



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O *DEBRIEFING*
COMO ESTRATÉGIA**

**CARE FOR THE PERSON IN CRITICAL CONDITION: DEBRIEFING AS A
STRATEGY**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Marta Sofia da Silva Oliveira, nº 192021063

Lisboa, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O *DEBRIEFING*
COMO ESTRATÉGIA**

**CARE FOR THE PERSON IN CRITICAL CONDITION: DEBRIEFING AS A
STRATEGY**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Marta Sofia da Silva Oliveira, nº 192021063

Sob orientação da Exma. Sra. Professora Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2024

AGRADECIMENTOS

À professora Manuela Madureira por ter aceite este desafio e ter feito esta caminhada
comigo.

À professora Filipa Veludo, à colega e amiga Cristina e à colega Verónica por terem
embarcado comigo na aventura da investigação e por acreditarem que podemos sempre
fazer mais e melhor.

Aos enfermeiros orientadores, enfermeira Susana e enfermeiro Luís, pelo exemplo,
estímulo e confiança. Sorte das pessoas que por vós são cuidadas.

Aos meus colegas de serviço, a quem pretendo retribuir com todo o meu conhecimento e
aprendizagem.

A todas as pessoas de quem cuidei e de quem cuidarei, este percurso é também por vocês.

Aos meus amigos, pelo apoio, carinho e compreensão da minha ausência.

Ao João, pela sua presença, pela sua escuta e pelo seu abraço que me renova.

À minha família - aos meus pais Lurdes e Jorge, irmão Tiago e avós Aida e Joaquim – a
quem tudo devo. São o melhor de mim. Que eu consiga sempre retribuir tudo o que de bom
acrescentam no meu coração.

Ao meu avô Joaquim, em especial, por todo o seu amor, o maior, e demorado, abraço até
ao céu.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com o intuito de espelhar, por recurso à análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido, a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Explorar-se-á o fenómeno *debriefing* – enquanto reflexão clínica sobre a ação, traduzindo uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento para a equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, traduzindo um melhor *outcome* para a pessoa cuidada – cujo estudo foi direcionado para os seus efeitos, tendo culminado na construção de uma *scoping review* subordinada ao tema “Os efeitos do *debriefing* centrado no cuidado: na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica – a *Scoping Review*”.

Alicerçada nos pilares teóricos de Afaf Meleis e Patricia Benner, entrar-se-á numa viagem desde as competências adquiridas no meu percurso de enfermeira até às competências adquiridas e aprofundadas no percurso do Estágio Final em contexto de urgência e de cuidados intensivos. Por entre a descrição das experiências vivenciadas em estágio, surgem reflexões sobre temáticas que considere pertinentes: desde a vivência da dor na pessoa no serviço de urgência, à liderança e à importância do *debriefing* em situações de cuidados complexos/reanimação, à pessoa sob técnica de substituição da função renal. A importância no cuidado à família da pessoa em situação crítica será igualmente explorada por via da reflexão, em apêndice definido.

A prática baseada na evidência transparecerá, e surgirá em comunhão com a descrição do desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a par com as competências de mestre.

Palavras-Chave: Pessoa em situação crítica; *debriefing*; competências; enfermagem médico-cirúrgica

ABSTRACT

This report comes as part of the Master's Degree in Nursing, in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Condition, by the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Portugal, with the purpose of mirroring, by critically and reflectively analysing the path taken, the acquisition and development of scientific, technical, ethical and relational skills in specialized care for people in critical condition.

The phenomenon of debriefing will be explored – as a clinical reflection on action, translating an opportunity for growth and development for the multidisciplinary team that takes care of the person in critical condition and, consequently, translating into a better outcome for the person cared for – whose study was directed to its effects, culminating in the construction of a scoping review on the theme "The effects of care-focused debriefing: on the multidisciplinary team and on the person in critical condition – the Scoping Review".

Based on the theoretical pillars of Afaf Meleis and Patricia Benner, we will embark on a journey from the skills acquired in my career as a nurse to the skills acquired and deepened in the course of the Final Internship in an emergency and intensive care context. Through the description of the experiences lived in the internship, reflections on themes that I considered pertinent emerged: from the experience of pain in the person in the emergency department, to leadership and the importance of debriefing in complex care situations/resuscitation, to the person under renal function replacement technique. The importance of caring for the family of the person in a critical condition it will also be explored through reflection in a defined appendix.

Evidence-based practice will shine through, and will emerge in communion with, the description of the development of common and specific aspects of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing in the Nursing Area for the Person in Critical Condition, along with master's competences.

Keywords: Person in critical condition; debriefing; skills; medical-surgical nursing

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Angio-TAC – Angiografia por Tomografia Axial Computorizada

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CVC – Cateter Venoso Central

CVV – Cateter Venovenoso

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EEMI – Equipa Emergência Médica Interna

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

JBI – *Joanna Briggs Institute*

HDE – Hospital Dona Estefânia

HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

MeSH – *Medical Subject Headings*

MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente a Meticilina

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

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

QI – Questão de Investigação

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SO – Sala de Observação

SUGP – Serviço de Urgência Geral Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TSFR – Técnicas de Substituição da Função Renal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> CENTRADO NO CUIDADO: NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – A <i>SCOPING REVIEW</i>	19
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E REFLEXÃO CRÍTICA	31
2.1. ESTÁGIO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE	33
2.1.1. O mundo da urgência sob o meu olhar: da triagem às salas de observação	33
2.1.2. O centro da ação: salas de emergência e trauma.....	37
2.1.3. Dor: da subjetividade da sua avaliação à importância do seu controlo	37
2.1.4. A importância de uma liderança eficaz	41
2.1.5. Um caminho de desenvolvimento de competências especializadas	44
2.2. ESTÁGIO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	46
2.2.1. O mundo dos cuidados intensivos sob o meu olhar	47
2.2.1.1. A pessoa em situação crítica sob técnica de substituição da função renal	53
2.2.2. O <i>debriefing</i> após reanimação cardiopulmonar.....	55
2.2.2.1. Uma experiência com a Equipa de Emergência Médica Interna	56
2.2.2.2. Uma experiência com a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação	57
2.2.3. Um caminho de aprofundamento de competências especializadas	59
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	73
APÊNDICE I – Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: protocolo de <i>scoping review</i> ”	75
APÊNDICE II – Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”	77
APÊNDICE III – Resumo para submissão do Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: protocolo de <i>scoping review</i> ”	79
APÊNDICE IV – Resumo para submissão do Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”	85
APÊNDICE V – Protocolo de <i>Scoping Review</i> – “Os efeitos do <i>debriefing</i> centrado no cuidado: na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica – A <i>Scoping Review</i> ”	91

APÊNDICE VI – Reflexão – “A família da pessoa em situação crítica – da identificação de necessidades ao cuidado de Enfermagem”	105
ANEXOS.....	113
ANEXO I – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com apresentação do Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: <i>protocolo de scoping review</i> ”	115
ANEXO II – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com apresentação do Poster “Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”	117
ANEXO III – Certificado de Formadora do SimPED - Centro de Simulação Avançada em Pediatria do Hospital Dona Estefânia.....	119
ANEXO IV – Certificado de Participação no Seminário do Doente Crítico	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de identificação e seleção dos estudos: PRISMA-ScR - <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Review</i>	22
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Os efeitos do <i>debriefing</i> na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica	23
Quadro 2 – Os efeitos do <i>debriefing</i> na pessoa em situação crítica	26

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi solicitada a elaboração do presente relatório de estágio visando a análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado à pessoa em situação crítica.

Quando percorremos um determinado trilho, por vezes, deparamo-nos com a necessidade de abrandar para poder, mais confiadamente, avançar. Não parar, mas o abrandar permite-nos refletir com maior clareza sobre qual a direção a seguir. Resta confiar que a decisão será a direção certa.

Há cerca de três anos senti essa necessidade. Abrandei e assumi que precisava de consolidar e adquirir competências para melhor saber-saber, melhor saber-fazer, melhor saber-ser. Saber-saber prestar cuidados de Enfermagem especializados baseados na evidência científica, saber-fazer ainda com mais rigor, e saber-ser enfermeira especialista, que cuida de forma diferenciada.

Guia-nos, a nós enfermeiros, a deontologia profissional, e a própria dita, ao nível do artigo 100º, referente aos deveres deontológicos em geral, reforçando ao nível do artigo 109º, referente à excelência do exercício, que o enfermeiro deve assegurar e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Consciente dos deveres inerentes à Enfermagem, e considerando a evolução crescente em saúde, com a investigação na melhoria contínua de técnicas e procedimentos, a complexidade e a exigência clínica que impõem uma resposta de elevada qualidade e segurança, considero imperativo que a prestação de cuidados seja cada vez mais baseada na evidência científica. Certa de que o conhecimento que provém da minha experiência do quotidiano, da partilha informal entre elementos da equipa multidisciplinar seja bastante enriquecedor, mas insuficiente, embarquei no aprofundamento das minhas competências para poder dar resposta ao questionamento permanente das minhas práticas clínicas, com preocupação e foco na melhoria da sua adequação e segurança, para um melhor cuidado e *outcome* na pessoa em situação crítica (Chicória, 2014; Pereira, 2021).

Aliando as competências já adquiridas no domínio profissional, alicerçadas em conhecimento clínico e experiências vividas, à prática baseada na evidência, e remetendo para o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, que Benner procurou transferir

para a Enfermagem, pretendo adquirir e desenvolver competências que me permitam evoluir no sentido do ser perita, cuja prática, segundo Benner (2001), se baseia em evidência científica e experiência profissional.

Benner (2001), ao transferir o modelo de aquisição de competências de Dreyfus para a Enfermagem, defende que na aquisição e desenvolvimento de uma competência se percorre um caminho por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Diz-nos que é ao longo do tempo que a enfermeira adquire a experiência necessária para a perícia, e que o conhecimento clínico, prático, se desenvolve (o saber-fazer). A teórica de Enfermagem Patricia Benner acredita que o julgamento crítico advém do conhecimento e da experiência, sendo a teoria o grande guia que orienta as enfermeiras a colocar as questões certas.

Sempre me lembro de questionar as minhas práticas. A procura da excelência é algo que me move, porque admiro e respeito muito quem cuida. A pessoa em situação crítica, definida no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Situação Crítica enquanto “aquela [pessoa] cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p. 17240), passa por um conjunto de transformações, a diversos níveis e, o mínimo que lhe podemos proporcionar é o melhor cuidado. E o melhor cuidado implica conhecê-la na sua individualidade e compreender os processos que está a experienciar.

Meleis (2010), por sua vez, diz-nos que os seres humanos ao longo do seu ciclo de vida experienciam transições – passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um estado para outro –, e que a Enfermagem é a arte e a ciência de facilitar a transição de saúde e bem-estar, preocupando-se com os processos e as experiências das pessoas que vivenciam transições para que o resultado seja uma transição saudável.

Meleis desenvolveu a Teoria das Transições, considerada uma teoria de médio alcance por articular coerentemente um conjunto de conceitos que descrevem e explicam relações relativas a um determinado fenómeno (Meleis, 2012). Partindo da sua definição dos conceitos metaparadigmáticos, a pessoa é um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e que tem uma capacidade de adaptação a esse ambiente mas, devido à doença, risco ou vulnerabilidade a doença potencial, experimenta um desequilíbrio ou está em risco de o sofrer; a saúde é o objetivo geral da Enfermagem; e a Enfermagem deve ser facilitadora dos processos de transição uma vez que estes influenciam os *outcomes* em saúde (Meleis, 2012). Em suma,

It is proposed that the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client), who is in an integral part of his sociocultural context (environment), and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition); the nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health) (Meleis, 2012, p. 97).

A transição, conceito central em Enfermagem, compreende uma mudança no estado de saúde, relação de papéis, expectativas ou capacidades, com conseqüente alteração de necessidades pelo que, a forma como as pessoas lidam com a transição, e como o ambiente afeta o modo como lidam, devem ser questões centrais para a Enfermagem.

As transições subdividem-se em transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença e organizacionais. As transições de desenvolvimento estão associadas às inúmeras transições de papéis inerentes ao próprio crescimento e desenvolvimento, tais como as características da passagem da infância para a adolescência (identidade, sexualidade, maternidade) e da passagem da vida adulta para a velhice (identidade, reforma, doença crônica); as situacionais reportam para a adição e subtração, para as mudanças de papéis desde o nascimento à morte de uma pessoa significativa; as de saúde-doença traduzem a passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença (aguda ou crônica); e as organizacionais relacionam-se com mudanças sociopolíticas e econômicas, de estrutura ou dinâmica, no ambiente (Meleis, 2010).

As transições, enquanto processo, podem ser singulares ou múltiplas, provocarem uma interrupção *minor* ou *major*, terem uma duração breve ou extensa, serem temporárias ou permanentes, terem um valor positivo ou negativo, serem ou não planejadas/previstas. Perante uma transição, a resposta humana pode ser positiva, e a transição considera-se saudável (com domínio dos comportamentos, sentimentos positivos associados aos novos papéis e identidade), ou não positiva e, nesse caso, será experienciada de uma forma não saudável (com dificuldade na consciência e/ou desempenho de papel, traduzindo uma insuficiência de papel, com sentimentos dispares no que respeita ao cumprimento de obrigações e expectativas de papel) (Meleis, 2010; Meleis, 2012). É a este nível que se demarca a importância da intervenção da Enfermagem, na prevenção da transição não saudável que acarreta vulnerabilidade e risco para a pessoa e sua família, que induz a

resistência à redefinição de significados, que tende a permeabilizar a pessoa à perda da sua integridade, à desconexão e ao isolamento (Meleis, 2010).

Considerando o contributo de Benner relativo à aquisição e desenvolvimento de competências, e o de Meleis relativo aos processos de transição e ao modo como os enfermeiros podem influenciar esses processos se se centrarem na pessoa, na família e nas suas necessidades, os seus contributos teóricos acompanhar-me-ão ao longo do relatório.

Sendo a reflexão na e sobre a prática uma característica minha, tornou-se facilitadora a escolha de um fenómeno em torno do qual pudesse construir uma *scoping review*. Só quando refletimos e partilhamos conseguimos evoluir, só quando procuramos o detalhe conseguimos melhorar e aperfeiçoar as nossas práticas. A implementação do *debriefing*, um método de reflexão, após um evento crítico, visa ir ao encontro dessa melhoria, visa uma melhor qualidade no cuidado e, conseqüentemente, um melhor *outcome* para a pessoa em situação crítica. Nesse sentido, o presente relatório iniciar-se-á pela apresentação da *scoping review* subordinada ao tema “Os efeitos do *debriefing* centrado no cuidado: na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica – a *scoping review*”, construída em colaboração com as colegas mestradas Cristina da Fonte e Verónica Lino, sob a orientação das professoras Manuela Madureira e Filipa Veludo.

Posteriormente, apresentarei a análise e reflexão crítica relativa aos dois contextos onde realizei o estágio, nomeadamente, num serviço de urgência geral polivalente, e num serviço de cuidados intensivos, ambos realizados em hospitais públicos da área de Lisboa. Num primeiro momento, contextualizarei as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do meu percurso em Enfermagem. Seguidamente, explanarei as competências adquiridas e desenvolvidas em ambos os contextos de estágio, particularmente, as competências de mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016), as competências comuns do enfermeiro especialista – que se caracterizam por serem “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745) – e as competências específicas do enfermeiro especialista na área de especialização da pessoa em situação crítica – “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido (...), demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019; 2019, p.4745). Tendo por base as competências descritas, defini um objetivo geral,

nomeadamente, “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador”, e determinei objetivos específicos para cada contexto. Explanando os objetivos específicos, defini para o serviço de urgência “Desenvolver competências no cuidado de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica em contexto de sala de reanimação e trauma”, e para a UCI “Desenvolver competências no cuidado de Enfermagem especializado à pessoa em situação crítica sob técnica de substituição da função renal”. Em ambos os contextos considerei ainda “Validar a importância da realização de *debriefing*, no contexto do cuidado à pessoa em situação crítica, particularmente, após a implementação de medidas de suporte avançado de vida”, e “Desenvolver uma revisão de literatura subordinada ao fenómeno do *debriefing* e seus efeitos na equipa multidisciplinar e pessoa em situação crítica”. Estando o cuidado à família da pessoa em situação crítica implícito no meu objetivo geral, pela relevância que lhe concedo, procurei evidenciar a importância deste cuidado por recurso a uma reflexão, onde a evidência científica surge de braço dado com exemplos da minha realidade prática dos contextos de estágio (Apêndice VI).

Seguir-se-á a conclusão do relatório onde aprofundarei a importância de todo este percurso no meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito de competências, capacidades e habilidades, bem como a pertinência da temática desenvolvida na *scoping review*, e abordarei perspetivas e ambições futuras.

Para preservar o anonimato, tanto relativo às pessoas em situação crítica de quem cuidei, como dos enfermeiros orientadores, equipas multidisciplinares e instituições hospitalares associadas, os mesmos não são propositadamente referenciados ao longo do presente relatório, sendo apenas mencionados por recurso a iniciais, quando necessário.

O presente relatório encontra-se elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

1. OS EFEITOS DO *DEBRIEFING* CENTRADO NO CUIDADO: NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – A *SCOPING REVIEW*

Benner diz-nos que, para que as mudanças ocorram, importa que sejam estudadas em pormenor, assim como o “saber-fazer” que daí resulta (Benner, 2001). Só quando refletimos e partilhamos conseguimos evoluir, só quando procuramos o detalhe conseguimos melhorar e aperfeiçoar as nossas práticas.

