



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

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

**Pedro Miguel Rocha Sousa**

**O USO DO DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE  
EMERGÊNCIA**

**OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA  
PORTUGUESA**

# **O USO DO DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

**Pedro Miguel Rocha Sousa**

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre Filipe Franco.

Oliveira de Azeméis, 2023



*Finalmente me encontrei*

*A fazer o que queria*

*Foi por isto que lutei*

*Era isto que eu queria*

**Xutos & Pontapés, 1997**



## **AGRADECIMENTOS**

---

Obrigado e desculpem... Diana, Pilar e Petra por todas as horas em que eu não estive, mesmo quando vocês estavam sempre lá.

À minha família profissional... por todas as horas que passamos juntos e a fazer aquilo que mais gostamos.

À minha família acadêmica... por toda a ajuda dada e por todos os momentos de comunhão e reflexão vividos ao longo destes mais de 24 meses.

Ao meu orientador, Enfermeiro Mestre Filipe Franco por toda a colaboração, ajuda dada e críticas construtivas feitas.

Aos locais de ensino por onde passei durante esta etapa.



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

---

ADR	Área doentes respiratórios
AEM	Ambulância emergência médica
AVC	Acidente vascular cerebral
BV	Bombeiros voluntários
CODU	Centro de orientação de doentes urgentes
CVC	Cateter venoso central
DAE	Desfibrilador automático externo
DGS	Direção geral da saúde
DRN	Delegação regional do Norte
ECG	Eletrocardiograma
EMCPSC	Especialista médico cirúrgica na pessoa em situação crítica
EPI	Equipamento de proteção individual
EPSC	Enfermagem pessoa situação crítica
EUA	Estados Unidos da América
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	<i>Identify, Situation, Background, Assessment, Request</i>
ITEAMS	<i>INEM Tool for Emergency Alert Medical System</i>
LRA	Lesão renal aguda
MEPSC	Mestre Enfermagem pessoa situação crítica
NEWS	<i>National Early Warning Score</i>
OMS	Organização mundial da saúde
PCC	População, conceito e contexto
PCP	<i>Post Code Pause</i>
PCR	Paragem cardio-respiratória
PIC	Pressão intra-craniana
PMA	Posto médico avançado
PSC	Pessoa situação crítica
REPE	Regulamento exercício profissional dos Enfermeiros

RX	Raio X
SAV	Suporte avançado de vida
SBV	Suporte básico de vida
SE	Sala de emergência
SI	Sistema de informação
SIEM	Sistema integrado emergência médica
SIRESP	Sistema integrado de redes de emergência e segurança de Portugal
SIV	Suporte Imediato de Vida
START	<i>Simple Triage and Rapid Treatment</i>
SU	Serviço de urgência
SUB	Serviço urgência básica
SUMC	Serviço de urgência médico-cirúrgica
TAC	Tomografia computadorizada
TEPH	Técnico emergência pré-hospitalar
TM	Triagem <i>Manchester</i>
TRTS	<i>Triage Revised Trauma Score</i>
VMER	Viatura médica de emergência e reanimação
VV AVC	Via verde Acidente vascular cerebral
VV Coronária	Via verde coronária
VV sépsis	Via verde sépsis
VV Trauma	Via verde trauma

## RESUMO

---

O presente relatório surge no âmbito do estágio de Enfermagem à pessoa em situação crítica II, disciplina inserida no 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Área de especialização Enfermagem à pessoa em situação crítica. O mesmo tem como objetivo descrever as atividades que foram desenvolvidas, de forma a adquirir as competências de mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica, utilizando a metodologia de projeto de investigação, desenvolvida ao longo estágio.

O documento está dividido em duas partes. A primeira refere-se à componente de estágio, onde é feita uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, atividades essas basilares na aquisição das competências fundamentais no Enfermeiro especialista em Enfermagem médico – cirúrgica e mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

A segunda parte, refere-se ao projeto de investigação desenvolvido ao longo deste período. Trata-se de uma revisão da literatura do tipo *Scoping-review* (utilizando a metodologia do *Joanna Briggs Institute* na sua versão de 2020) na área do *debriefing* e cujo título escolhido foi: “*O uso do debriefing após situações de emergência*”. Este estudo de investigação tem como objetivo: mapear a evidência sobre o uso do debriefing após situações de emergência. O mesmo mostra que o uso do *debriefing* representa um papel determinante após situações de emergência, nomeadamente no desenvolvimento teórico/prático dos profissionais de saúde, envolvimento interdisciplinar, mudanças reais no tratamento de paragem cardio-respiratória ou abordagem à via aérea, originando uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que lidam com situações de emergência e um aumento da cultura de segurança do doente. Pretende-se que o mapeamento e divulgação das evidências científicas obtidas sobre o uso do *debriefing*, seja o mote para o uso pelos profissionais de saúde desta ferramenta, melhorando assim os cuidados prestados e a segurança do doente. Aqui o Enfermeiro Mestre em EPSC pode e deve assumir um papel fulcral na implementação do *debriefing*, pois é ele que tem competências acrescidas na gestão e liderança de equipas, assim como na promoção da segurança e dos cuidados prestados ao doente.

**Palavras-chave:** Enfermagem Médico-cirúrgica; Pessoa em situação crítica; Debriefing; Urgência; Emergência;



## ABSTRACT

---

This report is part of the internship in Nursing for people in critical situations II, a subject included in the 2nd Master's course in Medical-Surgical Nursing – Area of specialization Nursing for people in critical situations. It aims to describe the activities that were developed, in order to acquire the skills of a master's degree in Nursing for the person in a critical situation, using the research project methodology, developed during the internship.

It is divided into two parts. The first refers to the internship component, where a reflection will be made on the activities carried out throughout it, activities that are fundamental in the acquisition of fundamental skills in the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing and Master in Nursing for the person in critical situation.

The second parte refers to the research project developed over this period. This is a literature review of the scoping-review type (using the Joanna Briggs Institute methodology inits 2020 version) in the área os debriefing and whose chosen title was: “Debriefing for the promotion of care and personal safaty in a critical situation”. This reserch study aims to map the evidence on the use of debriefing after emergency situations. It shows tha the use of debriefing plays a determining role after emergency situations, namely in the theoretical/practical development, real changes in treatment of cardio-respiratory arresto r approach to the airway, and in improving the quality of care provided by health professionals who deal with emergency situations. Is is intended that the mapping and dissemination of scientific evidence obtained on the use of debriefing will be the motivation for the use of this tool by health professional, thus improving the care provided and patient safety. Here the master nurse can and shuld assume a central role in the implementation of debriefing, as he is the one who has increased skills in managing and leading team, as well as promoting safety and care provided to the patient.

**Keywords:** Medical-surgical Nursing; Person in critical situation; Debriefing; Urgency; Emergency;



## ÍNDICE DE TABELAS

---

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> Admissões na sala de emergência.....	32
<b>Tabela 2</b> Número de admissões no serviço de urgência.....	37
<b>Tabela 3</b> Ocorrências na ambulância SIV.....	49
<b>Tabela 4</b> Ocorrências na VMER.....	50
<b>Tabela 5</b> Base de dados: Vantagens e descritores de pesquisa.....	75
<b>Tabela 6</b> Tabela de agregação de dados.....	80



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> Níveis de prioridade na triagem de <i>Manchester</i> .....	36
<b>Figura 2</b> <i>NEWS</i> , versão portuguesa.....	45
<b>Figura 3</b> Protocolo de atuação <i>NEWS</i> , versão portuguesa.....	46
<b>Figura 4</b> Diagrama fluxo da revisão integrativa (PRIMA).....	76



## ÍNDICE GERAL

---

	<b>Pág.</b>
INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	21
1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	23
1.1 ESTÁGIO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA.....	24
1.1.1 Estrutura física e organização.....	25
1.2 REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	28
1.2.1 Desenvolvimento de uma metodologia científica na prestação dos cuidados.....	29
1.3 ESTÁGIO EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR.....	40
1.3.1 Estrutura física e organização.....	43
1.4 REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	44
1.4.1 Desenvolvimento de uma metodologia científica a prestação dos cuidados.....	47
2. CONCLUSÃO.....	59
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: O USO DE DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.....	61
1. RESUMO.....	63
2. ABSTRACT.....	65
3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	67
4. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	71
5. METODOLOGIA.....	73
5.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	74
5.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	75
5.3 EXTRAÇÃO DE DADOS.....	77
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	77
6. RESULTADOS.....	79
7. DISCUSSÃO.....	87
8. CONCLUSÃO.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	103

Anexo I – Apresentação ação de formação “O debriefing para a promoção dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica” .....	105
Anexo II – Certificado da formação “Reanimar com o INEM” .....	115
Anexo III – Certificado da formação “ <i>Iteams</i> ” .....	119
Anexo IV – Apresentação da ação de formação “Triagem primária e Secundária” .....	123
Anexo V – Certificado de presença como orador no workshop “INEM” .....	155

## INTRODUÇÃO

---

Este trabalho enquadra-se no estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica II, inserido no 2º curso de mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica - Área de especialização Enfermagem à pessoa em situação crítica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera a realização de um conjunto de estágios interrelacionados (estágio I e II). Estes devem ser efetuados em serviços ou unidades relacionadas com cuidados de enfermagem na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente unidades de cuidados intensivos/intermédios, serviços de urgência ou outras áreas de prestação de cuidados relevantes na área do doente crítico, como por exemplo a emergência pré-hospitalar.

Este momento de aprendizagem encontra-se dividido em dois momentos distintos. O primeiro momento, decorreu num Serviço de Urgência (SU) de um hospital central da região norte do país, com o seu início a 03 de outubro de 2022 e término a 09 de dezembro 2022. O segundo momento decorreu na delegação regional norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente numa ambulância de suporte imediato de vida (SIV) e numa viatura médica de emergência e reanimação (VMER) entre 12 de dezembro 2022 e 08 de março 2023. É sobre o estágio II que este relatório se refere.

O estágio teve a duração total de 810 horas, das quais 540 horas foram de contacto e 270 horas de trabalho autónomo do estudante. As horas de contato na tipologia de estágio, perfazem as 440, sendo que as mesmas estão divididas equitativamente pelos dois momentos (220 horas em cada um dos momentos em contexto da prática clínica). Restam ainda 20 horas em tipologia de seminários e 80 horas na tipologia de orientação tutorial.

A coordenação dos dois momentos de estágio foi da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre Filipe Franco.

Este documento tem dois objetivos principais. O primeiro é servir de base para o desenvolvimento de uma reflexão crítica e retrospectiva do desempenho e das experiências obtidas durante este estágio, procurando demonstrar todo o *know how* e todo o leque de conhecimentos adquiridos com as atividades desenvolvidas ao longo das horas de contato, focando-se sempre nas competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O segundo é dar a conhecer o projeto de investigação realizado neste período, cujo título é “O *debriefing* para a promoção dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica”.

Tem ainda como objetivos específicos:

- Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante os dois contextos de estágio;
- Avaliar a concretização e aplicabilidade dos objetivos inicialmente traçados;
- Refletir sobre as competências adquiridas e os seus contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional como futuro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Contribuir para uma prática de Enfermagem baseada na evidência científica;
- Servir de instrumento de avaliação.

Assim, o documento foi dividido em duas partes. A primeira refere-se à componente prática de estágio, onde é realizado um enquadramento dos diferentes contextos de estágio, é realizada uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo (atividades essas fundamentais na aquisição de competências fundamentais no Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica) e por fim, apresentam-se as considerações finais dos dois momentos de estágio.

A segunda parte, refere-se ao projeto de investigação desenvolvido ao longo deste período. Trata-se de uma revisão da literatura do tipo *scoping-review* na área do *debriefing*, que tem como objetivo principal, mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência. É realizado um enquadramento teórico, referido quais os objetivos do estudo, seguindo-se da metodologia utilizada e das questões éticas levantadas. Para terminar são expostos os resultados obtidos, que foram alvo de uma discussão e reflexão, terminando com a conclusão.

O caminho percorrido até este ponto foi longo e de forma a me ajudar a manter o foco naquilo que pretendia, no início de cada momento de estágio elaborei um projeto, onde foram expostos os objetivos a atingir, quais as estratégias e atividades a desenvolver, explanadas num cronograma, perspetivando o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a aquisição de competências de mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---



## 1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

---

O local de estágio deve ser um local de aprendizagem, propício para o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em situação crítica (EPSC), nomeadamente ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação de processos, conduzindo assim ao desenvolvimento de boas práticas e indo de encontro ao que se é esperado do aluno do mestrado em Enfermagem à pessoa em situação crítica (Diário da república, 429/2018).

A escolha destes dois locais de estágio deve-se a dois motivos principais: o primeiro e mais importante, veio da vontade de conhecer e perceber realidades diferentes daquelas que lido diariamente no meu local de trabalho, uma vez que exerço funções num serviço de urgência médico-cirúrgico, e o segundo motivo deve-se a uma questão de gosto pessoal, uma vez que a área da Enfermagem em urgência/emergência e da emergência pré-hospitalar são as áreas nas quais me vejo a trabalhar nos próximos anos e nas quais quero desenvolver e melhorar as minhas competências.

Como refere Carvalho (2005) os ensinamentos clínicos são oportunidades únicas do aluno colocar em prática todo o processo formativo teórico aprendido até então nas escolas. O mesmo autor diz-nos que, são nos ensinamentos clínicos e nas vivências hospitalares que os alunos desenvolvem outras áreas do saber.

Também segundo Benner (2005), os Enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos.

Desta forma, considero assim os momentos de estágio, como os momentos ideais, para mim enquanto aluno, enquanto Enfermeiro e enquanto futuro Mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica (MEPSC), de colocar em prática todos os conhecimentos teórico/práticos já assimilados, assim como considero ser a altura ideal para assimilar novos conhecimentos, novas *skills* e para desenvolver um pensamento crítico/reflexivo exigido ao MEPSC.

Neste capítulo irei realizar um enquadramento e caracterização dos dois locais de estágio, assim como uma descrição das atividades desenvolvidas e quais as implicações das mesmas para a minha prática clínica. Serão expostos quais os contributos da minha passagem

para as diferentes instituições e termino com as considerações finais acerca dos dois locais de estágio.

## 1.1 Estágio em Contexto de Urgência

O serviço escolhido para efetuar o primeiro momento do estágio de Enfermagem à pessoa em situação crítica II foi um Serviço de Urgência polivalente de um hospital da região norte. O mesmo decorreu no período compreendido entre o dia 03 de outubro de 2022 a 09 de dezembro de 2022.

Trata-se de um hospital central, que visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde. Foca-se na prestação de cuidados que melhorem a saúde dos doentes e da população, em atividades de elevada diferenciação e no apoio e articulação com as restantes instituições de saúde, privilegia e valoriza o ensino pré e pós-graduado e incentiva a investigação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde.

Os valores em que assentam a atividade da instituição e que regem o trabalho diário dos profissionais, estão descritos no seu plano estratégico. São os seguintes:

- Respeito – tratar todos os doentes com dignidade;
- Integridade – atingir os mais elevados padrões éticos e de responsabilidade que mereçam a absoluta confiança dos doentes;
- Trabalho de equipa – unir todos os saberes científicos e técnicos em prol da prestação de cuidados;
- Cultura do conhecimento – praticar sempre os melhores cuidados que o conhecimento científico possibilita;
- Sustentabilidade – aproveitar os recursos humanos, físicos e materiais colocados à disposição maximizando a prestação de cuidados;
- Responsabilidade social – garantir que as ações diárias respeitam o meio envolvente.

Sendo o SU polivalente, significa que tem o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, dando resposta à maior parte da população a sul do rio Douro e a norte do rio Vouga, servindo também como urgência primária para uma grande parte da população das cidades limítrofes.

A direção geral de saúde caracteriza os SU polivalente da seguinte forma:

*“Os Serviços de Urgência Polivalente, que também funcionam como Urgência Médico-Cirúrgica para as respectivas áreas de influência, são o segundo nível, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica. As Urgências Polivalentes devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e poderão ser, em determinadas circunstâncias (queimados, por exemplo), de referência supra-regional ou, mesmo, nacional.” (DGS, 2001, p.8)*

Desta forma, considerei a minha escolha para realização deste estágio a mais adequada, pois este SU, proporciona aos alunos que por ele passam, um vasto leque de experiências e especialidades clínicas, contribuindo assim, para a aquisição e consolidação de conhecimentos técnico/científicos e relacionais em várias áreas de atuação.

### **1.1.1 Estrutura Física e Organização**

O serviço está localizado no piso 0 do edifício satélite e está dividido por diferentes áreas, tais como: a área de admissão/administrativa, área de triagem, área doentes prioridade azul/verde e área amarela que tem uma subdivisão denominada por área doente respiratório (ADR) que recebe todos os doentes com queixas e/ou sintomas respiratórios independentemente da prioridade atribuída pela triagem de *manchester*. Contém ainda uma área laranja que aloca todos os doentes com atribuição de cores laranja, amarela, ou até mesmo azuis e verdes, caso se tratem de doentes triados para medicina interna. Alberga 26 doentes em “boxes” bem discriminadas, no entanto é possível ver duas macas por “boxe” ou nos corredores e doentes sentados em cadeirão em redor da área.

Tem uma área cirúrgica, onde são alocados todos os doentes vítimas de trauma ou com queixas do foro cirúrgico ou ortopédico. Esta área possui uma sala de vigilância cirúrgica dividida por “boxes” onde se encontram doentes em maca, cadeira de rodas ou que deambulem pelo próprio pé. É composta ainda por vários gabinetes de observação médica (divididos de acordo com a especialidade médica) assim como uma “sala de gessos”, uma sala de abordagem ao doente politraumatizado com capacidade para duas macas em simultâneo, e duas salas de tratamento de feridas. De referir que a especialidade de oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia apenas existe no horário das 8.00 às 20.00 horas, sendo que todos os doentes que necessitem de observação médica especializada nestas áreas, são transferidos para o hospital que assegura a especialidade fora daquele horário. O serviço possui uma sala de emergência com 4 “boxes” para observação e tratamento de doentes críticos e que necessitem de uma abordagem emergente e estabilização. Cada “boxe” está dotada com equipamentos de monitorização de sinais vitais,

ventilador de transporte, um monitor/desfibrilador, 1 carro com diverso material para procedimentos de Enfermagem, para além de um computador dotado de todos os sistemas de informação em uso na instituição. Fica situada junto às salas de triagem para que a entrada do doente na SE seja facilitada. Encontra-se ainda na mesma, o material necessário para o transporte secundário intra ou inter-hospitalar do doente crítico (cumprindo as recomendações para o transporte do doente crítico de 2023), material clínico organizado por “kits” para a realização de procedimentos médicos e de Enfermagem, um stock de fármacos comumente utilizados no doente crítico, material de abordagem ao doente vítima de trauma e 1 carro de “via área difícil” com material clínico para diferentes abordagens da via aérea. Faz parte ainda do material da SE o *AutoPulse* (Sistema de ressuscitação cardiopulmonar automatizado) com respetivas baterias. Na sala de emergência foi criado um circuito para doentes com suspeita de SarsCov2, destinando a “boxe” 4, ou seja, a primeira box à esquerda no sentido de quem vem da entrada do SU, ficando 3 “boxes” para os restantes e que não tenham história nem diagnóstico prévio de COVID positivo, sendo que por defeito e caso a circunstância o permita e até saber o resultado do teste COVID, coloca-se os doentes na “boxe” 4. Doentes admitidos em paragem cardio-respiratória (PCR) sempre que possível são colocados na “boxe” 1, pois é aí que se encontra o carro com material de abordagem à via aérea.

Em cada área do serviço existem “estações pneumáticas”, através do qual são enviadas as amostras ao laboratório, não sendo necessária a deslocação dos Assistentes Operacionais ao laboratório para entregar as mesmas e tornando o processo mais eficiente. Cada uma destas áreas possui salas de espera separadas para que não exista aglomeração de doentes e prevenindo por exemplo possíveis infeções cruzadas. As diferentes áreas permitem a individualização através de cortinas aumentando a privacidade dos doentes.

Ainda de forma a prevenir ou diminuir a ocorrência de infeções hospitalares, existem circuitos próprios de doentes, profissionais e resíduos hospitalares.

O espaço físico do SU alberga ainda o serviço de imagiologia, onde são realizados grande parte dos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente TAC, RX ou ecografia, o gabinete de apoio ao acompanhante, um posto da PSP, as respetivas salas de acompanhantes das diferentes áreas funcionais.

No setor mais recuado, existem dois armazéns, uma farmácia que é muitas vezes utilizada pelo enfermeiro coordenador do turno para efetuar as devidas ocorrências e registos de entradas e saídas de materiais consumíveis, dispositivos médicos, reposição de medicação nas diferentes áreas do SU e outros assuntos/ocorrências que seja necessário dar resposta, vários gabinetes de apoio, uma sala de reuniões e uma copa.

A equipa multidisciplinar do SU é composta por diferentes categorias profissionais, nomeadamente: Enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de cardiopneumologia e assistente social.

Em relação à equipa de enfermagem, esta é constituída por cerca de 110 enfermeiros, dos quais um enfermeiro gestor ou designado para o tal, com duas enfermeiras de apoio direta na gestão e coordenação das escalas. Está dividida por 5 equipas com cerca de 16 a 18 enfermeiros cada uma. Trabalham habitualmente em horário do tipo *“roulement”*, tendo o turno da manhã início pelas 08.00 horas e término pelas 15.30 horas; o turno da tarde compreende o período entre as 15.00 horas e as 22.30 horas; por fim, o turno da noite inicia-se pelas 22.00 horas e termina pelas 08.30 horas. De referir que os rácios da equipa nos respetivos turnos, pode ser ajustado tendo em conta as necessidades do serviço ou imprevistos de última hora que possam surgir. Os enfermeiros são distribuídos pelas diferentes áreas que compõe o serviço de urgência conforme estipulado e de acordo com as necessidades. Está definido como lotação segura de enfermeiros por turno, 13 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 12 enfermeiros no turno da noite, sendo que a área da triagem fica só com 1 enfermeiro/posto de triagem em funcionamento nesse turno. Estes *ratios* eram os existentes há data da realização do estágio.

Segundo a Norma da Ordem dos Enfermeiros para o cálculo de dotações seguras no Serviço de Urgência, *“a fórmula é por posto de trabalho adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao logo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência”* (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 21).

Em cada turno, existe um Enfermeiro coordenador que é responsável por todas as funções de gestão de equipa, gestão de material clínico e de fármacos em falta, bem como é sua responsabilidade a resolução de outro tipo de situações que possam surgir, como por exemplo a necessidade de destacar um elemento para transportes secundários de doentes ou funcionar como elo de ligação entre hierarquias, como por exemplo Enfermeiro chefe. O mesmo não está destacado para nenhuma área do serviço. Este Enfermeiro coordenador, possui no mínimo competências de Enfermeiro especialista, o que vai de encontro ao parecer conjunto nº 01/2017 da OE que refere que *“a atribuição da função de responsável de turno (...) compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências para a área de gestão”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 2).

O Enfermeiro que integra a equipa realiza um período de adaptação, iniciando essa integração na área amarela e laranja. Mediante a sua evolução no serviço e após avaliação do Enfermeiro Chefe e dos Enfermeiros Coordenadores da equipa onde está inserido, inicia integração específica às áreas de cirurgia/ortopedia, depois Triagem.

Por fim segue-se a integração na Sala De Emergência para a qual é necessário ter o curso de suporte avançado de vida e outras formações específicas nesta área.

O sistema de informação clínica e registos dos cuidados de Enfermagem e das restantes equipas profissionais são efetuados no programa *Alert*<sup>®</sup>.

## 1.2 Reflexão Crítica das Atividades Desenvolvidas

Nesta parte do relatório, faço uma descrição e reflexão das atividades desenvolvidas durante o primeiro momento de estágio, com o intuito de dar visibilidade a todo o trabalho realizado e de refletir acerca do atingimento dos objetivos inicialmente propostos no projeto de estágio realizado nos primeiros dias do mesmo.

No primeiro dia de estágio, acompanhado pela minha Enfermeira supervisora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, conheci o espaço físico, a orgânica do serviço e algumas das dinâmicas específicas das diferentes áreas do SU. Foi-me apresentada a página do serviço na intranet do hospital, onde é possível aceder a algumas das normas e protocolos existentes, o que me ajudou bastante para que a integração fosse feita de uma forma mais rápida e com sucesso.

À posteriori, em conjunto com a Enfermeira supervisora, procurei estabelecer os meus objetivos gerais e específicos para o estágio. Assim, e tendo em conta o tipo de cuidados prestados no SU, o tempo previsto para este estágio, assim como as necessidades do serviço, delineei objetivos específicos para o desenvolvimento das seguintes competências, tendo por base o regulamento 429/2018 que define as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, com o objetivo de promover uma cultura de segurança nas diversas áreas de atuação;
- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Cuida da pessoa em situações de exceção, emergência ou catástrofe;
- Dinamiza e desenvolve ações de controlo de infeção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Em suma, no contexto da prática clínica, o objetivo primordial foi o de adquirir competências específicas na área da EPSC, proporcionando um contato com novas realidades, experiências e métodos de trabalho, possibilitando uma intervenção ajustada às necessidades detetadas.

Considerando o Regulamento nº 140/2019 o Enfermeiro Especialista é definido como *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (Diário da república, 2019, p. 4744).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) define o enfermeiro especialista como o profissional que detém um nível de conhecimento elevado numa área específica, que são capazes de tomar decisões clínicas e de efetuar julgamentos clínicos nessa mesma área de especialização.

