgrandes áreas (nível 2) e 42 áreas (nível 3). O segundo nível desta classificação constitui uma especificação nacional para a grande área das ciências exactas e naturais. Constam dos anexos 1 e 2 a adaptação para Portugal da estrutura e sistema de codificação bem como das notas explicativas da classificação.

Anexo I
Estrutura e sistema de codificação
Classificação de Domínios Científicos e Tecnológicos, 2007 (FOS)¹

Grandes áreas	Subgrandes áreas	Áreas
1. Ciências exactas e naturais		
	1a. Ciências exactas	1.1 Matemática 1.2 Ciências da computação e da informação 1.3 Física 1.4 Química
	1b. Ciências naturais	1.5 Ciências da terra e ciências do ambiente 1.6 Ciências biológicas 1.7 Outras ciências naturais
2. Ciências da engenharia e tecnologias		2.1 Engenharia civil 2.2 Engenharia electrotécnica, electrónica e informática 2.3 Engenharia mecânica 2.4 Engenharia química 2.5 Engenharia dos materiais 2.6 Engenharia médica 2.7 Engenharia do ambiente 2.8 Biotecnologia ambiental 2.9 Biotecnologia industrial

ESSE/SP, 08/Rev02

		2.10 Nanotecnologia 2.11 Outras ciências da engenharia e tecnologias
3. Ciências médicas e da saúde		3.1 Medicina básica 3.2 Medicina clínica 3.3 Ciências da saúde 3.4 Biotecnologia médica 3.5 Outras ciências médicas
4. Ciências agrárias		4.1 Agricultura, silvicultura e pescas 4.2 Ciência animal e dos lacteicos 4.3 Ciências veterinárias 4.4 Biotecnologia agrícola e alimentar 4.5 Outras ciências agrárias
5. Ciências sociais		5.1 Psicologia 5.2 Economia e gestão 5.3 Ciências da educação 5.3 Sociologia 5.5 Direito 5.6 Ciências políticas 5.7 Geografia económica e social 5.8 Ciências da comunicação 5.9 Outras ciências sociais
6. Humanidades		6.1 História e arqueologia 6.2 Línguas e literaturas 6.3 Filosofia, ética e religião 6.4 Artes 6.5 Outras humanidades

Anexo 2 Notas explicativas

1. Ciências exactas e naturais

1.a Ciências exactas

1.1 - Matemática

- Matemática pura, matemática aplicada, estatística e probabilidades

1.2 Ciências da computação e ciências da informação

- Ciências da computação, ciências da informação e bio-informática (desenvolvimento de hardware a classificar em 2.2; aspectos sociais a classificar em 5.8)

1.3 - Física

- Física atómica, física molecular, física química (física de átomos e moléculas incluindo colisão, interacção com radiação; ressonância magnética; efeito moessbauer); física da matéria condensada (inclui física da matéria do estado sólido e supercondutividade); física das partículas; física nuclear; física dos fluidos e dos plasmas (inclui física das superfícies); óptica (inclui óptica laser e óptica quântica); acústica; astronomia (inclui astrofísica e ciências do espaço).

© 2008 ISPA, ISPA Rev 02

1.4 - Química

- Química orgânica; química inorgânica; química nuclear; química física; ciência de polímeros; electroquímica (pilhas secas, acumuladores, pilhas de combustível, corrosão de metais, electrólise); química de colóides; química analítica.

1.b Ciências naturais

1.5 - Ciências da terra e do ambiente

- Geociências e estudos pluridisciplinares; mineralogia, paleontologia, geoquímica, geofísica, geografia física, geologia, vulcanologia, ciências do ambiente (aspectos sociais a classificar em 5.7);
- Meteorologia, ciências da atmosfera; Investigação climática;
- Oceanografia, hidrologia, recursos aquáticos.

1.6 - Ciências biológicas

(ciências médicas a classificar em 3 e ciências agrárias em 4)

- Biologia celular, microbiologia; virologia; bioquímica, biologia molecular; métodos de investigação bioquímica; micologia, biofísica;
- Genética e hereditariedade (genética médica a classificar em 3); biologia da reprodução (aspectos médicos a classificar em 3); biologia do desenvolvimento;
- Fitologia (biologia vegetal), botânica;
- Zoologia, ornitologia, entomologia, biologia das ciências do comportamento;
- Biologia marinha, biologia de água doce, limnologia, ecologia, conservação da biodiversidade;
- Biologia (teórica, matemática, terma, criobiologia e ritmo biológico); biologia da evolução das espécies; outras ciências biológicas.

1.7 - Outras ciências naturais

2. Ciências da engenharia e tecnologias

2.1 - Engenharia civil

- Engenharia civil; engenharia arquitectónica; engenharia da construção, engenharia municipal e de estruturas; engenharia de transportes.

2.2 - Engenharia electrotécnica, electrónica e informática

- Engenharia electrotécnica e electrónica; robótica; automação e sistemas de controlo; engenharia de comunicações e de sistemas; telecomunicações; hardware e arquitectura de computadores

2.3 - Engenharia mecânica

- Engenharia mecânica; mecânica aplicada; termodinâmica;
- Engenharia aeroespacial;
- Engenharia nuclear (física nuclear a classificar em 1.3);
- Engenharia do som e análise da fiabilidade.

2.4 - Engenharia química

- Engenharia química (industrial, de produtos); engenharia dos processos químicos.

2.5 - Engenharia dos materiais

ESSE/SA/2019/Rev.0

- Engenharia dos materiais; cerâmica; revestimentos e filmes; compósitos (inclui laminados, plásticos reforçados, cimentos, combinação de fibras naturais e sintéticas; enchimento de compósitos); papel e madeira; têxteis (inclui tinta sintética, cores e fibras); (nanomateriais a classificar em 2.10; biomateriais a classificar em 2.9).

2.6 - Engenharia médica

- Engenharia médica; tecnologia laboratorial (inclui as análises laboratoriais de amostras; tecnologias de diagnóstico); (biomateriais a classificar em 2.9 [características físicas dos materiais vivos se relacionados com implantes médicos, instrumentos ou sensores]).

2.7 - Engenharia do ambiente

- Engenharia ambiental, engenharia geológica; geotecnia; engenharia do petróleo, energia e combustíveis; controle remoto; minas e processos minerais; engenharia marítima, engenharia naval; engenharia oceanográfica.

2.8 - Biotecnologia ambiental

- Biotecnologia ambiental, biotratamento, biotecnologias de diagnóstico (microplaquetas de ADN e biosensores) na gestão ambiental; ética da biotecnologia ambiental.

2.9 - Biotecnologia industrial

- Biotecnologia Industrial, tecnologias de bio-processamento (processos industriais que assentam em agentes biológicos para dirigir o processo), biocatálise, fermentação; bioprodutos (produtos que são fabricados por intermédio de materiais biológicos utilizados como matéria-prima) biomateriais, bioplásticos, biocombustíveis, novos materiais bio-derivados, químicos bio-derivados.

2.10 - Nanotecnologia

- Nanomateriais [produção e propriedades];
- Nano processos [aplicações em nano escala]. (Biomateriais a classificar em 2.9).

2.11 - Outras ciências da engenharia e tecnologias

- Engenharia e tecnologia alimentar;
- Outras áreas das engenharias e tecnologias.

3. Ciências médicas e da saúde

3.1 - Medicina básica

- Anatomia e morfologia (fisiologia a classificar em 1.6); genética humana; imunologia; neurociências (inclui psicofisiologia); farmacologia e fármaca; química médica; toxicologia; fisiologia (inclui citologia), patologia.