Face ao meu questionamento permanente da minha prática, o fenómeno do *debriefing* pareceu-me estimulante. Seguiram-se as colegas mestrandas Cristina da Fonte e Verónica Lino que caminharam comigo. Após a leitura preliminar sobre o fenómeno, em que explorámos a definição do conceito e as ferramentas de implementação do *debriefing*, focámo-nos nos seus efeitos. Inicialmente, direcionámo-nos para a equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica, posteriormente, para a própria pessoa em situação crítica. Questionámos se o *debriefing* é benéfico para os profissionais de saúde que cuidam sob *stress* e com a preocupação de estabilizar/ressuscitar a pessoa em situação crítica, e se traduz melhorias no cuidado à própria pessoa em situação crítica. Desse questionamento, resultaram dois pósteres apresentados no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pelo ICS da UCP (Apêndices e Anexos I e II), com respetivos resumos elaborados (Apêndice III e IV) e publicados em e-book.

Abraçámos as duas questões, traçámos dois objetivos, redefinimos a nossa pesquisa e construímos uma *scoping review*, alicerçada no protocolo que se encontra no Apêndice V. Concentrando-nos no mapeamento dos efeitos do *debriefing*, e remetendo para as definições do *Joanna Briggs Institute* (JBI) sobre sínteses de evidência, pareceu-nos evidente a realização de uma *scoping review*, uma vez que, quando se pretende explorar a amplitude ou extensão da literatura sobre determinado fenómeno (com identificação das principais características ou fatores relacionados), mapear e resumir as evidências e informar sobre pesquisas futuras, este deve ser o caminho percorrido (Peters et al., 2020).

Introdução

O *debriefing* é um processo de comunicação em equipa, após um evento crítico, que permite a reflexão do desempenho da equipa, assim como de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde, o *debriefing* clínico, permite que as equipas multidisciplinares ampliem a

sua ação na prática, desenvolvam estratégias que melhorem as experiências das pessoas e minimizem os riscos de eventos adversos futuros (Gilmartin et al., 2020).

Sendo promotor da segurança do doente, muito pela melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, o *debriefing* é recomendado em orientações de ressuscitação cardiopulmonar (Kronick et al., 2015), contudo, a evidência diz-nos que este momento de reflexão e partilha sobre a ação raramente ocorre (Twigg, 2020). Um estudo conduzido por Malik et al. (2020), que abrangeu 193 hospitais americanos, constatou que apenas 1 em cada 7 hospitais realizaram frequentemente sessões de *debriefing* após eventos críticos. A falta de tempo, o trabalho excessivo, a ausência de um espaço apropriado, a inexperiência/ausência de um elemento moderador da reflexão, o desconhecimento e/ou a dificuldade na escolha de uma ferramenta de implementação formal do *debriefing*, o medo de julgamento e dificuldades comunicacionais, são barreiras identificadas à realização do *debriefing* (Gilmartin et al., 2020; Kessler et al., 2015; Malik et al., 2020; Twigg, 2020).

Ocorrendo uma análise em equipa do evento crítico experienciado, com enfoque nos pontos positivos e identificação de pontos a melhorar (Kessler et al., 2015), estimula-se uma aprendizagem refletida (individual e multidisciplinar). Da transferência dessa aprendizagem refletida para a prática clínica, resulta uma melhoria da qualidade em saúde, que se reflete não apenas na fomentação de uma cultura de segurança, crescimento e confiança interdisciplinar, como também na melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, em melhores *outcomes* para a pessoa.

Segundo Kessler et al. (2015) importa que a análise realizada sobre o evento crítico não se centre apenas em situações de carácter técnico, mas também inclua questões interpessoais (que possam ser consideradas disfuncionais), comportamentos e/ou emoções.

Pretende-se, pois, que esta “conversa guiada e reflexiva de aprendizagem” (Coggins et al., 2020, p.2) melhore a comunicação multidisciplinar, desenvolva o espírito reflexivo da equipa, e capacite os profissionais de saúde para o reconhecimento de ameaças latentes à segurança do doente e sua intervenção preventiva.

Para melhor compreender o fenómeno do *debriefing* e quais os seus efeitos no contexto do cuidado crítico, realizámos a presente *scoping review* subordinada às **questões de investigação** (QI) “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica?” (QI 1) e “Quais os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica?” (QI 2), e assente em dois **objetivos gerais** “mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica” e “mapear os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica”.

Materiais e Métodos

A *scoping review* foi elaborada segundo as etapas preconizadas na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a síntese de evidências (Peters et al., 2020). Partindo da estratégia **PCC** (População, Conceito, Contexto) em que se considerou População “equipa multidisciplinar” e “pessoa em situação crítica”, Conceito “efeitos do *debriefing*”, e Contexto “cuidado crítico”, definiram-se como **critérios de inclusão** estudos que incluam os profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais ou outros), estudos que demonstrem a relação/os efeitos da prática de *debriefing* nas equipas multidisciplinares que cuidam da pessoa em situação crítica, e na própria pessoa em situação crítica (independentemente da faixa etária), e estudos que incluam unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência e pré-hospitalar. Excluem-se os estudos que se refiram ao *debriefing* em contexto de simulação clínica.

Procedeu-se a uma pesquisa preliminar, de artigos indexados, sobre o fenómeno *debriefing*, na plataforma científica *EBSCOhost*. Identificaram-se as palavras e termos de indexação mais utilizados, através da leitura do título (TI) e resumo (AB), e validaram-se os mesmos recorrendo à plataforma dos DeCS e dos termos MeSH, e também a termos de utilização de uso comum. Posteriormente, procedeu-se a uma pesquisa mais direcionada ao fenómeno e objetivos definidos com os **descritores** e seus sinónimos, bem como termos de uso comum, por título (TI) e resumo (AB): “*debriefing*”, “ICU”, “*intensive care*”, “PICU”, “*emergency*”, “*emergency room*”, “*critical care*”, “*emergency care*”, “*patient*”, “*team*”, “*health professional*”, “*healthcare professional*”, “*health personnel*”, “*multidisciplinary team*”, “*patient care team*”. Cruzaram-se os termos com os operadores booleanos [*AND*] entre descritores de conceito, e [*OR*] entre sinónimos, considerando as especificações da *EBSCOhost*. A pesquisa realizou-se sem restrição temporal e com palavras-chave em inglês de forma a abranger o maior número de estudos disponíveis. Incluíram-se artigos em português e inglês, cujo texto integral estivesse disponível de forma gratuita.

O processo de identificação e seleção dos estudos/fontes de evidência foi realizado pelas três revisoras de forma independente. Realizou-se uma leitura dos títulos dos estudos encontrados, relacionados com o fenómeno em estudo, com exclusão dos que não cumpriam os critérios de inclusão. Posteriormente, realizou-se uma leitura dos resumos dos estudos selecionados, excluindo os que não se enquadravam no fenómeno em análise. Culminou com a leitura integral dos estudos selecionados, para adequação da sua pertinência face aos resultados documentados em comparação com os objetivos gerais e critérios de elegibilidade

definidos. Cruzaram-se os dados entre as três revisoras e, após discussão das divergências com recurso de toda a equipa de investigação, obteve-se consenso e dele resultaram os dados representados em **diagrama PRISMA-ScR** (Figura 1).

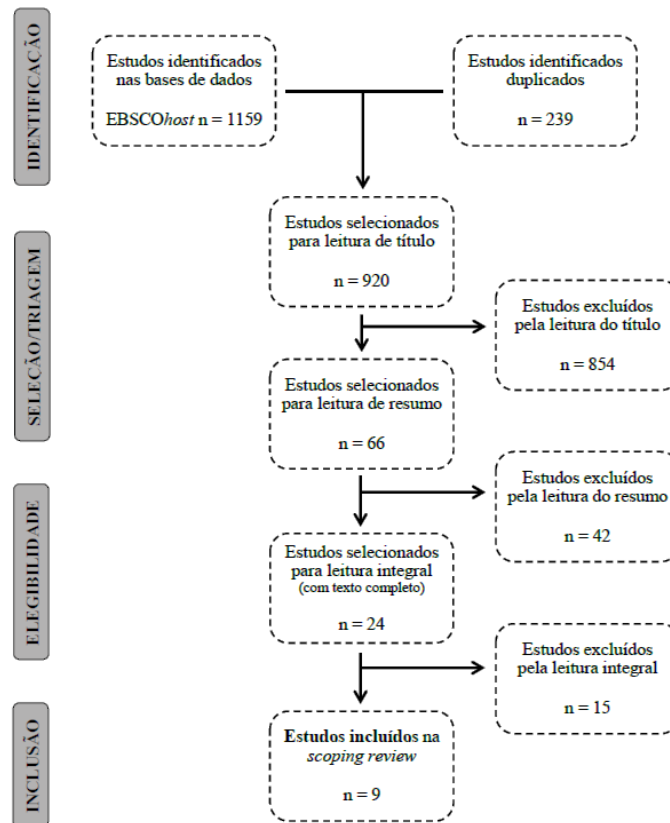


Figura 1 – Processo de identificação e seleção dos estudos: PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Review* (Tricco et al., 2018)

Da análise e seleção dos estudos, foram incluídos 9 artigos na *scoping review*: 7 que respondem à questão “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica?” (QI 1), e 4 que respondem à questão “Quais os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica?” (QI 2), havendo 2 artigos que respondem às duas questões. Os dados obtidos e extraídos dos artigos relativos à QI 1 encontram-se sumariados no Quadro 1 e, os relativos à QI 2, no Quadro 2. A construção dos quadros, que visa espelhar o mapeamento dos efeitos do *debriefing* nas duas populações definidas, assenta no “*template study details, characteristics and results extraction*” proposto pelo JBI (Peters et al., 2020).

Resultados - Quadro 1 – Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica

Título	Autor e Ano de publicação	Desenho do estudo e nível de evidência	Objetivo do estudo	Resultados
<i>Improving In-Hospital Cardiac Arrest Process and Outcomes With Performance Debriefing</i>	Edelson, D., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D., Vanden Hoek, T., Becker, L. & Abella, B. (2008)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	Avaliar os efeitos combinados da realização de <i>feedback</i> audiovisual e de <i>debriefing</i> , na qualidade da RCP e <i>outcomes</i> para os pacientes.	<i>O debriefing</i> em equipa multidisciplinar melhora a compreensão das diretrizes/orientações em reanimação, aumenta o nível de conforto e desempenho com reanimações e melhora a capacidade de liderança.
<i>Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study</i>	Cantu, L., & Thomas, L. (2020)	Nível 4.b <i>Cross-sectional study</i>	- Descrever o bem-estar da equipa clínica do serviço de emergência do hospital comunitário de Connecticut, imediatamente antes do início da COVID-19. - Identificar as perceções sobre incidentes críticos e intervenções baseadas em <i>debriefings</i> pós-evento.	- Os profissionais vivenciaram ansiedade, <i>burnout</i> , e <i>stress</i> traumático secundário a níveis previamente identificados como prejudiciais à saúde pessoal e pública. - Todos os inquiridos que realizaram o <i>debriefing</i> de um incidente crítico com a sua equipa consideraram uma experiência útil para o seu bem-estar.
<i>The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses</i>	Lyman, K. (2021)	Nível 3.e <i>Observational study without a control group</i>	Examinar a relação entre os <i>debriefings</i> pós-ressuscitação e as perceções do trabalho em equipa dos enfermeiros do serviço de urgência.	- Relação positiva entre <i>debriefing</i> e perceção do trabalho em equipa. - Com o aumento da frequência de <i>debriefings</i> (formais e imediatamente após os eventos) verificou-se aumento da confiança, orientação e apoio da equipa, existência de modelo mental compartilhado e liderança. - Relativamente à orientação da equipa verificou-se uma melhoria na cooperação, comunicação e consciência situacional.

<p><i>Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety</i></p>	<p>Cincotta, D., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021)</p>	<p>Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um processo viável de <i>debriefing</i> imediato e de <i>feedback</i> para a gestão emergente das vias aéreas. - Contribuir para a diminuição da frequência de eventos adversos relacionados com a intubação. - Implementar melhorias qualitativas na segurança dos doentes através da reflexão e <i>feedback</i> da equipa (<i>debriefing</i>) 	<p>A realização de <i>debriefing</i> provocou mudanças:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambientais: alterações de sinalética (para gerir o número de pessoas presentes na sala), colocação de autocolantes (com identificação do nome e função de cada elemento). - Ao nível da equipa multidisciplinar: aumento da formação (exercícios de perícia para melhorar a competência de gestão da via aérea); melhoria no trabalho de equipa e na comunicação clínica.
<p><i>Implementation of a Formal Debriefing Program After Pediatric Rapid Response Team Activations</i></p>	<p>Aponte-Patel, L., Salavitar, A., Fazio, P., Geneslaw, A., Good, P. & Sen, A. (2018)</p>	<p>Nível 3. e <i>Observational study without a control group</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um programa formal de <i>debriefing</i>. - Avaliar as atitudes e experiências dos profissionais com o <i>debriefing</i> após ativações de resposta rápida em pediatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - 65% dos profissionais concordaram ou concordaram fortemente que o <i>debriefing</i> melhorou a sua compreensão do processo de ativação de resposta rápida. - 47% dos profissionais concordaram ou concordaram fortemente que o seu nível de conforto ao participar em ativações de resposta rápida aumentou, depois de realizar <i>debriefing</i>.
<p><i>Promoting hot debriefing in an emergency department</i></p>	<p>Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020)</p>	<p>Nível 4.c <i>Case series</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o <i>hot debriefing</i> após reanimações cardíacas num serviço de urgência. - Implementar mudanças de melhoria contínua da qualidade no desempenho da reanimação, com base nas sugestões do <i>hot debriefing</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dos participantes sentiram que o <i>debriefing</i> melhorou ou alterou a sua prática clínica. 90% sentiram que o <i>debriefing</i> ajudou no seu bem-estar mental/benefício psicológico. - O <i>hot debriefing</i> promoveu mudanças relativas ao equipamento de ressuscitação (exemplo, substituição de sensores de O₂ e CO₂ em mau funcionamento/com defeito), competências não técnicas (comunicação em reanimação e registos escritos) e educação.

<p><i>Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings.</i></p>	<p>Rose, C., Ashari, A., Davies, M., Solis, L., & O'Neill, A. (2022)</p>	<p>Nível 4. d <i>Case study</i></p>	<p>Determinar se os trabalhadores do setor da saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consideravam o <i>debriefing</i> como uma experiência psicologicamente segura e útil. - Se sentiam menos stressados após o <i>debriefing</i>. - Estavam cientes das barreiras do <i>debriefing</i> regular. - Consideravam que o <i>debriefing</i> proporcionou oportunidades para melhorar a sua própria prática clínica. 	<p>O <i>debriefing</i> promoveu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A gestão do <i>stress</i>, a prestação de melhores cuidados aos doentes e o trabalho em equipa, bem como o reconhecimento das emoções pelos profissionais de saúde. - Melhoria dos cuidados clínicos através do <i>feedback</i> imediato sobre as ações clínicas com reforço da aprendizagem do momento. - Oportunidade para questionar e dar sentido às intervenções clínicas. - Melhoria nas infraestruturas e no trabalho em equipa com repercussões positivas na prática clínica. - Nova perspetiva sobre a gestão de casos clínicos, como “fazer melhor” na situação seguinte. - Os participantes consideraram que o <i>debriefing</i> foi relevante para as suas práticas e proporcionou oportunidades de reflexão sobre os eventos.
---	--	---	--	--

Resultados - Quadro 2 – Os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica

Título	Autor e Ano de publicação	Desenho do estudo e nível de evidência	Objetivo do estudo	Resultados
<i>Improving In-Hospital Cardiac Arrest Process and Outcomes With Performance Debriefing</i>	Edelson, D., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D., Vanden Hoek, T., Becker, L. & Abella, B. (2008)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	Avaliar os efeitos combinados da realização de <i>feedback</i> audiovisual e de <i>debriefing</i> , na qualidade da RCP e <i>outcomes</i> para os pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do <i>debriefing</i> é eficaz na melhoria objetiva e mensurável da qualidade da RCP e sobrevivência inicial do paciente que sofre paragem cardíaca intra-hospitalar. - Efeitos específicos da realização do <i>debriefing</i> na qualidade da RCP e nos <i>outcomes</i> para o paciente: diminuição da frequência de ventilação, aumento da profundidade das compressões torácicas, aumento na taxa de retorno da circulação espontânea (ROSC).
<i>Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety</i>	Cincotta, D9., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um processo viável de <i>debriefing</i> imediato e de <i>feedback</i> para a gestão emergente das vias aéreas. - Contribuir para a diminuição da frequência de eventos adversos relacionados com a intubação. - Implementar melhorias qualitativas na segurança do doente através da reflexão e <i>feedback</i> da equipa (<i>debriefing</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Viabilidade de realização do <i>debriefing</i> imediato com duração média de 5 minutos. - O <i>debriefing</i> contribuiu para a diminuição do efeito adverso durante a entubação orotraqueal: 78% das crianças submetidas a entubação orotraqueal não demonstraram sinais de hipoxia ou hipotensão em comparação com 49% na coorte de pré-intervenção.