O contacto com o doente crítico, a realidade diária de um serviço de urgência polivalente, assim como as experiências vivenciadas junto dos profissionais com quem contatei e que muito me ensinaram, foram a base da minha formação como futuro Mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Cuidar de doentes de médio e alto risco constitui um desafio constante para os profissionais de saúde e nomeadamente, para os que trabalham em serviços de urgência. Todos os dias, na nossa prática profissional, somos confrontados com novas *guidlines*, novas instruções de trabalho e novos conhecimentos, exigindo uma atualização (quase) constante, e o desenvolvimento de aptidões/competências técnicas e teóricas, para que seja possível dar uma resposta adequada as necessidades dos doentes.

### 1.2.1 *Desenvolvimento de uma Metodologia Científica na Prestação dos Cuidados*

Enquanto disciplina, a Enfermagem tem evoluído teoricamente e o número crescente de áreas de investigação tem um papel fulcral para que os enfermeiros se diferenciem cada vez mais de outras áreas, contribuindo deste modo, para que também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, sejam reconhecidos e lhes sejam atribuídas funções de liderança e gestão.

Conforme a alínea 3 do artigo 5º do REPE (2015) *“Os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica”* (p.100). Deste modo, a metodologia científica permite identificar problemas de saúde, recolher dados, formular diagnósticos, elaborar planos de ação, executar adequadamente os cuidados de enfermagem e por fim avaliá-los com vista a reformular as intervenções propostas.

Isto tudo converge numa prática organizada e sistematizada baseada na aplicação do processo de Enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Atualmente uma das maiores preocupações dos Enfermeiros diretores ou Enfermeiros gestores é a que as equipas estejam atualizadas a nível formativo e que seja possível uma “*prestação de cuidados baseada em evidência...*” sendo que esta “*é reconhecida como uma competência fundamental para os profissionais de saúde*” (Broeiro, 2015, p. 238).

Neste sentido, nos primeiros dias de estágio tentei identificar alguma área formativa na qual pudesse intervir junto da equipa do SU, de forma a promover ganhos em saúde aquando da sua intervenção diária. Foi sugerido pela enfermeira supervisora a realização de um trabalho escrito no domínio que fosse do meu maior interesse e na qual eu sentisse necessidade de aprofundar conhecimentos. Uma vez, que o tema do estudo de investigação que irei realizar no âmbito do MEPSC é o uso do *debriefing* após situações de emergência, optei por realizar uma ação de formação à equipa de Enfermagem sobre este mesmo tema. Aliado a este motivo, o fato da minha Enfermeira supervisora exercer funções de responsável de risco do serviço de urgência, também foi um fator positivo na escolha deste tema.

Na minha ótica, a escolha deste tema faz todo o sentido para ser realizada num SU, pois trata-se de um serviço complexo, onde diariamente os profissionais que nele trabalham, lidam constantemente com situações de emergência, estando expostos a grandes fatores de “stress” e pressão, podendo facilmente levar à ocorrência de erros clínicos.

Healy e Tyrrell (2013) após estudarem 3 serviços de urgência, mencionam que os enfermeiros e médicos reconhecem a importância da realização de *debriefings*, com o objetivo de fornecer apoio psicológico à equipa, melhorar os cuidados de saúde prestados (especialmente após situações de emergência) e para fortalecer o espírito de colaboração em equipa.

Perkins et al. (2011) referem que o *debriefing* em situações de emergência, especialmente após situações de reanimação, aumenta a adesão da equipa aos algoritmos recomendados e atualizados. Por sua vez, Lavoie et al. (2010) diz-nos que o uso do *debriefing* é uma das estratégias para prevenir situações de stress pós-traumático, especialmente em serviços de urgência.

Assim, a realização desta ação de formação vai ao encontro dos objetivos específicos por mim definidos, nomeadamente na unidade competência do Enfermeiro especialista: “*Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação*” (Diário da república, 2018, p. 19362).

A ação de formação com o título “O *Debriefing* para a promoção dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica” teve como objetivos:

- Compreender o processo de *debriefing*;
- Consolidar conhecimentos relativos ao *debriefing*;
- Perceber quais os aspetos a ter em consideração na realização do *debriefing*;
- Refletir sobre barreiras limitadoras à realização do *debriefing*;
- Conhecer a estrutura básica do *debriefing*;

A ação de formação apresentada (anexo I) contou com a participação de 10 Enfermeiros do SU, sendo que a avaliação da mesma foi realizada através de um formulário da plataforma *google forms*. Considero que a ação de formação atingiu os objetivos inicialmente propostos e correspondeu às expectativas de todos os presentes, como é possível aferir através das respostas obtidas no formulário de avaliação. No mesmo formulário de avaliação foi colocado um campo de preenchimento livre, onde poderiam ser feitas sugestões de melhoria, mas não foram obtidas respostas.

Como já referi, o *debriefing* é uma das estratégias usadas em contextos de saúde, nomeadamente em contexto de urgência/emergência, para promover a segurança do doente e das equipas multidisciplinares, pelo que considero que consegui atingir o objetivo inicialmente proposto.

Segundo o regulamento que define o ato do Enfermeiro, a ciência da Enfermagem tem evoluído no sentido de responder às constantes mudanças no cuidar e nos diferentes contextos de atuação, tornando-se cada vez mais complexa nas diferentes áreas do conhecimento. Neste sentido, o Enfermeiro, sendo ele especialista ou não, vê potenciado novos campos de atuação e crescimento bem como o seu papel dentro das equipas multidisciplinares sai valorizado (Diário da república, 613/2022).

Durante o estágio tive vários turnos alocado à sala de emergência, ficando responsável por prestar cuidados a doentes críticos com falência multiorgânica. Uma vez que trabalho num serviço de urgência, assumindo muitas vezes o doente admitido na sala de emergência, facilitou o meu processo de integração. No entanto, o fato de me encontrar num ambiente novo, com dinâmicas e materiais clínicos diferentes e equipas multidisciplinares novas, foram fatores que levaram a um esforço maior de minha parte, no processo de adaptação a este novo ambiente.

Durante os turnos realizados na SE, tive a oportunidade de admitir, planejar, prestar e gerir cuidados de Enfermagem a múltiplos doentes críticos e de forma autónoma.

Na seguinte tabela, estão identificados todos os doentes que admiu na SE, assim como alguns dos procedimentos/protocolos terapêuticos realizados.

**Tabela 1**

*Admissões na sala de emergência*

Diagnóstico de admissão	Procedimentos realizados/Protocolos terapêuticos
VVCoronárias (2)	Monitorização hemodinâmica não invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Preparação e administração de terapêutica;
Paragens Cardio-respiratórias (2)	Algoritmo de SAV; Aplicação do auto-pulse
Disfunções multiorgânicas - Acidemia metabólica, LRA, Hipotensão; (3)	Monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Colocação de cateter arterial e CVC; Preparação e administração de terapêutica;
Queimadura elétrica de alta voltagem (1)	Monitorização hemodinâmica não invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Algaliação; Preparação e administração de terapêutica Tratamento de feridas; Acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico;
Politraumatizados (3)	Monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Entubação orotraqueal e manutenção de ventilação invasiva; Colocação de cateter arterial, CVC, cateter de avaliação de PIC e dreno torácico; Aplicação de material de imobilizações musculoesqueléticas; Preparação e administração de terapêutica; Acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico;

VVAVC (3)	Monitorização hemodinâmica não invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Preparação e administração de terapêutica; Administração de agente trombolítico segundo protocolo; Acompanhamento na realização de exames complementares de diagnóstico;
Taquicardia ventricular monomórfica (1)	Monitorização hemodinâmica não invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Preparação e administração de terapêutica; Cardioversão química e elétrica;
Dispneias/Edema agudo do pulmão (3)	Monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva; Obtenção de acesso venoso e colheita de sangue para controlo analítico; Colocação de cateter arterial e CVC; Colocação e manutenção de ventilação não invasiva; Entubação orotraqueal e manutenção de ventilação invasiva; Preparação e administração de terapêutica;

De referir que todos os doentes admitidos na SE eram alvo de uma avaliação inicial e secundária, seguindo uma metodologia “XABCDE”, o que facilitava o planeamento dos cuidados bem como os registos de Enfermagem no sistema de informação *Alert*<sup>®</sup>.

É importante identificar os diferentes diagnósticos dos doentes admitidos na SE bem como o vasto leque de intervenções a eles realizadas, uma vez que cada vez mais, é exigido (e esperado) ao Enfermeiro especialista uma adaptação constante na gestão dos ambientes terapêuticos e uma grande capacidade de resposta na realização de intervenções de Enfermagem eficazes. A prestação de cuidados ao doente crítico e a gestão de ambientes terapêuticos, é para o Enfermeiro especialista “*condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco*” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4747).

O Decreto-Lei n.º 63/2016 de 2016, também refere que para a obtenção do grau de Mestre, o Enfermeiro deve

*“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* (p. 3174).

Aquando da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico, procurei sempre encontrar estratégias que me facilitassem a aplicação dos conhecimentos já adquiridos previamente, mesmo encontrando-me num ambiente diferente, de forma a garantir efetividade terapêutica e a promoção da segurança do doente.

Também na transferência de doentes (da SE ou outras áreas do SU) tentei utilizar sempre a metodologia ISBAR. O doente crítico possui um grande conjunto de informações clínicas, o que obriga a uma grande organização “mental” para que na passagem de informação a outro serviço/profissional de saúde nada seja descurado.

Segundo a norma para a comunicação eficaz nos cuidados de saúde

*“a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”* (Direção geral de saúde, 2017, p.1).

A mesma norma diz-nos ainda que o uso da técnica ISBAR, deve *“ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados”* (Direção geral de saúde, 2017, p.1).

Reconheço que nos primeiros turnos, revelei alguma dificuldade em estabelecer esta comunicação eficaz entre os diferentes serviços clínicos e na passagem da informação clínica ao colega que iria assumir os cuidados ao doente. O fato de estar no papel de estudante, de me encontrar num ambiente novo, aliado à questão de não conhecer os restantes profissionais de saúde do hospital, foram fatores determinantes para que isso acontecesse. No entanto, com o passar dos turnos, consegui atenuar todos estes *handicaps* e estabelecer uma comunicação eficaz entre os diferentes serviços e profissionais de saúde, estabelecendo uma comunicação eficaz na transição dos cuidados.

Posto isto, considero ter atingido os objetivos específicos por mim propostos na unidade de competência específicas do Enfermeiro especialista em EMCPC: *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* (Diário da república, 2018, p. 19363).

Um outro aspeto que contribuiu para o desenvolvimento de uma metodologia científica na prestação de cuidados, foi o contato com um novo sistema de informação em saúde – *Alert*<sup>®</sup>, até então totalmente desconhecido para mim.

Este programa permite através de um perfil de enfermagem, médico ou assistente operacional a interação entre estes três grupos profissionais, nomeadamente no que diz respeito à prescrição de cuidados, de terapêutica e de exames complementares de diagnóstico, sendo indispensável no serviço para o registo, avaliação e continuidade de cuidados.

Como refere Mota (2010) *“a qualidade e continuidade dos cuidados dependem fortemente da qualidade com que estes dados são produzidos e partilhados nos SI”* (p. 103). A recolha, interpretação, registo e análise da informação que os Enfermeiros documentam nos SI, mostra-se fundamental para fundamentar as tomadas de decisão que cada profissional de saúde faz durante o processo terapêutico, minimizando a ocorrência de erros e tornando possível a avaliação da efetividade das intervenções realizadas. O EMPSC só consegue atingir a perícia se, através da aplicação dos instrumentos teóricos, conseguir interpretar, adaptar ou corrigir as situações reais com que se depara.

*“A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”* (Benner, 2005, P.33).

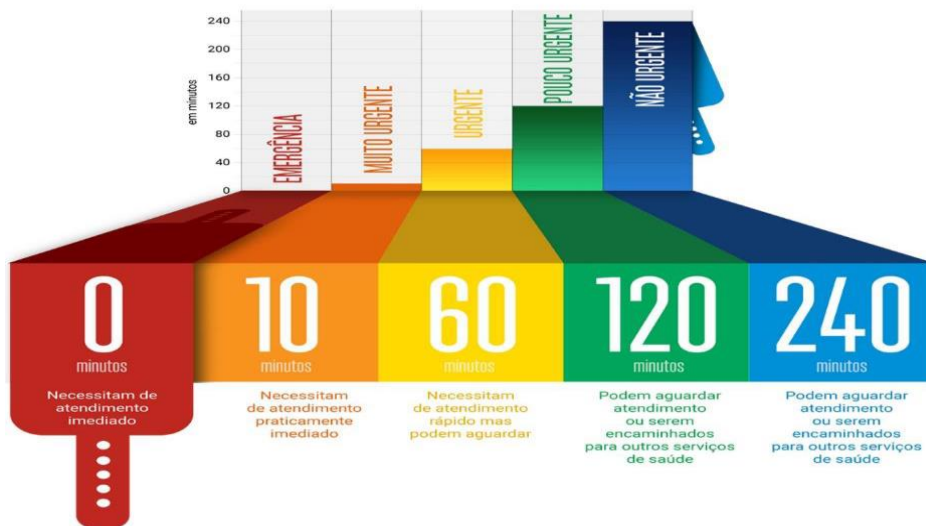
O sistema de triagem de *manchester* também está integrado no *Alert*<sup>®</sup>, sendo assim possível acompanhar todo o processo do doente, desde a admissão até à alta. O programa permite obter toda a informação e antecedentes clínicos do doente, registar todos os sinais vitais, feridas, fraturas, dispositivos médicos, bem como os procedimentos de enfermagem associados a cada doente. O registo pode ser feito através de escalas ou campos de preenchimento fechado bem como através da redação de texto livre.

A forma como o programa está concebido, permite a realização dos registos de enfermagem de forma bastante intuitiva e fácil, o que possibilitou a rápida adaptação ao mesmo. Após a primeira semana de estágio, já me sentia capaz de utilizar o sistema de informação de forma autónoma, necessitando apenas da ajuda da minha enfermeira supervisora para o esclarecimento de algumas dúvidas ou situações “novas” que pudessem surgir.

Atendendo ao Despacho do Ministério da Saúde nº 19124/2005 de 17 de agosto de 2005, que determina que todos os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde implementem um protocolo de triagem, o serviço de urgência adotou um sistema de triagem de prioridades, reproduzível e sujeito a auditorias contínuas que permite hierarquizar o atendimento – o Sistema de triagem de Prioridades de *manchester*. Trata-se de um instrumento de apoio à gestão e estratificação do risco clínico de cada doente à entrada no serviço de urgência, permitindo assim a gestão do fluxo de doentes com segurança, garantindo o rápido atendimento aos doentes que necessitam de cuidados emergentes. Este sistema permite a identificação dos critérios de gravidade de forma objetiva e organizada, sugerindo uma prioridade clínica e um tempo alvo de espera recomendado até à observação médica (Grupo Português de Triagem, 2015). Na triagem de *manchester* a avaliação clínica inicia-se a partir da queixa referida pelo doente e que o fez procurar o serviço de urgência. Assim, foi elaborada uma lista de 50 fluxogramas que abrange quase todas as situações clínicas e que permitem atribuir cinco níveis de prioridade aos doentes como se pode ver na figura abaixo (Grupo Português de Triagem, 2015).

**Figura 1**

*Níveis Prioridade Triagem de Manchester*



*Nota:* Grupo português de triagem, <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>. Copyright 2021.

Durante o período de estágio, foi possível verificar que com o avançar do outono e aproximação dos meses invernosos, a afluência ao SU também foi aumentando, dificultando a gestão dos doentes admitidos em contexto de urgência, bem como dos doentes que

mesmo após serem internados, ficam no espaço físico do serviço de urgência a aguardar a atribuição de uma cama no respetivo internamento.

Na seguinte tabela, é possível comparar o número de admissões nos meses em que decorreu o estágio, de acordo com as respetivas prioridades da triagem de *manchester*.

**Tabela 2**

*Número de admissões no serviço de urgência*

Mês	Prioridade vermelha	Prioridade laranja	Prioridade amarela	Prioridade verde	Prioridade azul	Prioridade branca	Doentes sem triagem	Total
10/2022	40	1621	9993	5465	84	541	111	17855
11/2022	31	1625	9036	5682	54	579	131	17138
12/2022	50	1675	8380	4878	70	616	88	15757

*Nota:* Serviço Nacional de Saúde, <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/atendimentos-em-urgencia-triagemmanchester/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tempo=2022&refine.regiao=Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Norte&refine.instituicao=Centro%20Hospital%20Vila%20Nova%20de%20Gaia%2FEspinho,%20EPE>. Copyright 2023.

Dos dados obtidos, verifica-se que grande percentagem dos doentes admitidos têm a prioridade amarela ou verde, sendo por isso considerados urgentes ou pouco urgentes e que deveriam ser alvo de observação médica após o momento de triagem de 60 minutos e 120 minutos respetivamente. Tal situação muitas vezes não se verificava. A grande afluência de doentes associada aos poucos recursos humanos no serviço, faz com que os tempos de espera aumentem, verificando-se muitas vezes tempos de espera (para prioridade amarela) superiores ao desejado.

A deslocação excessiva de doentes a estes serviços, cuja priorização segundo a TM é de pouco urgente ou não urgente, é uma constatação cada vez mais evidente, o que acarreta grandes dificuldades na gestão do tempo e dos cuidados aos doentes com patologias e/ou doença súbita que carecem de intervenção imediata (Dixe, 2018).

Associadas também aos fluxogramas da TM estão as chamadas “vias verdes”. No processo de triagem a rápida avaliação do doente, com base nos problemas identificados, podem ser identificados os doentes com critérios de ativação imediata de umas das quatro Vias Verdes: Coronária, Sépsis, Trauma e AVC. Ao efetuar a ativação de alguma via verde, o enfermeiro triador consegue efetuar pedidos de exames complementares de diagnóstico e “ativar” profissionais de saúde mais diferenciados de forma a diminuir o tempo entre a

chegada do doente e o atendimento. Por exemplo, num caso suspeito de AVC, é ativada a via verde de AVC e é solicitado imediatamente apoio da equipa de neurologia que encaminha o doente para a sala de emergência ou outra área médica, para que estes possam avaliar da forma mais correta o doente e assim tomar a melhor decisão terapêutica.

*“As denominadas Vias Verdes são circuitos de encaminhamento, com componentes extra e intrahospitalares, que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce”* (Grupo português de triagem, 2011, p.2).

Os objetivos delineados na unidade de competência: *“Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (Diário da república, 2018, p. 19363), foram assim atingidos com sucesso.

Após alguns dias de estágio, tive necessidade de proceder à colheita de amostra de sangue para tipagem de unidades de glóbulos vermelhos, assim como a administração de hemoderivados. Verifiquei que no serviço em questão não está instituído nenhum protocolo de segurança transfusional, como por exemplo o uso de uma pulseira de *“hemocode”*. Este tipo de pulseira é colocada no doente aquando da colheita da amostra de sangue, tendo a mesma um código de validação, que irá servir para efetuar a confirmação entre o doente certo com a unidade de sangue certa. Da mesma forma, a não existência de um separador específico no SI utilizado no serviço para a validação dos hemoderivados e o registo de sinais vitais do doente submetido a transfusão em intervalos de tempo protocolados, pode levar a que certas reações transfusionais e pós-transfusionais que o doente possa fazer, passem despercebidas pela equipa de Enfermagem.

Barra et al. (2013), enaltece o papel da equipa de Enfermagem na prestação de cuidados aos doentes submetidos à transfusão de hemoderivados, referindo que

*“o enfermeiro desempenha um papel essencial no processo transfusional, nomeadamente como parte integrante do esforço feito para otimizar a utilização apropriada dos componentes sanguíneos, reduzir os riscos relacionados com os procedimentos da transfusão e melhorar a prática transfusional em geral”* (p.29).

O mesmo autor, refere ainda que entre os erros tipicamente cometidos estão, entre outros, a colheita da amostra de sangue ao doente errado e dados do doente incorretamente inscritos na etiqueta da amostra e/ou no pedido.

Relativamente à unidade de competência: *“Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Diário da república, 2018, p. 19364) e aos

objetivos específicos nela referidos, sinto que também consegui alcançar aquilo a que inicialmente me propôs.

Ao longo do estágio procurei sempre respeitar todos os princípios de controlo de infeção, utilizando os equipamentos de proteção individual ajustados a cada situação clínica, como por exemplo o uso de máscara FFP2 durante a prestação de cuidados a doentes com patologias do foro respiratório que se encontravam na ADR, bem como o uso de EPI adequados a doentes com risco de infeção por contacto, como por exemplo os portadores de *clostridium difficile* ou *carbapenemase de klebsiella pneumoniae*.

Como futuro MEPSC procurei consciencializar a equipa para a necessidade da adoção e cumprimento das medidas de controlo de infeção preconizadas e na manutenção de ambientes terapêuticos seguros. No entanto devido a sobrelotação do serviço nem sempre é possível este tipo de separação, verificando-se na grande maioria dos turnos, 2 doentes por “box”.

Silva (2017) refere que sobrelotação de um SU está associada a diversos fatores, entre os quais o reduzido acesso a outros serviços de emergência médica e/ou de cuidados de saúde primários, provocando atrasos nos cuidados a doentes urgentes e aumento da mortalidade (como citado em Hoot et al., 2007).

Este aspeto faz-me introduzir o último objetivo delineado na unidade de competência: *“Cuida da pessoa em situações de exceção, emergência ou catástrofe”* (Diário da república, 2018, p. 19363).

Apesar de inicialmente estes objetivo ser mais direcionado para a receção de multivítimas na SE ou da ativação do plano de emergência de origem externa do hospital, o grande número de doentes admitidos no SU, somados ao número de doentes já internados, mas que ainda se encontravam à espera de vaga no internamento, fez com que em muitos turnos, o serviço se encontrasse sobrelotado.

Quando as necessidades de um serviço ultrapassam os recursos que estão disponíveis, podemos falar de sobrelotação. Essa sobrelotação ou o aumento do fluxo de doentes no SU, tem reflexo nos tempos de espera a que os doentes estão sujeitos para serem observados ou tratados.

MCCAIN (2011) citando BOYLE et al. (2011), acrescenta que a sobrelotação dos serviços de urgência é um dos problemas emergentes que afeta diretamente médicos, enfermeiros e doentes. Segundo o mesmo autor, a sobrelotação gera ainda outras consequências, no que concerne ao atraso da administração de terapêutica, da realização de procedimentos urgentes, comprometendo igualmente valores humanos como a privacidade e a dignidade na prestação de cuidados.

Assim, apesar de não se tratar de uma situação de catástrofe, considero que o grande número de doentes em permanência no SU se enquadra numa situação de exceção. Esta situação fez com o número de enfermeiros por turno fosse reforçado pontualmente, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. No entanto, o reforço de recursos humanos, não é uma solução eficaz, se não existir uma boa gestão e organização dos mesmos.

Aqui as competências em gestão e liderança do Enfermeiro EMCPSC são fundamentais. A capacidade de liderança e gestão da equipa de Enfermagem e a avaliação da eficácia dos cuidados prestados pela equipa são dois fatores chave para o sucesso dos cuidados neste tipo de “cenários”.

Durante um dos turnos, foi-me atribuído pela a minha enfermeira supervisora o papel de liderança da área médica laranja. Tentei ter a máxima autonomia possível na gestão dos recursos humanos, técnicos e espaço físico que tinha disponível, no entanto mostrei alguma dificuldade para o fazer de forma eficaz, o que me levou a recorrer à minha enfermeira supervisora para realizar as tarefas que eram exigidas no momento.

A questão de me encontrar num ambiente no qual ainda não estava completamente integrado, o fato de ainda não conhecer os diferentes membros da equipa de Enfermagem e de assistentes operacionais, o grande número de doentes e a questão de, naquele contexto, assumir o papel de aluno foram para mim os fatores determinantes para que não conseguisse liderar e gerir eficazmente aquela área do SU durante o turno.

### **1.3 Estágio em Contexto Pré-Hospitalar**

O segundo momento do estágio de Enfermagem à pessoa em situação crítica II decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) nomeadamente numa ambulância de suporte imediato de vida (SIV) e numa viatura médica de emergência e reanimação (VMER), ambos os meios pertencentes à delegação regional do Norte (DRN) do INEM. O período de estágio decorreu entre os dias 12 de dezembro de 2022 e 08 de março de 2023 perfazendo um total de 220 horas.

Com a evolução da sociedade portuguesa a nível de infraestruturas sociais (rede rodoviária, aeroportos, edifícios habitacionais, industrialização, entre outros) e com vista á adesão de Portugal à união europeia (ou antiga comunidade económica europeia) que ocorreu em 1985, Portugal viu-se obrigado a proceder a uma reestruturação dos serviços de saúde, sendo que a emergência pré-hospitalar (se é que se poderia denominar desta forma)

não foi exceção.

Assim, em 1981 foi criado o INEM com o objetivo de melhorar os cuidados prestados à população na abordagem pré-hospitalar. A criação de um grupo de profissionais de saúde direcionados para a abordagem pré-hospitalar, a colaboração com as corporações de bombeiros ou cruz vermelha portuguesa e a formação de Enfermeiros e médicos com a colaboração de profissionais de outros países, foram as três medidas implementadas com a criação do instituto.

No decreto-Lei 234/81, pode-se ler que o INEM tem como objetivos garantir os serviços de emergência médica a sinistrados e vítimas de doença súbita, no sentido de promover a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, sendo dotado de autonomia administrativa e financeira e possuindo património próprio.