3.2 - Medicina clínica

- Andrologia; obstetria e ginecologia; pediatria; sistemas cardíacos e cardiovasculares; doença vascular periférica; hematologia; sistema respiratório; medicina dos cuidados intensivos e medicina de urgência; anestesiologia; ortopedia; cirurgia; radiologia, medicina nuclear e imagens médicas; transplantes; estomatologia, medicina e cirurgia oral; dermatologia e doenças venéreas; alergologia; reumatologia; endocrinologia e metabolismo (inclui diabetes e distúrbios hormonais); gastroenterologia e hepatologia; urologia e nefrologia; oncologia; oftalmologia; otorrinolaringologia; psiquiatria; neurologia clínica; geriatria e gerontologia; medicina geral e medicina interna; outras áreas da

medicina clínica; medicina complementar e medicina integrativa (medicinas complementares e alternativas).

3.3 - Ciências da saúde

- Cuidados de saúde e serviços (inclui administração hospitalar, financiamento dos cuidados de saúde); serviços e políticas de saúde;
- Enfermagem; nutrição e dietética;
- Saúde pública e saúde ambiental; medicina tropical; parasitologia; doenças infecciosas; epidemiologia;
- Higiene do trabalho, saúde ocupacional; ciências do desporto;
- Ciências biomédicas sociais (inclui planeamento familiar, sexologia, psico-oncologia, efeitos sociais e políticos da investigação biomédica); ética médica; toxicod dependência alcoólica e de outras substâncias.

3.4 - Biotecnologia médica

- Biotecnologia aplicada à saúde; tecnologias que envolvem a manipulação de células, tecidos, órgãos ou todo o organismo (reprodução assistida); tecnologias que envolvem a identificação do funcionamento do ADN, proteínas e enzimas e sua relação com a doença e manutenção do bem-estar (diagnósticos genéticos e intervenções terapêuticas - farmacogenomas, terapêutica genética); biomateriais (relacionados com implantes médicos, dispositivos, sensores, etc.); ética relacionada com a biotecnologia médica.

3.5 - Outras ciências médicas

- Ciência forense
- Outras áreas das ciências médicas.

4. Ciências agrárias

4.1 - Agricultura, silvicultura e pescas

- Agricultura; silvicultura; pescas; ciência dos solos; horticultura, viticultura; agronomia, produção e protecção de plantas (biotecnologia agrária a classificar em 4.4).

4.2 - Ciência animal e dos laticínios

- Zootecnia e ciência dos laticínios; (biotecnologia animal a classificar em 4.4)
- Criação de gado; animais de estimação.

4.3 - Ciências veterinárias

4.4 - Biotecnologia agrária e alimentar

- Biotecnologia agrária e biotecnologia alimentar; tecnologia da manipulação genética - mg (colheitas e animais domésticos), clonagem de animais domésticos; selecção com base em marcadores moleculares; diagnóstico (microplquetas e sensores de ADN para a detecção precoce/precisa de doenças); tecnologias de produção de biomassa, biofarmacologia transgénica; ética relacionada com a biotecnologia agrária.

4.5 - Outras ciências agrárias

5. Ciências sociais

5.1 - Psicologia

- Psicologia geral (inclui relação homem-máquina)

1303 SA_2014 Rev 2

- Psicologia especial (Inclui terapia da aprendizagem, designadamente da fala, da audição, visual e de outras incapacidades físicas e mentais).

5.2 - Economia e gestão

- Economia, econometria; relações industriais;
- Organização e gestão de empresas.

5.3 - Ciências da educação

- Educação geral (inclui formação, pedagogia e didáctica);
- Educação especial (sobredotados e pessoas com dificuldades na aprendizagem).

5.4 - Sociologia

- Sociologia, demografia; antropologia; etnologia;
- Assuntos sociais (estudos sobre: mulheres e género; questões sociais e familiares; serviço social).

5.5 - Direito

- Direito, criminologia, direito penal.

5.6 - Ciências políticas

- Ciência política; administração pública; teoria das organizações.

5.7 - Geografia económica e social

- Ciências do ambiente (aspectos sociais); geografia cultural; geografia económica; estudos urbanos (planeamento e desenvolvimento); planeamento de transportes e aspectos sociais dos transportes (engenharia de transportes a classificar em 2.1).

5.8 - Ciências da comunicação

- Jornalismo; ciências da informação (aspectos sociais); ciências documentais; comunicação social e comunicação sócio-cultural.

5.9 - Outras ciências sociais

- Ciências sociais interdisciplinares;
- Outras áreas das ciências sociais.

6. Humanidades

6.1 - História e arqueologia

- História (história da ciência e tecnologia a classificar em 6.3, história específica das ciências a classificar nas respectivas áreas); arqueologia.

6.2 - Línguas e literaturas

- Estudos gerais da linguagem; línguas específicas; estudos gerais da literatura; teoria literária; literaturas específicas; linguística.

6.3 - Filosofia, ética e religião

- Filosofia, história e filosofia da ciência e tecnologia;
- Ética (ética relacionada com subdomínios específicos a classificar nas respectivas áreas); teologia; estudos da religião.

6.4 - Artes

- Artes, história da arte; design e arquitectura; estudo das artes da representação (música, teatro e dramaturgia); estudos de folclore;
- Estudos de cinema, rádio e televisão

6.5. Outras humanidades

APÊNDICE VII – Resumo de Projeto apresentado ao CTC da ESSP



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	
	Ano Letivo: 2019 /2020__

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)
<p>O <i>debriefing</i> é uma reflexão estruturada após uma experiência ou uma simulação que conduz as pessoas a uma reflexão sobre a ação e que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Assume assim um papel fundamental nos serviços de urgência, uma vez que estes dão resposta aos doentes críticos. Em qualquer simulação a fase do <i>debriefing</i> é um processo intencional, é projetado para coordenar, fortalecer e transferir aprendizagens. Perante isto o <i>debriefing</i> tem como objetivos centrais a identificação de diferentes perceções e atitudes que ocorrem, relacionar o exercício com a teoria específica, dar feedback acerca da natureza e da prática durante o cenário, estabelecendo um clima que permita confiança e conforto.</p> <p>Nos diferentes contextos de emergência o <i>debriefing</i> é essencial pois os profissionais vivenciam uma multiplicidade de sentimentos, positivos e negativos, que interferem e que necessitam de ser partilhados e refletidos com a equipa. Com vista a uma melhoria contínua e consequentemente a uma melhor prática promovendo maior segurança para o doente crítico pelo aprimoramento da formação da equipa o <i>debriefing</i> deve ser estruturado, de modo a ter um fio condutor e não dispersar a equipa quando se reúne para este momento importante. Esse fio condutor deve ter como foco de atenção o indivíduo, a equipa e o processo em si, de modo a que as modificações necessárias ocorram.</p> <p>O perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica enquadra o domínio da melhoria contínua, afirmando que o enfermeiro especialista é também responsável pela conceção, gestão e colaboração em programas que garantam esta melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim este projeto de intervenção assume um papel fundamental no seio da equipa do serviço de urgência de modo a que a implementação / remodelação do <i>debriefing</i> se possa tornar uma realidade e contribuir para um melhor cuidado aos doentes ao cuidado da equipa.</p>

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de
--

ES02/SA/21 Rev0

avaliação)

Após reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora foi auferida a necessidade de desenvolver uma prática reflexiva através de um *debriefing* da equipa de enfermagem no serviço de urgência com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

O projeto de intervenção tem com linha de investigação a segurança do doente crítico e como objetivo geral promover a segurança do doente crítico através da otimização do desempenho da equipa de enfermagem no *debriefing* no serviço de urgência.