<p><i>Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes</i></p>	<p>Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A., Nishisaki, A., Niles, D., Meaney, P., Boyle, L., Giordano, R., Davis, D., Priestley, M., Apkon, M., Berg, R., Nadkarni, V., & Sutton, R. (2014)</p>	<p>Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i></p>	<p>Avaliar a eficácia e efeitos de um programa interdisciplinar, de <i>debriefing</i> quantitativo, pós-evento, para melhorar os <i>outcomes</i> de sobrevivência, e a qualidade das compressões torácicas, após eventos de compressão torácica pediátrica intra-hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O <i>debriefing</i> após RCP foi associado a melhoria da sobrevivência, com melhoria de 29% para 50% relativa ao <i>outcome</i> neurológico. - A qualidade das compressões torácicas foi superior durante o período de intervenção comparado com o período pré-intervenção: melhoria da frequência, profundidade, fração de RCP (tempo de realização e interrupção das compressões). Verificou-se melhoria da ROSC de 72% para 81%.
<p><i>Use of provider Debriefing to Improve Fast-Track Extubation Rates Following Cardiac Surgery at an Academic Medical Center</i></p>	<p>Goldhammer, J., Dashiell, J., Davis, S., Torjman, M., & Hirose, H. (2017)</p>	<p>Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i></p>	<p>Validar se a realização de <i>debriefing</i> e <i>feedback</i> clínico sobre o sucesso ou fracasso da FTE (<i>fast-track extubation</i>), melhora a taxa de sucesso da FTE.</p>	<p>A implementação do <i>debriefing</i> aumentou a taxa de sucesso da FTE, em doentes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva, de 55,6% pré-intervenção para 75% pós intervenção.</p>

Discussão

- **Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica**

O *debriefing*, no seio da equipa multidisciplinar, visa ser promotor de autoconhecimento, crescimento e melhoria individual e coletiva, com efeito ao nível do trabalho em equipa. A realização de *debriefing* demonstrou ser estimuladora de partilha, partilha esta que os próprios profissionais consideraram ser útil para a promoção do seu bem-estar (Cantu & Thomas, 2020), traduzido num benefício psicológico (Gilmartin et al., 2020), pelo que se compreende que tem potencial enquanto ferramenta útil para os profissionais na gestão do seu *stress* em situações de emergência (Rose et al., 2022). Os enfermeiros referiram que o seu nível de conforto em situações de reanimação, após realização de *debriefing*, aumentou (Aponte-Patel et al., 2018), tanto pelo melhor desempenho e conhecimento do reanimador na situação de ressuscitação cardíaca em si (Edelson et al., 2008), como pela melhoria do nível de autoconfiança e pelo aumento da sua consciência situacional (Lyman, 2021). A equipa multidisciplinar eleva o *debriefing* como promotor de sentimento de pertença na equipa, espelhado pela partilha de emoções comuns que diminuem a sensação de “estar sozinhos” (Rose et al., 2022). A exploração de emoções durante o *debriefing* contribuiu para o reconhecimento emocional positivo por toda a equipa (Rose et al., 2022), com manifesto de emoções semelhantes e sentimento de segurança. Os profissionais de saúde acrescentam ainda que a realização de *debriefing* aumentou a sua capacidade de liderança (Edelson et al., 2008; Lyman, 2021), fundamental em situações de reanimação, por permitir um maior controlo da situação em si e uma maior organização da equipa, com atribuição de funções e promoção de *feedback* aos elementos sobre a sua *performance*, tal como preconiza a *American Heart Association* (Kronick et al., 2015). O *debriefing* promoveu ainda a cooperação entre os profissionais (Lyman, 2021), melhorou a comunicação da equipa multidisciplinar (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021) e a relação entre os elementos (Rose et al., 2022). Enquanto partilha, o *debriefing* promove a qualidade dos cuidados, bem como a prática clínica (Gilmartin et al., 2020), demonstrando ser um momento relevante para a prática, e útil para os profissionais uma vez que os direciona e orienta a fazer melhor numa situação seguinte, num cuidado futuro (Rose et al., 2022). Compreende-se assim que, espelhando o que os estudos comprovam, a realização de *debriefing* ajudou a promover o trabalho em equipa (Cincotta et al., 2021; Rose et al., 2022); o que, conseqüentemente, se traduz em melhor cuidado à pessoa em situação crítica.

- **Os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica**

Ao nível do cuidado à pessoa em situação crítica, o *debriefing* tem contribuído, particularmente, para a melhoria na gestão da via aérea e na qualidade da reanimação cardíaca. A realização de *debriefing* estruturado demonstrou ser eficaz ao nível da segurança do doente, com redução do evento adverso, ao promover uma melhoria mensurável da taxa de entubação orotraqueal pediátrica, sem hipoxia ou hipotensão associadas que, por si só, definem piores *outcomes* neurológicos e potencial morte (Cincotta et al., 2021). Ao nível da manipulação da via aérea, com entubação orotraqueal sem intercorrências hemodinâmicas, verificou-se uma melhoria de 49% para 78% de sucesso (Cincotta et al., 2021). No que respeita à gestão da via aérea, o estudo de Goldhammer et al. (2017) concluiu que a extubação precoce/rápida, até um máximo de 6 horas após admissão numa unidade de cuidados intensivos, num contexto de pós-operatório de cirurgia cardíaca eletiva, atingiu uma taxa de sucesso superior com a realização de *debriefing*, nomeadamente, de 55,6% de sucesso pré intervenção para 75% pós intervenção. Ao nível da reanimação cardíaca, estudos comprovaram a potencialidade do *debriefing* na melhoria da qualidade da mesma, com consequente aumento das taxas de sobrevivência inicial, uma vez que estão correlacionadas (Edelson et al., 2008; Wolfe et al., 2014). A combinação de *debriefing* com *feedback* audiovisual em tempo real, melhorou a qualidade da reanimação cardiopulmonar comparativamente ao recurso único ao *feedback* audiovisual, traduzindo-se em melhoria da frequência de ventilação (com diminuição da mesma), e da profundidade e frequência das compressões torácicas (com aumento das mesmas), com consequente aumento da taxa de retorno espontâneo da circulação (ROSC) (Edelson et al., 2008). A implementação do *debriefing* demonstrou ainda uma melhoria ao nível da qualidade das compressões torácicas no que respeita à diminuição do tempo de interrupção entre compressões (Edelson et al., 2008; Wolfe et al., 2014). No estudo de Edelson et al. (2008) há referência a uma diminuição das pausas pré e pós choque (em contexto de necessidade de desfibrilhação) e de aumento de administração de choques apropriados (face ao ritmo cardíaco detetado), o que se traduziu em melhoria da ROSC. No estudo de Wolfe et al. (2014) há evidência de uma melhoria com a realização de *debriefing*, de 72% para 81% da taxa de ROSC, bem como uma melhoria de 29% para 50% no *outcome* neurológico, depois de eventos com necessidade de realização de compressões torácicas intra-hospitalares.

Conclusão

O *debriefing* apresenta-se como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, individual e coletivo, no seio de uma equipa multidisciplinar, espelhando uma oportunidade de melhoria no cuidado à pessoa em situação crítica. Compreende-se que o aumento do bem-estar psicoemocional dos profissionais, o aumento da confiança e do conforto em situações de cuidado crítico, e a otimização da capacidade de trabalho em equipa com comunicação e liderança eficazes, decorrentes da realização de *debriefing*, traduzem melhorias significativas na equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica. O *debriefing*, ao encorajar a reflexão e permitir a discussão sobre a ação, melhora a *performance* das equipas, com aumento das taxas de sucesso em ressuscitação cardiopulmonar, contribuindo assim para melhorias mensuráveis e qualitativas na segurança da pessoa em situação crítica, reduzindo efeitos adversos, antecipando ameaças latentes e otimizando o *outcome* clínico. O *debriefing* revela-se assim fulcral na área da saúde, sendo de fácil acesso e de baixo custo. Torna-se óbvio assumir que é imperativo que as equipas multidisciplinares se familiarizem com o conceito de *debriefing*, pesquisem qual a ferramenta que mais se adequa ao seu contexto específico de cuidado e, com a formação adequada, introduzam a reflexão partilhada na sua prática clínica. A implementação do *debriefing* visa um cuidado refletivo, com benefício tanto para quem cuida, como para quem é cuidado. É fulcral que se registem os momentos de *debriefing* em equipa, que se registem de forma rigorosa os cuidados prestados e que a investigação sobre o *debriefing* e os seus efeitos se multiplique para que melhor se compreenda a sua dimensão e o seu potencial de melhoria da qualidade na área da saúde.

A presente *scoping review*, respetiva compreensão do fenómeno em estudo e resposta aos objetivos definidos, apresentaram como limitações a ausência de pesquisa por recurso a literatura cinzenta e outras bases de dados, e a exclusão de um artigo selecionado para leitura integral por apenas haver registo do mesmo na língua alemã.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E REFLEXÃO CRÍTICA

Iniciei o meu percurso profissional em setembro de 2015, cuidando da pessoa em idade pediátrica, em contexto de internamento, urgência e cuidados intermédios. O meu fascínio pela pessoa em situação crítica direcionou-me para novos desafios, e em maio de 2018 iniciei funções na UCIP do Hospital Dona Estefânia (HDE), onde permaneço até hoje.

Cuido de pessoas em situação crítica, diariamente, há cerca de 6 anos. Com a particularidade própria da pediatria, olho para os lactentes de quem cuido, para as crianças e para os adolescentes, para as suas famílias, com o maior respeito e procuro que as minhas mãos – que lhes tocam, que deles cuidam – transmitam compaixão e empatia. Estão a viver uma das fases mais vulneráveis das suas vidas, a experienciar um conjunto de transições que facilmente podem transformar-se em transições não saudáveis (Meleis, 2010), pelo que o meu papel enquanto enfermeira é fundamental para que a vivência destas seja o mais saudável possível. Estar presente, escutar a criança/jovem e família e envolvê-los, sempre que possível, e assim o considerarem, é imprescindível, pois cuidar implica considerar o outro (a pessoa e a sua família) na sua unicidade, e estabelecer com ele uma relação terapêutica – sendo ainda mais crucial quando consideramos a complexidade, a vulnerabilidade, a imprevisibilidade, a emocionalidade, assentes no processo de transição (muitas das vezes com risco de vida associado) inerente a um internamento numa UCI.

Diversos são os diagnósticos clínicos (médicos e cirúrgicos) que precipitam a necessidade de internamento na UCIP, mas, praticamente, todos assentam no princípio da instabilidade clínica e necessidade emergente de cuidados: cuidados direcionados, especializados e diferenciados.

Ao longo do meu percurso, tenho desenvolvido competências no âmbito da avaliação primária (como a abordagem ABCDE que me permite identificar necessidades/problemas, formular diagnósticos e compreender a gravidade clínica e a imperatividade de uma intervenção o mais adequada possível), da monitorização hemodinâmica (não invasiva e invasiva), da prevenção de complicações, e da intervenção com vista à otimização e estabilização clínica, e competências tanto de suporte básico de vida (SBV), como de suporte avançado de vida (SAV).

Face aos diagnósticos clínicos mais frequentes na UCIP, seja em contexto de doença aguda, seja em contexto de agudização de doença crónica, no âmbito médico e cirúrgico (particularmente, neurocirurgia, cirurgia de ortopedia e nefrologia), fui adquirindo com o estudo baseado na evidência e com a experiência prática, a competência no que respeita à

promoção do bem-estar e controlo de dor (farmacológico, não farmacológico), à manipulação de dispositivos invasivos (cateteres venosos centrais (CVC), cateteres arteriais, drenagens torácicas, drenagens ventriculares externas), e à manipulação de equipamentos – seja para suporte ventilatório invasivo/não invasivo, seja para técnicas de substituição renal contínua. Sendo esta uma unidade de referência pediátrica para a pessoa queimada e patologia oncológica (que carecem de isolamento de proteção) a importância de conhecer e aplicar princípios da segurança do doente e de controlo de infeção é ainda mais marcada.

Considerando o meu contexto profissional, compreende-se que tenho desenvolvido competências específicas de enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, seja ao nível do cuidar da pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a dinamizar a resposta em situações de emergência, seja a maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência antimicrobiana (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Ressalvo ainda que o meu percurso tem sido pautado pela aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, baseando-me nos domínios definidos (Regulamento n.º 140/2019, 2019): responsabilidade profissional, ética e legal, ao procurar refletir e agir tendo por base uma tomada de decisão fundamentada; melhoria contínua da qualidade ao garantir um ambiente terapêutico seguro; gestão dos cuidados ao ser elemento integrador de colegas enfermeiros; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto formadora, realizando diagnóstico de necessidades formativas e favorecendo a aprendizagem em contexto de trabalho, ao ser um dos elementos responsáveis pela formação em serviço na área do doente neurocrítico e na área da reanimação. Desde janeiro de 2021 colaboro ainda com o SimPed – Centro de Simulação Avançada em Pediatria do HDE – enquanto formadora de SBV, SAV e Curso de abordagem à sépsis e choque séptico (Anexo III).

Acredito que quando nos desafiamos a evoluir, o resultado só poderá ser enriquecedor. Foi este o meu pensamento e sentimento quando integrei o curso de mestrado e, posteriormente, quando realizei os dois contextos de estágio. No presente capítulo procurarei espelhar as competências clínicas especializadas adquiridas e desenvolvidas durante o estágio no serviço de urgência geral polivalente (SUGP) e no serviço de medicina intensiva, tendo por base o objetivo geral “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador” e os objetivos específicos definidos para cada contexto. Ao longo da exposição, serão contextualizadas reflexões críticas relativas a algumas temáticas pertinentes face ao percurso e experiências vividas.

2.1. ESTÁGIO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE

Se num primeiro momento de reflexão, 180 horas de contacto me pareceram suficientes para compreender um pouco da dinâmica de um SUGP, hoje, após essas horas diluídas nos turnos realizados, apercebo-me de que a complexidade inerente à avaliação, diagnóstico e prestação de cuidados é real, patente tanto na importância de um olhar profissional dirigido, que atribua uma prioridade de intervenção mediante uma breve avaliação inicial, em contexto de triagem, como na exaustiva sistematização do exame objetivo para deteção de eventuais alterações, de respostas humanas, que espelhem o(s) diagnóstico(s) de Enfermagem a formular e ditem quais as intervenções adequadas a realizar no sentido do bem-estar biopsicossocioemocional da pessoa.

Ao enquadrar-se enquanto Serviço de Urgência Polivalente, este detém o “(...) nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e oferece resposta de proximidade à população da sua área”, tendo capacidade para dar resposta a situações das mais variadas valências/especialidades médicas. Ao assumir-se como Centro de Trauma, compete-lhe “(...) responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave”, apresentando Sistemas de Resposta Rápida, também denominadas, Vias Verdes (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20674-20676). Os cuidados prestados pela equipa neste SUGP caracterizam-se pela diferenciação e especialização, tanto à pessoa como à sua família, e assentam na premissa de que o ser humano é um ser multidimensional pelo que, muitas das vezes, concomitantemente aos processos de saúde-doença – que, segundo Meleis (2010), traduzem um período de transição de um estado de bem-estar para um estado de doença –, as pessoas podem vivenciar outros processos de transição e, caso não os estejam a viver de uma forma saudável, que promova o crescimento e desenvolvimento, e que traduza resultados saudáveis, podem experimentar processos de crise.

2.1.1. O mundo da urgência sob o meu olhar: da triagem às salas de observação

A pessoa que é admitida no serviço de urgência, seja por via da assistência pré-hospitalar, seja por própria deslocação até lá, não viverá unicamente um processo de transição como o de saúde-doença, o sistema pessoa é sempre bem mais complexo. Recordo-me da Sra. A., uma senhora de 76 anos. Na triagem, começou por partilhar que sentia cansaço e dispneia. Recorreu à urgência por dor, tensão e sensação de aumento da temperatura ao nível do membro inferior esquerdo, mas reforçava sempre a sensação de cansaço. Partilhou

que passara noites difíceis, que o seu marido estava a viver um processo neoplásico e que em muitas noites só gritava. Partilhou que toda a sua vida procurou ajudar os outros e, segundos depois, as palavras mais difíceis de se ouvir surgiram: “já não aguento mais, já pensei matar-me” (sic), e chorou. Procurámos apoiar a Sra. A., o possível naquele contexto, e compreender quais os recursos que tinha ao seu dispor. Fez-se a triagem baseada na sintomatologia descrita. Ativou-se o serviço social, reforçou-se a importância de procurar apoio junto da sua rede familiar e dos cuidados de saúde primários. Senti-me impotente perante a sua fragilidade. A Sra A. procurava mais do que ajuda dirigida ao seu membro inferior, procurava que a escutassem e que se apercebessem de que estava no seu limite. Estava a vivenciar diversos processos de transição, e a experienciá-los em crise.