Desta forma surgiu a noção de Sistema Integrado de Emergência Médica. O SIEM pode ser definido como um

*“Conjunto de ações coordenadas, de âmbito extrahospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente” (INEM, p.3, 2003).*

Podemos ainda referir que o SIEM é constituído por 6 fases distintas, mas interligadas entre si. A primeira fase é a deteção que corresponde ao momento em que alguém se depara com a ocorrência de algum tipo de doença súbita ou acidente. A segunda fase trata-se do alerta que é feito através do número europeu de emergência (112) ou através do contacto para algum dos constituintes do SIEM. Segue-se o Pré-socorro que contempla todas as ações realizadas até à chegada do socorro. Nesta fase, são prestados cuidados de emergência, com o objetivo de estabilizar as vítimas, preparando-as para a 5ª fase, que é transporte. Esta fase consiste no transporte da vítima numa ambulância com características, tripulação e carga bem definidas, até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários. Por último, e não menos importante, temos o tratamento na unidade de saúde mais adequada ao estado clínico da vítima.

Em alguns casos excepcionais, pode ser necessária a avaliação inicial em um estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados imprescindíveis para a estabilização da vítima, com o objetivo de garantir um transporte mais seguro para um hospital diferenciado e/ou mais adequado à situação.

Uma vez que o fator tempo é crucial para o sucesso dos cuidados em saúde e estando o nosso país desprovido em várias regiões de meios diferenciados de emergência médica, levou o INEM a desenvolver o projeto de ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

Este projeto tem como principal objetivo a melhoria dos cuidados de emergência médica pré-hospitalar, no quadro de um conjunto de constrangimentos em termos de disponibilidade de recursos humanos e materiais de algumas zonas geográficas (INEM, 2007).

As ambulâncias SIV foram implementadas em diversas localidades de Portugal Continental, num processo faseado que teve início em 2007 e que tem evoluído até aos dias de hoje. Os locais exatos foram definidos pelo Ministério da Saúde em conjunto com o INEM, as Administrações Regionais de Saúde e as autarquias. O despacho nº 5561/2014 emitido pelo ministério da saúde, afirma que todos os serviços de urgência básica (SUB) devem integrar uma ambulância SIV e que a mesma integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida.

Atualmente, existem 44 ambulâncias SIV em Portugal, sendo que 19 estão sob responsabilidade da DRN, 11 na delegação regional do centro e 14 na delegação regional do sul.

Relativamente às viaturas médicas de emergência e reanimação, o seu aparecimento deu-se mais cedo do que as ambulâncias SIV. Em 1989 entrou em funcionamento a primeira VMER (na altura denominada de viatura médica de intervenção rápida) sediada em Lisboa. Só em 1995 a região norte recebe a sua primeira VMER, que tinha como base operacional o CHVNG/E. Atualmente existem 44 VMER por todo o país, 14 na área de influência da Delegação Regional do Norte, 10 na área de influência da Delegação Regional do Centro, 20 na área de influência da Delegação Regional do Sul (INEM, 2018).

A 31 de dezembro de 2018 todas as 44 VMER encontravam-se integradas nos serviços de urgência polivalente e serviços de urgência médico-cirúrgica (INEM, 2018) o que vai ao encontro do referido no despacho nº 5561/2014 que diz que “Os Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) devem integrar uma VMER”. O mesmo despacho, diz-nos que a VMER é tripulada por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a vítima. Tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico no o transporte de doentes críticos, dispondo de equipamento de Suporte Avançado de Vida. Neste meio de emergência, a responsabilidade

da condução é do Enfermeiro, ao contrário das ambulâncias SIV que a responsabilidade da condução é atribuída ao TEPH.

A escolha deste contexto para a realização deste estágio, deve-se a uma questão de gosto pessoal (visto que que a emergência pré-hospitalar sempre foi uma das áreas de atuação do Enfermeiro pela qual senti curiosidade e na qual espero vir a exercer no futuro), uma vez que perceciono ser um serviço desafiante e difícil, por vivenciar diariamente situações de emergências inesperadas, desconhecidas e angustiantes, mas que com tudo isso, também são capazes de proporcionar satisfação pessoal e profissional. Outra das motivações foi percecionar quais as competências específicas do MEPSC que podem ser desenvolvidas neste contexto.

Assim encarei esta oportunidade que me foi dada, com bastante entusiasmo e com vontade em adquirir e assimilar novas competências no que ao doente crítico diz respeito.

### 1.3.1 *Estrutura Física e Organização*

A ambulância SIV onde foi realizado este estágio, iniciou a sua atividade no dia 28 de dezembro de 2020 e funciona segundo um modelo de gestão integrada, partilhando recursos humanos entre o INEM e a uma instituição hospitalar do Norte. Na prática, alguns enfermeiros que constituem a tripulação das ambulâncias SIV desempenham também funções no SUB do hospital, perfazendo a equipa juntamente com Enfermeiros que trabalham em exclusivo para o INEM, obtendo-se desta forma ganhos de eficiência e melhorando-se a manutenção das competências técnicas dos profissionais.

As Ambulâncias SIV do INEM são tripuladas por um Enfermeiro e um TEPH e têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Para além da carga normal de qualquer Ambulância de Emergência Médica, a Ambulância SIV está equipada com um monitor-desfibrilhador (*Lifepak 15* com função de DAE) e fármacos, que permitem a execução de intervenções diferenciadas através da aplicação de protocolos médicos de atuação. O equipamento SIV permite ainda a transmissão de tiras de ritmo de eletrocardiograma, permitindo assim que o Médico em serviço no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM possa aconselhar corretamente a equipa e encaminhar a vítima para a Unidade Hospitalar mais adequada.

Por sua vez, a VMER (Sediada num hospital da região Norte) é um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica (constituída por 1

Enfermeiro e 1 Médico) diretamente ao local onde se encontra o doente. A VMER para além de todo o equipamento de monitorização de um doente crítico (*Lifepak 15* com capacidade de desfibrilhação), material de abordagem à vítima adulta e pediátrica e de material de trauma, possui ainda um compressor automático externo (LUCAS) e um ventilador portátil, permitindo assim a obtenção de uma via aérea definitiva e segura. Juntando a isto, possui um leque variado de fármacos, comumente utilizados na recuperação e estabilização do doente crítico.

Os dois meios de socorro, estão ao serviço da população 24h por dia numa vasta área territorial, contribuindo diariamente para a capacidade de resposta do número de emergência nacional 112 a uma população de cerca de 330.000 pessoas.

Durante o meu período de estágio, ambos os meios de emergência estiveram sempre operacionais.

#### **1.4 Reflexão Crítica das Atividades Desenvolvidas**

Neste ponto do relatório crítico, irei abordar quais os objetivos a que me propus no segundo momento do estágio e quais as estratégias utilizadas para os alcançar. Foi elaborado um projeto de estágio, em conjunto com o meu Enfermeiro supervisor, na fase inicial do mesmo.

A forma como foi planeado e organizado este momento de estágio foi diferente do outro contexto de estágio a que este relatório faz referência. O fato de realizar turnos em dois contextos da emergência pré-hospitalar distintos (SIV e VMER), fez com que o modelo de supervisão ao qual a maioria dos alunos estão habituados, não se adequasse para esta ocasião, o que obrigou a também uma adaptação de minha parte. Na ambulância SIV em questão, foi-me atribuído um Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica que assumiu as funções de supervisão e avaliação. No contexto da VMER, não me foi atribuído um Enfermeiro de referência, ficando a minha supervisão sob responsabilidade do Enfermeiro que nos dias em que realizei turnos estava escalado.

Para facilitar o processo de integração à instituição INEM, ainda antes da data oficial de início de estágio, foi realizada pela Enfermeira responsável do centro de formação da DRN do INEM uma ação de formação, que decorreu via *Microsoft teams*, com o objetivo de dar a conhecer a organização do instituto, quais os meios de socorro existentes e quais as áreas de atuação dos profissionais que o integram.

Também realizei duas formações na plataforma “*Aprender INEM*”. A primeira teve como tema “Reanimar com o INEM” e abordava temas como SBV, posição lateral de segurança,

desobstrução da via aérea e desfibrilhação automática externa. A mesma teve duração de 2 horas e o certificado pode ser consultado no anexo II. A segunda formação foi relativa ao uso do sistema de informação ITEAMS (anexo III). O sistema *INEM tool for emergency alert medical system* propõe a estratificação da gravidade logo no primeiro contacto de qualquer meio do SIEM com o paciente, com recurso a escalas de alerta precoce (escala *NEWS*), assim como a escalas promotoras da identificação das diferentes vias verdes. Todos os meios operacionais INEM, dispõem de um computador portátil com acesso a este SI.

A *National Early Warning Score (NEWS)* é um dos vários instrumentos de alerta precoce desenvolvidos com o intuito de ajudar no despiste de complicações no doente crítico. Desenvolvida em 2007, esta escala baseia-se num simples sistema de atribuição de pontos para cada parâmetro fisiológico, tendo em conta o nível de instabilidade associado. Pode ser aplicada em contexto extra-hospitalar e intra-hospitalar. Os seis parâmetros fisiológicos definidos são a frequência respiratória, a saturação periférica de oxigénio, a temperatura, a pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca e o estado de consciência. Quando o doente necessita de oxigénio suplementar, são acrescentados dois pontos, independentemente do tipo de aporte (Willians, 2022). O *NEWS* médio dos 2421 acionamentos que o meio SIV registou, na primeira avaliação da vítima, foi de 5.3, o que evidência um risco clínico médio. 477 ocorrências tiveram um valor *NEWS* de 0 e 245 ocorrências um valor de 18. Estes dados foram extraídos da aplicação *power-bi*<sup>®</sup>.

Na figura 3 é possível visualizar a pontuação atribuída para cada parâmetros fisiológicos da vítima, enquanto que a figura 4 refere-se à estratificação do risco clínico mediante o *score* obtido.

**Figura 2**

*NEWS, versão portuguesa*

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Nao			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estimulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

*Nota:* Luis, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal. (Tese de mestrado). Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Copyright 2023.

**Figura 3**

Protocolo de atuação NEWS, versão portuguesa

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínima de 12 horas	-Manter monitorização de rotina com o NEWS
1-4	Baixo	Mínima de 4 a 6 horas	- Informar a enfermeira responsável do turno - Enfermeira responsável de turno decide se e necessário aumento da frequência de monitorização ou escalamento dos cuidados prestados
5-6 ou 3 num parâmetro individual	Médio	Aumentar a Frequência para o mínimo de 1 hora	- Enfermeira responsável pelo doente deve informar o Médico Responsável - Observação urgente por um médico com competências em cuidados de saúde diferenciados a doentes agudos - Cuidados de saúde num ambiente com equipamento de monitorização
7 ou Mais	Alto	Monitorização Contínua dos Sinais Vitais	- Enfermeira responsável deve informar imediatamente a equipa médica responsável pelo doente - Avaliação urgente por uma equipa médica com competências de cuidados intensivos que inclua especialistas em abordagem à via aérea avançada - Considerar a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (Unidade de nível 2 ou 3)

*Nota:* Luis, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal. (Tese de mestrado). Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Copyright 2023.

No primeiro turno realizado nos dois contextos, foi-me apresentado o meio de socorro, assim como os diferentes recursos materiais e humanos que os compõem. Também serviu para ter contato em contexto “real” com a utilização da plataforma *ITEAMS* e colocar em prática o que foi aprendido na formação teórica realizada anteriormente.

Também me foram disponibilizados os protocolos de atuação em contexto SIV para que fossem alvo de estudo, facilitando a minha atuação prática perante a pessoa em situação crítica.

Assim, e após a realização de alguns turnos nos dois campos de ensino clínico, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação
- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Cuidar da pessoa em situações de exceção, emergência ou catástrofe;
- Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;

Para a concretização dos objetivos propostos, desenvolvi um variado leque de competências inerentes ao papel do MEPSC que incidissem a sua ação desde o momento da ativação até ao momento em que o doente entra noutra instituição de saúde. Isto vai de encontro à definição de emergência médica, que foi definida pelo INEM como a atividade na área da saúde que engloba tudo o que ocorre desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que esta se conclui (INEM, 2011).

#### 1.4.1 *Desenvolvimento de uma Metodologia Científica na Prestação dos Cuidados*

A abordagem da pessoa em situação crítica no contexto extra-hospitalar, exige do Enfermeiro um conjunto de competências ou capacidades, diferentes de quando a abordagem é feita num ambiente hospitalar.

O Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, define emergência extra-hospitalar como: *“toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno”* (Diário da República, 2018, p. 10759).

Apesar de desempenhar funções num serviço de urgência, onde diariamente vivencio pessoas em situação crítica, perceciono a abordagem da PSC a nível pré-hospitalar como uma intervenção bastante desafiante. Considero existirem várias variáveis que influenciam esses cuidados, nomeadamente as condições físicas ou climatéricas no local, a presença da família ou outras pessoas ou até a própria limitação do material clínico à disposição.

Isto vai de encontro ao que foi descrito por Franco (2020) onde o autor identificou diferentes fatores dificultadores do atendimento pré-hospitalar, tais como:

*“a inexperiência profissional; falta de liderança; falta de recursos humanos e materiais; falta de organização; falta de condições ambientais, como a luminosidade, ruído e condições climatéricas; presença de populares; relação interpessoal e grupal; incumprimento de medidas de segurança; riscos associados à viatura / condução; sobrecarga de trabalho; condições do trânsito e método de triagem dos CODU’s”* (p. 108).

O conceito de competências pode ser descrito como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de um indivíduo perante uma situação, dentro de um determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação (Amaral & Figueiredo, 2021).

Para uma correta abordagem à PSC, foi importante conhecer e estudar os diferentes protocolos existentes para as ambulâncias SIV, tendo por base os diferentes fluxogramas de ativação. O Enfermeiro SIV rege a sua atuação tendo por base esses mesmos protocolos, bem como as orientações recebidas pelo médico regulador do CODU.

O protocolo “abordagem à vítima adulta ou pediátrica” é aquele que é mais abrangente, no entanto existem protocolos para situações específicas, como é exemplo a “abordagem à vítima de trauma”, “dispneia”, “convulsões” ou mesmo “paragem cardio-respiratória no adulto e na criança”. No total, existem 26 protocolos de atuação na ambulância SIV.

Considero que a gestão dos cuidados de Enfermagem, não deve estar “refém” dos protocolos instituídos, e que os cuidados prestados tenham em consideração todas as outras dimensões que ficam alteradas com a instalação de um evento patológico ou traumático.

Aqui o MEPSC, através de toda a sua experiência e competências adquiridas, facilmente consegue evitar a rigidez dos protocolos que norteiam a prática e intervenção de um Enfermeiro menos experiente, não resumindo o doente crítico a uma doença.

Aquando do 1º alerta recebido via *ITEAMS*<sup>®</sup> ou através do contato via telefone/rádio, e com as informações fornecidas pelo CODU, já é possível à equipa pensar e planejar qual dos protocolos e qual o tipo de abordagem ao doente será a mais adequada. No entanto só após chegada ao local e após a primeira abordagem à PSC, é definida de forma mais concreta o protocolo de atuação a seguir. O tempo da deslocação para a ocorrência era na maioria das vezes “aproveitado” para a realização de um *briefing* da situação.

A intervenção do Enfermeiro neste contexto tão diferenciado revela-se de extrema importância, pela capacidade de identificação de focos de instabilidade multiorgânica, de avaliação clínica da PSC e pela capacidade de gestão e liderança de equipas, conforme descrito no enunciado das competências específicas do Enfermeiro MEPSC. Sobressai também a importância da gestão e da relação com os restantes meios de emergência do SIEM (nomeadamente corporações de bombeiros), em que a grande maioria das situações é o Enfermeiro SIV o elemento mais diferenciado no local e é sua responsabilidade a articulação com os mesmos, de forma a perceber e decidir em qual das ambulâncias presentes no local (SIV ou ambulância médicas dos bombeiros voluntários) é feito o transporte para o hospital de destino.

Relativamente à VMER, o facto de a equipa ser constituída pelo binómio Enfermeiro/Médico, faz com que as capacidades de gestão e tomada de decisão do Enfermeiro não assumam um papel tão evidente. Da mesma forma, a atuação da equipa não é regulada pelo uso de protocolos, mas sim através das decisões clínicas e de intervenção terapêutica que o binómio Enfermeiro/Médico assume no momento. Durante o período de estágio, foram diversas as ocorrências para as quais os meios foram acionados, o que me permitiu desenvolver competências nas mais variadas áreas (sejam doenças súbitas ou na área do trauma) e em todas as faixas etárias.

É de salientar que a ativação de um meio de emergência é efetuada mediante uma chamada de emergência para o CODU via 112, onde é realizada uma triagem médica através de diferentes algoritmos tendo como base o programa informático *TETRICOSY® - Telephonic TRIage and COounseling System*. De acordo com o INEM (2022)

*“este modelo tem por base um conjunto de algoritmos de apoio à decisão, permitindo maior objetividade na gestão das chamadas, diminuindo a aleatoriedade e reduzindo o erro na resposta às ocorrências e permitindo a avaliação sistemática e criteriosa de todas as situações”* (p. 27).

No decorrer do estágio, foi-me dada a oportunidade de visitar as instalações da DRN do INEM, onde foi possível ver o trabalho realizado por Enfermeiros na gestão de recursos humanos e relativo à vertente formativa do instituto. Também foi possível visitar o CODU e perceber a dinâmica que ocorre aquando da receção do pedido de ajuda, na aplicação dos fluxogramas *TETRICOSY®*, na ativação e monitorização dos meios de emergência e quais as funções e competências do médico regulador presente.

Durante o estágio em emergência pré-hospitalar, a prestação de cuidados à PSC, a antecipação da instabilidade e falência multiorgânica e a gestão de protocolos terapêuticos, ocorreram em diversas situações clínicas. De seguida são apresentadas duas tabelas com as ocorrências referentes a cada meio de emergência. As mesmas estão agrupadas por fluxograma de ativação *TETRICOSY®*.

**Tabela 3**

Ocorrências na ambulância SIV

Fluxograma	Nr. de ocorrências
Dispneia	4
Queimadura	1
Trauma	5
Dor torácica	6
Convulsões	3
PCR	3
Alteração de estado de consciência	5
Abortadas	2
Taquicardia	1

**Tabela 4***Ocorrência na VMER*

Fluxograma	Nr. de ocorrências
Dispneia	4
Trauma	3
Dor torácica	2
Convulsões	1
PCR	3

Durante as ocorrências acima descritas, tive oportunidade de executar diversas intervenções de Enfermagem especializadas, como a abordagem inicial à vítima seguindo a metodologia ABCDE, realização de ECG de 12 derivações, colocação de máscara laríngea, preparação e administração de terapêutica complexa (segundo protocolos SIV e após validação pelo CODU ou por prescrição do médico da VMER), algoritmo de SAV, passagem de dados ao CODU segundo metodologia *ISBAR*, acompanhamento durante o transporte até à chegada ao hospital de destino, bem como registo clínicos na plataforma *ITEAMS*®.

A Ordem dos Enfermeiros (2007) afirma que

*“só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar a equipa de socorro pré-hospitalar”* (p. 1).

No entanto, em contexto SIV, e uma vez que os recursos humanos no local são finitos, é importante saber delegar funções no TEPH ou nos restantes elementos do SIEM presentes no local. A atuação do Enfermeiro como líder da equipa é crucial, uma vez que como elemento mais diferenciado, para além de organizar a sua intervenção baseada num processo de tomada de decisão, tem ao mesmo tempo de coordenar e supervisionar as ações levadas a cabo pelo TEPH e os demais intervenientes.

Um dos aspetos nos quais senti mais dificuldade, foi na execução de intervenções de Enfermagem especializadas num ambiente não controlado, onde a escassez de recursos humanos, organizacionais e materiais levavam a uma sensação de insegurança, uma vez que potenciavam o risco de erro, de interrupção da assepsia, entre outros. Mesmo assim, consegui contornar este fator dificultador, através da articulação rápida, eficaz e segura entre os profissionais de saúde presentes.

O objetivo era apenas um: estabilização e transporte da PSC para a unidade hospitalar mais adequada. Segundo Magalhães (2014) *“a intervenção de enfermagem neste contexto decorre num ambiente adverso e desprotegido em relação ao contexto hospitalar, exigindo dos profissionais uma atualização contínua dos conhecimentos teórico-práticos e uma atitude de permanente reflexão e interrogação sobre a prática de cuidados”* (p. 9).

A idade da PSC também foi um fator gerador de *stress*, nomeadamente as ativações para situações de emergência em vítimas pediátricas. Durante o estágio foram várias as ativações para vítimas com idade inferior a 10 anos, sendo que o extremo de idade inferior foi de um bebé com 10 meses de vida. A ativação para convulsões e a dispneia foram as condições clínicas mais frequentes, que motivaram a ativação dos meios de emergência.

Ficou claro que os Enfermeiros do pré-hospitalar estão expostos a condições extremas e sob constante *stress*.

Considero que neste campo, o Enfermeiro especialista, nomeadamente o EMEPSC, pode e deve diferenciar-se dos restantes Enfermeiros, uma vez que é a ele que lhe são atribuídas competências específicas na gestão de todas estas situações adversas. Enquanto futuro mestre, reconheço estar melhor preparado para gerir todas estas variáveis inerentes à prestação de cuidados ao doente crítico. Esta evolução, quer teórica quer técnica-prática que revelei, revela o quão fundamental é o investimento dos Enfermeiros na formação e na aquisição de mais conhecimentos, de forma a aumentar as suas competências e tomadas de decisão, sempre com vista na obtenção de cuidados de excelência.

Posto isto, considero que o primeiro objetivo proposto, na unidade de competência: *“Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* (Diário da república, 2018, p. 19363), foi atingido com bastante sucesso.

Relativamente ao segundo objetivo na unidade de competência: *“Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”* (Diário da república, 2018, p. 19362), procurei desenvolver este tipo de competências atuando de duas formas.

Como já referi, o ambiente extra-hospitalar é caracterizado pela prestação de cuidados em situações difíceis e exigentes, quer a nível mental quer a nível físico. Segundo Martins (2014), os profissionais que atuam em contexto pré-hospitalar estão mais expostos aos riscos biológicos, pois manipulam, em ambientes pouco controlados, materiais e equipamentos que se encontram conspurcados com fluidos orgânicos.

Para além de assegurar e garantir as condições de segurança necessárias à nossa primeira abordagem da vítima, é de salientar a preocupação no cumprimento das normas de

controle de infecção e assepsia em todas as intervenções realizadas, utilizando material esterilizado sempre que assim fosse necessário. Um outro foco da minha atuação, prendeu-se com a manipulação de material cortante e perfurante. As condições físicas em que são prestados os cuidados, onde os espaços são confinados e onde muitas vezes existe um aglomerado de profissionais/elementos do SIEM, pode aumentar o risco de picadas acidentais. Também após cada ocorrência, todo o material utilizado era devidamente desinfetado, como por exemplo o monitor e os cabos de monitorização. No caso particular das ambulâncias SIV, a maca de transporte da vítima também era desinfetada e a célula sanitária lavada sempre que a ocorrência assim o justificasse.

Numa orientação técnica emitida, o INEM (2020) refere que *“a limpeza e desinfecção dos equipamentos de trabalho é fundamental para a prevenção das cadeias de transmissão das infeções entre os profissionais de saúde e os doentes, e entre os profissionais de saúde, os doentes e as comunidades”* (p.1).

Outra das estratégias por mim utilizadas para promoção da cultura de segurança foi a utilização de uma metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*) na transmissão de dados ao CODU e já no hospital de destino.

A qualidade na passagem de informações do quadro clínico do doente crítico, bem como das intervenções realizadas, é considerada um elemento basilar na promoção da segurança dos doentes. Uma correta transmissão de dados encontra-se associada a um aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente à diminuição da mortalidade (DGS, 2017). A mesma norma, indica-nos que as falhas na comunicação são altamente potenciadores da ocorrência de eventos adversos na saúde, sendo que 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, no período de transição de cuidados (DGS, 2017).

É competência do Enfermeiro da SIV a articulação com o CODU e a passagem correta e objetiva da informação clínica da PSC, para que as decisões do médico regulador sejam as melhores e mais adequadas à situação. No contexto extra-hospitalar, são inúmeros os fatores potenciadores de distração, exigindo ao Enfermeiro uma maior capacidade de concentração, sistematização e objetividade na informação a transmitir de forma a que não ocorram enviesamentos e erros. Da mesma forma, a transmissão de dados para o hospital de destino é fundamental. Apesar do sistema de informação *ITEAMS*<sup>®</sup> dar origem a um formulário de registo, onde contempla a anamnese realizada à PSC (que é enviada por email para o hospital de destino e passível de impressão para que seja anexa ao processo do doente), sempre que se justificasse acompanhávamos a PSC até à unidade hospitalar, onde utilizando a metodologia ISBAR, transmitíamos a informação clínica do doente.

A técnica ISBAR permite a transmissão dos cuidados prestados, utilizando uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, tornando-se promotora da segurança do doente. Esta norma aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos (DGS, 2017).

Durante o estágio tive oportunidade de perceber a aplicação desta técnica e de a utilizar principalmente nas saídas com a SIV, e como tal considero uma ferramenta muito útil, pois simplifica e clarifica eficazmente a transferência de informação. Um aspeto menos positivo prende-se com a incorreta utilização do sistema *ITEAMS*<sup>®</sup> nas saídas com a VMER. Neste meio, o médico assume a responsabilidade de proceder ao registo na plataforma, assim como de atualizar o “status” do meio de emergência através do rádio SIRESP. Verifiquei que estes dois pontos eram por vezes descuidados, o que leva a que os registos das informações clínicas das vítimas fossem realizados à posteriori e os tempos da ocorrência não correspondam à realidade.