De forma a concretizar a perceção da necessidade deste projeto será construída e aplicada uma grelha de observação de *debriefing* (*check-list*), por forma a perceber o desempenho dos enfermeiros sobre a temática. Após diagnóstico da situação será realizado um plano de intervenção de acordo com as novas *guidelines* e aplicado à equipa de enfermagem através de prática simulada, de forma a garantir o melhor desempenho dos enfermeiros em situação real, garantindo simultaneamente a segurança do doente. Posteriormente, para avaliar os resultados, será realizado um momento de avaliação baseado na grelha de observação inicial utilizada.

Durante todo o processo será garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como será garantido o consentimento informado a todos os enfermeiros envolvidos no processo, sendo o seu envolvimento facultativo.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	MESES/ANO																							
	Outubro 2019				Novembro 2019				Dezembro 2019				Janeiro 2020				Fevereiro 2020				Março 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunião com Enf.º Chefe e Enf.º Supervisora	X																							
Reunião com docente responsável, Enf.º chefe e Enf.º supervisora		X																						
Elaboração da proposta de projeto de Intervenção ao Conselho de Administração da ULSNA		X																						
Entrega da proposta de projeto de Intervenção ao Conselho de Administração da ULSNA			X																					
Elaboração da proposta de projeto de relatório de estágio do IPP			X	X																				
Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio no IPP							X																	
Elaboração dos instrumentos de recolha de dados						X	X																	
Aplicação dos instrumentos de recolha de dados							X	X																
Análise dos dados obtidos										X	X													
Definição de estratégias de melhoria										X	X													

ESUSNA-27-Rev0

APÊNDICE VIII – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para a participação em estudos de investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com os Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora, Tiago Miguel Oliveira Bagorilha encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência que tem como título: *Debriefing pela equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na segurança do doente crítico*, sob a orientação da Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira.

O referido estudo tem como objetivo geral: promover a segurança do doente crítico através da otimização do desempenho da equipa de enfermagem no *debriefing* no serviço de urgência. Os dados serão recolhidos através de observação não participante com registo em grelha de observação. A amostra será constituída pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE, que aceitem participar no projeto.

Após a recolha dos dados, serão delineadas intervenções consoante as novas *guidelines* e aplicadas à equipa de enfermagem.

Os dados serão confidenciais e anónimos, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade,

Tiago Miguel Oliveira Bagorilha

Enfermeiro no Serviço de Medicina Ala Direita do HSLE, ULSNA; EPE Contacto: tlm: 963260904; e-mail: tiagobagorilha@hotmail.com

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

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE IX – Plano De Sessão de Formação *Debriefing*

ULSNA

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
1 - PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação: Debriefing no serviço de urgência para a segurança do doente crítico

Destinatários: Enfermeiros

Formador: Tiago Bagoarilha
(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor)

Tutor: Ana Tofalda Balsos

Local de realização: Serviço de urgência

Ação de formação estava contemplada em Plano
 SIM
 NÃO

Justificação: Formação do estágio de flestrado - compreender o processo de debriefing

Data: 07 a 10/01
(00/00/0000)

Hora Início: 1600
(00:00h)

Hora Fim: 16.30
(00:00h)

Duração: 30 min.

Objectivos gerais
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

- Consolidar conhecimentos relativos ao debriefing
- Perceber quais os aspetos a ter em consideração na realização do debriefing.
- Refletir sobre as barreiras limitadoras à realização do debriefing
- Conhecer a estrutura básica do Debriefing.

Objectivos específicos
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)

CSNAC

METODOLOGIA
1/1/70/A

1- PLANO DE SESSÃO (1 hora)

Expositivo / Ativo

PROPOSTAS / DECISÕES:

IMPACTO DA FORMAÇÃO
Preenchimento
obrigatório 2/4 meses
após a formação

AVALIAÇÕES
1 / F / S

3 - Lista de Presenças
(Participantes Internos)

OLSONA+

Num.	Nome Completo <u>LEGIVEL</u>	Categoria Profissional	Serviço	Assinatura
1			urgência	
2			Urgência	
3			Urgência	
4			Urgência	
5			Urgência	
6			Urgência	
7			Urgência	
8			Urgência	
9			Urgência	
10			Urgência	
11			Urgência	
12			Urgência	
13			Urgência	
14			Urgência	
15			Urgência	
16			Urgência	

APÊNDICE X – Dispositivos da Formação sobre *Debriefing*



Objetivo geral:

- Compreender o processo de *debriefing*

Objetivos específicos:

- Consolidar conhecimentos relativos ao *debriefing*;
- Perceber quais os aspetos a ter em consideração na realização do *debriefing*;
- Refletir sobre as barreiras limitadoras à realização do *debriefing*;
- Conhecer a Estrutura Básica do *Debriefing*.

Definições de *debriefing*

- Reflexão em grupo guiada, com partilha de experiências entre equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, com vista a melhorar a performance dos profissionais (Dufrene e Young, 2014)
- Discussão sobre as ações realizadas e uma reflexão sobre os processos, após um evento no sentido de melhorar o desempenho dos indivíduos (Mullan et al., 2014)
- Forma estruturada de conduzir os formandos na reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos errados (Coutinho, V. et. al, 2014)

Objetivos do *debriefing*

- Melhorar cuidados;
 - Incentivar a equipa a utilizar algoritmos atualizados;
 - Prevenção de situações de *stress* pós traumático;
 - Encorajar a reflexão;
 - Facilitar a discussão sobre as ações;
- O *debriefing* é uma poderosa ferramenta educacional, de modo a modificar o desempenho da equipa e desta forma influenciar positivamente os cuidados prestados aos doentes.

Aspetos a ter em conta no *debriefing*

(Kessler et al.,2015)

Porquê?	O Quê?	Quem	Como	Quando	Onde
<ul style="list-style-type: none">•Identificar o que correu bem•Aspetos a melhorar na performance da equipa•Não dar espaço a lamentações	<ul style="list-style-type: none">•As situações devem ter em conta as necessidades / prioridades do serviço e da equipa•Não apenas as situações de desempenho técnico, mas também as relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none">•Deve se encorajar todos os membros da equipa que participem no evento crítico.•Pode-se considerar a presença de pessoas externas so evento, de modo a troca de experiências•A liderança é de extrema importância	<ul style="list-style-type: none">•Atmosfera amigável,•Aberta a questões,•Diálogo honesto	<ul style="list-style-type: none">•“Quente” – realizada imediatamente após a situação•“Morno” – alguma horas após a emergência•“Frio” – dias ou semanas depois do evento	<ul style="list-style-type: none">•Evitar a sala de emergência, para a mesma estar operacional•Usar uma sala próxima para um debriefing imediato

Barreiras à realização de *debriefing*

(Mullan et al.,2014)

- Falta de um espaço apropriado
- Falta de pessoas treinadas para “dirigir” este tipo de sessões
- Falta de tempo
- Fatores culturais, como a falta de interesse de alguns profissionais
- Falta de apoio administrativo;
- Medo de ser criticado
- Descrença de que o *debriefing* possa ser benéfico para os cuidados prestados.

Métodos usados no *debriefing*

- Visualização de vídeo do incidente e análise do mesmo
 - Momento de silêncio de 15-20 segundo antes do *debriefing*.
 - Reflexões pessoais estruturadas
 - *Debriefings* individuais;
 - Discussão em equipa;
 - Entre outros....
- Em todos os métodos é enaltecido a importância da pessoa que lidera o *debriefing*, de modo a que consiga fazer um encaminhamento certo, de forma concisa e que cada profissional consiga também fazer desse momento o seu momento de “recarregar baterias”.