No mesmo dia, o Sr. M., de 83 anos, recorreu à triagem acompanhado pelos bombeiros, por história de queda no dia anterior, sem perda de consciência, com ferida traumática na região frontal, não sangrante. Avaliámos os sinais vitais e a glicemia, estava hemodinamicamente estável, glicemia de 72mg/dl. Procurámos compreender o contexto da queda, por meio de um discurso um pouco difícil de compreender, um pouco contido. Recordo-me do Sr. M. olhar muito na direção do chão enquanto falava. Questionámos se já tinha ingerido algo nesse dia, respondeu que sim, um pouco de queijo, enquanto olhava para um saco de plástico que tinha consigo. A meio do discurso, e porque a experiência de muitos anos assim a direcionou, a Enfermeira S. (minha orientadora) questionou se o senhor vivia na rua, tendo a resposta sido que sim, desde há 2 meses. É duro ouvir alguém dizer que mora na rua, muito mais quando estamos perante uma pessoa de 83 anos. Uma vez mais foi ativado o serviço social e foi oferecida comida enquanto aguardava observação médica. Uma vez mais senti-me impotente.

“O evento de triagem é um encontro rápido e focado” (Protocolo Triagem Manchester - Grupo Português Triagem, n.d.), que se baseia na atribuição de uma prioridade clínica a partir da avaliação clínica que se faz de uma queixa apresentada/ sintomatologia manifestada. Pela descrição prévia dos dois episódios, compreende-se que a priorização atribuída não foi de carácter muito urgente ou emergente. A atenção que estas duas pessoas careciam, essa sim, era de carácter emergente, pelo que não foi possível que esse “evento de triagem” fosse um encontro rápido – a gestão do setor da triagem naqueles dois momentos em particular assim o permitiu. Foi focado sim, mas foi dado algum tempo à pessoa para exprimir as suas necessidades, não fosse a competência humana uma das competências reconhecidas ao enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Segundo Meleis (2010) os seres humanos ao longo do seu ciclo de vida experienciam transições, sendo, as transições de saúde-doença profundamente influenciadas por, entre outros fatores, a saúde mental. Considerando as duas situações previamente descritas, a da Sra. A. e do Sr. M., compreende-se que ambos experienciavam transições múltiplas – de saúde-doença e situacionais –, não saudáveis, assentes numa disrupção *major*. Estes dois breves exemplos demonstram, de uma forma muito simples, a complexidade da intervenção de Enfermagem ainda no primeiro nível de avaliação do serviço de urgência, na triagem, pela multidimensionalidade da pessoa humana.

A avaliação realizada na triagem dita uma priorização de atendimento, sendo as pessoas encaminhadas de acordo com a prioridade atribuída. Podem ser direcionadas para o balcão de ambulatorios, para o balcão de macas ou para a imagiologia. Podem não passar pelo posto de triagem, quando se tratam de situações clínicas emergentes, entrando diretamente para as salas de reanimação ou de trauma. Nessas salas são então triadas, enquanto se procede à sua avaliação, com identificação de problemas, estabelecimento de prioridades e implementação de intervenções que visam a sua estabilização/ ressuscitação.

Identificando-se respostas humanas enquadráveis nas vias verdes e protocolos institucionalmente operacionáveis – via verde AVC, via verde Coronária, via verde Trauma, protocolo monotrauma e protocolo fratura do colo do fêmur (via verde Sépsis não aplicada no período de estágio no SUGP) – são ativados os protocolos de encaminhamento. As vias verdes Coronária e AVC são geralmente ativadas na triagem. Ativando-se a via verde Coronária, a pessoa é encaminhada para a sala de reanimação para avaliação imediata; aquando ativação da via verde AVC, a pessoa é observada pela Unidade Cerebro-Vascular e encaminhada para a imagiologia. Ativando-se o protocolo monotrauma, a pessoa é encaminhada para a imagiologia e, posteriormente, observada pela equipa médica; a ativação da via verde Trauma pressupõe a admissão e triagem na sala de trauma.

É a este nível primário de avaliação, na triagem, que se inicia o cuidado à pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, que se inicia ou mantem a dinamização da resposta em situações de emergência, que se identificam problemas e focos de instabilidade e se implementam protocolos terapêuticos complexos (tal como a ativação das vias verdes) (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Experienciei a prestação de cuidados de Enfermagem no contexto do balcão de macas num turno apenas – a experiência prática do estágio incidiu muito nas salas de reanimação e trauma, algo definido enquanto objetivo específico. Neste setor do serviço de urgência encontram-se pessoas sob vigilância que, face à sua situação clínica atual e/ou

comorbilidades associadas, carecem de permanecer em maca. As pessoas que necessitam de maior vigilância, por instabilidade, ou que carecem de intervenções mais invasivas, tendem a ser transferidas para as salas de observação (SO); as pessoas que carecem de internamento são transferidas para os serviços de internamento intra ou inter-hospitalares (sejam pertencentes ao centro hospitalar ou a um outro hospital da sua área de residência). Há turnos em que a rotação de pessoas (doentes) neste setor, balançando entre a admissão e a transferência das mesmas, é impressionante. Há turnos em que a alocação ultrapassa a capacidade de resposta deste setor, se considerarmos a ideal prestação de cuidados antecipatórios, diferenciados, individualizados e humanizados, se considerarmos as dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Ainda assim, procuram-se prestar cuidados de Enfermagem que respondam às necessidades das pessoas, bem como monitorizar e avaliar a adequação das respostas humanas/*outcome* considerando os diagnósticos formulados e as intervenções de Enfermagem realizadas, para se otimizarem as intervenções sempre que a situação clínica o exigir (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Senti que o respeito pela privacidade da pessoa é um dos grandes desafios neste setor do serviço de urgência uma vez que, apesar de existir um biombo, como que a separar uma “ala” feminina de uma masculina, muitas das vezes as macas em cada “ala” distam apenas uns escassos centímetros entre si. É imperativo respeitar o artigo 107º, capítulo VI, da deontologia profissional, que remete para o respeito pela privacidade da pessoa, particularizando na alínea b) o dever do enfermeiro “Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015), mas é igualmente imperativo dar resposta a todas pessoas que recorrem ao serviço de urgência por carecerem de assistência clínica. No domínio da gestão dos cuidados constatei (e eu mesma assim agi) que o enfermeiro especialista procura o equilíbrio na gestão tanto dos cuidados de Enfermagem como dos recursos para salvaguardar o bem-estar da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As pessoas que carecem de cuidados multiplicam-se, os profissionais de saúde e os recursos físicos não, ou pelo menos não ao mesmo ritmo. É franca a agilidade com que se procura responder a todas as necessidades, desde a administração segura de terapêutica, à satisfação da eliminação vesical/intestinal das pessoas, salvaguardando o respeito pela sua dignidade. Se sempre se consegue responder a todas as necessidades? Infelizmente, não. Muitas das vezes priorizam-se cuidados em detrimento de outros.

2.1.2. O centro da ação: salas de emergência e trauma

Tratando-se de um SUGP com centro de Trauma, o cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família, a vivenciarem transições complexas, é uma realidade.

Existem no SUGP duas salas destinadas a vítimas de trauma e duas salas de reanimação/emergência destinadas à avaliação e intervenção em situação muito urgente/emergente, isto é, pessoas que requeiram cuidados imediatos por risco de vida eminente ou que já se encontrem sob medidas de suporte avançado de vida.

Se a pessoa está instável, mas apresenta sinais de vida, o foco é a implementação da abordagem ABCDE – A de via aérea, B de ventilação, C de circulação, D de disfunção neurológica e E de exposição com controlo da temperatura – que traduz “uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo ABCDE” (INEM & DFEM, 2020), por forma a prevenir um agravamento clínico e eventual PCR. Se a pessoa inicia na sala quadro de PCR, ou é admitida já em PCR, o foco será iniciar ou manter a realização de medidas de suporte avançado de vida (já iniciadas quando a pessoa é encaminhada para o SU pelas equipas de assistência pré-hospitalar – VMER), com compressões e ventilações de elevada qualidade, e despistar e procurar corrigir eventuais causas reversíveis inerentes à PCR.

2.1.3. Dor: da subjetividade da sua avaliação à importância do seu controlo

Na sala de reanimação muitas foram as pessoas em situação crítica com quem tive a oportunidade de crescer enquanto enfermeira, pelas suas situações clínicas e respostas humanas delas decorrentes. De uma forma geral, diariamente os diagnósticos de Enfermagem como desequilíbrio hidroelectrolítico, volume excessivo de líquidos, perfusão tissular periférica diminuída, débito cardíaco diminuído, risco de pressão arterial instável, dor aguda, padrão respiratório ineficaz, fadiga, intolerância à atividade, desobstrução ineficaz da via aérea, ventilação espontânea prejudicada, resposta disfuncional ao desmame ventilatório, confusão aguda (International Council of Nurses, 2010) foram uma constante.

A dor é uma resposta humana manifestada por muitas das pessoas que recorrem ao SUGP, mas também, muitas vezes, induzida na realização de procedimentos invasivos, pelos próprios profissionais de saúde, seja na colocação de um acesso vascular, seja na realização de procedimentos como uma colonoscopia.

Por necessidade de recurso a sedação, era frequente a admissão de pessoas internadas noutros serviços do hospital para realização de endoscopia e/ou colonoscopia. Considerando

que se tratam de procedimentos invasivos desconfortáveis/dolorosos, procedia-se à administração de sedoanalgesia, com propofol e cetamina. Durante o procedimento, se a pessoa manifestava algum tipo de movimento sugestivo de dor, ou a oscilação nos sinais vitais assim o sugeria, era reforçada a terapêutica em bólus. De uma forma geral, no pós-procedimento imediato não se relatavam queixas algicas.

Contudo, recordo-me do Sr. T. e da Sra. B. Por instabilidade hemodinâmica, sob suporte vasopressor, e já tendo sido submetido a transplante hepático, o Sr. T. com necessidade de transferência para outro hospital do centro hospitalar. A Sra. B, igualmente com instabilidade hemodinâmica em contexto de insuficiência cardíaca descompensada, carecia de transferência para uma unidade intensiva intra-hospitalar. Ao Sr. T. foi colocado um CVC na jugular interna direita, e à Sra. B. um cateter arterial na artéria radial esquerda. Em ambos os procedimentos, foi apenas realizada infiltração local com lidocaína 1%.

Nas duas situações, particularmente, por recurso à comunicação não verbal, mas também sugerido pela taquicardia que se apresentava, por períodos, no monitor à sua cabeceira, as pessoas pareciam sentir dor. Questionei-as quanto à intensidade da dor e, qualitativamente, enquadravam-se em dor moderada. Nas duas situações, solicitei às médicas presentes a prescrição de analgesia. Após o meu segundo reforço verbal da necessidade de administração de analgesia – visto tratar-se de uma intervenção de Enfermagem interdependente –, surgiu a prescrição médica seguida de administração endovenosa, com melhoria das queixas algicas.

Em ambas as situações questionei a enfermeira S. quanto à prática habitual no que respeita à prevenção e controlo da dor inerente ao procedimento, uma vez que, na minha realidade profissional, UCIP, sempre que procedemos à colocação de um dispositivo invasivo administramos sedoanalgesia endovenosa previamente, promovendo dessa forma o conforto das crianças/jovens durante o procedimento. A prática habitual no SUGP é então a infiltração com lidocaína 1% pré punção do vaso sanguíneo.

O procedimento de colocação de um CVC ou cateter arterial implica a punção do vaso sanguíneo, a progressão de dilatadores e do cateter em si, e a fixação do mesmo com pontos de sutura à pele. Considerando esta simples descrição, é compreensível que a pessoa sinta dor durante o procedimento, pelo que, partindo desta premissa, é expectável que os profissionais de saúde estejam despertos para a prevenção do desconforto/dor.

A dor foi instituída pela DGS em 2003 como o 5º sinal vital, e definida como “uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só uma componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre” (Direção-Geral da Saúde, 2003,

p.3). A *International Association for the Study of Pain*, por sua vez, define-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que se associa a um dano tecidual real ou potencial, ou é descrita em função desse dano” (Raja et al., 2020). Das duas definições resulta a consolidação das experiências sensorial e emocional, centrais na vivência da dor.

Face a uma mesma estimulação dolorosa, a percepção e expressão da dor varia de pessoa para pessoa. Contudo, independentemente da intensidade referida, é fulcral que a queixa álgica seja valorizada e respeitada (Direção-Geral da Saúde, 2003; Lobato, 2013).

Pereira (2011) num estudo por si conduzido, que envolveu 19 enfermeiros de um serviço de urgência, analisou a prática clínica de Enfermagem nos cuidados à pessoa com dor e a percepção dos enfermeiros sobre a mesma. A autora concluiu que, no âmbito do conhecimento sobre a temática “dor”, existem dificuldades tanto na definição do próprio diagnóstico de dor, como na utilização de escalas de avaliação da sua intensidade, e existem lacunas na definição das características definidoras de dor, principalmente na exploração dos fatores de alívio e de agravamento. A falta de tempo para registos relativos à avaliação da dor, a valorização da dor de acordo com a prioridade atribuída na avaliação da triagem, a tendência para a valorização da dor (apenas) em quadros clínicos em que a probabilidade de compromisso hemodinâmico/risco de vida é maior, foram outras conclusões assumidas no que respeita à interpretação que os enfermeiros fazem da sua prática clínica (Pereira, 2011). Como barreiras ao adequado controlo da dor refere a falta de tempo para recolha de informação, a subjetividade da dor manifestada (e dificuldade de comunicação por parte das pessoas doentes), a priorização de cuidados face a situações mais graves e a falta de rigor com lacunas no registo da informação (Pereira, 2011). A autora procurou explorar a prioridade que a Enfermagem atribui à dor, e concluiu que a dificuldade assenta no escasso conhecimento existente para a formulação do próprio diagnóstico.

Evidencia-se assim a necessidade de investimento na formação nesta área, pois, pela evidência supradescrita, compreende-se que a dor é muitas vezes subvalorizada. Importa considerar o seu controlo, mas também a sua prevenção, tendo sido esse o foco de reflexão.

Os princípios de avaliação e controlo da dor enunciam que toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor, por recurso a uma abordagem multidisciplinar coordenada, e que a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Dita a boa prática que a dor e os efeitos da terapêutica administrada devem ser valorizados e, sistematicamente, diagnosticados, reavaliados e registados pelos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Sendo o controlo eficaz da dor um direito da pessoa, é fundamental que o profissional de saúde o encare como um dever seu. Assim, deve considerar-se a realização da avaliação e registo da intensidade da dor, de forma contínua e regular, privilegiando o recurso a instrumentos de autoavaliação (quando a situação clínica da pessoa o permite), como as escalas de intensidade da dor (Direção-Geral da Saúde, 2003; Lobato, 2013). No contexto de cuidados à pessoa adulta, e nas duas situações descritas em particular, do Sr. T. e da Sra. B., poderia recorrer-se à escala de avaliação numérica e/ou qualitativa da dor (Direção-Geral da Saúde, 2003) – a que eu recorri.

Atenuar a dor é proporcionar conforto, é humanizar-se o cuidado prestado. A gestão da dor surge como uma necessidade e direito da pessoa e um princípio da boa prática dos enfermeiros, princípio este definido ao nível das competências do enfermeiro especialista.

A importância da melhoria contínua dos cuidados referentes à gestão da dor (aguda e crónica) encontra-se espelhada tanto no leque de competências comuns do enfermeiro especialista, inseridas no domínio da responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados, como no leque de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no que respeita ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, enunciando-se a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, a detenção de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e a detenção de conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia, como orientações de intervenções especializadas fundamentais (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica acrescenta ainda que compete ao enfermeiro especialista, no âmbito dos enunciados descritivos dos cuidados, na subcategoria “bem-estar e autocuidado”, “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p. 17242).

A importância da gestão da dor parece-me óbvia, pelo que estou convicta de que deve ser reforçado o investimento concreto em formação, ações de sensibilização dentro dos serviços, e o estabelecimento de protocolos de intervenção em equipa multidisciplinar. É fundamental que nos dediquemos a esta área que tanto afeta a qualidade de vida das pessoas.

2.1.4. A importância de uma liderança eficaz

Com a complexidade da situação clínica alinha-se não apenas a necessidade de uma equipa multidisciplinar que avalie e intervenha de acordo com os problemas detetados, mas também a necessidade de um elemento diferenciador que lidere essa mesma equipa.

Recordo-me do Sr. L., admitido num turno da manhã na sala de trauma na sequência de atropelamento por comboio. Trazido pela VMER, ventilado no local por score 5 na Escala de Coma de Glasgow. Com trauma grave ao nível do membro superior direito, com fratura exposta, e trauma pélvico à direita, com provável luxação/fratura do fémur. Sem hemorragia externa. Na sala de trauma estavam cerca de 10 médicos de diferentes especialidades, 4 enfermeiros e 1 assistente operacional. Um dos médicos colocou um CVC ao nível da jugular interna à direita. A equipa médica discutia entre si a situação clínica, os enfermeiros prestavam os cuidados inerentes: controlar estado hemodinâmico, puncionar e preservar os acessos vasculares, validar (certos) e administrar terapêutica prescrita, promover o aquecimento artificial para manutenção da temperatura corporal. A bradicardia mantida evoluiu para PCR e iniciaram-se manobras de reanimação. A realização das compressões espelhava a fragilidade torácica, como se não houvesse resistência à aplicação da força, assumindo-se que o trauma interno deveria ser franco. Não me apercebi quem assumiu a função de líder, nem como se atribuíram as funções, as intervenções foram sendo assumidas e realizadas pelos diferentes elementos. Apesar de se ter cumprido o algoritmo de SAV, a pessoa manteve-se em assistolia e, após discussão e consenso da equipa, assumiu-se o óbito.