Este aspeto leva-me a introduzir o terceiro objetivo por mim delineado, que se enquadra na unidade de competência: *“Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (Diário da república, 2018, p. 19363).

À semelhança da realidade hospitalar, a ativação das chamadas “vias verdes” no extra-hospitalar são uma das estratégias para facilitar o acesso dos doentes a cuidados médicos adequados para cada situação, cumprindo os tempos esperados para a primeira abordagem ao doente crítico. A este propósito, salienta o INEM (2020) que,

*“A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial, permite evitar a deterioração da condição clínica até à paragem cardiorrespiratória. Além disso, uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme permite melhorar o trabalho de equipa”* (p.7).

Desde o seu início de atividade e até à data de término do estágio, a ambulância SIV na qual realizei o estágio foi ativada para um total de 106 VV trauma, 27 VV coronária, 27 VV sépsis e 24 VV AVC. Uma vez que os turnos realizados, foram em maior número neste meio de emergência, optei apenas por refletir sobre estes dados.

Segundo o Despacho nº 8977/2017, que visa a criação da Comissão Nacional de Trauma *“o trauma constitui um problema com múltiplas implicações, sendo um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas”* (p.23038).

Ainda relativo à VV Trauma, a direção geral de saúde refere que, na abordagem extra-hospitalar, a equipa no local da ocorrência, em articulação com o médico do CODU, deve:

*“Realizar a avaliação inicial da vítima de trauma e decidir qual o ponto da RT que melhor se adequa ao tratamento; Referenciar e transportar de imediato ao ponto da RT decidido, com transporte direto para o SU mais adequado, fazendo bypass à rede de referência geral, desde que cumpridos os critérios constantes do algoritmo de avaliação e referência para centro de trauma (Fluxograma)” (DGS, 2022, p. 7).*

A avaliação primária e secundária, de acordo com a Society of Trauma Nurses (2008), devem ocorrer ordeiramente e de acordo com tempos rigorosos facilitando assim melhores resultados finais. De acordo com a DGS (2010), o tempo de avaliação deve ser na avaliação primária inferior a 20 minutos, e na avaliação secundária, inferior a 1 hora. Este período de tempo é a chamada “hora de ouro”. Algumas vítimas de trauma têm menos de 1 hora para receber os cuidados, enquanto que noutros casos o tempo não é um fator chave que aumente o risco de morte. O tempo varia de acordo com as lesões que as vítimas apresentem e conforme a cinemática do trauma.

Ao analisar os dados estatísticos, obtidos através da plataforma *power-bi*<sup>®</sup>, verificamos que o tempo médio das ocorrências (desde o tempo de ativação até à admissão hospitalar) nas VV trauma é de 1 hora e 40 minutos, sendo que no local da ocorrência o tempo médio é de 27 minutos e a deslocação até ao hospital é em média de 20 minutos.

Tendo em consideração as características das vítimas de trauma, em que os procedimentos a que a elas estão associados, tais como avaliação da vítima, aplicação de técnicas de imobilização, controlo da dor ou controlo de hemorragias, requerem um tempo acrescido para a sua correta realização. Considerando estes aspetos que referi, considero que os tempos médios de atuação, apesar de ultrapassarem a chamada “hora de ouro” são perfeitamente adequados e justificáveis.

Já em relação à VV coronária e VV AVC, onde a expressão “tempo é coração” e “tempo é cérebro” é utilizada de forma constante, também é importante analisar os tempos médios de ocorrência.

O objetivo da via verde coronária é o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de SCA com realização de ECG o mais precocemente possível (realizado pela SIV ou VMER no local) para identificação de sinais de isquemia, tomada de medidas de intervenção precoce e transporte para unidade hospitalar com capacidade de execução de terapêutica endovascular. No contexto pré-hospitalar, a causa coronária é a causa mais frequente de morte (INEM, 2020).

Das 27 VV coronárias, em 16 delas foi usado o fluxo *tetricosy*<sup>®</sup> de dor torácica. De acordo com o mesmo protocolo, um dos procedimentos mais importantes na abordagem à vítima é a realização do ECG nos primeiros 10 minutos, sendo o mesmo enviado imediatamente para o CODU, de forma a que o médico regulador verifique ou não alterações no traçado elétrico.

Após confirmação e validação, deve ser iniciada de imediato a terapêutica protocolada, mantida a monitorização da vítima e iniciar o transporte o mais precocemente possível.

Aqui o tempo médio da ocorrência, fixa-se em 1 hora e 33 minutos, sendo que no local permanecem 29 minutos e o transporte até ao hospital fixa-se nos 28 minutos.

Relativamente à VV AVC, o seu objetivo é o de reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de AVC, avaliação de défices, tomada de medidas de intervenção precoce e transporte para unidade hospitalar adequada (DGS, 2017). Das 24 ativações de VV AVC, em 50% foi utilizado o fluxo *tetricosy*® “alteração do estado de consciência”. Neste caso, o tempo de ocorrência total foi de 1 hora e 16 minutos, permanecendo a equipa SIV no local 25 minutos e a duração do transporte foi de 17 minutos.

Analisando os tempos médios destas duas vias verdes, e excluindo o tempo da deslocação para o local, verificamos que desde a primeira abordagem até à admissão no hospital, o tempo médio na VV coronária foi de 57 minutos e na VV AVC foi de 42 minutos.

Considero que a equipa da SIV poderia trabalhar e encontrar estratégias para reduzir o tempo desde a avaliação inicial até ao início do transporte, principalmente no que à VV coronária diz respeito.

Existem modelos de gestão de emergência médica, mais direcionados para o rápido transporte para o hospital. O modelo utilizado nos Estados Unidos da América e Reino Unido, denominado por *Scoop and run*, tem como objetivo primordial o transporte rápido da vítima até à unidade de saúde mais próxima. Por outro lado, o sistema *Stay and Play*, foi implementado na França e Alemanha, e tem como grande objetivo fazer com que a equipa médica chegue o mais rápido à vítima, para que se inicie logo no local o processo de tratamento e, só depois o transporte das vítimas nas devidas condições.

Em Portugal, verifica-se um “misto” entre estes dois sistemas, designado de *Play and Run*. De uma forma breve, numa primeira instância, na maioria das ocorrências, acorrem ao local ambulâncias SBV ou AEM e só em caso de necessidade, é ativado pelo CODU um meio mais diferenciado, como é o caso da SIV ou da VMER. Este modelo acarreta algumas semelhanças com o modelo Francês e Alemão, já que envolve controlo médico fora do hospital, apesar de muitas das vezes, decorrer muito tempo entre a chegada do primeiro meio de socorro e a chegada do meio de socorro mais diferenciado.

Relativamente à unidade de competência: “*Cuida da pessoa em situações de exceção, emergência ou catástrofe*” (Diário da república, 2018, p. 19363), no início deste estágio propôs-me a conhecer os protocolos de intervenção em situações de exceção, multivítimas ou catástrofe e a gerir os cuidados de Enfermagem em situações de multivítimas, definindo prioridades de atuação.

Apesar de saber previamente que dificilmente iria ter a oportunidade de prestar e gerir cuidados em situações multivítimas ou de catástrofe, procurei outro tipo de estratégias de forma a atingir esta competência tão específica da Enfermagem extra-hospitalar.

Santos e Rabiais (2015) descrevem que na resposta a um evento de catástrofe, multivítimas de natureza ambiental, social, industrial ou terrorista é primordial a dinamização de respostas por parte dos profissionais de saúde, por forma a controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade e a qualidade de vida futura. Segundo o artigo 6º do regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, o Enfermeiro

*“Desenvolve um processo de gestão de cuidados de enfermagem, de elevada perícia, nas situações de urgência, emergência, crise ou catástrofe em ambiente extra-hospitalar, num contexto de atuação multiprofissional, de forma a promover e garantir um atendimento de qualidade, integral e oportuno”* (Diário da república, 2018, p. 10760).

Durante o estágio, fui convidado pelo centro de formação da DRN do INEM para assistir ao último módulo (num total de 5) de formação do Enfermeiro SIV, que aborda as competências em situações de exceção e catástrofe. O mesmo decorreu no edifício dos bombeiros voluntários de Vila do Conde e teve a presença de vários elementos ligados à formação da DRN do INEM (Enfermeiros, Médicos e Psicólogo). Na parte da manhã foi realizada uma abordagem teórica do tema, onde foram abordados temas como a triagem primária e secundária, sectorização do teatro de operações e montagem do posto médico avançado. Na parte da tarde, foi realizado um *mass training*, que contou também com a participação dos B.V de Vila do Conde, e onde foi possível observar os procedimentos, dinâmicas e competências necessárias para que o Enfermeiro do extra-hospitalar esteja capaz de gerir cenários de exceção ou catástrofe. Para além de assumir as funções de comando operacional de operações (até à chegada de algum meio mais diferenciado), o Enfermeiro assume especial relevância na execução da triagem primária, na abordagem à vítima e sua evacuação, na montagem do PMA, na realização da triagem secundária e cuidados médicos avançados já no PMA, na gestão de comunicações e no primeiro apoio psicológico que é prestado às vítimas e seus familiares. Apesar de não ser um “cenário” real, considero este momento de aprendizagem bastante útil para a aquisição de competências nesta área. Uma outra estratégia foi a realização de uma ação de formação, em conjunto com outra colega de curso que se encontrava também a realizar estágio na SIV de Oliveira de Azeméis, com o tema: “Triagem primária e Secundária” (Anexo IV).

A mesma foi online através da plataforma *Iteams*<sup>®</sup> e foi aberta a todos os Enfermeiros da DRN do INEM, o que considero ter sido uma mais valia e reflexo da qualidade da apresentação. Para além de abordar e enfatizar os sistemas de triagem START e TRTS, que são os utilizados em Portugal para triagens primárias e secundárias em situações de exceção ou catástrofe, tentamos abordar e dar a conhecer outros sistemas de triagem utilizados no mundo.

O objetivo principal foi o de comparar os vários sistemas de triagem e tentar perceber se o sistema START e TRTS são os mais adequados para situações de exceção. Na parte final da sessão, foram realizados alguns exercícios com exemplos de situações de exceção ocorridas em Portugal, cujo objetivo era o de perceber qual a abordagem e qual sectorização do teatro de operações seria a mais indicada/adequada.

No início da formação foi realizado um pequeno inquérito na plataforma *mentimeter* aos participantes de forma a introduzir o tema. No final, foi realizada a avaliação da sessão através de um formulário do *google forms*, sendo o *feedback* obtido bastante positivo. De referir que a sessão contou com a presença de 10 Enfermeiros, o que ficou aquém das minhas expectativas iniciais.

Assim, através destas duas estratégias de formação, considero ter desenvolvido novas competências no âmbito da gestão e prestação de cuidados em situações de exceção e catástrofe, o que me deixa bastante satisfeito.

A última competência do mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica que me propus desenvolver, foi a de *“assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”* (Diário da república, 2018, p.19363), procurando envolver os familiares presentes durante a ocorrência, mantendo-os informados (dentro das possibilidades) da situação clínica do doente e não descurar o apoio psicológico à família que presenciem situações de PCR.

Como já referi, a prestação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar implica trabalhar, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas, onde a presença de familiares da vítima acontece na maioria das vezes. É fundamental o Enfermeiro do pré-hospitalar estar dotado de um suporte emocional, que permita manter um clima de segurança, de calma e confiança, no sentido de colmatar a ansiedade dos doentes e das suas famílias em situações críticas e de grande vulnerabilidade.

O trabalho de enfermagem em contexto extra-hospitalar é abrangente, não se restringindo unicamente à prestação do socorro imediato, no sentido de estabilizar as vítimas e a tratar a sua sintomatologia, mas engloba as várias dimensões do cuidar, não descurando a educação para a saúde, bem como os cuidados de conforto e apoio emocional, quer ao

utente quer à família. Esta competência (talvez a grande diferenciadora pela positiva da Enfermagem), vai de encontro à necessidade de reconhecer e de valorizar os cuidados de manutenção da vida, complementando o “tratar” e o “cuidar”, tendo sempre presente a certeza de que tratar a doença nunca pode substituir toda a mobilização de capacidades de vida que representa o cuidar (Collière, 2003).

Este humanismo, fundamental na génese da Enfermagem enquanto disciplina, talvez seja o elemento diferenciador para outras áreas profissionais da saúde que se focam quase exclusivamente na vertente tecnicista do cuidar. O Enfermeiro, tem aqui um papel fundamental em evitar que o caminho seja este, o que iria fazer com que a Enfermagem (seja ela pré-hospitalar ou não) se tornasse irrelevante e os cuidados prestados pouco diferenciados em comparação com outros profissionais de saúde/técnicos de saúde.

Enquanto profissional, considero ter uma capacidade de comunicação e relacional bastante boa e eficaz, mantendo sempre uma postura assertiva junto dos doentes ou família. Julgo que esta minha capacidade, facilita bastante a abordagem do doente e família e transmite confiança aos mesmos. Martins (2009) salienta que a atitude positiva, a assertividade e a escuta ativa são elementos centrais, aos quais se acrescentam os elementos básicos de civismo que incluem a amabilidade e o respeito por todos os seres humanos que, doentes com maior ou menor gravidade, se encontram geralmente, neste contexto, em situação de grande vulnerabilidade.

Outro fator que causa sempre ansiedade ao doente, mas principalmente à família é a demora na chegada ao local dos meios de emergência. Para o profissional de saúde, entende que o tempo de deslocação é o normal e necessário, principalmente quando as ocorrências são em áreas geográficas onde a acessibilidade é difícil, no entanto para a família do doente esse tempo é sempre em demasia.

Importa relatar uma situação ocorrida na SIV. Aquando de uma ativação para uma vítima em PCR, através da georreferenciação disponibilizada pelo *ITEAMS*<sup>®</sup>, o local para onde nos dirigimos não era o correto. Da mesma forma, a ambulância de SBV dos bombeiros que também ativada, foi encaminhada para o mesmo local. Ou seja, os dois meios de emergência que tinham sido ativados para uma vítima em PCR, estavam no local errado. Esta situação, obrigou a contactar o CODU, de forma a perceber qual o local correto da ocorrência, o que fez com que a chegada à vítima (que estava em PCR) fosse muito mais demorada. Sendo a PCR uma situação onde o fator tempo é fundamental, estes erros de referenciação têm grande influência no sucesso (ou não) dos cuidados.

## 2. Conclusão

---

Os dois contextos de estágio (serviço de urgência e pré-hospitalar) permitiram a mobilização das competências adquiridas ao longo de todo o percurso teórico do mestrado que antecedeu estes dois momentos avaliativos, sendo evidente a necessidade e a importância da prática baseada na evidência. Permitiu também o crescimento a nível pessoal e profissional, uma vez que por diversas vezes fui “colocado à prova”, fazendo com que sentisse necessidade de pesquisar sobre várias temáticas, permitindo superar os meus limites e melhorar as minhas capacidades enquanto profissional e futuro mestre em Enfermagem.

As diferentes situações com as quais me deparei, e já mencionadas no decorrer deste relatório, quer no serviço de urgência quer em ambiente pré-hospitalar, são reveladoras da imprevisibilidade e da gravidade com que nos podemos deparar durante a prestação de cuidados. O EMPSC, consegue prestar cuidados altamente qualificados à pessoa e família, pois é aquele que consegue reunir todo um conjunto de competências na área da pessoa em situação crítica, traduzindo-se numa mais valia para todo o socorro.

Todas as intervenções realizadas, permitiram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro EMPSC e das competências de mestre já analisadas que espelham o percurso efetuado. Apesar de algumas das competências específicas, que no início de cada estágio objetivei desenvolver, serem na mesma área de atuação nos dois momentos de ensino, considero que a abordagem e o caminho escolhido para as desenvolver foi bastante diferente. Apesar de se completarem, o meio hospitalar e o meio extra-hospitalar possuem tipos de abordagem e formas de prestar cuidados de Enfermagem distintas e os Enfermeiro EMPSC pode trabalhar essas competências de maneiras muito diferenciadas.

Importa destacar, o convite que o departamento de formação da DRN do INEM me fez, para a acompanhar numa palestra aos alunos da Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Minho. O objetivo da palestra era dar a conhecer aos futuros Enfermeiros a instituição INEM e quais as suas diversas valências e áreas de atuação. O meu testemunho foi dado enquanto aluno do EMPSC, de forma a mostrar a capacidade formativa que o instituto oferece e de como é feito o acompanhamento de alunos. Sem dúvida, tratou-se de

uma experiência e momento de partilha muito interessante para todos. O certificado da palestra pode ser consultado no anexo V.

Acredito que todas as conquistas que obtive até este momento quer na esfera pessoal quer na esfera profissional, se tornarão recursos fundamentais para aprimorar constantemente a qualidade dos cuidados prestados, nos atuais e futuros contextos de trabalho, independentemente do cenário em que eles estejam inseridos.

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

- O uso do debriefing após situações de emergência -



## 1. Resumo

---

**Enquadramento:** O uso do *debriefing* representa um papel determinante após situações de emergência, nomeadamente no desenvolvimento teórico/prático dos profissionais de saúde, envolvimento interdisciplinar, mudanças reais no tratamento de paragem cardio-respiratória ou abordagem à via aérea, e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que lidam com situações de emergência.

**Objetivo:** Mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência.

**Material e métodos:** De forma a alcançar este objetivo elaborámos a seguinte questão de investigação: qual a perceção das equipas multidisciplinares face à utilização do *debriefing* após situações de emergência? De modo a responder a esta questão, realizámos uma revisão da literatura do tipo Scoping-review, tendo como base o Modelo de Joanna Briggs Institute na sua versão de 2020. No total sete artigos foram selecionados, sendo obtidos através das bases de dados eletrónicas CINAHL Complete e MEDLINE (via EBSCOhost). Definimos como critérios de inclusão: 1) artigos em que o seu foco de estudo seja o *debriefing* em contexto de urgência/emergência; 2) o resumo ou o texto integral estejam disponíveis; 3) com data de publicação superior a 2014; 4) o idioma de redação seja o inglês ou português.

**Resultados esperados:** Com a realização deste trabalho de investigação, aferiu-se que as equipas multidisciplinares, que após situações de emergência utilizam o *debriefing*, apresentam melhoria no seu desempenho, pois este processo de reflexão/discussão, permite a implementação de intervenções para problemas identificados, mudanças nos protocolos existentes, ajuda no bem-estar psicológico dos membros da equipa e melhora o desempenho clínico em três domínios importantes: resultados dos *outcomes* dos doentes críticos, comunicação e habilidades da equipa. Como vantagens da sua utilização, destaca-se o desenvolvimento do corpo docente, envolvimento interdisciplinar, mudanças reais no tratamento de paragem cardíaca, e melhoria da qualidade dos profissionais de saúde. Por sua vez, as desvantagens estavam associadas à não implementação formal da técnica de *debriefing* e à falta de tempo associada ao grande volume de trabalho.

**Potenciais implicações para a prática:** O processo de *debriefing* consiste em uma análise organizada após uma experiência ou simulação, que leva os envolvidos a refletirem sobre as suas ações, originando uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, na tomada de decisões e na segurança do doente.

**Palavras-chave:** *Debriefing*; Qualidade; Segurança do doente; Enfermagem em emergência

## 2. Abstract

---

**Background:** The use of debriefing plays a decisive role after emergency situations, namely in the theoretical/practical development of health professionals, interdisciplinary involvement, real changes in the treatment of cardio-respiratory arrest or approach to the airway, and in improving the quality of care provided by health professionals who deal with emergency situations.

**Objective:** Map the evidence on the use of debriefing after emergencies.

**Material and methods:** In order to achieve this objective, we developed the following research question: what is the perception of multidisciplinary teams regarding the use of debriefing after emergency situations? In order to answer this question, we carried out a Scoping-review literature review, based on the Joanna Briggs Institute Model in 2020 version. A total of seven articles were selected, being obtained through the electronic databases CINAHL Complete and MEDLINE. We also defined inclusion criteria: 1) articles in which the focus of study is debriefing in an urgent/emergency context; 2) the abstract or full text is available; 3) with a publication date greater than 2014; 4) the writing language is English or Portuguese.

**Results:** By carrying out this research work, it was verified that multidisciplinary teams, which after emergency situations use debriefing, show improvement in their performance, as this process of reflection/discussion allows the implementation of preventive interventions for identified problems, changes in existing protocols, helps the psychological well-being of team members and improves clinical performance in three important domains: critical patient outcomes, communication, and team skills. The advantages of this use include faculty development, interdisciplinary involvement, real changes in the treatment of cardiac arrest, and improved quality of front-line healthcare professionals. In turn, improvements were associated with the non-formal implementation of the debriefing technique and the lack of time associated with the large volume of work.

**Potential implications for practice:** Debriefing is a structured analysis that occurs after an experience or simulation, leading people to reflect on their actions and contributing to improving the quality of care, decision-making, and patient safety.

**Keywords:** Debriefing; Quality; Patient safety; Emergency nursing;



### 3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

A comunicação e o trabalho de equipa, especialmente em situações de emergência (causadoras de grande stress), são essenciais para que os cuidados prestados aos doentes sejam prestados com qualidade e segurança. O verdadeiro trabalho em equipa nas instituições de saúde, contribui para que se crie um ambiente de interajuda, onde as hierarquias não interferem de forma negativa no trabalho destes profissionais, especialmente em contexto de emergência (Ajeigbe et al., 2014). Os mesmos autores afirmam que quando existe um ambiente, as equipas poderão coordenar os seus esforços e aptidões, o que resulta no aumento da satisfação e na melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

Deverá assim ser realçado a importância do trabalho de equipa e comunicação desta em contexto de emergência, com o propósito de garantir a segurança do doente, a redução de erros clínicos e a redução dos tempos de espera para o atendimento (Kilner e Sheppard, 2010).

Dufrene e Young (2014) definem o *debriefing* como uma reflexão orientada e guiada, que pode ser entendido como uma conversa sobre os cuidados prestados em equipa, adquirindo assim relevância para melhorar o desempenho dos profissionais.

Mais autores afirmam que o desempenho das equipas é melhorado com o uso do *debriefing* após situações de emergência. Perkins et al. (2011) referem que o *debriefing* em situações de emergência, especialmente após situações de reanimação, aumenta a adesão da equipa aos algoritmos recomendados e atualizados. Por sua vez, Lavoie et al. (2010) referem que o uso do *debriefing* é uma das estratégias para prevenir situações de stress pós-traumático, especialmente em serviços de urgência.

Kessler et al. (2015) mencionam que, na área da saúde o principal propósito do *debriefing* passa por estimular a reflexão e discussão das ações, auxiliando na mudança e assimilação dos comportamentos mais adequados para a prática clínica. Além disso, os mesmos autores consideram que o *debriefing* para ser efetuado corretamente tem que responder a várias questões, nomeadamente o porquê, o quê, quem, como, quando e onde:

- Porquê: A função do *debriefing* é a de identificar pontos positivos e quais as áreas passíveis de serem aprimoradas, no sentido da melhoria contínua dos cuidados;

- O quê: É de extrema importância que o *debriefing* seja direcionado para o indivíduo e para a equipa, de modo a que a reflexão sobre determinados tópicos, resulte em alterações significativas, mas sempre com o objetivo de melhorar os cuidados;
- Quem: Deve-se promover a participação de todos os elementos da equipa que estiveram envolvidos na situação de emergência. Também se pode considerar a inclusão de profissionais que não lidaram diretamente com o evento crítico, mas que devido à sua experiência podem trazer acréscimos para a discussão;
- Como: Devem ocorrer num ambiente acolhedor, propício para a colocação de questões, com um diálogo transparente;
- Quando: Couper et al. (2013) categorizaram o *debriefing* em duas fases distintas: o “*hot debriefing*” que ocorre individualmente ou em equipa imediatamente após o evento crítico, sendo conduzido por um dos membros da equipa de emergência. Normalmente nesta fase o processo é informal, onde o foco será essencialmente sobre as reações dos profissionais, não recorrendo à utilização de materiais de apoio como por exemplo gravações do desempenho ou o registo do monitor-desfibrilhador; o “*cold debriefing*”, decorre após algum tempo do evento. Nesta fase é possível recorrer a gravações de vídeo. Este tipo de *debriefing* pode ser estendido a toda a equipa não se limitando à equipa que vivenciou a situação de emergência, sendo que os ganhos em termos de melhoria de cuidados prestados serão também maiores.
- Onde: A seleção do local deve ir ao encontro dos objetivos pretendidos bem como possibilitar o fácil acesso aos equipamentos utilizados durante o evento, possibilitando o seu manuseamento ou outro tipo de treino.

Conforme Gardner (2013) existem vários fatores que contribuem para a eficácia do *debriefing*, incluindo a construção de um ambiente aberto, com foco nos principais objetivos de aprendizagem, reconhecendo o valor de cada participante e a importância da autorreflexão, assegurando aos participantes que o *debriefing* é confidencial.

Também Arriaga et al. (2020), reforça a ideia do autor anterior, ao descrever que o *debriefing* apresenta diversas vantagens, nomeadamente o aumento do conhecimento médico e a promoção de um atendimento personalizado ao doente, onde a aprendizagem é baseada na prática, sendo que as habilidades interpessoais juntamente com a comunicação e o profissionalismo surgem como determinantes no processo de cuidados.