Sugestão de guião de *debriefing*, com base na Estrutura Básica do *Debriefing*

Fase 1 – Reação

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

Fase 2 – Entendimento/Reflexão

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

Fase 3 - Sumário

- Aspetos a ter atenção no futuro
- Resumo das aprendizagens



Bibliografia

- Coutinho, V. R. D., Martins, j. C. A. & Pereira, M. F. C. R. (2014) . Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADAs). *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), 41-50
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes; A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376
- Kessler, D.O., Cheng, A. & Mullan, P.C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Pratical Guide. *Annals of Emergency Medicine* , 65(6) , 690-698
- Mullan, P.C., Kessler, D.O. & Cheng, A. (2014) . Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334

APÊNDICE XI – Cartaz “Estrutura Básica do *Debriefing*”



Debriefing

Bagorrihla, Tiago¹

Estrutura Básica do Debriefing

Fase 1 – Reação

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

Fase 2 – Entendimento/Reflexão

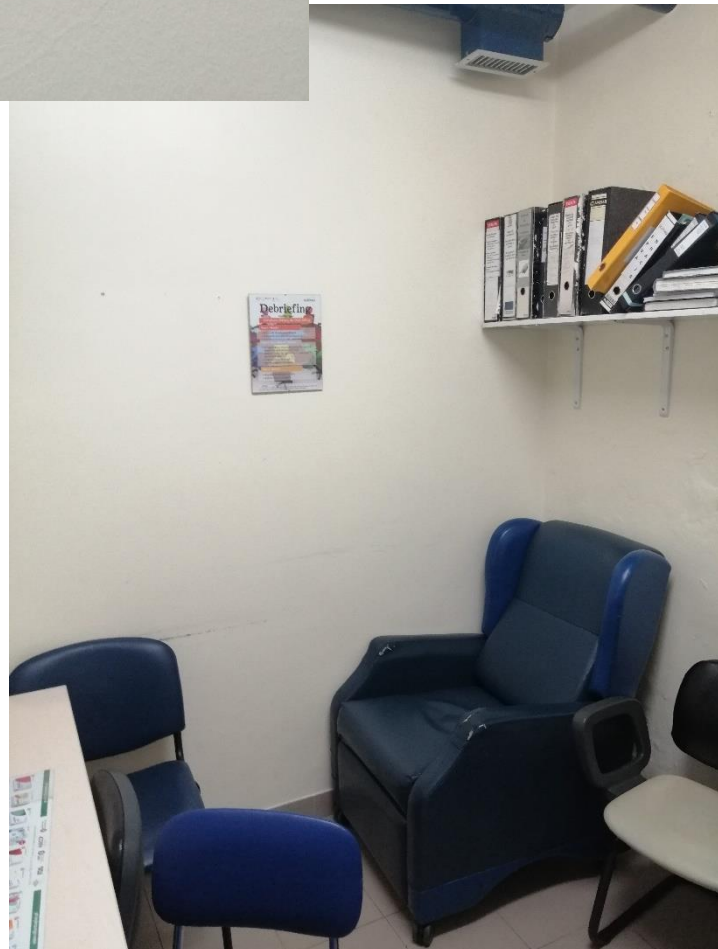
- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa e de cada profissional isolado
- Reflexão sobre as guidelines / protocolos / algoritmos usados
- Pontos positivos da situação
- Aspectos a melhorar no futuro

Fase 3 - Sumário

- Aspectos a ter atenção no futuro
- Resumo das aprendizagens

Afiliação

1. Enfermeiro da ULSNA, EPE, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.



APÊNDICE XII – Plano de Sessão de Formação DAV para enfermeiros

ULSNAE

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL

1 - PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação: DIRETIVAS AUTORIZADAS DE VONTADE

Serviço: Urgência

Destinatários: ENFERMEIROS DO SU HSE

Data: 13/11/2019

Formador: TIAGO BOGORIZILGA; NUNO BRAVO; JONAS TAVARADO; VITOR PIRES.

Hora Início: 16:30 Hora Fim: 17:00

Duração: 30 MIN

Tutor:

Local de realização: SALA DE PASSAGEM DE TURNO DO SU HSE

Ação de formação estava contemplada em Plano SIM NÃO

Justificação:

→ COMPREENDER A IMPORTÂNCIA E PERTINÊNCIA AGENCIA DAS DAV.

→ CONHECER A DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS DAV.

→ IDENTIFICAR OS INÍCIOS RELACIONADOS COM AS DAV

→ COMPREENDER O PAPEL DO INOCULADOR DE CUIDADOS

Objectivos gerais
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

Objectivos específicos
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)

MAN 57 GER 07

Pág. 1 de 4

The image shows a handwritten document on a grid background. The document is titled "1- PLANO DE SESSÃO (cont.)" and is divided into several sections. The top left section is labeled "METODOLOGIA" and contains the handwritten text "E xpositivo / Ativo". The middle section is labeled "PROPOSTAS / DECISÕES:" and is mostly blank. The bottom left section is labeled "IMPACTO DA FORMAÇÃO" and contains the handwritten text "Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação". The bottom right section is labeled "AVALIAÇÕES" and contains the handwritten text "1 / F / 5". The document is on a piece of paper with a logo "CSNAC" in the top left corner.

CSNAC

1- PLANO DE SESSÃO (cont.)

METODOLOGIA
E xpositivo / Ativo

PROPOSTAS / DECISÕES:

IMPACTO DA FORMAÇÃO
Preenchimento
obrigatório 2/4 meses
após a formação

AVALIAÇÕES
1 / F / 5

ULSNA+

3 - Lista de Presenças
(Participantes Internos)

Serviço: _____
Curso: _____
Data: _____
Duração: _____ Enrol. A origem da referência não foi encontrada. H01:05

Assinatura

Serviço

Categoria Profissional

Nome Completo
LEGÍVEL

Num.	Nome Completo	Categoria Profissional	Serviço	Assinatura
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

APÊNDICE XIII – Poster Diretivas Antecipadas de Vontade

Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorrihla, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vitor¹

Definições:

(Lei 25/2012)

"O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEUV) tem a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde."

"Diretivas Antecipadas de Vontade sob a forma de testamento vital são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente."

Tem validade de cinco anos a contar da sua assinatura e é renovado sempre que seja introduzida uma modificação do mesmo.

O procurador de cuidados é responsável por fazer cumprir a DAV caso a própria pessoa não o consiga fazer, ou decidir em seu lugar.

A vontade da pessoa *in loco* sobrepõe-se a qualquer documento registado, a DAV serve apenas e só para quando a pessoa já não puder decidir

No documento das DAV's cada pessoa pode expressar a sua vontade relativamente a :

(Lei 25/2012)

- Tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no quadro clínico; medidas de suporte básico de vida, medidas de alimentação e hidratação artificiais que retardem o processo natural da morte;
- Tratamento artificial de suporte artificial de sinais vitais;
- Tratamentos em fase experimental;
- Participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos

As DAV's vieram dar resposta a vários princípios éticos:

- Princípio do respeito pela autonomia, em que existe uma liberdade de escolha sobre a aceitação ou recusa de qualquer intervenção no futuro.;
- O princípio de beneficência e não maleficência dos profissionais de saúde, nunca se deve sobrepor a uma DAV, deve ser sempre respeitada a autonomia.
- O princípio da justiça destaca que o portador de DAV deve ser tratado do mesmo modo, mesmo que os profissionais não concordem com a decisão da pessoa. ;


Referências

- Decreto-Lei n.º 25/2012 de 16 de julho (2012). Registo de diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEUV). Diário da República I Série, n.º 130 (16-07-2012). STJ-STS. Cópia de www.dre.pt
- Nunes, L. (2006). Ética em cuidados paliativos. In: *Tratado de Investimento em Saúde*. Editora Alameda, 302, 41-52.