Recordo-me igualmente do Sr. N., admitido num turno da noite na sala de trauma na sequência de um atropelamento por veículo ligeiro de quatro rodas, na autoestrada. Trazido pela VMER, que comunicou que o Sr. N. estaria consciente no local, mas com deterioração progressiva do estado de consciência. À admissão, com oxigenoterapia suplementar por máscara facial. Reativo aquando da minha tentativa de punção de acesso vascular periférico. Foi entubado orotraquealmente, posteriormente, por diminuição dos reflexos de proteção da via aérea, traduzido por um score 6 na Escala de Coma de Glasgow. O Sr. N. encontrava-se hemodinamicamente estável, embora tendencialmente hipotenso. Apresentava traumatismo complexo e extenso ao nível do membro inferior esquerdo, com fratura exposta e desarticulação ao nível do tornozelo. Foi avaliado pela especialidade de ortopedia, cirurgia vascular e cirurgia plástica e reconstrutiva para decisão quanto à viabilidade do membro/necessidade de amputação.

Na sala estavam 3 enfermeiros, 2 dos alocados às salas de reanimação/trauma, e eu. Os médicos iam entrando e saindo. Foi realizada limpeza do leito da ferida com soro fisiológico em abundante quantidade, e envolvido o membro em compressas esterilizadas humedecidas. Realizou TAC e Angio-TAC para melhor caracterização, para posterior ida ao bloco operatório. Desde a admissão do Sr. N. na sala de trauma até à sua transferência para o bloco operatório foi evidente o papel de liderança assumido pelo enfermeiro C.

A transferência do Sr. N. do plano duro da VMER para a maca da sala de trauma aconteceu à sua voz, e a equipa de Enfermagem foi por si liderada. Atribuiu funções, e em equipa identificaram-se as intervenções a realizar de acordo com a avaliação ABCDE, como a punção de acessos venosos periféricos e a preparação de terapêutica. Recordo-me da insistência por parte do único médico que se encontrava na sala para se seguir para a TAC e do enfermeiro C. responder que primeiro teria que garantir um acesso vascular extra – todos os restantes tinham terapêutica em perfusão contínua, inclusive suporte vasopressor – e só depois seguiria, tendo em consideração o perfil crítico do Sr. N. e os riscos associados.

O enfermeiro C. assumiu o início da ação, orientou o seu processo de trabalho e influenciou e conduziu a equipa para atingir objetivos comuns – nomeadamente, a prestação de cuidados de qualidade, garantindo a segurança e procurando a melhoria e estabilidade clínica da pessoa –, tudo ações relacionadas com a liderança em Enfermagem (Estevam et al., 2017; Fernandes et al., 2021; Silva et al., 2014). Evidenciou-se assim a sua competência em liderar, competência esta que, segundo Estevam et al. (2017) que realizaram um estudo com enfermeiros sobre a liderança por enfermeiros em situações de emergência, só se adquire com a articulação de conhecimento teórico, com habilidade técnica, competência relacional e comunicacional; competência esta que, segundo o que Fernandes (2021) acrescenta, só se adquire com a experiência, sendo que o enfermeiro C. já assume cuidados na sala de reanimação e trauma, no mesmo serviço, desde há 8 anos.

Lloyd A. & Clegg G. (2016) ressaltam que existem estudos que revelam que a liderança nem sempre assenta numa hierarquia rigorosa, podendo ser assumida pelo elemento com mais experiência na sala de reanimação/trauma. Os mesmos autores dizem que é possível liderar transitoriamente quando se reconhecem necessidades que implicam uma ação; liderança essa que é co-construída pelas interações sociais e relacionais, assente no reconhecimento de competência para tal, pelos elementos da equipa multidisciplinar.

Segundo Clements et al. (2015) para que se prestem cuidados de qualidade em situação de trauma é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar integrada. No seu estudo, cujos participantes foram enfermeiros de serviço de urgência que prestam

cuidados nas salas de reanimação, ressaltou-se a importância da comunicação e o quão o ruído pode prejudicar a eficácia da mesma. Na situação previamente descrita, do Sr. L., a liderança e a harmonia do trabalho em equipa foram prejudicadas pelo ruído que se fazia sentir e pela presença de muitos elementos na sala, enquanto que com o Sr. N. foi tudo muito diferente – o número ideal de elementos presentes face à situação permitiu uma comunicação em circuito fechado, sendo que todas as informações transmitidas eram validadas e era dado *feedback*, algo fundamental num contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (nesta situação em particular, a vivenciar um processo médico/cirúrgico complexo): uma comunicação eficaz. É certo que a situação clínica do Sr. L. evoluiu para PCR, e a do Sr. N. não, e que a propensão para uma maior agitação e confusão na sala em situações de PCR é maior, contudo, ambos estavam em situação crítica pelo que, no assumir-se dos cuidados, há que se estabelecer uma liderança e comunicação eficazes, com gestão da equipa multidisciplinar.

Os mesmos autores defendem que o *team* líder enfermeiro, um papel geralmente não formalmente atribuído, mas assumido, deve delegar intervenções em conjunto com o *team* líder médico. Estes autores referem que a contribuição dos enfermeiros com experiência efetiva em reanimação/trauma, pelo seu conhecimento e competência, favorece a prestação de cuidados de qualidade, promove a comunicação eficaz e trabalho em equipa, traduzindo melhores *outcomes* para a pessoa em situação crítica (Clements et al., 2015). Husebø & Olsen (2016) reforçam esta ideia, afirmando que a segurança da pessoa depende do nível de articulação e colaboração entre os elementos da equipa multidisciplinar.

Dos 4 estilos de liderança referidos por Silva et al. (2014) – determinar, persuadir, compartilhar e delegar – o delegar é o mais indicado para os enfermeiros que trabalham em salas de emergência, contudo implica que a equipa detenha maturidade patente tanto no conhecimento como na capacidade técnica. Face à complexidade da situação, e considerando as características dos elementos da equipa presentes na prestação dos cuidados ao Sr. N., o enfermeiro C. adotou o estilo de liderança assente na delegação – foi partilhando e solicitando, ao colega presente na sala e a mim, a realização de determinadas intervenções face às necessidades identificadas. Sempre que eu considerava pertinente a realização de determinada intervenção, fundamentava e validava a possibilidade de a realizar – como a otimização da permeabilização da via aérea e da manutenção da temperatura corporal com aquecimento artificial, preparação e administração terapêutica de forma segura (de ressaltar que neste SUGP é no sistema automático de armazenamento e fornecimento de medicamentos, na PYXIS, que se obtém a terapêutica para cada pessoa, o que se traduz em

maior segurança na administração de fármacos), bem como aquecimento dos fluídos em perfusão, e manutenção do controlo de infeção relativo à ferida traumática.

Procurei absorver o máximo do cuidado especializado na situação descrita, ao participar na avaliação e prestação de cuidados, com reavaliações sucessivas e otimização dos mesmos; ao colaborar na transferência do Sr. N. até à imagiologia, durante o transporte e o exame, bem como na transferência do mesmo para o bloco operatório.

2.1.5. Um caminho de desenvolvimento de competências especializadas

Benner diz que “as estudantes de enfermagem entram em cada serviço novo, com o estatuto de iniciadas” (Benner, 2001, p. 50). Segundo a autora, considerando a minha experiência profissional em cuidados intensivos pediátricos, ao encontrar-me a estagiar num serviço de urgência de adultos, sendo a pessoa em situação crítica o elemento comum, ao conseguir identificar “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50) enquadro-me no estado de iniciada-avançada.

Os meus conhecimentos, capacidades e habilidades, traduzidos nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram sendo desenvolvidos ao longo das 180 horas de contacto em estágio, com a experiência prática. Exemplos dessa experiência são os previamente descritos, que permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da dinamização da resposta em situações de emergência; da priorização das intervenções especializadas na prevenção de complicações; da atuação rápida e eficaz em situações decorrentes de processos médico-cirúrgicos complexos; da monitorização da eficácia das intervenções; da intervenção na ferida complexa; da demonstração de conhecimentos e habilidades no SAV e trauma; da identificação e antecipação de focos de instabilidade, com definição de prioridades de atuação, e implementação de respostas de Enfermagem apropriadas; e no âmbito da comunicação em circuito fechado (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Sendo a infeção associada aos cuidados de saúde uma realidade, compete ao enfermeiro especialista prevenir, intervir e controlar a mesma (Regulamento n.º 361/2015, 2015). Na prestação de cuidados implementei as precauções básicas do controlo de infeção – como o uso de luvas e avental na abordagem à pessoa nas salas de reanimação/trauma (Direção-Geral da Saúde, 2013) e os feixes de intervenções na prevenção da infeção relacionada com CVC e na prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical – relativamente a esta última, fundamentava em registos de Enfermagem a necessidade da

manutenção do cateter vesical (de ressaltar que o sistema de informação de Enfermagem em vigor no SUGP, promotor da continuidade de cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018) pela via informática, é o sistema HCIS, *HealthCare Information Solutions*).

Neste domínio da prevenção e controlo de infeção, destaco a redução gradual da taxa de contaminação do SUGP, no âmbito das hemoculturas, de 2013 a 2019, tal como evidenciado pelo PPCIRA (Grupo de Coordenação Local PPCIRA, 2021), traduzindo uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados neste serviço de urgência.

Tive a oportunidade de aprender sobre gestão de recursos, tanto humanos, como físicos e materiais, principalmente, nos turnos em que a enfermeira S. assumiu a chefia de equipa. Poder aprender com alguém que lidera uma equipa de Enfermagem de 22 enfermeiros num turno num SUGP, referência de trauma, com uma média de 150 a 200 pessoas a serem cuidadas, é uma oportunidade incrível. Para além de todas as competências que reconheço na enfermeira S., técnico-científicas e humanas, reconheço a de líder, tendo sido importante observar a forma como procurou garantir a gestão e segurança, tanto da equipa como das pessoas que recorriam ao SUGP, num contexto de cuidados tão complexo e diferenciado. Houve turnos caóticos e, mesmo nesses, reconhecia na enfermeira S. a ponderação e a serenidade que as circunstâncias exigiam. A enfermeira S. adota um estilo de liderança transformacional, na medida em que motiva e capacita os seus elementos (Couto-De-Souza & Tomei, 2008). Este estilo de liderança compreende a influência idealizada, na medida em que o líder promove confiança e otimismo, e enfatiza a necessidade do comprometimento; compreende a motivação inspiracional, sendo o líder quem encoraja e motiva para um melhor desempenho; a estimulação intelectual, em que o líder estimula novas maneiras e perspetivas de se fazer as coisas e encoraja a expressão de novas ideias, promovendo o raciocínio clínico; e a consideração individualizada, em que o líder considera as necessidades individuais e o potencial dos seus elementos, desenvolvendo-o (Couto-De-Souza & Tomei, 2008; Gonçalves, 2008). O estilo de liderança assumido pela enfermeira S. fomenta uma relação de estímulo mútuo, entre si e os seus elementos, e a consideração não apenas de interesses individuais, mas dos objetivos da equipa e organização, resultando em melhores cuidados prestados à pessoa (Couto-De-Souza & Tomei, 2008).

A minha vivência prática neste percurso de enfermeira especialista não podia ter começado melhor: num serviço diferenciado que dá resposta a uma panóplia de situações clínicas com respostas humanas variadas, e sob a orientação de uma enfermeira sempre disponível, que procurou direcionar-me para as melhores oportunidades de crescimento e desenvolvimento. Que sorte a minha terem sido estes os meus primeiros passos.

2.2. ESTÁGIO II – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Às primeiras 180 horas no contexto de SUGP, onde muito cresci, seguiram-se mais 180 em contexto de cuidados intensivos. Recordo-me da sensação de familiaridade no primeiro dia, da maior serenidade que me acompanhou ao longo dos turnos, serenidade essa que em nada amenizou o entusiasmo em cada aprendizagem, antes pelo contrário.

Previ que encontraria desafios semelhantes aos do meu dia-a-dia, na UCIP, no mundo do cuidado ao adulto e idoso, porque a base assenta sempre no cuidado à pessoa em situação crítica, e a definição de pessoa em situação crítica, independentemente da idade ou da etapa da vida em que a pessoa se encontra é a mesma. O meu olhar é que teria de se direccionar e o meu raciocínio clínico se adaptar e ajustar.

A avaliação da pessoa em situação crítica recorrendo à abordagem ABCDE, a avaliação cefalo-caudal mais pormenorizada, o recurso a dispositivos para monitorização tanto invasiva como não invasiva, a administração de terapêutica farmacológica, a implementação de intervenções de Enfermagem em conformidade com as necessidades multidimensionais da pessoa, a gestão dos cuidados e a priorização dos mesmos, é algo já inerente ao cuidado que presto diariamente. É evidente que há especificidades, patologias clínicas mais características da idade adulta, equipamentos diferentes de serviço para serviço, ou até mesmo diferentes nuances na preparação dos fármacos a administrar. Procurei ao longo do percurso apropriar-me das particularidades do cuidado à pessoa adulta em situação crítica, e assimilar competências inerentes ao enfermeiro especialista.

Partindo do objetivo geral “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica e sua família/cuidador”, defini dois objetivos específicos. Um primeiro que considero muito pertinente no âmbito do meu percurso profissional, porque cuido de crianças, jovens e adolescentes sob técnica de substituição da função renal, contudo não com a frequência necessária para dominar a mesma, e um segundo relacionado com a temática desenvolvida no âmbito da revisão da literatura.

Assim, no presente contexto de estágio, considere “Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica sob técnica de substituição da função renal” e “Validar a importância da realização de *debriefing*, no contexto do cuidado à pessoa em situação crítica, particularmente, após a implementação de medidas de suporte avançado de vida”.

2.2.1. O mundo dos cuidados intensivos sob o meu olhar

Os cuidados intensivos sempre me fascinaram, pela complexidade e diferenciação dos cuidados a prestar, pela exigência no raciocínio clínico, pela fulcral gestão de prioridades, pela responsabilidade do cuidado na vulnerabilidade. Não que os outros contextos de prestação de cuidados não sejam igualmente exigentes, só não me seduzem da mesma forma – e, na realidade, não teria graça nenhuma se todos gostássemos do mesmo.

Idealizei um local de estágio repleto de experiências que me enriquecessem e acrescentassem enquanto enfermeira (especialista). Movida por essa motivação, escolhi estagiar numa UCI de um hospital da área de Lisboa, que se divide em três unidades com diferentes espaços físicos. Embora uma delas tenha sido construída recentemente numa perspetiva de intensivos nível II, funciona ainda como intensivos nível III, caracterizando-se por ter “(...) equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (Penedo et al., 2013, p. 58).

Realizei dois turnos na UCI de cuidados cirúrgicos especiais (com 6 unidades/camas disponíveis), dois turnos na UCI Polivalente (com 6 vagas das 10 unidades disponíveis, sendo duas delas alocadas para pessoas com infeção a covid-19), e os restantes turnos realizei na UCI mais recente (com 10 das 15 unidades disponíveis) – a limitação das vagas prendia-se à noção de dotação segura (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

A UCI espelha a complexidade inerente aos cuidados intensivos, e a equipa multidisciplinar a diferenciação e a competência no cuidado. Desde a admissão da pessoa que, em geral, provem do SU ou de um serviço de internamento intrahospitalar, ao cuidado prestado ao longo do turno, é evidente a articulação e a disponibilidade para o trabalho em equipa. É prática comum, numa admissão, a equipa mobilizar-se para receber a pessoa. Recordo-me de estar a acolher o Sr. M., helitransportado de outro hospital, e enquanto me transmitiam a informação clínica, o Sr. M. foi monitorizado, foi realizado o rastreio de admissão, preparada a terapêutica prescrita e iniciada a colocação de um cateter venovenoso. Nesta UCI não há trabalho individual, há, efetivamente, trabalho em equipa. Assim, foi fácil sentir-me, ao longo dos turnos, incluída e acolhida, o que me permitiu desenvolver competências do domínio da gestão dos cuidados, como a otimização e articulação da resposta em equipa, participando nas decisões da mesma (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Focando-me na equipa de Enfermagem, há uma preocupação evidente pela prestação de cuidados baseados na evidência, pelo cumprimento de procedimentos e protocolos, pelo investimento em formação, em suma, pela melhoria da qualidade dos cuidados. Características estas enraizadas no meu enfermeiro orientador, o enfermeiro L. Todo o percurso que descreverei, transparecendo as competências desenvolvidas, foi muito mais harmonioso porque tive a felicidade de ter sido orientada por alguém que aliou a sua exigência à sua disponibilidade e, crente que reconheceu em mim motivação e competência para tal, me permitiu ser autónoma na construção deste meu percurso.

Tive a oportunidade de cuidar de pessoas em situação crítica com uma multiplicidade de diagnósticos e necessidades, do foro médico-cirúrgico. Muitas careciam de ventilação mecânica invasiva, de suporte farmacológico franco para estabilização hemodinâmica, de equipamento para substituição da função renal.