Na investigação realizada por Gregório (2017), médicos e enfermeiros consideram que o *debriefing* surge como uma ferramenta fundamental para conseguir manter o equilíbrio emocional, capaz de melhorar a performance e aquisição de competências dos profissionais de saúde. Contudo, as dificuldades/constrangimentos identificados como barreiras para a não realização do *debriefing*, prendem-se sobretudo com a falta de tempo disponível para a realização desta reflexão, a falta de um espaço adequado a este propósito e a falta de sensibilização dos profissionais de saúde para o uso desta ferramenta.

As dificuldades/constrangimentos do *debriefing* apresentam uma preocupação acrescida numa sociedade cada vez mais preocupada com a prestação de cuidados com qualidade.

Em Portugal, uma das prioridades da DGS é a qualidade dos cuidados de saúde. Nesse sentido, foi apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. Conforme indicado neste documento, a qualidade na área da saúde é descrita como a entrega de cuidados acessíveis e justos, mantendo um padrão profissional ideal, considerando os recursos disponíveis e obtendo a adesão e satisfação dos pacientes. Isso implica em assegurar que os cuidados sejam adequados às necessidades e expectativas dos pacientes.

Neste momento, esta em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021. Este encontra-se estruturado em cinco pilares:

- 1º pilar assenta na cultura de segurança, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste num conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente;
- O 2º pilar consiste na liderança e governança, sendo que as lideranças e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem-se confiantes para discutir e antever as fragilidades dos serviços, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios complexos associados à prestação de cuidados de saúde;
- O 3º pilar engloba a comunicação. Uma comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde;
- O 4º pilar consiste na prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente. A OMS e a Comissão Europeia recomendam o desenvolvimento de sistemas de

notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura assente na crítica construtiva e de proteção do notificador;

- O último pilar (5º) traduz-se nas práticas seguras em ambientes seguros. São exemplos de algumas práticas seguras, os recursos existentes; a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde; a formação dos profissionais de saúde; a forma como o trabalho é organizado; a existência de ferramentas e instrumentos; os percursos de cuidados; o desenho e confiabilidade dos processos.

A segurança do paciente crítico está intrinsecamente ligada à qualidade dos cuidados prestados e depende do comprometimento, conhecimento e motivação de cada profissional de saúde envolvido.

Portanto, esses dois conceitos, qualidade na área da saúde e segurança do doente, estão intrinsecamente interligados, uma vez que a conformidade com um deles inevitavelmente implica na conformidade com o outro, e vice-versa (Bagorriha, 2020).

Após estarem bem definidos os conceitos de *debriefing*, de qualidade e da segurança dos doentes, convém analisar qual a importância do uso do *debriefing* para a melhoria dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica, tendo como base a análise de artigos científicos.

#### **4. FINALIDADE E OBJETIVOS**

---

O foco desta pesquisa centra-se na utilização do *debriefing* para a promoção dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica. O seu objetivo é o de mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência.



## 5. METODOLOGIA

---

A metodologia traduz-se na apresentação das técnicas de pesquisa utilizadas para o desenvolvimento do trabalho e utilizadas para a recolha de dados, assim como, os procedimentos para a análise e tratamento dos dados obtidos. A metodologia é um meio e não um fim, visto que pretende levar a cabo os objetivos estabelecidos numa investigação (Barbosa, 2012).

Neste capítulo, é referida qual a metodologia adotada para a formulação da questão de investigação, bem como para a pesquisa da evidência científica, os critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos em análise, a forma como foi elaborada a pesquisa nas diferentes bases e dados, terminando com os resultados obtidos.

De forma, a alcançar o objetivo proposto, optamos por realizar uma revisão da literatura do tipo *scoping-review*, pois esta permite identificar e mapear a amplitude de evidência disponível num determinado tema, conceito ou questão, (muitas vezes independentemente da fonte ou seja: pesquisa primária, revisões, evidência não empírica). Além disso, pode esclarecer os principais conceitos ou definições na literatura e identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica (Aromataris e Munn, 2020). As *scoping-reviews* “são um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte” (Amendoeira, 2022, p.4).

O estudo aqui apresentado foi baseado no referencial de Joanna Brigs Institute na sua versão de 2020. O JBI, além de estar preocupado com a eficácia da revisão da literatura também está interessado no contexto da prestação de cuidados, sua relação custo-eficácia, bem como as preferências do doente, do cuidador e do prestador de cuidados de saúde. Cordeiro e Soares (2019) referem que esta linha metodológica tem como objetivo identificar a produção científica sobre um determinado tema em estudo, fornecendo linhas de orientação para o processo de investigação. Neste sentido, este Modelo servirá de base para esta pesquisa.

## 5.1 Questão de Investigação e Critérios de Inclusão

O primeiro aspeto a definir é o objetivo da revisão da literatura. Este deve ser evidente e ser congruente com o título, devendo indicar o que o projeto está a tentar alcançar (JBI, 2020). Dessa forma, e como já foi referido, o objetivo da presente pesquisa é mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência.

Definido o objetivo, importa estabelecer a questão de investigação. A questão deve ser clara, de modo a facilitar a procura da literatura. Deve também incorporar três elementos: população, contexto e conceito (JBI, 2020). Utilizando a tipologia de pergunta PCC (população, conceito e contexto) sendo que:

- População (P): Equipas multidisciplinares que prestam cuidados ao doente crítico;
- Conceito (C): o uso do *debriefing* após situações de emergência;
- Contexto (C): Situações de emergência ocorridas no serviço de urgência ou unidades de cuidados intensivos;

Assim este trabalho procura responder à seguinte pergunta de investigação: qual a importância do uso do *debriefing* pelas equipas multidisciplinares após situações de emergência?

Depois da questão de investigação formulada devemos selecionar as bases de dados onde a pesquisa ocorre. Importa salientar que uma base de dados consiste num local onde pode ser guardada informação. Além de permitir o acesso à informação, também possibilita encontrar os dados de forma estruturada, facilitando assim a utilidade e longevidade da informação, que de outra forma faria sentido para um utilizador num dado momento e assim poderá ser útil para muitos utilizadores num período mais longo de tempo (Coelho, 2011).

Por sua vez, foi realizada uma revisão da literatura, com base nas seguintes fontes de informação: CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Estas duas bases de dados foram acedidas através do motor de busca EBSCO. De modo a representar, a pesquisa que será feita e as vantagens destas bases de dados, construímos a tabela 5.

**Tabela 5**

Base de dados: vantagens

Base de dados	Vantagens
CINAHL Complete	Acesso aberto a artigos globais na área da Enfermagem, com critérios rigorosos, de alta qualidade e sofisticação precisa.
MEDLINE Complete	Extensa gama de assuntos de diversas temáticas, incluindo biomedicina, ciência pré-clínica, e desenvolvimento de políticas de saúde.

Após a definição das bases de dados e dos descritores de pesquisa é essencial selecionarmos os critérios de inclusão. Esses critérios fornecem um guia para o leitor entender claramente o que é proposto pelos revisores e, mais importante, um guia para os próprios revisores, visto é neles que se devem basear para decidir quais as fontes a serem incluídas na revisão da literatura (JBI, 2020).

Nesse sentido, foram definidos dois critérios de inclusão: artigos em que o objetivo de estudo seja o *debriefing* em contexto de urgência/emergência e que o resumo ou o texto integral estejam disponíveis. Por sua vez, serão excluídos artigos repetidos, com data de publicação inferior a 2014 e cujo, o idioma de redação não seja o português ou inglês.

## 5.2 Estratégia de Pesquisa e Seleção dos Estudos

Tendo em consideração a questão de investigação levantada, foram definidos os seguintes descritores de pesquisa: *Debriefing*, *Patient safety* e *Emergency nursing*. A validação dos termos DeCS/MeSH ocorreu no sítio da internet <https://decs.bvsalud.org/>, bem como na própria base de dados CINAHL (que possui os seus próprios descritores) permitindo assim uma validação e utilização de uma terminologia reconhecida a nível internacional. Importa referir que o descritor “*debriefing*” não é considerado um termo DeCS/MeSH nem um descritor na CINAHL, no entanto foi decisão dos autores desta investigação a sua utilização, uma vez que é um termo científico aceite e usada pela comunidade científica, sendo o mesmo identificado em inúmeros estudos científicos.

A seleção dos artigos ocorreu entre fevereiro e março de 2023, sendo que os artigos selecionados foram sujeitos à análise de dois revisores, recorrendo-se no caso de dúvidas ou da não concordância entre os revisores principais, a um terceiro revisor.

Neste sentido, para a seleção dos mesmos, foram tidos em consideração os seguintes elementos:

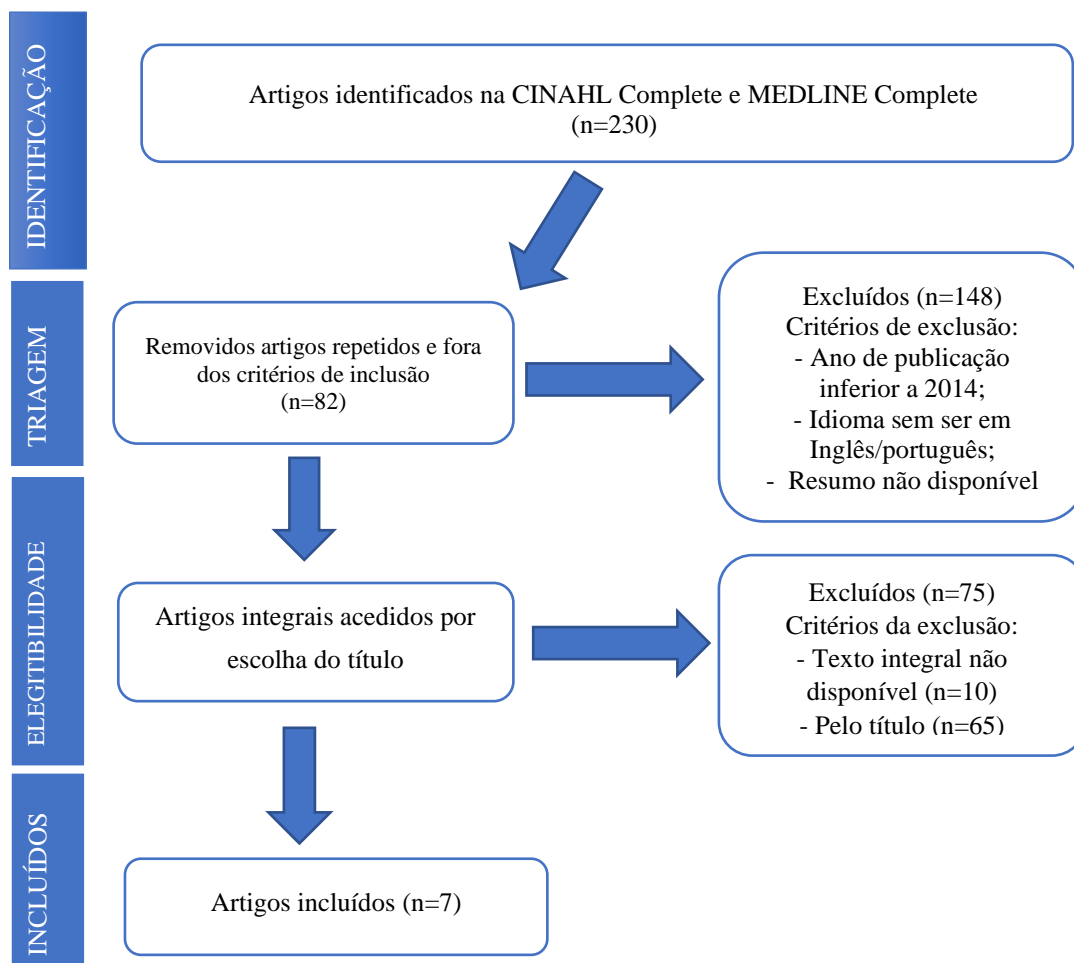
- Examinar títulos e resumos para remover documentos obviamente irrelevantes;
- Obter textos integrais de todos os artigos potencialmente relevantes;
- Examinar se os estudos estão de acordo com os critérios de elegibilidade;
- Tomar as decisões finais quanto à inclusão dos estudos antes da extração dos dados.

Convém ainda salientar que para a pesquisa dos artigos definimos a seguinte frase booleana: *TI Debriefing AND SU Emergency Nursing AND SU Patient Safety.*

O processo de seleção dos artigos extraídos, para a *scoping review* é de seguida apresentado sob a forma do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), alinhado e adaptado aos objetivos e questão desta revisão, onde se retrata o percurso da pesquisa efetuada (Trico *et al.*, 2018).

**Figura 4**

Diagrama fluxo da revisão integrativa (PRISMA)



### 5.3 Extração dos Dados

A extração dos dados passou pela análise contida nos estudos de investigação que correspondiam aos critérios de inclusão, tais com o título, autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, população alvo, metodologia e resultados. Os artigos foram analisados pelos autores deste estudo quanto ao seu conteúdo e resultados apresentados. Não ocorreram situações de divergência entre os dois revisores em relação aos artigos selecionados.

### 5.4 Considerações Éticas

A realização desta *scoping review* seguiu uma abordagem metodológica rigorosa, garantindo o respeito pelas fontes utilizadas, a autenticidade dos dados recolhidos, assim como a referência aos autores em todas as etapas descritas. Foi mantido um compromisso com a integridade académica ao longo de todo o processo, assegurando a correta citação das fontes e referências bibliográficas utilizadas. De referir que as citações e referências bibliográficas foram feitas com base na 7ª edição da norma APA (2020).

Esta investigação está isenta de qualquer custo financeiro para os autores e a mesma não acarreta qualquer conflito de interesses entre os autores. Não foi igualmente necessário qualquer parecer ético, uma vez que este tipo de estudo, recorreu a dados que estão disponíveis ao público, tratando-se de *“um estudo bibliográfico, sem envolvimento de seres humanos, não há necessidade de aprovação por parte de Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, este estudo seguiu os preceitos éticos da escrita de trabalho científico”* (Maldonado, 2022, p.3).

Para finalizar, importa referir que os autores deste estudo, comprometem-se a difundir os resultados e evidência científica com ele alcançados em eventos científicos na área de atuação (Enfermagem) em forma de poster ou comunicação oral. Só assim, todo o trabalho desenvolvido pode tornar-se útil e promotor da prática de Enfermagem baseada na evidencia.



## 6. Resultados

---

Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão já descritos, de um número inicial de 230 artigos encontrados nas bases de dados selecionadas, apenas 7 foram alvo de estudo. Os estudos analisados variam de 2014 a 2022, indo de encontro ao espaço temporal definido nos critérios de inclusão da seleção dos estudos, sendo a sua totalidade redigidos em inglês.

De entre os 7 artigos analisados, destacam-se 2 que realizaram o seu estudo em hospitais pediátricos, nomeadamente 1 no serviço de urgência pediátrico e o outro numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Um outro estudo, incluiu na sua amostra apenas profissionais de Enfermagem, o que merece um destaque positivo.

De modo a resumir os resultados obtidos elaboramos tabela 6 – Tabela de agregação de dados. Contudo de forma a contextualizar os resultados colocamos nesta tabela, elementos como o ano; autor; população alvo e metodologia utilizada. Importa também salientar que ordenamos os artigos por ordem alfabética do título.

**Tabela 6**

Tabela de agregação de dados

<b>Título</b>	Acceptability and Implementation of Debriefings After Trauma Resuscitation
<b>Autor</b>	Gina M. Berg, Ashley M. Herve, Angela Basham-Saif, Deanna Parsons, David L. Acuna, Diana Lippoldt;
<b>Ano</b>	2014
<b>Objetivo</b>	Avaliar a aceitabilidade dos debriefings e autopercepções de vários profissionais de saúde, após as reanimações traumáticas.
<b>População-alvo</b>	Todos os membros das equipas de reanimação (Enfermeiros, médicos, técnicos de saúde e farmacêuticos), com exceção daqueles que não completaram a pré e pós-formação ou não participaram nos debriefings estruturados foram excluídos da análise
<b>Metodologia</b>	Realizados inquéritos com perguntas do tipo Likert, antes e depois de um período de 3 meses implementação experimental dos debriefings estruturados. Os debriefings estruturados foram conduzidos durante 3 meses após a implementação inicial e foram realizadas após uma avaliação multidisciplinar após reanimações na área de trauma. Os debriefings eram realizados semanalmente e o líder seguia um guião pré-estruturado. O debriefing era liderado por enfermeiros e médicos em rotatividade.
<b>Resultados</b>	Os entrevistados (pós-formação) tinha como função atual no hospital como médico (9%), enfermeiro (24%), praticante de nível médio (10%), técnico (9%), farmacêutico (22%) e outros (26%). Os mesmos sentiram mais respeito dentro da equipa (melhoria de 14%) e mais apoio (melhoria de 9%). Também mostraram melhorias na perceção de um acordo efetivo na equipa (14%). Os entrevistados sentiram mais segurança para mostrar a sua opinião (melhoria de 11%), obter feedback (melhora de 16%), relatar problemas em grupo (melhoria de 9%) e ao superior hierárquico (melhoria de 6%). Foram observadas melhorias no trabalho em equipa (17%), na carga de trabalho (10%). Referem melhorias na segurança do doente (9%) e na avaliação da eficácia (melhoria de 18%). A comunicação também melhorou (14%), e a prevenção de erros aumentou (12%). No geral, a aceitabilidade foi positiva. Os entrevistados da pesquisa concordaram que os debriefings estruturados são uma oportunidade para a equipe identificar e resolver problemas e ambiguidades (82%) de uma forma sem culpa, sem julgamento (82%).
<b>Conclusões</b>	Após um período experimental de inquéritos após ressuscitações traumáticas, os membros da equipa relataram melhorias na autopercepção em relação à equipa. Além disso, os entrevistados indicaram aceitabilidade de continuar os debriefings. Embora as melhorias nas percepções auto-relatadas não alcancem significância estatística, a implementação do debriefing Como ferramenta em um centro de trauma é clinicamente importante por várias razões: (1) o debriefing fortalece a equipa; (2) esclarece papéis e responsabilidades; (3) oferece a oportunidade de avaliar os cuidados prestados ao doente de forma pós-evento; (4) identifica oportunidades de melhoria de processos; e (5) capacita os enfermeiros, fornecendo dados para impulsionar a melhoria iniciativas. Promove ainda a resolução proativa de problemas para evitar potenciais erros de segurança do paciente.

<b>Título</b>	Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety
<b>Autor</b>	Cincotta, DR. Quinn, N. Grindlay, J. Sabato, S. Fauteux-Lamarre, E. Beckerman, D. Carroll, T. Long, E.;
<b>Ano</b>	2021
<b>Objetivo</b>	Implementar um protocolo para o debriefing imediato e feedback para a abordagem das vias aéreas de emergência. Contribuir para a frequência reduzida de eventos relacionados à entubação adversa e implementar melhorias qualitativas na segurança do doente através da reflexão em equipa.
<b>População-alvo</b>	Profissionais da urgência pediátrica The Royal Children's Hospital, Melbourne, Austrália.
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo prospetivo. Realizado um estudo de coorte retrospectivo em 2013, que identificou lacunas na segurança da entubação. Realizaram ações de formação aos profissionais durante dois anos, sendo uma das sete intervenções, a implantação e realização de um debriefing estruturado. Em 2016, realizado um estudo de coorte prospetivo, em que analisou a utilização do debriefing e qual o impacto que o mesmo teve nas entubações em crianças.
<b>Resultados</b>	O debriefing imediato ocorreu em 39/46 (85%) das entubações com a duração média de 5 minutos e quando ocorreu após a entubação teve a duração média de 20 minutos. A localização mais comum foi a sala de emergência (92%); Em 97% das vezes foi liderado por um médico; As barreiras para a não realização do debriefing, foram as entubações que ocorreram no turno da noite, onde as equipas estão reduzidas e com grande carga de trabalho (15%). Outra situação reportada para a não utilização do debriefing, foi a ocorrência de duas entubações em simultâneo. O uso do debriefing contribuiu para a redução de eventos adversos durante a entubação. A taxa de sucesso da primeira entubação sem hipoxia ou hipotensão foi de 78% na coorte pós-intervenção em comparação com 49% na coorte pré-intervenção; Foram identificados 3 fatores chave na realização do debriefing: Capacidade de liderança, lista de verificação do procedimento da abordagem à via aérea e importância da comunicação entre equipas.
<b>Conclusões</b>	O debriefing imediato na sala de ressuscitação após a intubação de emergência é viável quando conduzidos por funcionários seniores com experiência, estrutura, ferramentas e suporte adequados. Este momento de reflexão é eficaz na contribuição para melhorias mensuráveis na frequência de eventos adversos. A reflexão e o feedback da equipe podem abordar falhas na segurança, informar mudanças de ambiente ou equipamentos, trabalho em equipe e destacar as boas práticas realizadas.

<b>Título</b>	Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks
<b>Autor</b>	April J. Kam, Clarelle L. Gonsalves, Samantha V. Nordlund, Stephen J. Hale, Jennifer Twiss, Cynthia Cupido, Mandeep Brar, Melissa J. Parker;
<b>Ano</b>	2022
<b>Objetivo</b>	Avaliar a utilidade de duas ferramentas de debriefing: Debriefing In Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now (DISCERN) e Post-Code Pause (PCP), de acordo com as preferências dos utilizadores. Os objetivos secundários incluem avaliar as diferenças na qualidade, assunto e tipos de feedback entre ferramentas e implicações na melhoria da qualidade e segurança do doente.
<b>População-alvo</b>	Profissionais do serviço de cuidados intensivos de um hospital pediátrico
<b>Metodologia</b>	Estudo prospetivo realizado durante 12 meses. Duas ferramentas de debriefing foram implementadas em blocos de 8 semanas em ambientes de cuidados intensivos num hospital pediátrico. Os questionários foram direcionados para qualquer intubação, ressuscitação, desfecho grave/imprevisto do doente ou outros eventos críticos. Após o debriefing, os membros da equipa completaram avaliações sobre a ferramenta de debriefing usada. Foram usadas estatísticas descritivas para analisar as respostas. Foi realizada uma análise temática para identificar os temas que emergiram da pesquisa qualitativa às respostas.
<b>Resultados</b>	Um total de 114 debriefings ocorreram, representando 655 respostas totais do questionário, 327 (49,9%) usando PCP e 328 (50,1%) usando DISCERN. 65,2% dos participantes acharam que o PCP forneceu apoio emocional, enquanto apenas 50% dos entrevistados relataram apoio emocional do DISCERN. PCP foi encontrado para apoiar mais fortemente a educação clínica (61,2% vs 56,7%). Não houve diferenças significativas na facilidade de uso, suporte do processo de debriefing, número de novas oportunidades de melhoria identificadas, ou conforto em fazer comentários ou levantar questões durante os interrogatórios entre ferramentas. A análise temática revelou seis temas principais: comunicação, qualidade dos cuidados, função e dinâmica da equipa, utilização dos recursos, preparação e resposta e apoio entre membros da equipa.
<b>Conclusões</b>	Ambas as ferramentas oferecem às equipas a oportunidade de refletir sobre eventos críticos. O PCP proporcionou uma abordagem mais organizado para a realização do debriefing, orientou a conversa para áreas-chave e discutiu o bem-estar dos membros da equipa. A implementação de um instrumento de debriefing, revelaram restrições para o local da sua realização, e a utilização de outro tipo de dados e informações clínicas também devem ser possíveis a ter em conta.

<b>Título</b>	Implementation of a Post-Code Pause - Extending Post-Event Debriefing to Include Silence
<b>Autor</b>	Darcy Copeland, Heather Liska
<b>Ano</b>	2016
<b>Objetivo</b>	Desenvolver um processo de debriefing para eventos traumáticos no serviço de urgência, que incluam intencionalmente mecanismos para facilitar o reconhecimento, e quando necessário, dar respostas às necessidades psicológicas e espirituais dos profissionais.
<b>População-alvo</b>	Profissionais do serviço de urgência do St. Anthony Hospital
<b>Metodologia</b>	Enviado um inquérito on-line aos profissionais do serviço de urgência. As perguntas do inquérito de pré-implementação incluíram percepções de apoio dos pares e liderança, capacidade de prestar “homenagem” aos doentes falecidos e a prontidão para retornar ao seu posto de trabalho pós-evento. As perguntas foram feitas em uma escala Likert de cinco pontos. Além disso, os profissionais foram questionados se eles pensavam sobre o evento traumático nas de 24 horas seguintes. Foram feitas perguntas abertas para entender mais profundamente as experiências pós-evento dos profissionais, incluindo os pensamentos e sentimentos mais comuns que eles experimentam, o que eles fazem para aliviar esses pensamentos e sentimentos, e o que seria útil ter disponível para evitar essa situação.
<b>Resultados</b>	No final do período piloto de 1 ano, os membros da equipa relataram sentirem-se mais apoiados pelos pares e líderes e melhoria na capacidade de prestar “homenagem” aos doentes que morreram, assim como terem tempo para se prepararem antes de voltar ao seu local de trabalho. Houve uma diminuição no número de entrevistados que relataram ter pensamentos ou sentimentos associados com o evento nas 24 horas pós-evento. A inclusão de um momento de silêncio é uma adição única a um debriefing de evento típico.
<b>Conclusões</b>	Incorporar um momento de silêncio após ocorrência de um evento crítico, foi uma oportunidade para os membros da equipa prestarem “homenagem” aos seus pacientes falecidos e reconhecer as suas próprias necessidades. Este processo de pausa/reflexão resultou em membros da equipa sentindo-se melhor preparados para a transição de voltar ao trabalho depois de responder a este evento crítico. Houve uma redução drástica no número de profissionais a referir pensamentos ou sentimentos relacionados ao evento nas primeiras 24 horas.