Afiliação

1. Enfermeira da ULISA, EPE, (res) atua em Enfermagem Intensiva Crítica. A Pessoa em Situação Crítica, do Ministério em Associação 2018/2020 Portugal, Portugal.

APÊNDICE XIV – Cartaz Diretivas Antecipadas de Vontade



Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorilha, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vítor¹

A Vida é sua...



Fonte: <http://www.notalab.org.br/blog/hotais/hotais-e-as-diretivas-antecipadas-de-vontade-em-portugal>

...e tem direito a escolhas

Diretiva Antecipada de Vontade é um documento formal, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou os que não pretende receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. O documento pode ser mudado ou revogado a qualquer momento.

↓

Antes de não ser capaz de se exprimir ou tomar decisões por si próprio, pode dar instruções relativamente aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida.

↓

Pode decidir relativamente a:

- Manobras de reanimação cardiopulmonar em fim de vida,
- Medidas de suporte avançado de vida em estado vegetativo persistente,
- Utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, a quimioterapia e a cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação.
- Utilização de antibióticos e hidratação via intravascular em doentes em estado agónico

↓

Para fazer a sua Diretiva Antecipada de Vontade dirija-se no Hospital ao Balcão RENTEUV.



Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 26/2012 de 18 de julho, (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e criou o Regulamento Nacional do Testamento Vital (RENTEUV). Diário da República I Série, 1.ª P. 281 (28-07-2012), 8728-8730. [Código de consulta: dre.pt](http://www.dre.pt)

Afiliação

1. Enfermeiros de ULSGA, EPB, inseridos em Enfermagem Médico-Cirúrgica A Pessoa em Situação Crítica, do Modelo em Associação 2014/2020 Portugal, Portugal.

APÊNDICE XV – Plano de Sessão de Formação DAV para utentes

FULSNA

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SERVIÇO RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTIVER PRELHEMIDO DE FORMA LEGÍVEL

1 - PLANO DE SESSÃO

Serviço: **URGÊNCIA**

Data: **13/11/2019**

Hora Início: **10:00** Hora Fim: **11:00**

Duração: **1h**

Ação de formação: **DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

Destinatários:

Formadores: **TIAGO BAGEQUILHA, MUNO BRAVO, VANDA FURTADO, VITÓRIA PINES**

Tutor:

Local de realização: **SALA DE ESPERA DO SU HSLE**

A acção de formação estava contemplada em Plano SIM NÃO Justificação:

-> COMPREENDER A IMPORTÂNCIA E RELEVÂNCIA DAS DRU

-> CONHECER A DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO DAS DRU.

-> IDENTIFICAR OS PRINCÍPIOS RELACIONADOS COM AS DRU.

-> COMPREENDER O PAPEL DO PROFISSIONAL DE CUIDADOS.

Objectivos gerais
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

Objectivos específicos
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)

4400 57 5ERHO 02

Pág. 1 de 4

ESNAED

ESNAUS

1- PLANO DE SESSÃO (10min)

METODOLOGIA
E xpositivo / Ativo

PROPOSTAS / DECISÕES:

IMPACTO DA FORMAÇÃO
Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação

AVALIAÇÕES
1 / F / S

ULSNAE

Serviço _____
Curso _____
Data _____
Duração _____ Erro! A origem da referência não foi encontrada. H0035

4 - Lista de Presenças (Participantes Externos)

Num.	Nome Completo LEGÍVEL	Aluno (X)	Identificação do Serviço		Assinatura
			Funções	Serviço	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

APÊNDICE XVI – Plano de Sessão de Formação Notificação do Risco

ULSNAE

REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
 O SERVIÇO RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO ENVIAR OS CERTIFICADOS, SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTAR ASSINADO PELO COORDENADOR DE FORMAÇÃO

1 - PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação:	Notificação do risco	Serviço:	Urgência Geral
Destinatários:	Enfermeiros	Data (início/fin):	4/11/2020
Formador:	Tiago Bogaçalho e Vanda Furtado	Tempo (início/fin):	15 ^h / 16 ^h
Local de realização:	Ano Fabilla Bolsas e Sónia Aguilera	Tempo:	1 hora

Local de realização: Serviço Urgência SIM NÃO

A ação de formação estava contemplada em Plano

Justificação: Formação integrada no estágio de Aestudo

Compreender a importância, pertinência e modo de efectuar a notificação de Risco

Objetivos gerais (inclui a pertinência de ser para o serviço e para a população alvo)

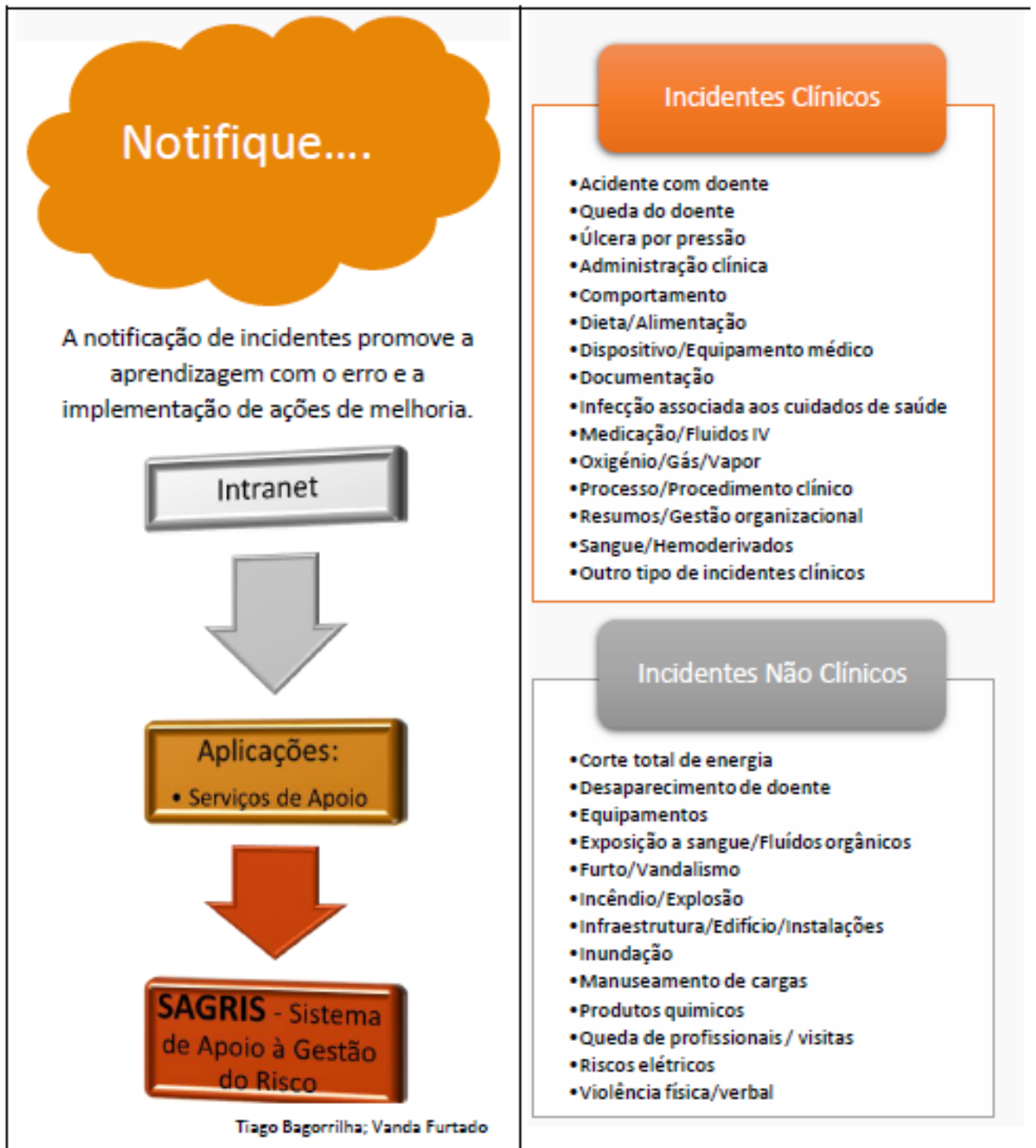
- Aumentar a notificação de risco de incidentes críticos
- Compreender os passos necessários no Intranet para notificar
- Distinguir incidentes clínicos e não clínicos.