O foco é sempre a pessoa pelo que, no primeiro contacto com a mesma, é fulcral uma primeira avaliação e um primeiro registo. Numa pessoa ventilada, por exemplo, recorrendo a escalas de avaliação tais como a RASS (escala de agitação e sedação de Richmond) e a BPS (escala comportamental da dor – que avalia a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação) é possível avaliar-se o seu conforto. Mediante o *score* obtido nas escalas, a interpretação dos sinais vitais, e/ou alguma expressão corporal, otimizava, por exemplo, o posicionamento, o decúbito, e/ou o ritmo de perfusão da sedoanalgesia. Num primeiro momento focava-me na gestão diferenciada da dor e bem-estar da pessoa, com identificação de evidências fisiológicas ou emocionais/fatores que condicionassem o seu bem-estar – referidos diretamente pela pessoa, recorrendo a comunicação verbal ou não-verbal, ou percebidos pelo próprio enfermeiro quando a pessoa não tem capacidade neurológica para o referir (Phaneuf, 2005) – e conseqüente otimização de intervenções (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Recordo-me do Sr. A., sob ventilação mecânica invasiva que, pela comunicação não-verbal, acenando com a cabeça, validava quando e como queria ser posicionado. E da Sra. M., traqueostomizada, que comunicava e manifestava por escrito as suas necessidades. A necessidade de sedação, de entubação orotraqueal ou de traqueostomia, condiciona a capacidade de comunicar, capacidade esta que consiste em uma pessoa exprimir-se (Phaneuf, 2005). A angústia patente nessa barreira comunicacional é real pelo que, ciente da mesma, demonstrei conhecimentos e estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa ventilada (Regulamento n.º 429/2018, 2018) – como a estratégia de comunicação alternativa e aumentativa por recurso a papel e caneta, previamente descrita (Pina et al., 2020).

É então definido um plano de cuidados, considerando as necessidades individualizadas da pessoa em situação crítica. Necessidades essas que implicam, muitas das vezes, o recurso a dispositivos avançados e invasivos de tratamento e diagnóstico, emergindo assim o risco acrescido de infecção associada aos cuidados de saúde, definida pela DGS enquanto “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p. 17241).

Na implementação das intervenções de Enfermagem delineadas, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados são dois dos grandes pilares pelos quais me guio. As orientações para uma prática segura transparecem no meu cuidado diário, assim como na realidade desta UCI, tendo sido naturalmente assumidas na prestação de cuidados.

Considerando as situações clínicas complexas que precipitam a necessidade de internamento em UCI, compreende-se que a generalidade das pessoas careça de suporte ventilatório, seja invasivo ou não invasivo. Na maioria dos turnos cuidei de pessoas sob ventilação mecânica invasiva, pelo que cumpri as normas de qualidade baseando-me no “feixe de intervenções” de prevenção da pneumonia associada à intubação, definida pela DGS como “pneumonia que surge no doente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no doente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas” (Direção-Geral da Saúde, 2022, p.6). Sendo comum na minha prática de cuidados, procurei rever e reduzir, quando possível, o ritmo de perfusão da sedação face à avaliação que fazia do estado geral da pessoa e ao *score* obtido pela implementação da escala RASS, manter a elevação da cabeceira a 30°, validar e manter a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20 a 30cmH₂O e realizar a higiene oral com clorhexidina a 0,2%. Todas estas intervenções foram objeto de discussão em equipa, tendo tido a possibilidade de sensibilizar para a evidência mais atual.

Procurei ainda avaliar, no âmbito da prevenção da pneumonia associada à ventilação, a necessidade de aspiração de secreções uma vez que esta deve apenas ser realizada quando estritamente necessária e não por rotina (Gomes, 2016). Recordo-me do Sr. L., sob VNI por traqueostomia que, por acessos de tosse produtiva pouco eficazes, carecia de incentivo para tossir e expelir secreções, sendo aspirado apenas quando estritamente necessário.

O recurso a CVC para administração de terapêutica, hemoderivados e nutrição, é prática comum na UCI. Nos cuidados à pessoa em situação crítica, com CVC, baseei-me nas normas de qualidade emanadas pela Direção-Geral da Saúde (2015) e traduzidas no “feixe de intervenções” de prevenção de infecção relacionada com CVC, quer no momento da colocação quer na manutenção/manipulação do mesmo.

A necessidade de cateterização vesical para monitorização da função renal, pela monitorização do débito urinário, é uma outra realidade na UCI. Apesar das suas inúmeras vantagens – por exemplo, em situação de retenção urinária aguda –, dados evidenciam que a infeção urinária associada ao cateter vesical é uma das infeções hospitalares mais frequentes (Direção-Geral da Saúde, 2015). Consciente desta evidência, o meu cuidado baseia-se nas normas de qualidade implícitas no “feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical” emanadas pela Direção-Geral da Saúde (2017).

As normas de qualidade ditam que se deve esvaziar o saco coletor quando é atingido $\frac{2}{3}$ da sua capacidade. Sendo uma tarefa que posso delegar, ao nível do domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019), solicitava o seu despejo à assistente operacional e supervisionava a tarefa, garantindo assim uma prática segura.

À evolução da tecnologia, cada vez mais avançada e invasiva, associa-se um aumento da esperança de vida, e alia-se um aumento do risco de infeção que tem sido intensamente abordado no âmbito da sua prevenção pela promoção de práticas seguras. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica relembra que estudos internacionais referem que “cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”, pelo que destaca a importância da Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica e define, como dois enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a prevenção de complicações e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Regulamento n.º 361/2015, 2015, p. 17241).

A Ordem dos Enfermeiros associa-se ao descrito, definindo que o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

Considerando-a uma competência fundamental, procurei compreender quais os procedimentos, instruções de trabalho e protocolos instituídos na UCI relativos ao controlo de infeção. Ressalvo o rastreio realizado aquando da admissão da pessoa na unidade, pela realização de colheita por zaragatoa nasal e peri-retal (caso tenha alguma ferida realiza-se colheita do leito de ferida) para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente a Meticilina (MRSA), carbapenemases, betalactamases largo espectro, pseudomonas multirresistentes e *acinobacter*. O procedimento referente ao “rastreio e descolonização de utentes portadores de MRSA”, assenta na Norma n.º 018/ 2014 da DGS, que define que existe risco acrescido

de colonização ou infecção por MRSA em “todos os doentes transferidos de outras unidades hospitalares, com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas (...) uso de antibióticos ou com internamento nos seis meses anteriores, hemodiálise, internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos, presença de dispositivos invasivos, presença de feridas crónicas, colonização prévia por MRSA” (Direção-Geral da Saúde, 2014, p.2). Face à panóplia de critérios de inclusão (que compõem o inquérito epidemiológico realizado na admissão), percebe-se, facilmente, que praticamente todas as pessoas admitidas na UCI cumpram um período de isolamento de contacto, e seja realizada a sua higiene corporal (exceto a face, mucosas genitais e feridas profundas) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, nos primeiros 5 dias após admissão. Se se confirmar o isolamento de MRSA, o procedimento dita que a descolonização deve ser efetuada por recurso a aplicação nasal de mupirocina a 2% e banho antisséptico com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2% durante mais 5 dias (Direção-Geral da Saúde, 2014).

No meu cuidado diário são evidentes os meus conhecimentos e habilidades no âmbito da prevenção e controlo da infeção, assentes nas orientações previamente descritas, pelo que procuro, na realização dos registos informáticos, transparecer esse meu cuidado prestado.

Para que se verifique qualidade em saúde, é igualmente imperativo que se fale da utilização segura dos medicamentos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 já definia, como um dos seus nove objetivos estratégicos, “aumentar a segurança na utilização da medicação”, e a atualização do plano para o quinquénio 2021-2026 reforça a importância de “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde”, evidenciando a segurança na medicação no seu quinto pilar “práticas seguras em ambientes seguros” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 97).

Compete ao enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, garantir um ambiente terapêutico e seguro. Nesse sentido, existe uma listagem de medicamentos de alto risco, que a DGS define como “medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.4), e de medicamentos de alto risco com dupla verificação obrigatória, visível nesta UCI, na sala onde se prepara a terapêutica.

Sendo do mundo dos cuidados intensivos pediátricos, é inerente aos meus cuidados um estado de atenção próprio aquando da preparação da terapêutica. Considerando a instabilidade hemodinâmica típica da pessoa em situação crítica, manipulo no meu dia-a-dia muitos dos medicamentos listados como de alto risco, havendo a preocupação pela dupla validação, até pela particularidade das dosagens pediátricas e respetivas diluições, pelo que

mantive a minha prática e procurei validar junto do enfermeiro L. qualquer questão relativa à preparação/administração de algum fármaco com o qual ainda não tinha contacto ou cuja forma de preparação seria diferente da minha prática. Um exemplo de que me recordo, é da administração de bólus de cetamina, em que no meu contexto profissional administramos da fórmula pura, enquanto que nesta UCI optam por diluir o fármaco.

No âmbito da segurança na medicação, ressalvo ainda o sistema de cores que existe nesta UCI para terapêutica em perfusão contínua. Imediatamente após a conexão do prolongamento com a seringa e no final do prolongamento, pré CVC, colocam-se 2 tiras autocolantes. De cor azul se se tratar de sedação, amarela se curarização, laranja se catecolaminas. Perfusões de insulina, ou de reposição iónica, como potássio, são identificadas por escrito, com o nome da terapêutica em etiqueta autocolante branca, nos locais anteriormente referidos. É ainda colocada uma tira autocolante vermelha no prolongamento do cateter arterial para alertar para a não infusão de fluidos por essa via.

Por forma a minimizar a possibilidade de erro, considerando que erros de medicação são erros clínicos comuns [em 2015, a Organização Mundial de Saúde estimava que 8 a 10% dos doentes internados em UCI eram vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação; em Portugal, 13% do total de incidentes notificados eram incidentes de medicação (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015)], e associados a comorbidade e mortalidade (Amaral, 2023; Farzi et al., 2017), é da minha prática a confirmação sempre, no início do turno, das prescrições das perfusões contínuas com o registado no identificador das seringas com fármacos em perfusão.

A pessoa submetida a cirurgia foi outra realidade com a qual contactei. Ao foco na estabilidade hemodinâmica, acresce a vigilância de eventual hemorragia e da própria ferida cirúrgica, bem como a vigilância e cuidados relativos à presença de drenos. De ressaltar o fulcral controlo da dor. Se os dispositivos invasivos já referidos (como tubo endotraqueal, CVC) são potenciais agentes de desconforto e/ou dor, uma intervenção cirúrgica acarreta igualmente risco de mal-estar generalizado, pelo que compete ao enfermeiro intervir no sentido do alívio da dor.

Assim, ao longo do estágio otimizei competências já adquiridas no meu percurso profissional no que respeita à identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, com implementação de resposta adequada, nomeadamente, medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor, com monitorização e avaliação da adequação das intervenções e otimização das mesmas sempre que necessário.

2.2.1.1. A pessoa em situação crítica sob técnica de substituição da função renal

Os quadros clínicos que precipitam a necessidade de internamento em UCI são os mais diversos. Na UCI tive a oportunidade de cuidar, ao longo dos turnos, de 4 pessoas em situação crítica com quadro de insuficiência renal que careceram de suporte de substituição por recurso a técnica de hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC).

Recordo-me do Sr. M., de 40 anos, com síndrome de Lynch, neoplasia hepática, espelhada nas suas escleróticas ictericas, com invasão duodenal. Helitransportado, sob ventilação mecânica invasiva, sedoanalgesiado e curarizado. Por insuficiência renal franca, com anúria refratária a diuréticos, colocou-se um CVV para iniciar técnica de HDFVVC.

As técnicas de substituição da função renal (TSFR) subdividem-se em diálise peritoneal, hemodiálise intermitente, terapias contínuas e híbridas, diferindo “no método de fornecimento, eficiência e tolerabilidade clínica” (Reis, 2019, p.30). Na UCI contactei num turno com a técnica de diálise intermitente e, várias vezes, com a terapia contínua, a HDFVVC. De referir que as modalidades contínuas são as mais recomendadas quando existe instabilidade hemodinâmica pois a remoção de fluídos é lenta e progressiva (Reis, 2019).

Os cuidados de Enfermagem a prestar a uma pessoa em situação crítica que careça de TSFR são específicos e complexos, o que implicou um aprofundamento teórico-prático dos conhecimentos que já detinha, nomeadamente no que respeita às indicações para TSFR, anticoagulação utilizada e riscos associados, solutos utilizados, cuidados com a manipulação do acesso vascular, controlo hemodinâmico, cuidados na montagem do circuito e filtro, cuidados durante a técnica (interpretação de alarmes de pressão para prevenção de complicações), cuidados aquando da suspensão da técnica.

A montagem do circuito e filtro da PrisMax® é simples, uma vez que as instruções vão surgindo no monitor e validam-se à medida que se progride na montagem. No meu contexto profissional lidamos com a PrismaFlex, o sistema anterior ao PrisMax®. Este último tem como vantagem a existência de auto-efluente, não sendo necessário a manipulação do saco de efluente sempre que cheio, e a existência do TherMax que permite devolver o sangue à pessoa a uma temperatura entre 35 e 38°, sendo um sistema de aquecimento mais eficaz que o do PrismaFlex (Baxter Healthcare SA, 2019).

As TSFR implicam o recurso a anticoagulação. Apesar da heparina ser uma opção, pelo risco de maior incidência de hemorragia enquanto anticoagulante sistémico, não havendo contra-indicação, a anticoagulação regional com citrato é uma opção mais segura, uma vez que o seu efeito (ao nível do filtro) é neutralizado pela administração de cálcio

endovenoso pós filtro. Esta modalidade de anticoagulação implica um controlo rigoroso dos níveis de cálcio iónico pré (da pessoa) e pós-filtro para ajuste (devidamente protocolado na UCI) da compensação de cálcio e concentração de citrato (Reis, 2014).

Por vezes, face à instabilidade hemodinâmica, as pessoas em situação crítica sob HDFVVC carecem de suporte vasopressor. Estudos demonstram que a administração de noradrenalina melhora o fluxo sanguíneo renal e a taxa de filtração glomerular, com restauração do débito urinário, em quadros sépticos com oligúria, com aumento da pressão de perfusão por aumento da pressão arterial (Reis, 2019).

Durante a TSFR, a monitorização rigorosa do balanço hídrico, incluindo o balanço automático da própria técnica, é fundamental para estabelecer um equilíbrio hemodinâmico e dessa forma prevenir tanto a isquemia renal como a sobrecarga hídrica (Reis, 2019).

Considerando a necessidade de um cateter de grande calibre para a TSFR, o cuidado na manipulação do mesmo é imperativo, pelo risco de infeção, trombose e exteriorização acidental. De referir que, na suspensão da TSFR, idealmente por restabelecimento da função renal, noutras situações por ineficácia da mesma, é fulcral a heparinização dos lúmens do cateter com o volume indicado no próprio lúmen (Reis, 2014, p. 24, 59).

Cumprido ao enfermeiro prevenir a ocorrência de complicações associadas à própria TSFR sendo fundamental compreender os alarmes de pressão e quais as intervenções que permitem a sua resolução. Recordo-me do alarme de “acesso muito negativo” que surgiu após posicionamento do Sr. R., coincidente com alternância de decúbito, pelo que apenas otimizando o ângulo de lateralização do Sr. R. se resolveu. O “acesso muito negativo” surge por dificuldade em extrair sangue da pessoa por posicionamento ou mau funcionamento do CVV contudo, existem outros alarmes que os enfermeiros devem saber interpretar, como o de aumento da pressão transmembranar, pelo risco de filtro saturado ou coagulado, o que pressupõe necessidade de substituição do circuito e de planeamento adequado, de acordo com a situação clínica, da reinfusão do sangue à pessoa enquanto for seguro e o sistema Prisma o permitir (Baxter Healthcare SA, 2019).

À necessidade de se iniciar TSFR está associada uma diminuição da qualidade de vida e aumento do risco de mortalidade. Estudos indicam que mais de 50% das pessoas em situação crítica com lesão renal aguda grave não recuperarão a função renal, pelo que a suspensão da técnica se relaciona com a suspensão de suporte de vida por falência multiorgânica, presente em cerca de 10% das pessoas internadas em UCI (Reis, 2019).

Na UCI cuidei de pessoas em situação crítica sob HDFVVC com *outcome* positivo. Experienciei desde a conexão da pessoa à técnica, até à suspensão da mesma, pelo que

consegui prestar cuidados transversais às orientações que fui descrevendo. Desta forma, aprofundei conhecimentos e competências já adquiridas no meu percurso profissional, o que vai ao encontro do objetivo específico a que me propus “Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica sob técnica de substituição da função renal” e ao encontro das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, como a revelação de conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, e a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos complexos de saúde/doença crítica ou falência orgânica. (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.2.2. O *debriefing* após reanimação cardiopulmonar

O *debriefing*, ao nível do contexto clínico, ao encorajar uma reflexão estruturada, visa facilitar a discussão após eventos clínicos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, traduzindo uma aprendizagem decorrente da reflexão após a experiência (Kessler et al., 2015; Mullan et al., 2014). Estudos demonstram que a realização de *debriefing*, após eventos de reanimação cardiopulmonar, permitiu uma melhoria na taxa de retorno da circulação espontânea, no *outcome* neurológico, nos tempos de interrupção entre compressões e no tempo decorrido até à realização da primeira compressão (Edelson et al., 2008; Kessler et al., 2015; Wolfe et al., 2014).