<b>Título</b>	Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings
<b>Autor</b>	Stuart C. Rose, Netanya Asna Ashari, Jan M. Davies, Lorena Solis, Thomas A. O'Neill
<b>Ano</b>	2022
<b>Objetivo</b>	Perceber a adesão dos profissionais de saúde do serviço de urgência para o uso do INFO Debriefings de eventos clínicos e quais os impactos do debriefing no bem-estar da equipa.
<b>População-alvo</b>	Quarenta e cinco profissionais de saúde do serviço de urgência responderam ao pedido inicial feito por e-mails e cartazes, sendo que 15 não deram continuidade ao contato. A amostra incluía Farmacêuticos, Médicos, Enfermeiros e Terapeutas respiratórios de quatro hospitais para adultos no Canadá. Foi atribuído um número de identificação a cada participante de forma a garantir o anonimato.
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo. Realizadas entrevistas individuais usando um guião de perguntas padronizado que abordava os participantes sobre sua experiência com o debriefing. Especificamente, os participantes foram solicitados a fornecer informações demográficas, dar feedback sobre seu envolvimento em debriefings clínicos utilizando o INFO, impacto dos debriefings na sua prática clínica, níveis de stress e bem-estar. As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo software NVivo.
<b>Resultados</b>	97% dos participantes relataram que os debriefings os ajudaram a fornecer melhores cuidados aos doentes. O feedback específico sobre a atuação em casos clínicos ajudou-os a saber como “fazer melhor” na próxima situação. Os participantes sentiram que o debriefing era relevante às suas práticas e proporcionaram oportunidades para refletir sobre eventos. 87% relatou uma melhoria nos relacionamentos com os membros da equipa como resultado de debriefing. A capacidade de explorar o que os outros membros da equipa estavam a pensar durante o evento foi considerado um fator importante. 83% sentiu que havia reconhecimento emocional nos debriefings e 66% dos participantes relataram que as emoções e sentimentos partilhados eram recebidos positivamente pela restante equipa. Quase todos os participantes (90%) relataram sentir stress como resultado do trabalho no serviço de urgência e que o debriefing os ajudou lidar com esse fator. O fato de “não se sentirem sozinhos” em lidar com os eventos críticos, foi uma das vantagens referidas nas entrevistas. Todos os participantes mencionaram a falta de tempo como a principal barreira para realização de debriefings. Outros fatores incluíram escassez de profissionais de saúde, mudanças de turno e volume de doentes. Apenas 40% dos entrevistados consideraram o local onde se realiza o debriefing importante.
<b>Conclusões</b>	Neste estudo, o debriefing no serviço de urgência ajudou os profissionais de saúde a gerir o stress, melhorar os cuidados ao doente e o trabalho em equipa, reconhecendo as emoções. Este estudo envolveu especificamente o INFO, no entanto, existem semelhanças que tornam os resultados aplicáveis a outros programas de debriefing. Os autores acreditam que este estudo fornece mais evidências que apoiam o uso do debriefing em outras áreas dos cuidados clínicos.

<b>Título</b>	Promoting hot debriefing in na emergency department
<b>Autor</b>	Stephen Gilmartin, Laura Martin, Siobhain Kenny, Ian Callanan, Nigel Salter
<b>Ano</b>	2020
<b>Objetivo</b>	Implementar um “hot debriefing” após PCR no serviço de urgência até o final de setembro de 2019. O objetivo secundário era a implementação de mudanças de melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados na PCR, com base nos “hot debriefings”.
<b>População-alvo</b>	Equipa multiprofissional do serviço de urgência do St. Vincent's University Hospital, em Dublin – Irlanda.
<b>Metodologia</b>	Desenvolvido um formulário de debriefing imediato com base em cenários simulados de PCR e feedback da equipa. Este formulário foi então apresentado no serviço de urgência para uso após as PCR. Esses formulários preenchidos durante 6 meses e recolhidos mensalmente e comparados com os do departamento de registo de PCR. Todas as alterações efetuadas/sugeridas após o “hot” debriefing foram registrados. O feedback qualitativo foi obtido por meio de questionários.
<b>Resultados</b>	Nenhum “hot debriefing” ocorreu após uma PCR nos 6 meses anteriores à introdução do projeto. A introdução de um documento de hot debriefing levou à sua realização após 42% de todas as PCR ocorridas no serviço. Desde a introdução do hot debriefing, foram identificados problemas (técnicos e não técnicos) na abordagem da via aérea. Também foram detetados problemas ao nível de registos clínicos durante as PCR, o que tornava difícil o acompanhar do caso (tanto para profissionais que prestavam cuidados desde o início do evento, como para aqueles que chegavam durante o evento). 100% dos participantes neste estudo sentiram que o debriefing melhorou ou mudou a sua prática clínica, 90% dos entrevistados sentiram que o processo ajudou para o seu bem-estar mental e 95% sentiram o tempo necessário para concluir o processo de hot debriefing foi “perfeito”.
<b>Conclusões</b>	O Hot Debriefing permitiu melhorias nos cuidados ao doente em PCR. Além disso, o processo beneficia a prática clínica e o bem-estar psicológico dos profissionais. Este processo exige o envolvimento de vários grupos profissionais, mas foi nomeada uma Enfermeira para ficar com a responsabilidade de realizar ações de formação às equipas de forma a promover o uso desta ferramenta.

<b>Título</b>	Relationship Between Post-resuscitation Debriefings and Perceptions of Teamwork in Emergency Department Nurses
<b>Autor</b>	Kerri Lyman
<b>Ano</b>	2019
<b>Objetivo</b>	Analisar a relação entre os debriefings pós-ressuscitação e as percepções do trabalho na equipa de enfermagem do serviço de urgência. Observar o tipo de debriefing e o momento do debriefing para determinar se estes influenciam o relacionamento com o trabalho em equipa nos enfermeiros do serviço de urgência.
<b>População-alvo</b>	Equipa multiprofissional do serviço de urgência do St. Vincent's University Hospital, em Dublin – Irlanda.
<b>Metodologia</b>	Estudo correlacional quantitativo usando um método do tipo questionário. Um coeficiente de correlação foi usado para análise da relação entre os debriefings pós-ressuscitação e as percepções do trabalho em equipa. O instrumento de recolha de dados foi o “Nursing Teamwork Survey” que foi enviado por email para 500 enfermeiros inscritos na “Emergencny Nurses Association”.
<b>Resultados</b>	Existiram 78 respostas ao questionário, no entanto, foram excluídas 6 por faltarem mais de duas respostas e 4 foram removidas por discrepâncias nas respostas, o que reduziu a amostra para 68. 21% da amostra nunca realizaram debriefings após eventos críticos. 63,3% realizaram debriefings entre 25% a 50% das vezes. Três quartos da amostra realizaram os debriefings logo após o evento. Quanto ao nível de formalidade do debriefing, a abordagem mais comum foi a informal (60,3%). Existiu uma relação positiva entre o uso do debriefing e os valores obtidos através do “Nursing Teamwork Survey”. O aumento da frequência de debriefings foi relacionado ao aumento da confiança, orientação da equipa, apoio da equipa, partilha de conhecimentos e liderança. Debriefings formais e imediatos (quentes) foram relacionados ao aumento da confiança, apoio da equipa, partilha de conhecimentos e liderança.
<b>Conclusões</b>	Existem aproximadamente 90.000 enfermeiros de emergência nos Estados Unidos. A Emergency Nurses Association tem aproximadamente 40.000 membros, mas a amostra do estudo incluiu apenas uma pequena percentagem da organização. Os resultados deste estudo foram consistentes com os de outros estudos realizados e discutidos anteriormente. Os resultados deste estudo atual podem ser usados para aumentar a utilização de debriefings e para melhorar o trabalho em equipa e, posteriormente, melhorar os cuidados ao doente.

## 7. Discussão

---

Sendo o *debriefing* uma ferramenta utilizada com vista a melhoras a prestação das equipas multidisciplinares e aumentar a segurança dos cuidados prestados ao doente, outros objetivos foram encontrados nos diferentes artigos analisados. Nomeadamente:

- Avaliar a utilidade de duas ferramentas de debriefing: Debriefing In Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now e Post-Code Pause (April et al., 2022);
- Implementar um protocolo para o *debriefing* imediato e feedback para a abordagem das vias aéreas de emergência e implementar melhorias qualitativas na segurança do doente através da reflexão em equipa (Cincotta et al., 2021);
- Desenvolver um processo de *debriefing* para eventos traumáticos no serviço de urgência, dar respostas às necessidades psicológicas e espirituais dos profissionais (Darcy e Heather, 2016);
- Avaliar a aceitabilidade dos *debriefings* após as reanimações traumáticas (Gina et al., 2014);
- Observar o tipo de *debriefing* e o momento da realização do mesmo para determinar se estes influenciam o trabalho em equipa nos enfermeiros do serviço de urgência (Kerri, 2019);
- Implementar um “*hot debriefing*” após PCR no serviço de urgência e proceder a mudanças de melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados na PCR, com base nos “*hot debriefings*” (Stephen et al., 2020);
- Perceber a adesão dos profissionais de saúde do serviço de urgência para o uso do INFO *Debriefings* de eventos clínicos e quais os impactos do *debriefing* no bem-estar da equipa (Stuart et al., 2020);

Relativamente à população alvo dos estudos, a sua maioria incidiu sobre as equipas multiprofissionais de serviços de urgência. Dois estudos ocorreram em hospitais pediátricos. Um focou-se nos profissionais de um serviço de urgência pediátrico (Cincotta et al., 2021) e outro foi desenvolvido em unidades de cuidados intensivos pediátricas (April et al., 2022).

De realçar também um estudo, que apenas inclui na sua amostra enfermeiros de todo o país (EUA) que trabalhavam em serviços de urgência, desde que inscritos na “Emergency Nurses Association” (Kerri, 2019).

No que diz respeito aos resultados, April et Al. (2022) no estudo que comparou o uso de duas ferramentas de apoio à realização de briefings, nomeadamente o *Debriefing In Situ Conversation after Emergent Resuscitation Now* (DISCERN) e *Post-Code Pause* (PCP), conclui que não houve diferenças significativas no uso dos dois protocolos. A análise temática das duas ferramentas, revelou que abordam seis temas principais: comunicação, qualidade dos cuidados, função e dinâmica da equipa, utilização dos recursos, preparação e resposta ao evento crítico e apoio entre membros da equipa. No entanto, este autor destacou que o PCP permitiu uma realização do *debriefing* mais organizada. Refere também que o local para a realização do processo de *debriefing* deve ser tido em conta e que estas duas ferramentas deveriam ter em consideração outro tipo de informação, como por exemplo, as informações clínicas dos doentes.

Podemos afirmar que o *debriefing* é uma mais-valia após situações de emergência, trazendo ganhos em saúde e melhoria na qualidade e eficácia dos cuidados. Cincotta et al., (2021) realizaram ações de formação aos profissionais de um serviço de urgência pediátrica durante dois anos, com o objetivo de melhorar a abordagem da via aérea dos doentes. Uma das sete intervenções, foi a implementação e realização de um *debriefing* estruturado. Foi realizado um estudo prospetivo após se terem realizado ações de formação e analisada a utilização do *debriefing* e qual o impacto que o mesmo teve na abordagem à via aérea em crianças, nomeadamente relativo à entubação endotraqueal. O uso do *debriefing* contribuiu para a redução de eventos adversos durante a entubação. A taxa de sucesso da primeira entubação sem hipoxia ou hipotensão foi de 78% na coorte pós-intervenção em comparação com 49% na coorte pré-intervenção.

Em outro estudo, foram demonstradas as vantagens e a aceitabilidade do uso do *debriefing* pelos profissionais de um centro de trauma. Gina et al. (2014) refere que foram observadas melhorias no trabalho em equipa, na carga de trabalho, na segurança do doente e na avaliação da eficácia dos cuidados. A comunicação também melhorou e a prevenção de erros aumentou. No geral, a aceitabilidade foi positiva. Os entrevistados da pesquisa concordaram que os *debriefings* estruturados são uma oportunidade para a equipe identificar e resolver problemas e ambiguidades sem julgamentos ou culpabilização.

Kerry (2019) refere também que o aumento da frequência da realização de *debriefings* formais e imediatos (*hot debriefing*) era promotora do aumento da confiança, orientação da equipa, apoio da equipa, partilha de conhecimentos e liderança, traduzindo-se na melhoria dos cuidados prestados. Stephen et al. (2020) após apresentar um formulário de realização de "*hot debriefing*" após situações de PCR à equipa multidisciplinar do serviço de urgência, e nos 6 meses seguintes, verificou que em 42% das situações de PCR foram realizados

*debriefings* após o evento (contratando com os 6 meses prévios à introdução do formulário). Os autores referem que 100% dos participantes neste estudo sentiram que o *debriefing* melhorou ou mudou a sua prática clínica, 90% dos entrevistados sentiram que o processo ajudou para o seu bem-estar mental e 95% sentiram que o tempo necessário para concluir o processo de “*hot debriefing*” foi “perfeito”.

Este tipo de resultados, vai de encontro aos resultados obtidos no estudo realizado por Stuart et al. (2022) em que 97% dos participantes relataram que os *debriefings* os ajudaram a fornecer melhores cuidados aos doentes, 87% relataram uma melhoria nos relacionamentos entre os elementos da equipa. Quase todos os participantes (90%) relataram sentir stress como resultado do trabalho no serviço de urgência e que o *debriefing* os ajudou lidar com esse fator. O fato de “não se sentirem sozinhos” em lidar com os eventos críticos, foi uma das vantagens referidas no estudo.

Apesar destas vantagens, alguns dos artigos analisados evidenciam que há aspetos a melhorar no *debriefing*. Cincotta et al. (2021) refere barreiras que não contribuem para a realização do *debriefing*, nomeadamente os eventos que ocorreram no turno da noite, onde as equipas estão reduzidas e com grande carga de trabalho (15%) e a ocorrência de duas entubações endotraqueais em simultâneo. Também Stuart et al. (2022) relatam que todos os participantes no seu estudo, mencionaram a falta de tempo como a principal barreira para realização de *debriefings*. Outros fatores incluíram escassez de profissionais de saúde, mudanças de turno e volume de doentes. Apenas 40% dos entrevistados consideraram o local onde se realiza o *debriefing* importante.



## 8. Conclusão

---

Em conclusão, foi realizada uma revisão da literatura do tipo *scoping-review*, de forma a mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência. No total 7 artigos foram selecionados, sendo que várias etapas foram efetuadas para conseguir obter estes.

Os artigos incluídos responderam à questão de investigação: qual a importância do uso do *debriefing* pelas equipas multidisciplinares após situações de emergência?, uma vez que demonstraram que o *debriefing* representa um papel determinante após situações de emergência, nomeadamente no envolvimento e trabalho entre as diferentes equipas profissionais, mudanças reais no tratamento de paragem cardio-respiratória ou abordagem à via aérea, e melhoria da qualidade dos profissionais de saúde da linha de frente.

Nas limitações do estudo convém destacar a pouca diversidade das tipologias de estudo, e o número restrito de estudos focados apenas nas equipas de Enfermagem, sendo que os estudos futuros deverão ter isso em consideração. Importa ainda reforçar que mais estudos são necessários, de modo a perceber a importância do *debriefing* após situações de emergência. Reconhecemos que mais bases de dados poderiam ter sido utilizadas, no entanto optou-se apenas por duas de forma a concentrar e a facilitar a seleção e análise dos artigos. As duas bases de dados selecionadas são de um grande relevo e importância científica, não colocando em causa a qualidade dos estudos analisados.

O uso do *debriefing* em Portugal é aceite e reconhecido pelos profissionais de saúde como uma mais valia, no entanto poucas vezes (ou quase nunca) é colocado em prática. Este trabalho de investigação, bem como a sua divulgação, pode ajudar na sensibilização das chefias ou gestores, de forma a incentivar o seu uso, o que acarreta sem sombra de dúvidas, ganhos em saúde.

Posto isto, consideramos que nos foi possível maioritariamente os objetivos inicialmente proposto, uma vez que conseguimos mapear a evidência sobre o uso do *debriefing* após situações de emergência.



## Considerações Finais

---

Atualmente só é possível atingir a excelência e uma melhoria contínua dos cuidados, através de uma aposta sustentada na formação contínua e na reflexão crítica. É aqui que os Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestres em Enfermagem à pessoa em situação crítica podem marcar pela diferença, uma vez que estas duas ferramentas, aliadas a uma prática baseada na evidência, são características inerentes a este grupo de profissionais. O enfermeiro especialista deve ser detentor de competências ao nível da gestão, supervisão, liderança, formação e investigação de modo a tornar-se uma pessoa de referência na equipa, que se destaca com um desempenho diferenciado.

A realização do presente relatório permitiu uma reflexão sobre o percurso efetuado ao longo de todo o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, mais em específico no trabalho desenvolvido no estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica II, de forma a obter as competências específicas necessárias para a obtenção do título de especialista e do grau de mestre.

Este documento permitiu relatar e analisar criteriosamente as atividades desenvolvidas ao longo deste momento avaliativo. Foi possível tomar consciência dos conhecimentos adquiridos durante o período teórico do curso, bem como da sua implementação (seja em contexto da prática clínica ou na componente de investigação).

A conclusão do Estágio Final no Serviço de Urgência de um hospital da região norte e na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica possibilitou o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como das competências de mestre, que foram analisadas anteriormente e refletem a jornada percorrida. Todos os ganhos alcançados, tanto pessoais quanto profissionais, até o momento, serão ferramentas essenciais para o meu crescimento profissional e pessoal.

A elaboração da *scoping review* que compõe a segunda parte deste relatório final, pretendeu analisar a importância do uso do *debriefing* pelas equipas multidisciplinares após situações de emergência.

Os enfermeiros ao estarem mais confiantes, seguros e menos ansiosos quando se deparam com situações de urgência ou emergência, conseguem gerir melhor as suas emoções, prestando cuidados de forma mais eficaz e segura.

Assim, a ideia da temática escolhida para este trabalho de investigação surge nesse sentido, uma vez que através dos benefícios (já referidos) que o uso do *debriefing* acarreta, os profissionais de saúde sentem-se melhor preparados para atuar em futuras situações de emergência, recordando quase sempre vivências e experiências anteriores, uma vez que a reflexão é um ato de aprendizagem constante. Considera-se que o tema do trabalho de investigação foi bastante adequado aquilo que é o papel do Enfermeiro MEPSC, pois a segurança do doente é um dos vetores chaves dos cuidados, tal como é referido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

Um dos aspetos que em muito contribuíram para alcançar o sucesso durante este percurso, foi sem dúvida as pessoas que comigo se cruzaram. Não posso deixar de referir o papel facilitador, de compreensão e colaboração do Enfermeiro orientador Filipe Franco, assim como de todos os profissionais de saúde dos vários contextos onde passei. Todos os profissionais podem ser “resumidos” no papel e figura dos meus dois Enfermeiros supervisores. Toda a partilha de conhecimentos, reflexões permitidas, disponibilidade e empenho, foram fatores chave para o sucesso desta etapa, e não tenho dúvidas que ambos fizeram de mim um melhor Enfermeiro, mas acima de tudo, uma melhor pessoa.

Desta forma, finda-se a redação deste relatório, considerando que foram adquiridas e desenvolvidas as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as Competências de Mestre em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

## Referências Bibliográficas

---

- Ajeigbe, D. O., McNeese-Smith, D., Phillips, L. R., Leach, L. S. (2014). Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction. *Journal of Nursing & Care*, 3(141), 1-6.
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20036. DOI:10.12707/RV20036.
- Amendoeira, J., Silva, M. & Dias, H. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura A Scoping Review*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL\\_SCOPING%20REVIEW\\_mai\\_2022%20PT.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf)
- Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. M. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology clinics*, 38(4), 801–820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>.
- Bagorrihla, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33210/1/BCTFC77.pdf>.
- Barbosa, A. (2012). A Relação e a Comunicação Interpessoais entre o Supervisor Pedagógico e o Aluno Estagiário. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2472/1/AnaMariaBarbosa.pdf>.
- Barra, A., Lichtner, A., Ferreira, M., (2013). Segurança transfusional, a importância dos enfermeiros na cadeia transfusional. *Revista clínica do hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca*, 2(1), 28-33. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/download/39/28>.
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (2ª ed.). Quarteto Editora.

- Berg, G. M., Hervey, A. M., Basham-Saif, A., Parsons, D., Acuna, D. L., & Lippoldt, D. (2014). Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(5), 201–208. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000066>.
- Boyle, A., Beniuk, K., Higginson, I., & Atkinson, P. (2012). Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. *Emergency medicine international*, 2012, 838610. <https://doi.org/10.1155/2012/838610>.
- Broeiro, P. (2015). Prática baseada em evidência e seus limites. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 31(4), 238–40. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11549>.
- Carvalho, A. L., (2005). Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cincotta, D. R., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emergency medicine Australasia: EMA*, 33(5), 780–787. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>.
- Coelho, J. (2011). Introdução à base de dados utilizando Microsoft Access. Lisboa: Ed. Autor, 2011. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3462/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o%20a%20Base%20de%20Dados.pdf>.
- Collière, M. (2003). Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed. Loures, Lusociência.
- Copeland, D., & Liska, H. (2016). Implementation of a Post-Code Pause: Extending Post-Event Debriefing to Include Silence. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 23(2), 58–64. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000187>.
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 39(9), 1513–1523. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7>.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. (2016). Define a Quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, procedendo à integração neste das normas referentes ao diploma de técnico superior profissional. *Diário da República: I série*, n.º 176. <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>.

- Despacho 19124/2005 de 2 de setembro (2005). Diário da república 2ª série n.º 169, pág. 12834-12834. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2005/09/169000000/1283412834.pdf>.
- Despacho 5613/2015 de 27 de maio (2015). Diário da república 2ª série n.º 102, pág. 13550-13553. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>.
- Despacho 8977/2017 de 11 de outubro (2017). Diário da república 2ª série n.º 196, pág. 23038-23041. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/3115692/despacho-8977-2017-de-11-de-outubro>.
- Despacho 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Diário da república 2ª série n.º 187, pág. 96-103. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>.
- Direção-Geral da Saúde (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa. Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf).
- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma 012/2022 de 18 de novembro. Via Verde Trauma no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_012\\_2022\\_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf).
- Dixe, M. A. C. R., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G. S., Pedro, M. L., (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 16. [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=1367&codigo=](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1367&codigo=).
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes: a literature review. *Nurse education today*, 34(3), 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>.
- Franco, F. (2020). Experiências de uma equipa multidisciplinar no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas. (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2511/1/Filipe\\_Franco.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2511/1/Filipe_Franco.pdf).

- Gardner R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in perinatology*, 37(3), 166–174. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>.
- Gilmartin S, Martin L, Kenny S, et al. Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* 2020; 9:e000913. doi:10.1136/bmjopen-2020-000913.
- Gregório, C. (2017). O Debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3029>.
- Grupo Português de Triagem, (2010). Triagem no serviço de urgência. Manual do Formando. 2.ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Grupo Português de Triagem, (2011). O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>.
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(10), 32–37. <https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.32.s8>.
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(10), 32–37. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.32.s8>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Manual SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª edição. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2018). Relatório anual Integração VMER e SIV, 2018. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2018.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020). Limpeza e desinfeção de Veículos e Equipamentos no âmbito do COVID-19. Orientação técnica, nº 10/2020. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/10/OT-10.02-DEM-GQ-Limpeza-e-desinfe%C3%A7%C3%A3o-de-Ve%C3%ADculos-e-Equipamentos-no-%C3%A2mbito-do-COVID-19-2020.10.2020.pdf>.

- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). Relatório de atividade do CODU. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-CODU-2022-VF2022.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). Manual de Suporte Imediato de Vida. Versão 2.0, 2023. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Manual-SIV-8h.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023). Manual de Suporte Imediato de Vida. Versão 2.0, 2023. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Manual-SIV-8h.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>.
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., Brar, M., & Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC emergency medicine*, 22(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>.
- Kilner, E., & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *International emergency nursing*, 18(3), 127–137. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.006>.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x>.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05584.x>.
- Luis, L. (2014). Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal. (Tese de mestrado). Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4230/1/Tradu%c3%a7%c3%a3o%2c%20valida%c3%a7%c3%a3o%20e%20aplica%c3%a7%c3%a3o%20dos%20sistemas%20de%20pontua%c3%a7%c3%a3o%20de%20alerta%20precoce.pdf>.

- Lyman K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. *International emergency nursing*, 57, 101005. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>.
- Magalhães, J. (2014). Competências na intervenção de enfermagem em contexto extra-hospitalar: cuidados de emergência e gestão de situações de exceção. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1298>.
- Maldonado, R. N., Bieniek, A. A., Leachi, H. F. L., Scholze, A. R., Aroni, P. & Ribeiro, R. P. (2022). Características necessárias para publicação em periódicos de enfermagem: protocolo de scoping review. *Research, Society and Development*, 11 (1), pp. 1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24688>.
- Martins, J. C. A. (2009). Atuação do enfermeiro no sector de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In MALAGUTTI, W.; CAETANO, C. – Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro, Rubio.
- MOTA, L. A. N. (2010) Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da Informação para os médicos (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 2010. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55361/2/TeseLilianaMotaMIM.pdf>
- Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (08-02-2017) (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017>.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no pré-hospitalar. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer conjunto nº 01/2017. Atribuição de responsável de turno. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce\\_mceemc\\_01-2017\\_atribuicaoresponsavelturno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf).