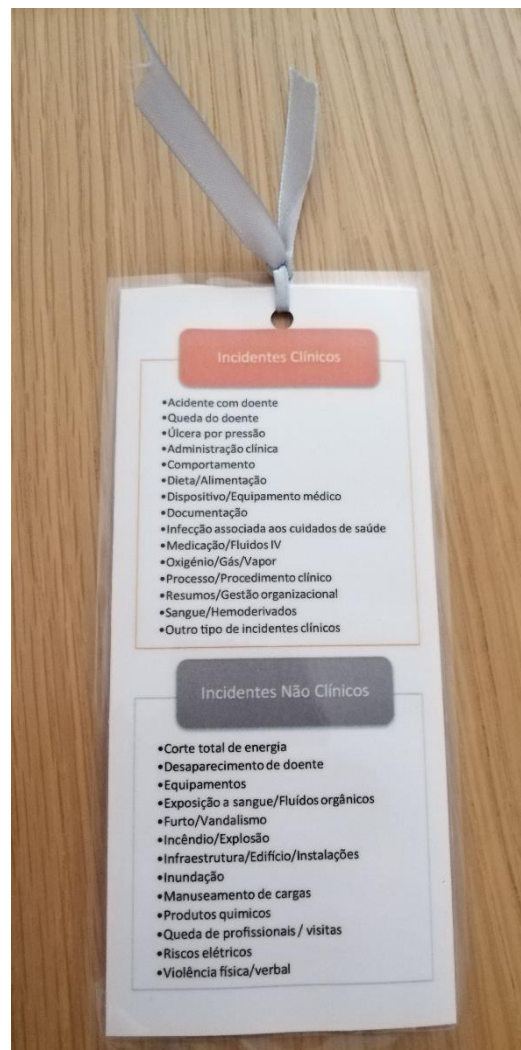
Objetivos específicos (inclui os objetivos que se pretendem atingir para o serviço, com o(s) ACSB associado(s))

The image shows a document with the following sections and content:

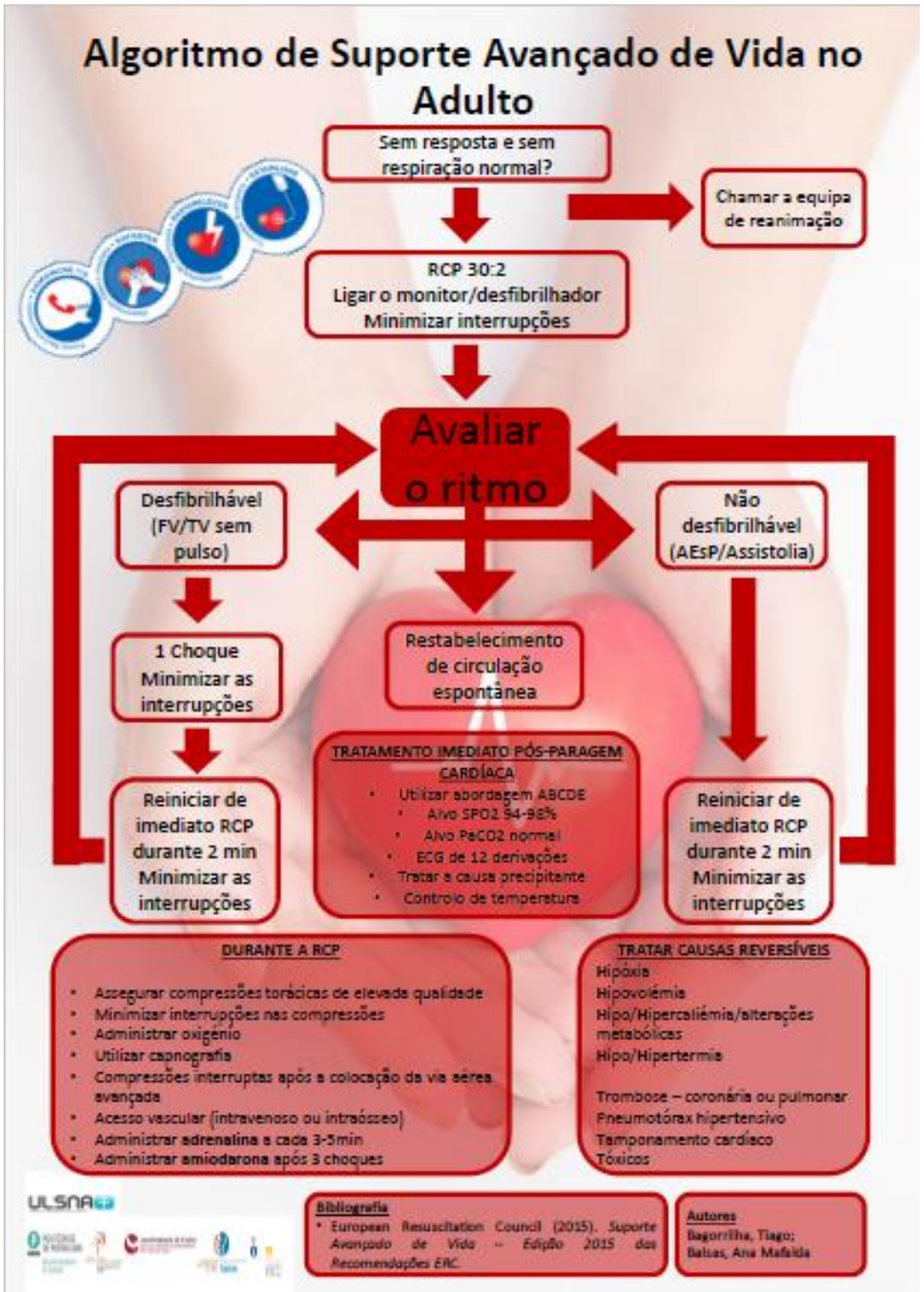
- CSNAE** logo in the top left corner.
- 1- PLANO DE SESSÃO (1 hora)** at the top center.
- METODOLOGIA** section with handwritten text: *L/V/D/A Expositivo / Ativo*.
- PROPOSTAS / DECISÕES:** section, currently empty.
- IMPACTO DA FORMAÇÃO** section with handwritten text: *Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação*.
- AVALIAÇÕES** section with handwritten text: *1 / F / S*.