O foco do *debriefing* é a melhoria de processos e de *outcome* das pessoas, na perspetiva de que uma modificação de comportamento ao nível individual, da equipa multidisciplinar, ou do processo, traduza benefício no cuidado a uma pessoa no futuro. Assim, a reflexão que deve ser assumida por toda a equipa multidisciplinar presente no evento crítico, deve abranger temáticas como a liderança e gestão clínica, competências técnicas, trabalho em equipa, questões relacionadas com o comportamento, num ambiente construtivo, de abertura ao diálogo para que se identifiquem comportamentos e perceções e, dessa forma, se melhorem *outcomes*. Questões como o que correu bem durante a intervenção, o que correu menos bem e é necessário otimizar-se/modificar-se, para melhorar o cuidado constituem-se como centrais (Kessler et al., 2015; Mullan et al., 2014).

Face à importância que atribuo à reflexão na e sobre a ação, considerei como objetivo específico, para o presente estágio, “Validar a importância da realização de *debriefing*, no contexto do cuidado à pessoa em situação crítica, particularmente, após a implementação de medidas de suporte avançado de vida”.

2.2.2.1. Uma experiência com a Equipe de Emergência Médica Interna

A equipa da UCI acumula a responsabilidade de responder a qualquer ativação da EEMI - Equipa de Emergência Médica Interna. Num turno da noite, pelas 07h55, souo o telemóvel. Considerando a oportunidade de intervir num contexto diferente do da unidade, eu e o enfermeiro L. juntámo-nos à equipa já composta por um médico e um enfermeiro.

A ativação surgiu na sequência de uma alteração do estado de consciência de agravamento progressivo. Tratava-se de um senhor de 77 anos, o Sr. M., internado num serviço de medicina na sequência de um AVC isquémico, com sequelas ao nível da mobilidade e deglutição. Durante o internamento há registo de agitação psicomotora frequente. Nessa noite terá apresentado deterioração neurológica gradual após administração de haloperidol, com registo de prostração, pouca reatividade. Analiticamente, com critérios de insuficiência respiratória grave, tendo sido adaptado em ventilação mecânica não invasiva. Face à não reatividade, após administração de Flumazenilo, e pelo agravamento analítico franco – acidemia respiratória grave (pH arterial 6,8; pCO₂ 165 mmHg; pO₂ 50 mmHg) – foi ativada a EEMI. À chegada, o Sr. M. encontrava-se não reativo à estimulação, tendo sido assumido score 3 na Escala de Coma de Glasgow. Procedeu-se à monitorização do Sr. M. recorrendo ao monitor de transporte, e foi cateterizada uma veia periférica. Procedeu-se à entubação orotraqueal, sob curarização com rocurónio, precipitando-se uma tradução eletrocardiográfica de um ritmo de paragem, após validação de ausência de pulso palpável, nomeadamente, atividade elétrica sem pulso. Após administração de adrenalina e realização de 2 minutos de manobras de reanimação (ciclos de 30 compressões seguidas de 2 ventilações), com recuperação da circulação espontânea. Após estabilização da via aérea avançada, o Sr. M. foi transportado para a UCI.

Foi a minha primeira e única experiência com a EEMI. Apercebi-me de imediato da limitação quando saímos do nosso local de conforto, do serviço, apenas com uma mala de emergência e um ventilador de transporte. Na mala estaria o material que precisaríamos, mas num momento de emergência, quando não se conhece bem a localização de todo o material e fármacos, a atuação não é tão rápida quanto desejamos. Enquanto o enfermeiro L. cateterizava uma veia periférica, fui preparando a terapêutica segundo a prescrição médica, e validando com o enfermeiro L. As condições do espaço da enfermaria não eram as ideais: várias pessoas internadas no mesmo quarto, espaço reduzido entre camas, sem material de apoio no quarto, vários profissionais de saúde a tentar intervir – o que acaba por condicionar a fluidez da intervenção e, posteriormente, da reanimação.

A minha intervenção prática consistiu na preparação de fármacos, o que me permitiu estar concentrada na situação e absorver o máximo dela.

A insuficiência respiratória franca associada a deterioração neurológica prediz a necessidade de entubação endotraqueal. Associando o relaxante muscular administrado à equação da deterioração clínica, instalou-se a paragem cardiorrespiratória, que reverteu após a primeira adrenalina seguida de 2 minutos de manobras de reanimação. Esta foi a reflexão que, após o retorno à UCI, estabilização do Sr. M. e transmissão da informação clínica ao elemento de Enfermagem que assumiria os cuidados ao mesmo, eu e o enfermeiro L. fizemos. Apesar de estarmos 3 enfermeiros e 1 médico da UCI na reanimação, o *debriefing* pós este evento aconteceu apenas entre mim e o enfermeiro L.

2.2.2.2. Uma experiência com a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Durante o estágio na UCI, considerando que a VMER tem base hospitalar nesse hospital, e que o enfermeiro L. pertence à equipa dessa VMER, foi possível a realização de dois turnos para melhor conhecer a realidade da intervenção em contexto pré-hospitalar.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um “veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa [constituída por um médico e um enfermeiro] diretamente ao local onde se encontra o doente”, para “(...) estabilização pré-hospitalar e acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita” (INEM, 2017). A viatura é incrivelmente bem equipada com monitor desfibrilhador, ventilador, uma mala de fármacos, uma de via aérea, uma de trauma e outra pediátrica, um compartimento frigorífico e um aquecido, para conservação de fluídos e terapêutica, e material de imobilização para transporte em segurança.

A experiência com a equipa de VMER foi bastante enriquecedora. Das quatro ativações, uma por dispneia – com necessidade de otimização da oxigenação, da ventilação e do perfil tensional, pelo que se procedeu à otimização do posicionamento com elevação de cabeceira a 30°, ao fornecimento de oxigénio suplementar e administração de fármacos vasodilatadores e diuréticos, e se acompanhou até ao hospital –, uma outra por agressão física, com traumatismo crânio encefálico, facial e coluna cervicodorsal – com necessidade de acompanhamento no transporte até ao hospital por amnésia para o acontecimento, com discurso repetitivo, embora hemodinamicamente estável, pupilas isocóricas e isorreativas, pelo que sem evidência de hipertensão intracraniana –, uma outra por toracalgia – com melhoria segundo o Sr. J. à chegada da VMER, uma vez que já teria ingerido terapêutica

prescrita para crise aguda, pelo que, após realizar ECG, sem critério para acompanhamento hospitalar pela VMER, apenas pelos bombeiros – e uma por paragem cardiorrespiratória.

Foi a segunda ativação do dia. A informação transmitida pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) referia-se a uma pessoa do sexo masculino, 60 anos, com queda da própria altura e perda de consciência, numa pastelaria. À chegada da VMER ao local, os bombeiros já tinham iniciado manobras de reanimação: a pessoa não respondia, não respirava e não tinha pulso. Procedeu-se à monitorização com pás autoadesivas (de desfibrilhação), que confirmou assistolia. Já tinham decorrido 15 a 20 minutos desde o colapso súbito. Foi colocada sonda nasogástrica e via aérea avançada. O tubo endotraqueal foi de difícil colocação, pela presença de conteúdo alimentar em grande quantidade na via aérea, tendo sido necessária a aspiração da mesma. Foi cateterizada veia periférica e no imediato administrada adrenalina. Seguiram-se 3 ciclos de 2 minutos de manobras de reanimação, com administração no segundo ciclo de nova adrenalina, mantinha-se em ritmo não desfibrilhável. Após o terceiro ciclo foi reavaliado ritmo, e o traçado era compatível com fibrilhação ventricular pelo que se procedeu à desfibrilhação. Manteve ritmo desfibrilhável por 5 ciclos – foi desfibrilhado em todos eles e foram administradas adrenalina e amiodarona conforme as *guidelines* europeias (Soar et al., 2021) – tendo retomado a assistolia. Em equipa decidiu-se suspensão de manobras de reanimação, e foi assumido óbito.

A esposa assistiu às manobras de reanimação, bem como os funcionários da pastelaria. É difícil não conseguirmos dar o apoio necessário durante todo o processo, explicar o que estava a acontecer. Numa primeira abordagem, questionaram-se antecedentes de saúde, e foi dito que faríamos o melhor para reverter a situação. No final da reanimação foi prestado apoio à esposa, ainda que breve, e explicada a inevitabilidade do óbito.

Assim que retomámos à VMER – após reunirmos e gerirmos todo o material utilizado, não fossemos receber outra ativação e fosse necessário estarmos operacionais – a Dra. L. começou por resumir toda a situação. O enfermeiro L. e eu fomos igualmente partilhando e todos concluímos que o SAV decorreu de forma linear, considerando as orientações europeias de ressuscitação (Soar et al., 2021). Poder-se-ia ter otimizado as manobras de reanimação, particularmente as compressões que foram assumidas pelos bombeiros, mas o abdómen muito volumoso da vítima não o facilitava (não foi possível recorrermos ao LUCAS®, um sistema de compressão torácica, por esse mesmo motivo).

De uma forma natural surgiu o *debriefing* – a Dra. L. não sabia que se tratava de um projeto meu, portanto simplesmente aconteceu, e que bom que aconteceu. Partilhámos como nos sentimos nos diferentes papéis, o que correu bem e o que havia a melhorar.

O *debriefing* assume uma importância fulcral no contexto de VMER, uma vez que o enfermeiro e o médico dependem um do outro para o sucesso da intervenção. Importa que conheçam as particularidades um do outro, para melhor conseguirem trabalhar em equipa, e assim alcançarem um melhor *outcome* para a pessoa em situação crítica. A imprevisibilidade do momento das ativações, que podem ocorrer uma a seguir à outra, implica uma reflexão, mesmo que breve, e em deslocação entre ativações, sobre a intervenção realizada com vista à melhoria na próxima. Ao surgir alguma dúvida, é importante que esta seja esclarecida, compreendida e aceite, para que o elemento possa estar psicoemocionalmente disponível para um novo desafio inerente a uma nova ativação.

2.2.3. Um caminho de aprofundamento de competências especializadas

Benner (2001) permitiu situar-me num estado de proficiente em crescimento. Proficiente porque, estando a estagiar num contexto de UCI, embora com a especificidade da pessoa adulta e idosa, apercebo-me “das situações com uma globalidade, no seu todo”, sendo a minha perceção “fundada sobre a experiência” e o meu foco a priorização de cuidados (Benner, 2001, p. 55). O sentir-me familiarizada com o processo de cuidados, desde a admissão da pessoa, à avaliação pormenorizada do estado hemodinâmico e identificação de problemas e riscos associados, com estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem que se estendem desde a limpeza ineficaz das vias aéreas ao risco de infeção relacionado com a presença de um dispositivo invasivo, permite-me “comparar situações passadas com situações presentes, na sua globalidade” (Benner, 2001, p. 37) e o reconhecimento da minha competência nesta área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O aprofundamento de competências na UCI decorreu da minha procura em rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas com o enfermeiro L., que sempre esteve disponível para a partilha de conhecimento e troca de experiências; e da procura em suportar a tomada de decisão em juízo baseado nesse meu conhecimento e experiência, de forma reflexiva e cuidadosa (Chicória, 2014; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Quando o entusiasmo se sobrepõe ao cansaço das horas de trabalho e de estágio acumuladas, percebemos que estamos no caminho certo. Foi assim que me senti ao longo do percurso na UCI. Confesso que me imaginei a trabalhar naquele serviço, pois a competência é algo que valorizo e reconhecia-a na equipa multidisciplinar em cada turno. Que sorte a minha terem sido estes os meus últimos passos neste desafio de estágio.

CONCLUSÃO

É um caminho exigente, este de se ambicionar ser mestre e enfermeira especialista. É um renovar do compromisso de competência assumido na licenciatura, um cimentar do compromisso que se constrói na prática clínica, ao longo destes oito anos de experiência profissional, compromisso esse alicerçado num dever e desejo de cuidar o melhor possível.

Aos cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica – definidos no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados enquanto “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 361/2015, 2015; p. 17241) – está indissociável um conceito transversal deste relatório, o de competência, o dito saber agir responsável tendo por base a evidência científica.

À competência está implícita a capacidade de interpretação e raciocínio clínico, e não apenas uma aplicação em bruto de conhecimentos teóricos. Para Benner (2001) o conhecimento clínico desenvolve-se ao longo do tempo, quando o conhecimento teórico se mistura com o prático – e foi muito isso que senti e experienciei durante este percurso. Aos conhecimentos e competências adquiridas na minha prática diária, aliei os conhecimentos adquiridos numa primeira fase, na academia, e a experiência prática dos estágios.

Baseando-me nas competências comuns, e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como nas competências de Mestre, nos padrões de qualidade dos cuidados especializados e na deontologia profissional, tracei o meu percurso de crescimento e desenvolvimento profissional (e, inevitavelmente, pessoal), sustentado em objetivos e entusiasmo. Entusiasmo porque mais do que acrescentar, eu queria transformar a minha prática, queria enriquecê-la.

A exigência técnico-científica e tecnológica em Enfermagem caminha de mão dada com a necessidade de investimento no desenvolvimento de competências de forma ativa e constante. A deontologia profissional, ao nível do artigo 109º, reforça essa necessidade, de análise regular da prática e atualização contínua de conhecimentos por forma a se atingir a excelência e qualidade no ato de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

É inerente ao meu cuidado o respeito pelo cumprimento das competências inseridas nos quatro domínios das competências comuns, sendo evidente que a minha ação se baseia em princípios éticos e deontológicos e respeita os direitos de todos de quem cuido, sendo

evidente que procuro garantir um ambiente terapêutico e seguro, que procuro gerir os cuidados prestados em articulação com a equipa multidisciplinar, desenvolver o meu autoconhecimento e basear a minha prática clínica especializada na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019) pois, tal como Meleis (2012) sugere, este deve ser o objetivo ideal da prática de Enfermagem para que se prestem cuidados de qualidade.

Prestar cuidados de qualidade é considerar não apenas a pessoa em situação crítica, mas também a sua família que experiencia um processo de transição, com expectativas, ansiedades e necessidades que carecem de suporte. A importância que atribuo à família, referenciada no objetivo geral dos estágios, encontra-se espelhada no apêndice VI.

O cuidado à pessoa e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) foi um dos meus principais focos, espelhado nos objetivos, geral e específicos, definidos. Baseando-me nos princípios teóricos detidos e aprofundados, demonstrei conhecimentos e capacidades no cuidado à pessoa em situação crítica. Dinamizei a minha resposta em situações de emergência (Regulamento n.º 429/2018, 2018) identificando focos de instabilidade e intervenção prioritários e monitorizando continuamente as respostas humanas. Dediquei-me à reflexão sobre a temática da dor e da liderança no serviço de urgência, e sobre a temática da pessoa sob técnica de substituição da função renal e sobre a temática do *debriefing* na abordagem da pessoa em situação crítica. Procurei refletir sobre a necessidade de direcionarmos o nosso olhar para a prevenção e controlo da dor, sobre a importância da definição de um líder, e do seu papel, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica/reanimação, sobre a complexidade do cuidado à pessoa sob técnica de substituição da função renal, e sobre a importância da realização de *debriefing* após situações complexas/de reanimação – o fenómeno estudado e cujos efeitos foram elencados na *scoping review* à qual me dediquei, em parceria com as colegas mestradas e professoras referidas, no capítulo 1 deste relatório. Acreditando na potencialidade do *debriefing* (mesmo tendo consciência das lacunas e dificuldades relativas à sua implementação) e nos benefícios do mesmo, tanto para a pessoa em situação crítica, como para a equipa multidisciplinar que dela cuida, considerei este fenómeno pertinente para estudo. Após a organização, análise e interpretação dos resultados, à data do término do presente relatório, carece a validação de uma revista que permita a divulgação científica das conclusões obtidas, que creio que acrescentarão qualidade à prestação de cuidados de Enfermagem. Em contexto de estágio, o fenómeno do *debriefing* foi muito mais aprofundado na UCI. Embora no SUGP a reflexão sobre a ação aconteceu igualmente com a enfermeira orientadora, na realidade da equipa multidisciplinar

o *debriefing* não está presente, apesar de, e de acordo com o partilhado por enfermeiros, após situações mais complexas de cuidados existir uma partilha e reflexão informal entre alguns elementos, principalmente, nos momentos de pausa durante o turno. O meu foco foi sensibilizar a equipa para a importância do *debriefing*.

No que respeita à competência relativa à dinamização de resposta em situação de catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018), não tendo experienciado nenhuma situação semelhante que, de acordo com o artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, se caracteriza por qualquer “acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, (...) em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei n.º 27/2006, 2006, p. 4696), procurei munir-me de teoria, recorrendo à pesquisa e estudo da orientação da Direção-Geral da Saúde relativa à elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, na qual se inclui um Plano de Emergência Interno Contra Incêndios (Orientação n.º 007/2010, 2010). À luz da legislação vigente – das normas de elaboração dos planos de emergência referidos –, consultei os planos de emergência internos de ambos os contextos de estágio e validei que se encontram estruturados de forma lógica e acessíveis, na *intranet*, aos profissionais das instituições, com respetivas plantas de emergência, legendadas, expostas nos serviços.