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2023. Disponível em: [https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI\\_OM-III-2023.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf).
- Perkins, G. D., Davies, R. P., Quinton, S., Woolley, S., Gao, F., Abella, B., Stallard, N., Cooke, M. W., & Quality of CPR Project Collaborators (2011). The effect of 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. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-58>.
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série, páginas 4744-4750. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República II série*, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>.
- Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, do *Diário da república 2ª série*, nº35, pág. 8648-8653. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>.
- Regulamento nº226/2018 de 16 de abril (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, do *Diário da república 2ª série*, nº74, pág. 10758-10764. Disponível em: [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Abril/Regul\\_226\\_2018.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Abril/Regul_226_2018.pdf)

- Regulamento nº533/2014 de 02 de dezembro (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem, do Diário da república 2ª série, nº233, pág. 30247-30254. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533\\_2014\\_NormaDotacoesSeguras.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf).
- Regulamento nº613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do Enfermeiro, do Diário da república 2ª série, nº131, pág. 179-182. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>.
- Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *CJEM*, 24(7), 695–701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>.
- Silva, M. (2017). Comparação de Modelos de Previsão de Chegada de Utentes ao Serviço de Urgência (Tese de mestrado). Universidade do Minho. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Disserta%3a7%3a3o\\_Miguel\\_Silva\\_PG29018.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46536/1/Disserta%3a7%3a3o_Miguel_Silva_PG29018.pdf).
- The Joanna Briggs Institute, (2020). Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide, The Joanna Briggs Institute.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Williams, B. (2022). The National Early Warning Score: from concept to NHS implementation. *Clinical medicine (London, England)*, 22(6), 499–505. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept>.

## **ANEXOS**

---



**ANEXO I – Apresentação ação de formação “O debriefing para a promoção dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica”**



**ESS+**  
norte

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica**  
Ano Letivo 2022/2023

**O DEBRIEFING Para a Promoção dos Cuidados e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica**

- Serviço de Urgência, CHVNG/E -

Aluno: Pedro Souza  
Supervisora: Enfermeira Especialista Andréia Pêlo  
Orientador: Enfermeiro Mestre Luís Ribeiro Franco

20 de novembro de 2022

**ESS+**  
norte

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção dos Cuidados e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica

**Índice**

- 1. Introdução
  - 1.1. Definição de objetivos
- 2. Desenvolvimento
  - 2.1. Definição de debriefing
  - 2.2. Objetivos do debriefing
  - 2.3. Aspectos a considerar no debriefing
  - 2.4. Barreiras à realização do debriefing
  - 2.5. Métodos usados em debriefing
  - 2.6. Sugestão de quiz de debriefing
- 3. Conclusão

**ESS+**  
Patrão de Emergência Público-Ostérgica à Polícia em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção dos Coláboros e da Segurança da Polícia em Situação Crítica

### Objetivos da sessão

- 1 Compreender o processo do debriefing
- 2 Consolidar conhecimentos relativos ao debriefing
- 3 Percorrer quais os aspetos a ter em consideração na realização do debriefing
- 4 Refletir sobre barreiras limitadoras à realização do debriefing
- 5 Conhecer a estrutura básica do debriefing

**ESS+**  
Patrão de Emergência Público-Ostérgica à Polícia em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção dos Coláboros e da Segurança da Polícia em Situação Crítica



3349 8831

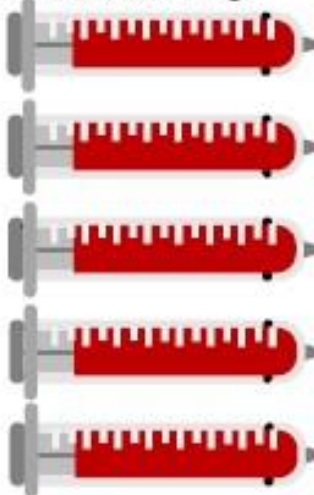
[Questionário](#)





**ESS+**  
Habilitado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção da Qualidade e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica

### Barreiras à utilização do Debriefing



- Falta de tempo e espaço apropriado
- Falta de pessoas treinadas para "dirigir" este processo
- Fatores culturais ou falta de interesse de alguns profissionais
- Medo de ser criticado
- Descrença de que o debriefing possa ser benéfico para a melhoria dos cuidados

**ESS+**  
Habilitado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção da Qualidade e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica

### Métodos usados no debriefing



- Visualização da gravação de vídeo do evento e análise do mesmo
- Momento de silêncio de 20 segundos antes de se iniciar o debriefing
- Reflexões pessoais estruturadas
- Discussões em equipa acerca destas reflexões individuais

Em todos os métodos do debriefing é enaltecida a importância da pessoa que lidera, 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"



**ESS+** TECH

Modelado em *Intervenções Médicas-Cirúrgicas e Pessoas em Situação Crítica*  
O DEBRIEFING Para a Promoção dos Cuidados e da Segurança das Pessoas em Situação Crítica

### Conclusão

**Relação entre uma boa comunicação e a qualidade dos cuidados**

A comunicação inadequada na saúde contribui de forma significativa para os erros em saúde (aumento da duração dos internamentos, aumento do consumo de recursos e dos tempos de recuperação), como contribui para uma maior insatisfação dos profissionais de saúde

(Deyouki et al., 2014)

**Função do EEMCPSC**

Gestão da comunicação Interpessoal e mediador de conflitos, fundamentando a atuação face à situação de alta complexidade.

**Debriefing na formação de Enfermeiros**

Torna possível o desenvolvimento de competências instrumentais e não instrumentais dos participantes, nomeadamente, as competências comunicacionais, relacionais, de liderança e tomada de decisão, numa promoção constante do pensamento crítico-reflexivo

(Hass et al., 2019)

**Promotor da segurança do utente**

Melhora da qualidade dos cuidados e da tomada de decisão em situações futuras

**ESS+** Porto

Platão de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Psico em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção das Cuidado e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica

### Bibliografia

Ajeigbe, D. O., & McNeese-Smith, D., & Phillips, L. R., & Leach, L. S. (2014). Effect of Nurse-Physician Teamwork in the Emergency Department Nurse and Physician Perception of Job Satisfaction. *Journal of Nursing & Care*, 3(141), 1-6.

Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.

Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.

Kessler, D. O., & Cheng, A., & Mullar, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.

Kliner, E. & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18(3), 127-137.

Levole, 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.

Perkins, G. D., & Davies, R. P., & Quinton, S., Woolley, S., & Gao, F., & Abejta, B., ... Cooke, M. W. (2011). The effect on 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.

**ESS+** Porto

Platão de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Psico em Situação Crítica  
O DEBRIEFING Para a Promoção das Cuidado e da Segurança da Pessoa em Situação Crítica




OBRIGADO



**ANEXO II – Certificado da formação “Reanimar com o INEM”**

---



## FORMAÇÃO À DISTÂNCIA



Departamento de Formação em Emergência Médica

### Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 394/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

## Reanimar com o INEM

Certifica-se que

**Pedro Sousa**

concluiu com aproveitamento o curso de Formação **Reanimar com o INEM** em 26 de Janeiro de 2023, com a duração de 2 horas.

O Departamento de Formação  
em Emergência Médica

  
(Teresa Pinto)

Certificado nº IBDAJSM&Z7  
Válido até

Mod. INEM 454.1





## REANIMAR COM O INEM

### MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Contínua

### ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

### Duração:

2 horas

### PLANO CURRICULAR:

- Reanimação – Conceitos, Enquadramento, Guielínes
- Suporte Básico de Vida
- Posição Lateral de Segurança
- Desobstrução da Via Aérea
- Desfibrilhação Automática Externa
- Enquadramento e Treino

Verifique a validade deste certificado em: [https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify\\_certificate.php](https://aprender.inem.pt/mod/customcert/verify_certificate.php)

**ANEXO III – Certificado da formação “*Iteams*”**

---





APRENDER INEM | Formação à distância

## CERTIFICADO de APROVEITAMENTO

Serve para certificar que

**Pedro Sousa**

concluiu a disciplina

**iTEAMS**

9 dezembro 2022

Avaliação Teórica (10 min.) Avaliação: 93,33 %

Este certificado é reconhecido  
para efeitos de integração no  
Projeto iTEAMS do INEM

Horas de crédito: 1 hora

LQoAY4Cw0A

O Departamento de  
Formação em Emergência Médica

(Teresa Pinto)





**ANEXO IV – Apresentação ação de formação “Triagem primária e Secundária”**

---



**ESS+** Norte  **INEM**

Mestrado em Enfermagem Médica, Cirúrgica & Pessoa em Situação Crítica

# Triagem Primária e Triagem Secundária

SIV – Oliveira de Azeméis

06 de março de 2023

Alunos: Pedro Sousa, Vera Sá  
Tutor: Enfermeiro Especialista Francisco Coelho  
Orientadores: Enfermeiro Mestre Luís Filipe Franco e  
Enfermeiro Mestre Igor Soares Pinto



Use os telemóveis...

## ÍNDICE

### 01 Introdução

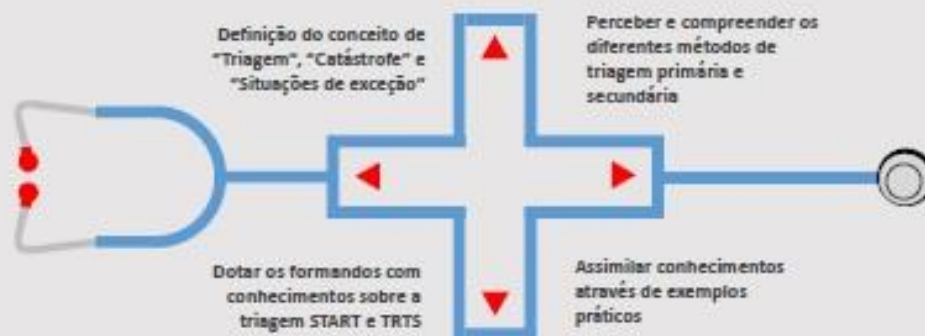
- Definição de objetivos

### 02 Desenvolvimento

- Conceitos;
- Triagem em catástrofe;
- Catástrofe ou Evento de exceção?
- Modelo 5S's
- Triagem Primária
- Triagem Secundária
- Exemplos Práticos

### 03 Conclusão, Bibliografia e Avaliação da sessão

## OBJETIVOS



## CONCEITOS

O termo "triar" desenvolveu-se através do francês "trier" que significa "escolher"



O processo de triagem deve muito ao francês Dominique Jean Larrey que, durante as guerras Napoleônicas aplicou um sistema criterioso que regulou a remoção dos feridos do campo de batalha:

- Os que sobreviveriam, independentemente do tratamento recebido;
- Os que morreriam, independentemente do tratamento recebido;
- Os que teriam hipótese de sobrevivência consoante a instauração de tratamento médico imediato.

## CONCEITOS

Relaciona-se com as necessidades médicas e com a urgência do tratamento à vítima

Deve-se considerar a disponibilidade e utilização de recursos

A seleção é baseada na informação recolhida

Triagem é um processo dinâmico que ocorre em vários níveis do sistema de emergência médica, que visa a rápida distinção de vítimas críticas das não críticas, organizando as mesmas por grupos homogênicos.

## Triagem em catástrofe



## CATÁSTROFE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2009) definem catástrofe como um acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excepcional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.



# OUTROS CONCEITOS

**ACIDENTE GRAVE:** Acidente repentino e imprevisível com efeitos limitados no tempo e no espaço;

**SITUAÇÃO MULTIVÍTIMAS:** > 3 pessoas, mas existe capacidade de resposta.

**CALAMIDADE:** Acontecimento ou série de acontecimentos com efeitos prolongados no tempo e no espaço. Elevados prejuízos materiais e humanos. Afeto de forma intensa o tecido sócio-económico;

**DESASTRE:** Resulta de fenómenos naturais ou induzidos por uma ação humana externa;

**SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO:** quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, o que condicionará a atuação das equipas de emergência médica. (SANTANA et al (2012))



	ACIDENTES	CRISIS	EMERGÊNCIA DESASTRE	CATÁSTROFE CALAMIDADE
VÍTIMAS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
VÍTIMAS SERTIAS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
DANO	Fracos	Moderados	Elevados	Severos
DESTRUIÇÕES	Fracos	Moderados	Elevados	Fracos
IMPACTO SOCIOECONÓMICO	Localizados	Dispersos	Dispersos e difusos	Difusos
RECURSOS DISPONÍVEIS	Elevados	Suficientes	Limitados	Escassos
ELEMENTOS DE RESPOSTA	Poucos	Muitos	Centenas	Centenas Milhares
TEMPO DE RESPOSTA	Minutos Horas Dias	Das Semanas	Meses Anos	Anos Décadas



## MODELO – THE VIRGINIA 5'S INITIAL ACTION

<b>1</b>	Num cenário de elevada complexidade a avaliação da segurança deverá ser mais cuidadosa, abrangente e adequada à magnitude da ocorrência	Safety
<b>2</b>	Avaliar: Tipo e causa da ocorrência; Dimensão estimada da ocorrência e a sua gravidade; Número aproximado de feridos e a sua gravidade; Área envolvida e quais as suas acessibilidades;	Size up
<b>3</b>	Após a avaliação é necessário reportar (CODU). Poderá ser usado com o apoio do relatório METHANE;	Send
<b>4</b>	Assumir o COS / articular com o COS até à chegada de um elemento de comando; Iniciar plano de ação operacional; Sectorizar o teatro de operações; Estabelecer locais para triagem primária e respetivas áreas do teatro de operações; Estabelecer locais para Posto Médico Avançado;	Set up
<b>5</b>	Iniciar a triagem START (Simple triage and rapid treatment)	Start

## MODELO – THE VIRGINIA 5'S INITIAL ACTION

**O que informar ao CODU na Fase Send?**

---

O que aconteceu

Localização exata e como lá chegar (GPS?)

Tipo de incidente

Perigos (no momento e possíveis)

Número provável de vítimas

Meios no local e necessários

Ações já desenvolvidas

M	MAJOR INCIDENT	Was a major incident or priority level incident? (Yes/No. If no, then complete a LARIC message)
E	EXACT LOCATION	What is the exact location or geographical area of the incident?
T	TYPE OF INCIDENT	What sort of incident is it?
H	HAZARDS	What hazards or potential hazards can be identified?
A	ACCESS	What are the barriers to access and egress?
N	NUMBER OF CASUALTIES	How many casualties are there, and what condition are they in?
E	EMERGENCY SERVICES	What, and how many, emergency response teams and personnel are required at an incident scene?

## TRIAGEM PRIMÁRIA

A triagem primária ocorre no local do incidente e é realizada baseando-se em critérios muito simples.

A contabilização total de vítimas e o total de vítimas triadas por prioridades é importante para informar COS e o CODU.

Os sistemas como SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT (START), TRIAGE SIEVE (TS), CAREFLIGHT TRIAGE (CFT) e SACCO TRIAGE METHOD (STM) são instrumentos utilizados para a triagem primária, pois priorizam as vítimas na área de socorro, para que posteriormente sejam evacuadas e transportadas para unidades de saúde definitivas.

---

Todos os sistemas de triagem primária referidos anteriormente (exceto o STM) são algoritmos que classificam as vítimas em quatro categorias: falecido ou expectante (preto); emergente (vermelho); grave (amarelo) e não grave (verde). O sistema START é o instrumento mais adotado a nível mundial em contexto pré-hospitalar (Pavlin et al., 2008).

---

Estes sistemas não incorporam requisitos para a atuação em acidentes em massa causados por contaminação por agentes Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos (NRBQ), o que só por si não facilitará uma resposta adequada. O METTAG (Medical Emergency Triage Tag) é o único sistema que contempla a contaminação de vítima por agentes químicos/biológicos ou nucleares;

## TRIAGEM PRIMÁRIA

**A triagem Sieve (TS):**  
É um processo reconhecido para priorizar as vítimas para tratamento durante incidentes de vítimas em massa. Embora geralmente seja bem aceite, a medição de sua precisão tem sido um pouco limitada.

```

graph TD
    WALKING -- YES --> P3[PRIORITY 3 GREEN (WALKER)]
    WALKING -- NO --> BREATHING
    BREATHING -- NO --> DEAD[DEAD WHITE + BLACK]
    BREATHING -- YES --> RESR_RATE[RESR RATE]
    RESR_RATE -- "Less than 10 or Greater than 29" --> P1[PRIORITY 1 RED (IMMEDIATE)]
    RESR_RATE -- "10-29" --> CIRCULATION
    CIRCULATION -- "CRT = 2 secs or PULSE < 128" --> P2[PRIORITY 2 YELLOW (URGENT)]
    CIRCULATION -- "CRT > 2 secs or PULSE > 128" --> P1
    
```

## TRIAGEM PRIMÁRIA

**Careflight Triage (CFT):**  
 É uma ferramenta para triagem rápida em acidentes de massa, na qual são avaliados critérios como capacidade de deambulação, obediência aos comandos, pulsos radiais palpáveis e respiração das vias aéreas.

Neste método a capacidade de colaboração da vítima é avaliado antes da avaliação da respiração e da frequência de pulso. É um dos métodos de triagem mais rápidos, que leva apenas 15 segundos para avaliar cada vítima (Garner, 2001).

```

        graph TD
            Q1[¿CAMINA?] -- SI --> P3[DEMORABLE PROCIAD 3]
            Q1 -- NO --> Q2[¿OBEDECE ORDENES?]
            Q2 -- SI --> Q3[¿PULSO RADIAL PALPABLE?]
            Q2 -- NO --> Q4[¿RESPIRA TRAS LA APERTURA DE LA VIA AEREA?]
            Q3 -- SI --> P2[URGENTE PROCIAD 2]
            Q3 -- NO --> Q4
            Q4 -- SI --> P1[INMEDIATO PROCIAD 1]
            Q4 -- NO --> P4[FALLECIDO PROCIAD 4]
    
```

## TRIAGEM PRIMÁRIA

**Sacco Triage Method (STM):**  
 É projetado com base em um modelo matemático. É um método de triagem numérica que considera os recursos, com base no tempo e nas instalações, além da triagem das pessoas lesadas. Neste método, com base nos critérios fisiológicos, incluindo respiração, pulso e resposta motora, as pessoas lesadas são pontuadas e, pelo score adquirido, calcula-se a probabilidade de sobrevivência e/ou morte da vítima.

Pontuações:

- 0-4 Preto;
- 5 a 8, provavelmente sobreviverão através de intervenções;
- 9 a 12, têm uma taxa de probabilidade de sobrevivência de mais de 90%.

Após a classificação, a informação é transmitida e posteriormente, os recursos hospitalares são considerados para o tratamento das mesmas (Javala, 2008).

**1 min (60 seconds)** **Sacco Score**  $R + P + M + I + A$

	0	1	2	3	4
<b>R</b>	0	1-9'	36+	25-35	10'-24
<b>P</b>	0	1-40	41-60'	121+	61'-120
<b>M</b>	No Response	Extension/Flexion	Withdraw	Locates	Obeys Commands
<b>A</b> Adjustment:	Age: 0-7 +2	8-14 +1	15-64 0	65-74 -2	75+ -3

© - www.stm.org.uk

# TRIAGEM PRIMÁRIA

**SORT, ASSESS, LIFESAVING LERNER INTERVENTIONS AND TREATMENT AND/OR TRANSPORT (SALT):**

Desenvolvido em 2008, para além de incorporar todos os sistemas de triagem até aí existentes, foi criado com o intuito de unificar todo o processo de uma triagem primária tornando-o mais abrangente (Lerner et al., 2008).

A principal diferença é a inclusão de uma outra categoria denominada por "Expectant". Outra das vantagens é a possibilidade de ser usada em todos os incidentes perigosos e de ser aplicada não só em adultos, mas também em crianças.

Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport (SALT) triage system replaces Simple Triage and Rapid Treatment (START).  
Source: U.S. National Library of Medicine.

# TRIAGEM PRIMÁRIA - SALT

**SALT Mass Casualty Triage**

**Step 1** Global sorting → **Still/obvious life threat** (Assess threat) → **Wave/purposeful movement** (Assess threat) → **Walk** (Assess threat)

**Step 2** Individual assessment

↓

**LSI**

- Control major hemorrhage
- Open airway if critical
- Consider head/neck/eye/ear/nose/throat injuries
- Auto-object removal

→ Breathing? (Yes/No)

No → Dead

Yes →

- Check consciousness or motor purposeful movements?
- Has peripheral pulse?
- Has a respiratory effort?
- Major hemorrhage controlled?

All yes → Minor injuries only? (Yes/No)

Yes → Minimal

No → Delayed

Any no → Likely to survive given current resources? (Yes/No)

Yes → Immediate

No → Expectant

Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport (SALT) triage system replaces Simple Triage and Rapid Treatment (START).  
Source: U.S. National Library of Medicine.

## TRIAGEM PRIMÁRIA - MPTT-24

**Modified Physiology Triage Tool – MPTT-24:**

O objetivo deste processo primário é identificar rapidamente os pacientes que precisam de uma intervenção "life saving". É feito seguindo um algoritmo criado para ser rápido, confiável e reprodutível, independentemente de quem o executa (Marsh & Vassallo, 2020).

**Vantagens:**

- Pode ser realizado por qualquer pessoa;
- Pode ser delegado a qualquer pessoa competente no local do incidente que siga o algoritmo e que têm menos probabilidade de se distraírem com outras tarefas/intervenções;
- É objetiva e prontamente reprodutível.

**Desvantagem:**

- Tal como as outras ferramentas, não tem em conta a evolução clínica da vítima e pode perder vítimas que são totalmente recuperáveis (ex: queimadura da via aérea que inicialmente caminha mas pouco tempo depois pode desenvolver obstrução das vias aéreas e pode morrer se não for rapidamente identificado e retriado).

## TRIAGEM PRIMÁRIA - MPTT-24

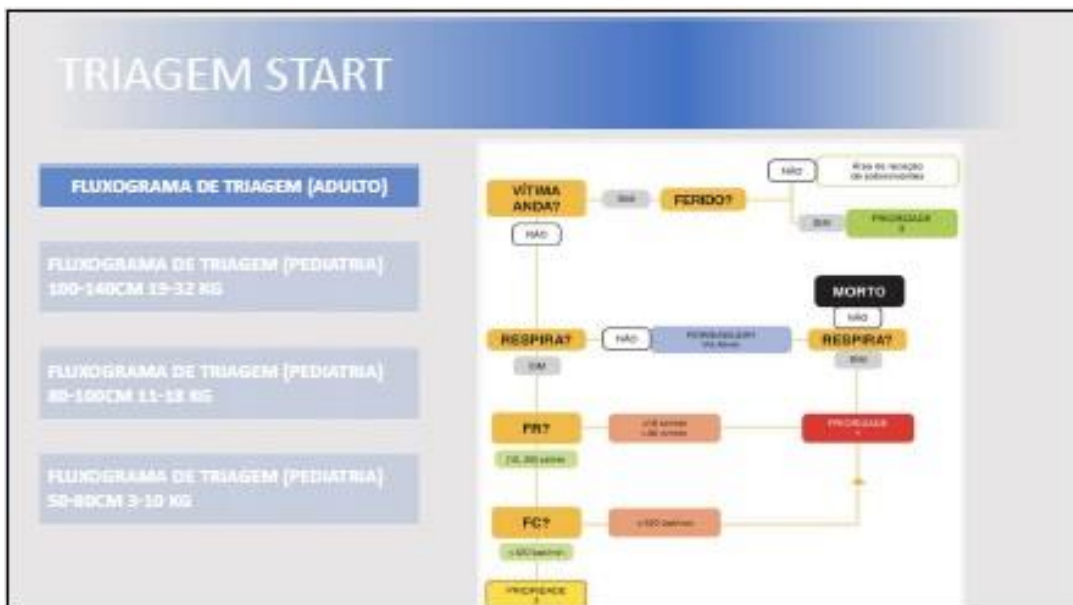
**Modified Physiology Triage Tool – MPTT-24:**

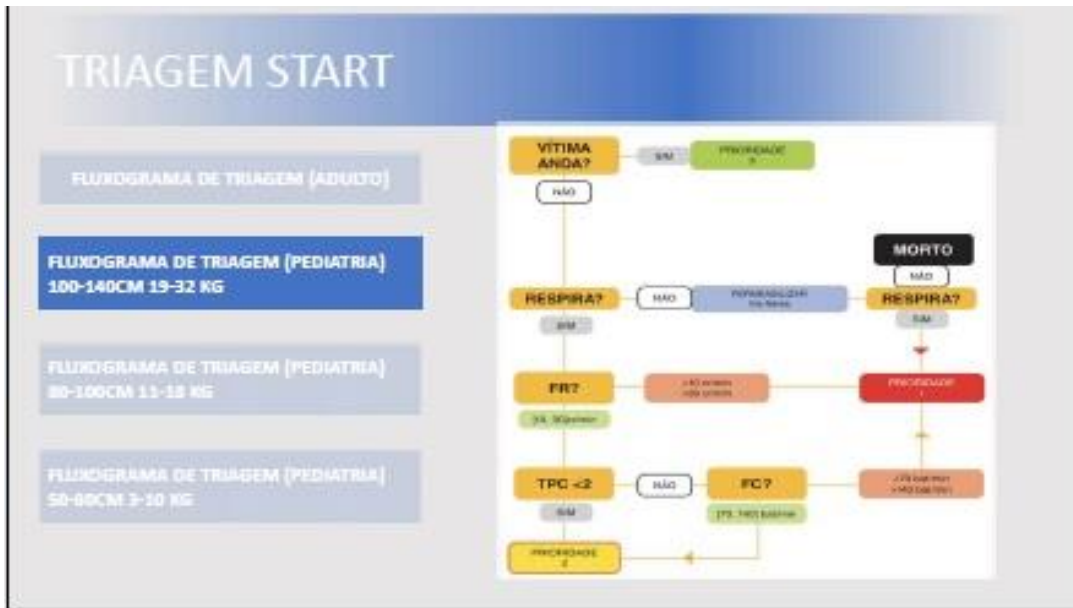
Segundo Marsh & Vassallo (2020), é um fluxograma simples que considera:

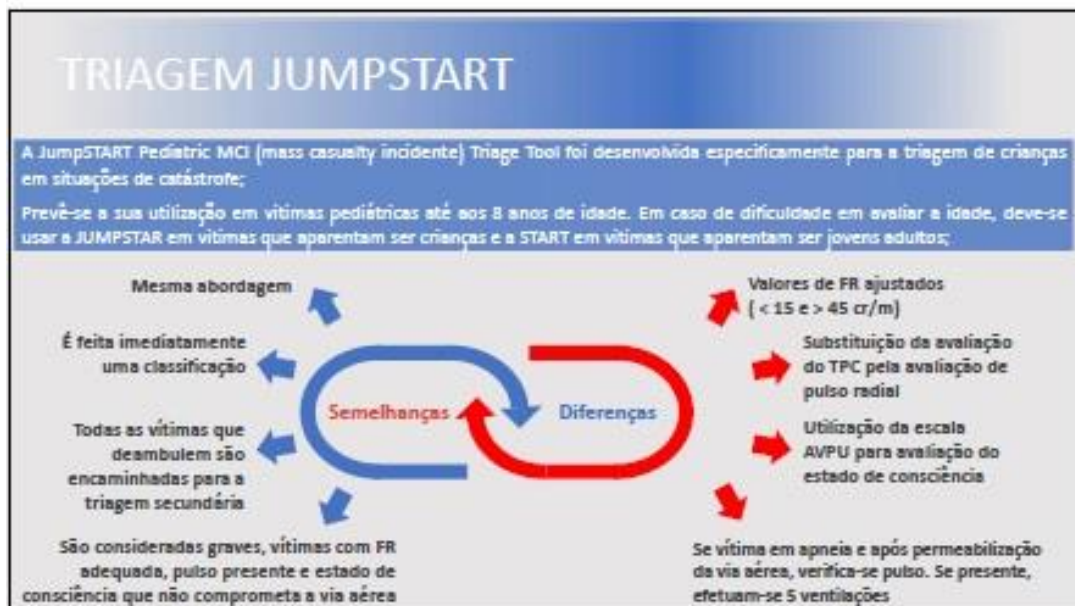
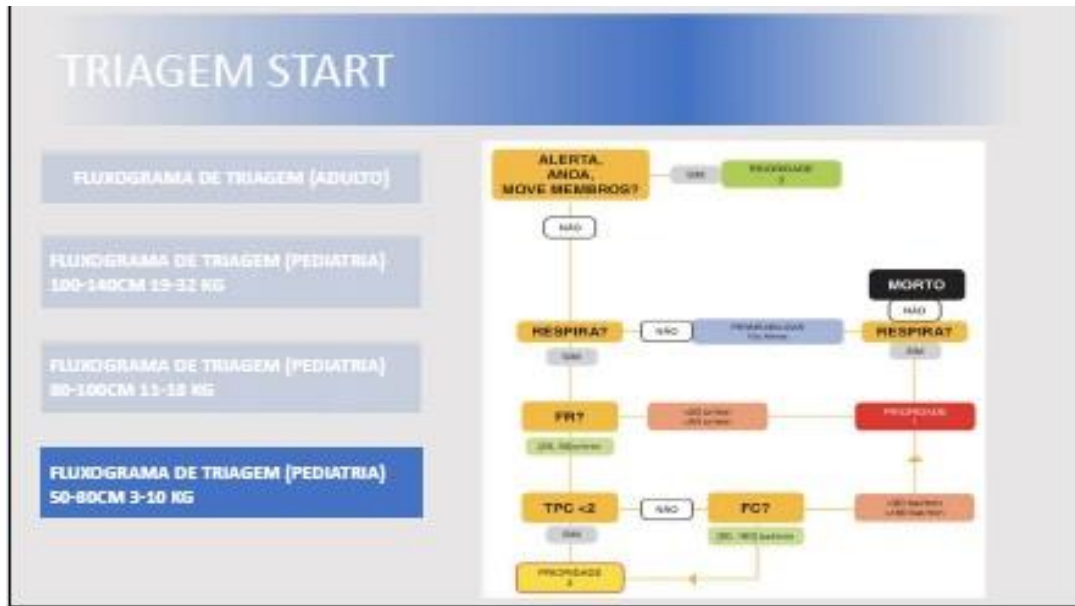
- Presença ou ausência de grande hemorragia;
- Capacidade para deambular;
- Capacidade de resposta;
- Observações simples do pulso e frequência respiratória.

```

graph TD
    A[Catastrophic Haemorrhage?] -- Yes --> B[Priority 1]
    A -- No --> C[Walking?]
    C -- Yes --> D[Priority 3]
    C -- No --> E[Breathing?]
    E -- No --> F[Dead]
    E -- Yes --> G[Responds to Voice?]
    G -- No --> H[Priority 1]
    G -- Yes --> I[Respiratory Rate 12-20?]
    I -- No --> J[Priority 1]
    I -- Yes --> K[Heart Rate <100?]
    K -- No --> L[Priority 1]
    K -- Yes --> M[Priority 2]
    
```









## TRIAGEM PRIMÁRIA



Segundo Vassallo et al., (2017), a ferramenta de Triagem Fisiológica Modificada (MPTT) demonstrou melhor desempenho. Utilizando vítimas de trauma civil, este estudo teve como objetivo validar o MPTT para a população civil.

O MPTT demonstra melhor desempenho na predição da necessidade de Life-saving Intervention, com as menores taxas de subtriagem e um nível adequado de supertriagem.

Sugere-se que o MPTT seja considerado como uma alternativa às ferramentas de triagem existentes (Vassallo et al., 2017).

## TRIAGEM SECUNDÁRIA

A Triagem secundária é um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas.

O fluxograma correspondente à triagem secundária, numa situação de catástrofe é usado para reavaliar rapidamente um grande número de vítimas, que já foram observadas na triagem primária.

A triagem secundária ocorre no PMA, sendo feita a contabilização e identificação das vítimas à entrada no PMA.

O PMA é ativado numa situação em que existe um elevado número de vítimas. Consiste numa estrutura intermédia entre o local do incidente e a unidade de saúde onde se realizará o tratamento definitivo e onde é efetuada a categorização das vítimas através do estabelecimento de prioridades, com o objetivo de se otimizar recursos existentes e aumentar a probabilidade de sobrevivência (NCSA, 2008).

## TRIAGEM SECUNDÁRIA



## TRIAGEM SECUNDÁRIA

O PMA permite às equipas a avaliação, a prestação de cuidados e estabilização das vítimas até à sua orientação e encaminhamento para o local de destino (Necha, 2009).

A decisão para onde transportar as vítimas deve estar de acordo com os planos de emergência, com a gravidade das vítimas e os tipos de lesões.

O PMA não é obrigatoriamente uma estrutura física com requisitos específicos, pode ser:

- Um espaço físico virtual, delimitado (ex. com fita balizadora);
- Uma estrutura física fixa, adaptada (ex. um ginásio, uma escola ou um pátio) – vantagens: luz, água, controlo da temperatura;
- Uma estrutura móvel específica (ex. uma tenda insuflável);
- Outra estrutura ou área que no momento se entenda útil e segura para a situação em causa.

## TRIAGEM SECUNDÁRIA

É também comum que se tente, sempre que possível, não colocar os feridos ligeiros (verdes) no PMA, uma vez que este tem dimensões reduzidas e deve ser preferencialmente disponibilizado para as vítimas mais graves, catalogadas como amarelas e vermelhas.

A situação clínica das vítimas é dinâmica e não estática, mesmo as vítimas consideradas, num primeiro momento, como menos graves devem manter-se sob vigilância por elementos das equipas médicas, uma vez que a sua situação (tal como a de qualquer outra vítima) poderá, eventualmente, agravar-se e terem de ser retriadas.

À entrada do PMA é feita uma contabilização e identificação das vítimas.

## TRIAGEM SECUNDÁRIA

**Importância das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), no local:**

- Dar apoio à equipa de profissionais em alguma decisão relacionada com a gestão do sinistro;
- Intervir diretamente com as vítimas do incidente;
- Procurar redes de apoio para encaminhamento das vítimas;
- Aconselhamento na escolha de locais mais apropriados para a instalação de determinadas valências, ou logísticas, como zona de concentração de cadáveres; zona de receção de sobreviventes (ilesos);
- Apoio na comunicação a familiares ou conhecidos de vítimas do incidente;
- Monitorização psicossocial dos restantes elementos das equipas de profissionais, nomeadamente para os casos de "bloqueio"; rotação de equipas; apoio nas desmobilizações, entre outros;
- Intervém nas situações do foro emocional e social e a sua atuação é realizada com as vítimas triadas pelas equipas médicas com prioridades 3, vítimas "não graves", mas também com familiares ou amigos que possam ocorrer ao local do incidente durante a resolução do mesmo.

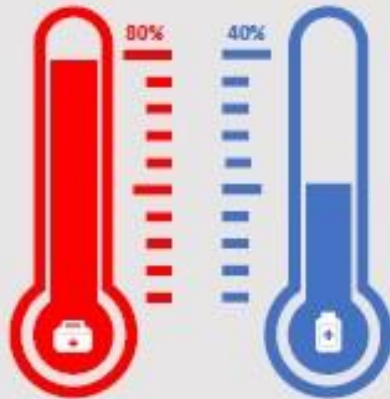
## TRIAGEM SECUNDÁRIA

A Equipe Psicossocial também procede a triagem, sendo que as vítimas que se apresentam mais agitadas, com medo intenso ou terror, "imobilizadas" ou em choque emocional, vítimas vulneráveis como crianças, grávidas, idosos ou pessoas portadoras de deficiência serão consideradas prioritárias relativamente à intervenção dos psicólogos (NIM, 2011).

Em Portugal, o instrumento preconizado para a triagem secundária é o Triage Revised Trauma Score (TRTS), que se baseia em três discriminadores:

- Estado de consciência (segundo a Escala de Coma de Glasgow);
- Frequência respiratória;
- Pressão arterial sistólica.

## TRIAGEM SECUNDÁRIA – TRTS



➤ A categorização das vítimas é atribuída segundo a pontuação obtida no TRTS (0-12), da seguinte forma:

- TRTS = 1 a 10 ⇒ **Prioridade 1**
- TRTS = 11 ⇒ **Prioridade 2**
- TRTS = 12 ⇒ **Prioridade 3**
- TRTS = 0 ⇒ **Morto**

## TRIAGEM SECUNDÁRIA – TRTS

		Nota	Nota
<b>Abertura Olfos</b>			
Capacidade de reconhecer odores	+	□	□
Capacidade de reconhecer sabores	+	□	□
Resposta Verbal			
Resposta verbal	+	□	□
Compreensão	+	□	□
Compreensão imperceptível	+	□	□
Compreensão incompreensível	+	□	□
Resposta Motora			
Resposta motora	+	□	□
Compreensão	+	□	□
Tempo de reação	+	□	□
Resposta a dor	+	□	□
Resposta a dor	+	□	□
Resposta a dor	+	□	□
<b>ESCALA COMA GLASGOW TOTAL:</b>		□	□
<b>ESCALA COMA GLASGOW TOTAL:</b>		□	□
<b>Resposta</b>		□	□
<b>15 Escala</b>		□	□
<b>TOTAL</b>		□	□

12 = PROFISSÃO  
 11 = AMARELO  
 10 = VERMELHO

## TRIAGEM SECUNDÁRIA – OUTROS SISTEMAS

**Triagem SORT:**

Deriva do TRTS, que foi originalmente projetado na década de 1980 nos EUA para identificar vítimas que precisavam de ser transferidas para um grande centro de trauma (Mersh & Vassallo, 2020).

Consiste em quatro passos.

Neste método de triagem, as vítimas são marcadas de acordo com o score obtido (Smith, 2012):

- 10 ou menos – vermelho
- igual a 11 – amarelo
- 12 – verde

## TRIAGEM SECUNDÁRIA – OUTROS SISTEMAS

A Triagem SORT utiliza o score TRTS, ao qual podem ser adicionadas informações anatómicas (Wallis, 2002).

### Triage Sort

**STEP 1:** Calculate the GLASGOW COMA SCORE (GCS)

A Eye opening:		B Verbal responses:		C Motor responses:	
spontaneous	4	oriented	5	obeys commands	6
to voice	3	confused	4	localises	5
to pain	2	inappropriate	3	pulls away	4
none	1	incomprehensible	2	pain flexes	3
		no response	1	pain extends	2
				no response	1

**GCS = A + B + C**

**STEP 2:** Calculate the TRIAGE SORT SCORE

X GCS	Y Respiratory rate	Z Systolic BP	
13 - 15	4	≥ 90	4
9 - 12	3	76 - 89	3
6 - 8	2	50 - 75	2
4 - 5	1	1 - 49	1
3	0	0	0

**TRIAGE SORT SCORE = X + Y + Z**

**STEP 3:** Assign a triage PRIORITY

12	=	PRIORITY 3
11	=	PRIORITY 2
≤ 10	=	PRIORITY 1

**STEP 4:** Upgrade PRIORITY at discretion of senior clinician, dependent on the anatomical injury/working diagnosis

## TRIAGEM SECUNDÁRIA – OUTROS SISTEMAS

Segundo Wallis (2002), o uso da Triagem Sort torna a interpretação dos seus resultados não confiável.

Segundo Marsh & Vassallo (2020), ferramentas alternativas de triagem secundária estão a ser desenvolvidas atualmente e provavelmente substituirão a ferramenta de classificação de triagem acima num futuro próximo. No entanto, a triagem SORT está atualmente em uso e é ensinada no Reino Unido no curso Major Incident Medical Management and Support.

## ETIQUETAS DE TRIAGEM

Oliveira et al. (2012) preconizam a utilização da etiqueta de triagem no pré-hospitalar, permitindo a operacionalização dos instrumentos de triagem primária e/ou secundária.

A etiqueta de triagem:

- Possibilita o registo da evolução da vítima e os cuidados prestados;
- Controla a assistência à vítima e impede esforços duplicados;
- Controla a cadeia de evacuação, quanto à prioridade e hospital de destino e permite o registo de dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções efetuadas no pré-hospitalar.

A etiqueta de triagem deverá acompanhar sempre a vítima, pois é uma excelente forma de garantir a continuidade de cuidados à chegada ao hospital.



## ETIQUETAS DE TRIAGEM

Registos, notas

Identificação da vítima

"Destacável"



Triagem Primária

Triagem Secundária (verso)

## ETIQUETAS DE TRIAGEM

### COMO UTILIZAR A ETIQUETA DE TRIAGEM ?

1. Triar de acordo com fluxograma (START) apropriado (adulto ou criança);
2. Dobrar a etiqueta de acordo com a prioridade atribuída (1, 2, 3 ou MORTO);
3. Remover o destacável da etiqueta (neste momento não precisa de ser preenchido adequadamente);
4. Colocar a etiqueta de forma visível na vítima. Em simultâneo deve ser efetuado registo na "contagem de vítimas" (n.º e prioridade).



CONTAGEM DE VÍTIMAS	
<b>PRIORIDADE 1</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9
ADULTOS	00 01 02 03 04 05 06
INFANTAS	07 08 09 10 11 12 13
<b>PRIORIDADE 2</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9
ADULTOS	00 01 02 03 04 05 06
INFANTAS	07 08 09 10 11 12 13
<b>PRIORIDADE 3</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9
ADULTOS	00 01 02 03 04 05 06
INFANTAS	07 08 09 10 11 12 13
<b>MORTO</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9
	00 01 02 03 04 05

## ETIQUETAS DE TRIAGEM

A recolha do destacável proveniente da etiqueta de triagem é muito importante:

- Terminada a fase da Triagem Primária é através da contagem dos destacáveis que é possível identificar o número de vítimas triadas e a prioridade atribuída às mesmas;
- A informação proveniente desta contagem deverá ser entregue a quem se encontra a coordenar a operação.

A triagem secundária é um processo contínuo (baseado no TRST), assim sempre que a vítima for (re)avaliada deve-se proceder aos registos nos campos próprios da etiqueta;

Se ao efetuar uma avaliação da vítima o somatório de pontos lhe atribuir outra prioridade, deve voltar a dobrar-se a etiqueta para a prioridade correspondente e informar quem estiver a coordenar no local.

## ETIQUETAS DE TRIAGEM

Assim que possível, deve ser preenchido o campo relativo aos dados pessoais da vítima.

HORA	TRATAMENTO INTERMEDIÁRIO	AER

**HOMEM**

**MULHER**

**OUTRO**

---

**VÍTIMA**

0100

---

**EVENTO**

Nome

Morada

Local / Código Postal

---

**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

Sem História prévia       História Clínica  
 Outros Problemas       Outros

## ETIQUETAS DE TRIAGEM

De acordo com as circunstâncias, quem gere o teatro de operações pode ter que tomar decisões como:

- Evacuar as vítimas com uma determinada ordem (ex. prioridade atribuída, de acordo com meios disponíveis);
- Evacuação em simultâneo ou parcial;
- Evacuar para a mesma unidade de saúde ou para diferentes unidades de saúde;
- Especial atenção para identificar utentes com necessidades especiais, por ex: TCE graves (neurocríticos), Queimados (vagas nas unidades de queimados), Pediatria, Intoxicação por CO (bariátricas).

Ao evacuar/transferir a vítima, o destacável permanece SEMPRE no posto de triagem (ex. PMA), através do qual se pode:

- Saber por quem foi transportada a vítima, quem fez o acompanhamento e qual o seu destino;
- Identificar o número de vítimas, tipologia (sexo e prioridade) e identificação (nº de série da etiqueta);
- Ter um breve resumo da vítima (dados, história, medicação).

Ambulâncias de transporte múltiplo ou autocarros podem ser aproveitados para transportar vítimas com Prioridade P3 (verdes) para o hospital.

**Prioridade** P1 P2 P3 **INTELO** **RESERVA**

0100

Transportado por:

Assinado por:

---

Nome:  Morada:

Código Postal:  Local:

Outros:

# ETIQUETAS DE TRIAGEM



## Folha de Catástrofe

### 1- Avaliação Primária

**Ativa** → **Verde**

**Resposta rápida, estabilizada em 15 minutos** → **Amarelo**

**Resq. Resp. < 45**  
**Resq. Resp. < 75** → **Vermelho**

**Resposta lenta, > 45**  
**Resq. > 75** → **Vermelho**

**Resposta muito lenta, > 75** → **Vermelho**

### 2- Avaliação Secundária

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

Município	Av. 100%	Av. 75%	Av. 50%	Av. 25%	Av. 0%
Prévia/Operat.					
P.A. S.O.L.					
Quilômetro					
Car. VINCULADA	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>F</b>	<b>T</b>	<b>T</b>
Município	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>F</b>	<b>T</b>	<b>T</b>

**Lista de Serviços de Emergência**

Polícia Militar	1
Polícia Civil	1
Polícia Rodoviária	1
Polícia Militar	1
Polícia Civil	1
Polícia Rodoviária	1
Polícia Militar	1
Polícia Civil	1
Polícia Rodoviária	1
Polícia Militar	1
Polícia Civil	1
Polícia Rodoviária	1
Polícia Militar	1
Polícia Civil	1
Polícia Rodoviária	1

**GRANDE TMR**

Grav. Pesada	1
Grav. Média	1
Grav. Leve	1
Grav. Muito Leve	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1

**RESERVA TMR**

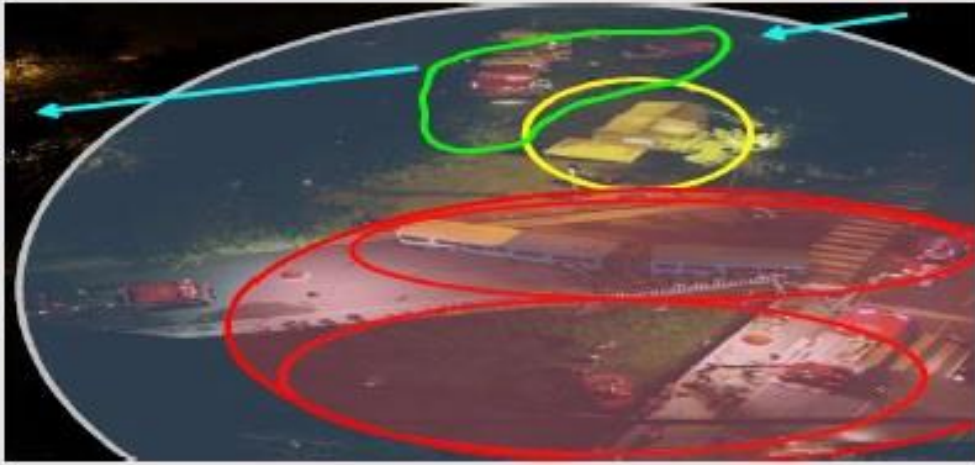
Grav. Pesada	1
Grav. Média	1
Grav. Leve	1
Grav. Muito Leve	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1
Grav. Não Classificada	1

**Observações:**

# Exemplos Práticos



## Exemplos Práticos



## Exemplos Práticos



## Exemplos Práticos



## Exemp





## Exemplos Práticos



## CONCLUSÃO

- Existem muitos procedimentos, na área da catástrofe, que não se coadunam com a realidade de cada país.
- Seria importante a formação simulada dos profissionais de saúde, para detetar se os modelos de triagem preconizados pela DGS se adaptam à especificidade de Portugal. Sugere-se em estudos futuros perceber se os instrumentos de triagem adotados, estão adequados à nossa prestação de cuidados.
- É importante reforçar o papel do Enfermeiro na gestão de eventos com vítimas em massa. POWERS e DAILY (2010) referem que a relevância do trabalho do enfermeiro presume a sua participação em todas as fases da catástrofe. Na FASE DE PREPARAÇÃO, integra-se a concretização de procedimentos e de práticas simuladas com a consequente identificação de aspetos passíveis de melhoria. A FASE DE RESPOSTA, integra um amplo espetro de ações de Enfermagem, com o intuito de prestar assistência imediata às vítimas e comunidade no local do evento, em hospitais de campanha ou em instituições de saúde. Na FASE DE RECUPERAÇÃO, os enfermeiros desenvolvem programas de vigilância de saúde pública, instituem cuidados de saúde mental e mobilizam intervenções no sentido de devolver à comunidade um estado pré-catástrofe.

## BIBLIOGRAFIA

- Garner A, Lee A, Harben K, Schultz DJ. Análise comparativa de algoritmos de triagem de incidentes com múltiplas vítimas. *Atas de medicina de emergência*. 2001; 3(2):241-6. <https://doi.org/10.1017/S1522254101000012> ;
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Retrieved from [http://www.grupoportuguesotriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48&Itemid=132](http://www.grupoportuguesotriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=132);
- Jenkins JL, McCarthy ME, Sauer JM, Green GE, Stuart S, Thomas TL, Hsu DS. Mass-casualty triage time for an evidence-based approach. *Prehosp Disaster Med*. 2008 Jan-Feb;23(1):3-8. doi: 10.1017/S1049023x00005471. PMID: 18481654;
- Lei no 80/2015 de 3 de agosto da Assembleia da República. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República I série, No 149 (2015). Acessão a 27 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.dre.pt/consolidacao/2015/08/03/lei-no-80-2015> ;
- Lennac, E. S.; Schwartz, R. B.; Couk, R. L.; Weinstein, E. S.; Cline, D. C.; Hunt, E. C.; ... O'Connor, R. E. (2008). Mass Casualty Triage: An Evolution of the Data and Development of a Proposed National Guideline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(1), 25-36. <https://doi.org/10.1017/S1744501907001026> ;
- Marsh, R., & Vesalio, L. (2003). Triage in Mass Casualty Situations. *ACM Learning*. <https://www.camlearn.org.uk/reference/triage-in-mass-casualty-situations/>
- Oliveira, M. S.; Meira, L. & Valente, M. (2012). Manual DUT – Situação de Emergência. ISBN: 9789898150383. Retrieved from <http://www.imsa.gov.pt/pt/pt/2012/07/Manual-DUT-2012.pdf> ;
- Organização Mundial de Saúde & Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. ISBN: 9789295005796. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/topics/whoicn-framework/> ;
- Organização Mundial de Saúde. (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. ISBN: 9789241594051. Retrieved from <http://www.who.int/docs/default-source/emergency-preparedness-and-response/9789241594051.pdf?sfvrsn=1> ;
- Vesalio, J., Smith, I., Bouzaris, G., Lacey, F., & Wells, L. A. (2017). The civilian validation of the Modified Physiological Triage Tool (MPTT): An evidence-based approach to primary major incident triage. *Emergency Medicine Journal*, 34(12), 430-435. <https://doi.org/10.1136/emermed-2017-206647>
- Wells, L. (2002). START is not the best triage strategy. *British Journal of Sports Medicine*, 36(5), 473-473. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2002.017171> ;





**ANEXO V – Certificado de Presença Como Orador no Workshop  
“INEM”**

---





# *Certificado de Orador*

Certifica-se, para os devidos efeitos, que:

## PEDRO SOUSA

Participou como oradora no Workshop INEM realizado pela Associação de Estudantes de Enfermagem da Universidade do Minho, no dia 1 de Março de 2023.

*Daniela Maria Ricardo Azevedo Fins*

**DANIELA FINS**  
Vice-presidente Departamento Pedagógico

*Francisca Felgueiras*

**FRANCISCA FELGUEIRAS**  
Presidente Direção