APÊNDICE XVII – *Flyer* Notificação do Risco





APÊNDICE XVIII – Cartaz Algoritmo SAV





APÊNDICE XIX – Poster “Sistema de Triagem START – Importância na Abordagem em Multivítimas”



Sistema de Triagem START Importância na Abordagem em Multivítimas

Ragorinha, Tiago¹; Correia, M. Flórentina²; Furtado, Vanda³
Docentes: Marques, Jorge; Pereira, Mariana⁴

RESUMO

START Triage - Simple Triage And Rapid Treatment (START), pretende triar, de forma rápida, um grande número de vítimas. Com este estudo pretendemos perceber qual a importância do método START na abordagem de situações com multivítimas. Após realização de pesquisa bibliográfica em base de dados científicos, concluímos que triar consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas, para estabelecer prioridades de ação que, quando bem utilizada, traduz-se em sucesso pela diminuição da mortalidade e morbidade, em acidentes com múltiplas vítimas. (Campos [2015], Price et al. [2018] e Sardela et al. [2016]) Os enfermeiros especializados na PSC, podem ser membros integrantes em equipas de apoio a desastres, núcleos de comando, cargos de liderança, de gestão, bem como no terreno, na primeira linha de prestação dos cuidados de saúde essenciais. Assim para que o método START seja eficaz é crucial que os profissionais sejam treinados e tenham os seus conhecimentos atualizados com o objetivo de maior eficácia no atendimento, e com isso o maior salvamento de vítimas possível.

PALAVRAS-CHAVE: catástrofe, triagem pré-hospitalar, multivítimas

METODOLOGIA

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, efetuamos uma revisão da literatura que nos permitisse responder a questão: Qual a importância do método START na abordagem em situações com multivítimas?

Foi utilizado o motor de busca na Internet EBSCOhost (MedLine, CINAHL e Cochrane Central Register of Controlled Trials), Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Google Académico.

CONCLUSÃO

Existem vários métodos de triagem multivítimas, mas o START é o mais utilizado por ser um método simples e mais eficaz. No entanto é importante destacar que não existem sistemas de triagem perfeitos. A melhoria dos serviços de atendimento pré-hospitalar tem contribuído para a maior sobrevivência de pacientes graves nessa fase bem como a sua chegada com vida ao hospital. É essencial uma preparação prévia das equipas para realizar a triagem adequada de vítimas, através de simulações. O método START deve ser realizado no menor espaço de tempo possível, não devendo ultrapassar 1 minuto. A sua aplicabilidade é simples e rápida, sem margem para dúvidas, ao alcance de qualquer equipa de socorro, daí a sua extrema importância.



Figura 1 - Fluxograma de estratégia de seleção de estudos

INTRODUÇÃO

Os sistemas de triagem Pré-hospitalares visam organizar as vítimas em grupos homogéneos. Pretendem classificar os feridos, de forma rápida, segundo a gravidade das suas lesões e probabilidade de sobrevivência. De um modo geral, segundo os mesmos, a triagem é o único meio que pode proporcionar um benefício máximo ao maior número possível de vítimas, numa situação de catástrofe. (Rocha, 2000)

START Triage - Simple Triage And Rapid Treatment (START) é descrito como o melhor método de estratificação de vítimas e também o mais utilizado em todo o mundo. O método START pretende triar, de forma rápida, um grande número de vítimas. Para tal, são usados discriminações muito simples, como:

- Vítimas andas?
- Ferida?
- Respira?
- Frequência respiratória?
- Frequência cardíaca?

Com base nestas discriminações, são utilizados fluxogramas e, assim, é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias:

- **Prioridade 1 (cor vermelha):** Vítimas emergentes;
- **Prioridade 2 (cor amarela):** Vítimas não graves;
- **Prioridade 3 (cor verde):** Vítimas não graves;
- **Morto (cor preto).**

Uma enorme vantagem deste método é a linguagem universal que ele propõe, baseada em cores.

O fluxograma de triagem está desenhado para permitir, não só a imposição da ordem, mas também para assegurar que, perante um grande número de vítimas, a triagem seja feita de uma forma célere. (INEM, 2013)

RESULTADOS

Os três estudos analisados mostram que o START triage é o método mais utilizado na triagem de multivítimas. Campos (2015) refere que o método START é o mais utilizado em comparação com o método CRAMP e ABCDE, pois estes possuem parâmetros mais específicos, defende também que os profissionais devem ser treinados e devem ter conhecimentos atualizados com o objetivo a maior eficácia no atendimento. Price et al. (2018) compara a triagem START com a triagem META (Modelo Extrahospitalar de Triage Avançado), referindo que esta última podia melhorar os tempos pré-hospitalares e a ordem de evacuação das vítimas, principalmente as que precisam de tratamento drástico imediato, no entanto defende que o START em alguns casos é o único utilizado. Sardela et al. (2016) refere que a triagem é um processo contínuo e que muitas vezes as equipas não estão preparadas para executar esta triagem, defende os simulacros com multivítimas, pois é através destes que as equipas se qualificam para salvar maior número de vítimas em situação real. É um método de simples triagem e rápido tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, A. L. de. (2015). Atendimento de emergência realizado por profissionais de acidente e catástrofe. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 04-06
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013) - Manual de Situação de Exceção. Lisboa: INEM
- Price, M.F., González, F.A., Ríos, M.R. Fernández-Pacheco, A.N., Álvarez, T.C., & Delgado, S.C. (2018). Comparación de los sistemas de triage META y START en un ejercicio simulado de múltiples víctimas. *Emergencias*, 30(4), 234-230.
- Rocha, I. (2000) - Pós-Médico Avançado. Porto. Dissertação de mestrado em Medicina de Catástrofe apresentada no Instituto de Ciências Abel Salazar.
- Sardela, I., Fernando, J., Cristina, A., & Brings, S. (2016) A importância da Triagem em Acidentes com Múltiplas Vítimas. *Revista Brasileira de Ciências Biomédicas, Agrárias e de Saúde*, v. 20, n.º 2, 190-201



Figura 2 - Fluxograma de Triagem em acidente com Múltiplas Vítimas

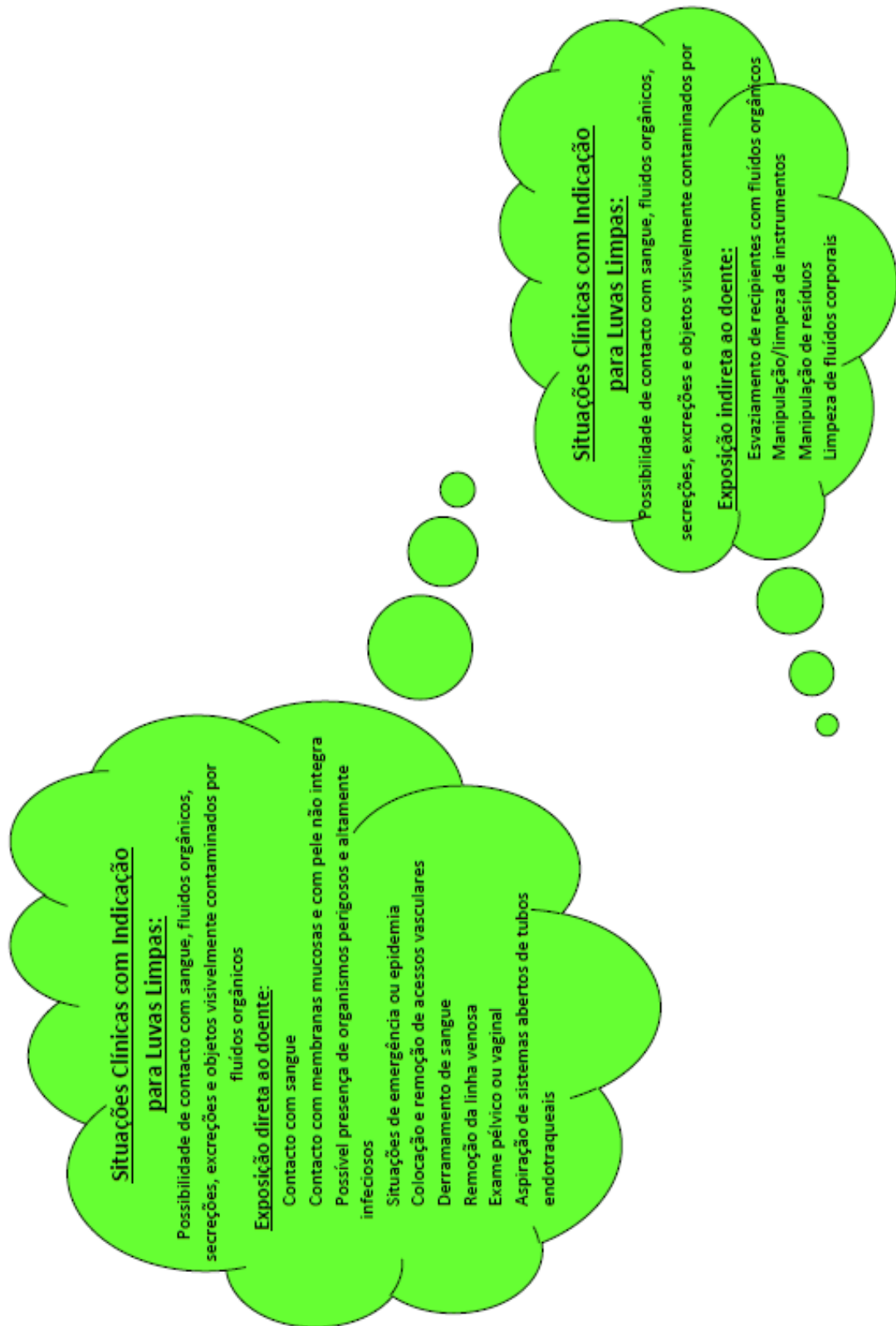
Notas:

1. Estudante de Mestrado em Enfermagem em Situações Críticas, Universidade de Évora, Portugal
2. Estudante de Mestrado em Enfermagem em Situações Críticas, Universidade de Évora, Portugal
3. Estudante de Mestrado em Enfermagem em Situações Críticas, Universidade de Évora, Portugal
4. Professora assistente, Instituto Politécnico de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal
5. Professora assistente, Instituto Politécnico de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal

178

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre


APÊNDICE XX – Sinalética do Uso Adequado de Luvas





ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Presidente do CA e parecer da Comissão de Ética

ULSNA 

INFORMAÇÃO

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº. 001908327 (Mbu)
26/11/19
Sociedade Oliveira
Nov. 02/12/19
De: Maria Luíza Lopes

N.º 45/2019, de 26 de novembro

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo " Debriefing pela equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na segurança do doente crítico."

PARCEIRO	RESPONSA/DEFINIÇÃO
	Concordo com o parecer emitido assim como a referida informação. Proceder-se em conformidade.  João Moura dos Reis Presidente do Conselho de Administração

O requerente, Tiago Miguel Oliveira Baganilha, mestrando em Enfermagem Médico- Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em Associação com as Escolas Superiores de Saúde de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Évora, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo "Debriefing pela equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na segurança do doente crítico."

Cumprе aprediar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se o facto de o requerente desempenhar funções no Serviço de Medicina Ala Direita do HSLE, embora esteja a realizar o estágio no âmbito do mestrado no serviço de Urgência do referido Hospital.

A temática proposta assume uma relevância no seu dia a dia de trabalho, constituindo a técnica debriefing, uma ferramenta bastante utilizada atualmente para potencializar a aprendizagem por meio da experiência.

De modo geral, um debriefing é composto por perguntas como:

- Qual era o resultado esperado?
- Em quais aspectos os objetivos foram ultrapassados e quais falharam?
- Por que isso aconteceu?
- Qual o melhor passo a ser dado em seguida?

Perante as respostas, é possível avaliar uma situação, identificar onde ocorreu a falha e entender os motivos de esta falha ter acontecido. Assim, é possível encontrar alternativas para consentar os problemas e aprimorar os resultados.

II- Objetivos

- Objetivo geral

MED.07 ADM.02



Página 1 de 2



INFORMAÇÃO
N.º46/2019, 26 de novembro

- Promover a segurança do doente crítico através da otimização do desempenho da equipa de enfermagem no decorrer do serviço de urgência.

III- Tipo de Estudo

O estudo é descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa.

IV- População alvo

Enfermeiros que desempenham funções no SU do HSLE.

V- Instrumento de coleta de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

A recolha de dados será efetuada a partir da aplicação de um questionário.

As questões constantes do mesmo não suscitam questões ético legais a serem corrigidas, tanto mais que não constituem dados pessoais nos termos do RGPD.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

Os dados são tratados através da aplicação SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*.

VII- Conclusões e propostas

Completada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do mesmo. A técnica de debriefing é hoje utilizada com alguma frequência para uma análise em profundidade de todos os resultados de um processo.

Os documentos e o instrumento de recolha de dados que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, considerando-se que a informação que se pretende recolher não integra o conceito de dados pessoais do RGPD.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Debriefing pela equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico."

Após conclusão do trabalho, o requerente deverá agendar a sua apresentação na ULSMA, E.P.E.

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificado:

- Ao Sr. Diretor do Serviço de Registo do UCEI;
- À Sr. Enl.ª Chefe;
- Ao requerente;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

Pela Comissão de Ética

Maria Luísa Lopes

ANEXO I - Cópia do parecer
CÓPIA FORMAL

Assina: Requerente com recurso do estado e todos os documentos anexos.

ANEXO II – Parecer do CTC da ESSP

Aprovação do Projeto de Mestrado - Mestrado de Enfermagem em Associação

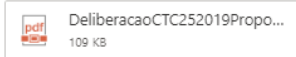


Raul Cordeiro <raulcordeiro@ipportalegre.pt>

qua, 11/12/2019 14:14

Para: adrianajaneiro1@gmail.com; ana_beliz@hotmail.com; acdimas82@gmail.com; cristina_velhinho@hotmail.com; anaicmourato@gmail.com **Mais 103 pessoas**

Cc: Adriano Pedro; Correspondencia ESSP; Vera Pombo



Caro(a) Estudante

Considerando:

-O Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação,

O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emitiu parecer favorável sobre tema, plano de trabalho correspondente e respetivo(s) orientador(es) do seu Projeto de Mestrado.

Sobre este assunto foi tomada a Deliberação 2019/25 de 4 de dezembro do CTC da ESS do Politécnico de Portalegre.

Nota: A informação constante deste mail respeita única e simplesmente ao seu Projeto de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos

Raul Cordeiro

Presidente CTC



DELIBERAÇÃO - 2019 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO - ANO LETIVO 2019/2020 - 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Rui Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto)

ISS: CONTCO.7 Rev.2



ANEXO III – Comprovativo Suporte Avançado de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Tiago Miguel Oliveira Bagorrihla

21/09/1988

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional

Em Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO

Course Director



Data do último curso: 11/05/2019

Este certificado é válido de 11/05/2019 e expirará em 04/12/2022.

a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 01/06/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.

Para verificar a validade deste certificado, por favor acesse a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-700-198864

ANEXO IV – Comprovativo ITLS



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

Certificate of Participation

Tiago Miguel Oliveira Bagorrihla, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/16/2019

course site
IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

course director
Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



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 #: 17-ITLS-P3-AP02 CEM Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 300, Dallas, Texas 75234 - 972-347-4442 - jacob@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL90026)

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
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.ittrauma.org



294858-37415
Tiago Miguel Oliveira Bagorrihla, RN

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 **6/16/2019** Expiration Date **06/2022**

Course Number **37415**

Course Location