Relativamente à competência da maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018) muito fui descrevendo ao longo do presente relatório. Este percurso fez-me reconhecer, ainda mais, a importância desta competência, pelo que me candidatei no meu serviço a elemento de ligação PPCIRA, sendo dinamizadora da temática, pelo que identifiquei as necessidades e, por forma a colmatá-las, dou formação em serviço; estabeleço estratégias e procedimentos a implementar e monitorizo a qualidade dos cuidados prestados neste âmbito por método de auditoria. Mais do que assumir uma prática de qualidade, comprometi-me a contribuir para a promoção e melhoria contínua dos cuidados, no que respeita à prevenção e controlo de infeção, na equipa multidisciplinar onde estou inserida, responsabilizando-me enquanto formadora, enquanto facilitadora da aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este é um exemplo dos incríveis contributos de todo este percurso para o meu desenvolvimento, o querer, e fazer-me ainda mais sentido, envolver-me em programas de melhoria contínua, partilhar conhecimento e assim contribuir para uma melhor prática de todos.

O instrumento de avaliação de estágio, em consonância com os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros que determinam as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, inclui um conjunto de unidades de competência tal como “gere, na

equipa, as práticas de cuidados (...)", "adapta a liderança e a gestão dos recursos (...)", "lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão (...)" (Regulamento n.º 429/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019) que mereceram a minha particular reflexão – como conseguiria desenvolver essa competência em 180 horas de contacto em estágio? A ação de liderar implica não apenas um leque de conhecimentos e competências de elevada qualidade, como o reconhecimento pelos pares da capacidade da pessoa para os conduzir e motivar a atingir objetivos comuns. Benner (2001) fala-nos de experiência e competência sintonizadas numa linha temporal. Diz-nos na sua obra, muitas vezes, "adquire-se com o tempo". Em 180 horas, enquanto estudante, é difícil assumir-se uma atitude de líder (absorvi sim muito dos traços de liderança da enfermeira S., e da enfermeira L., chefe de serviço da UCI, ambas líderes transformacionais), mas é expectável que um enfermeiro, proficiente ou perito, seja referência para a sua equipa (Benner, 2001). E este foi um outro fruto de todo este percurso, o que me acrescentou, em comunhão com o meu desempenho profissional, e os meus traços de personalidade, culminaram no convite para assumir chefia de equipa no ano de 2022.

O ter conseguido aplicar e integrar os meus conhecimentos, o ter tido a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares (face ao contexto de cuidados à pessoa adulta e idosa, principalmente no contexto de SU), o ter lidado e refletido sobre questões complexas, sendo capaz de comunicar o meu raciocínio e conclusões, confere-me capacidade e competência para uma aprendizagem ao longo da vida e define-me enquanto enfermeira que cuida de forma especializada, tendo como alicerce a sua experiência e a evidência científica (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016).

Se algum dia questioneei o que este investimento académico me acrescentaria, espero ter sido explícita, transparecendo-o, em todas as palavras que neste relatório reuni. Estou particularmente grata aos enfermeiros orientadores pelas oportunidades de crescimento que me proporcionaram. Desenvolvi competências, detendo consciência de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira, estando sempre certa de que o caminho para as adquirir e aperfeiçoar passa por munir-me de conhecimento, por ser proativa nas oportunidades que surgem, e por escutar e aprender com quem é referência para mim.

Este foi mais um passo dado no meu percurso de enfermeira. Estou certa de que continuarei dedicada à formação, como formanda e/ou formadora, pois acredito que só assim evoluirei e prestarei sempre cuidados adequados e especializados. Benner (2001) diz-nos que a perícia se desenvolve do refinar da prática real, e eu acrescento que um enfermeiro especialista se desenvolve a partir da vontade de melhor cuidar. Que essa vontade me mova sempre.

REFERÊNCIAS

- Amaral, J. (2023). A segurança do doente na prestação de cuidados de saúde: uma prioridade na política de saúde. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 3, 1693–1778. https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/3/2023_03_1693_1778.pdf
- American Psychological Association. (2020). *APA STYLE - Reference Examples*. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/references/examples>
- Aponte-Patel, L., Salavitabar, A., Fazzio, P., Geneslaw, A. S., Good, P., & Sen, A. I. (2018). Implementation of a Formal Debriefing Program After Pediatric Rapid Response Team Activations. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(2), 203–208. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00511.1>
- Baião, J. de M. M. (2017). *Necessidades sentidas pelos familiares na primeira visita em Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2654/1/Disserta%20a7%20a3o%20G%20rau%20Mestre%20-%20Necessidades%20de%20Familiares.pdf>
- Baxter Healthcare SA. (2019). *PrisMax Operator's Manual*. <https://usrenalacute.baxter.com/sites/g/files/ebysai2526/files/2020-12/Prismax%20Operator%27s%20Manual.pdf>
- Benner, Patricia. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Cabete, D., da Fonte, C. S., de Matos, M., Patrica, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 20, 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Campos, S. F. de B. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>
- Cantu, L., & Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff

- before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 20(82). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00372-5>
- Chicória, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- 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. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 33(5), 780–787. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>
- Clements, A., Curtis, K., Horvat, L., & Shaban, R. Z. (2015). The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations. *International Emergency Nursing*, 23(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.04.004>
- Coggins, A., De Los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(79). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Couto-De-Souza, C., & Tomei, P. (2008). Impactos de uma liderança transacional em um processo de mudança transformacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 8(2), 98–120. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572008000200006&lng=pt&nrm=iso
- Decreto-Lei n.º 63/2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13, 3159-3191 (2016).
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Diário da República n.º 28/2015, Série II de 2015-02-10, 2-10 (2015).
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24, 96-103 (2021).

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, 20673-20678 (2014).

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.*

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI).*

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados.*

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 014/2015: Medicamentos de alerta máximo.*

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção relacionada com Cateter Venoso Central.*

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.*

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 021/2015 atualizada a 17/11/2022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.*

Edelson, D. P., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D. S., Vanden Hoek, T. L., Becker, L. B., & Abella, B. S. (2008). Improving In-Hospital Cardiac Arrest Process and Outcomes With Performance Debriefing. *Archives of Internal Medicine*, 168(10), 1063–1069. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/archinte.168.10.1063>

Estevam, L., Sales, C., Domingues, E., & et al. (2017). Leading of Nurse in emergency situations in the hospital: Vision of nursing technicians. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11(4), 1709–1724. <https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201720>

Farzi, S., Irajpour, A., Saghaei, M., & Ravaghi, H. (2017). Causes of Medication Errors in Intensive Care Units from the Perspective of Healthcare Professionals. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 6(3), 158–165. https://doi.org/10.4103/jrpp.jrpp_17_47

- Fernandes, V., Contente, A., Guerreiro, I., Guerreiro, H., Gouveia, M., & Pereira de Melo, M. (2021). Liderança e satisfação na equipa de enfermagem: revisão narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 465–482. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000913>
- Goldhammer, J., Dashiell, J., Davis, S., Torjman, M., & Hirose, H. (2017). Use of Provider Debriefing to Improve Fast-Track Extubation Rates Following Cardiac Surgery at an Academic Medical Center. *American Journal of Medical Quality*, 33(2), 172–176. <https://doi.org/10.1177/1062860617712859>
- Gomes, C. (2016). *Prevenção da Infecção Respiratória: prática(s) na aspiração de secreções* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gonçalves, M. (2008). *Estilos de Liderança: Um estudo de Auto-Percepção de Enfermeiros Gestores* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1063/2/marianarcisagoncalves.pdf>
- Grupo de Coordenação Local PPCIRA. (2021). *Boletim CIRA - Hemoculturas no diagnóstico de infeção*.
- Husebø, S., & Olsen, Ø. (2016). Impact of clinical leadership in teams' course on quality, efficiency, responsiveness and trust in the emergency department: study protocol of a trailing research study. *BMJ Open*, 6(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011899>
- INEM. (2017). *O que é uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)?* <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao-vmers/>
- INEM, & DFEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*.
- International Council of Nurses. (2010). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

- Jorge, S., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12(2), 5–11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/J.ANNEMERGMED.2014.10.019>
- Kronick, S., Kurz, M., Lin, S., Edelson, D., Berg, R., Billi, J., Cabanas, J., Cone, D., Diercks, D., Foster, J., Meeks, R., Travers, A., & Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18), 397–413. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000258>
- Lei n.º 27/2006 - Lei de Bases da Protecção Civil, Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, 4696-4706 (2006).
- Lei n.º 156/2015 - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, 8059-8105 (2015).
- Lloyd A, & Clegg G. (2016). From leader to leadership in emergency care. *Nursing Times*, 112(41–42), 10–12. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/leadership/from-leader-to-leadership-in-emergency-care-24-10-2016/>
- Lobato, S. (2013). *Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente com dor no Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6202/1/Relat%c3%b3rio%20mestrado%20entregue%20Sandra.pdf>
- Lyman, K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. *International Emergency Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>
- Malik, A., Nallamothe, B., Trumpower, B., Kennedy, M., Krein, S., Chinnakondepalli, K., Hejjaji, V., & Chan, P. (2020). Association Between Hospital Debriefing Practices With Adherence to Resuscitation Process Measures and Outcomes for In-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(11), 887–893. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006695>

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Mullan, P., Kessler, D., & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, 312(22), 2333–2334. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*.
- Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2010).
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Vasconcelos e Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: relatório final*.
- Pereira, I. M. G. (2011). *A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num Serviço de Urgência: processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9240/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20DE%20MESTRADO%20_A%20DOR%20NA%20PR%c3%81TICA%20PROFISIONAL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20URG%c3%8aNCIA_%20Isabel%20Pereira.pdf
- Pereira, R. (2021). Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências: Avaliação de atitudes, competências e práticas. In *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp. 15–35). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/210303903>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). *Manual JBI para Síntese de Evidências*. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pina S., Canellas M., Prazeres R., Lopes J., Marcelino T., Reis D., Ferrito, C. (2020). Comunicação Alternativa e Aumentativa em Doentes Ventilados: *Scoping Review*.

Revista Brasileira de Enfermagem, 73(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

Protocolo Triagem Manchester | Grupo Português Triagem. (n.d.). Retrieved March 29, 2022, from <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000001939>

Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M., & Coelho de Oliveira, J. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5–10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>

Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República n.º 123/2015, Série II de 2015-06-26, 17240-17243 (2015).

Regulamento n.º 429/2018 - 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, 2.ª série Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, 19359-19370 (2018).

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744-4750 (2019).

Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, 128-155 (2019).

Reis, M. (2014). *Terapias de Substituição da Função Renal Contínuas na Lesão Renal Aguda em Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Boas Práticas de Enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16371/1/TSFRC%20na%20LRA%20em%20UCI%20Manual%20de%20Boas%20Pr%20c3%20a1ticas%20de%20Enfermagem.pdf>

Reis, M. (2019). *Lesão Renal Aguda em contexto de Cuidados Intensivos: do Diagnóstico Etiológico ao Tratamento - uma revisão da literatura* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8688/1/6877_14673.pdf

Rose, S., Ashari, N., Davies, J., Solis, L., & O'Neill, T. (2022). Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695–701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>

Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 211–219. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337–342. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000890>

Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A., Nishisaki, A., Niles, D., Meaney, P., Boyle, L., Giordano, R., Davis, D., Priestley, M., Apkon, M., Berg, R., Nadkarni, V., & Sutton, R. (2014). Interdisciplinary ICU Cardiac Arrest Debriefing Improves Survival Outcomes. *Critical Care Medicine*, 42(7), 1688–1695. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000327>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: protocolo de *scoping review*”



OS EFEITOS DO DEBRIEFING NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Marta Oliveira¹; Cristina da Fonte¹; Ana Verónica Lino¹; Manuela Madureira²; Filipa Veludo²

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, ICS, UCP, Lisboa, Portugal; ²PhD, Professora Auxiliar no ICS, UCP, Lisboa, Portugal

Introdução

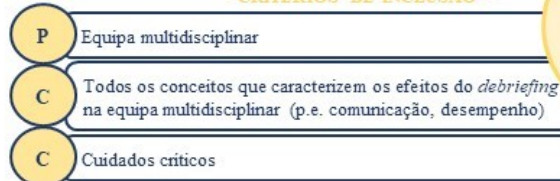
Debriefing: momento de reflexão e partilha sobre a ação, em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão do desempenho tanto da equipa como de cada indivíduo que a constitui. O *debriefing* clínico “(...) permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática (...) e minimizem os riscos futuros de eventos adversos” (Gilmartin et al., 2020, p.1).

Objetivo

Apresentar o protocolo de *scoping review* - Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO -



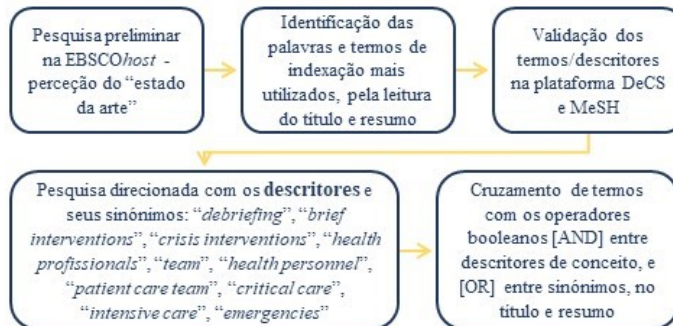
SCOPING REVIEW:
metodologia
Joanna Briggs
Institute

(Peters et al., 2020)

Incluem-se estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; sem restrição temporal.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO -

Estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação clínica.



Resultados

- Seleção e análise dos estudos por 3 revisores independentes:

Leitura dos títulos e resumos dos artigos



Análise do texto integral dos artigos selecionados

- Cruzamento de dados entre os revisores para consenso dos estudos a incluir; divergências discutir-se-ão com toda a equipa investigadora.
- Processo de seleção dos estudos: Diagrama de fluxo PRISMA-ScR (PRISMA extension for Scoping Review). (Tricco et al., 2018)
- Processo de extração de dados: Tabela adaptada do “*template study details, characteristics and results extraction*”.
- Análise dos dados extraídos: Tabela vertical com descrição do tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados.
- Recolha dos dados dos estudos elegíveis: Apresentada de forma narrativa e descritiva. Recurso a tabelas e/ou diagramas se facilitar a análise dos resultados.

Conclusão

Sistematizaram-se assim as etapas metodológicas inerentes à *scoping review*: Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave

Debriefing, Team, Critical Care

Referências



APÊNDICE II – Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”



OS EFEITOS DO DEBRIEFING NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cristina da Fonte¹; Ana Verónica Lino¹; Marta Oliveira¹; Manuela Madureira²; Filipa Veludo²
¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, ICS, UCP, Lisboa, Portugal;
²PhD, Professora Auxiliar no ICS, UCP, Lisboa, Portugal

1 INTRODUÇÃO

O que é o debriefing?

Momento de partilha em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão e reflexão do desempenho da equipa, assim como a de cada elemento que a constitui.

O *debriefing* clínico, "(...) permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática, desenvolvam estratégias que melhorem as experiências da pessoa em situação crítica e minimizem os riscos de eventos adversos" (Gilmartin et al., 2020)

2 OBJETIVO

Mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Scoping Review, segundo a metodologia Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020)

Critérios de inclusão Estudos de natureza primária/secundária, de opinião ou revisões narrativas, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, sem friso temporal

- P** Profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica
- C** Efeitos do *debriefing*
- C** Cuidado à pessoa em situação crítica



American Translators Association (2022)

Critérios de exclusão Estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação clínica

DESCRITORES

- *Debriefing; Brief interventions; Crisis interventions; Health professionals; Patient care team; Health personnel; Team; Critical Care; Intensive Care; Emergencies*

Fontes de pesquisa

- Bases de dados internacionais, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e referências bibliográficas dos artigos selecionados

Seleção de dados

- Leitura de títulos, resumos e texto integral por três revisores independentes

Processo de extração de dados

- Tabela adaptada do "template study details, characteristics and results extraction" (Peters et al., 2020) com: nome do artigo, ano e autores; tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados

4 RESULTADOS

- Bem-estar da equipa (Cantu & Thomas, 2020) com benefício psicológico (Gilmartin et al., 2020)
- Gestão de stress em situações de emergência (Rose et al., 2022)
- Aumento do conforto em situações de reanimação (Aponte-Patel et al., 2018)
- Promoção do trabalho em equipa (Rose et al., 2022; Cincotta et al., 2021)
- Melhoria do desempenho e do conhecimento (Edelson et al., 2008)
- Aumento da consciência situacional (Lyman, 2021)
- Exploração de sentimentos contribuindo para o reconhecimento emocional positivo por toda a equipa (Rose et al., 2022)
- Aumento da capacidade de liderança (Edelson et al., 2008; Lyman, 2021)
- Aumento da cooperação (Lyman, 2021), da comunicação (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021) e da relação entre a equipa (Rose et al., 2022)

5 CONCLUSÃO

A presente *Scoping Review* mapeou os efeitos dos *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica em duas vertentes essenciais: **benefícios individuais** (bem-estar, gestão do stress, conhecimentos e desempenho, segurança, confiança, sensação de pertença na equipa e consciência situacional) e **benefícios na equipa** (reconhecimento emocional dos pares, comunicação na equipa, dinâmicas de equipa; liderança).

6

PALAVRAS-CHAVE

- *Debriefing*
- *Team*
- *Critical Care*

7

REFERÊNCIAS



APÊNDICE III – Resumo para submissão do Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: protocolo de *scoping review*”

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Título do Poster: Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: protocolo de *scoping review*

Autoria(s): Marta Oliveira¹; Cristina da Fonte¹; Ana Verónica Lino¹; Maria Manuela Madureira²; Filipa Veludo²

Afiliação do(s) autor(es): Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Outros dados Pessoais: ¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, ICS, UCP. Lisboa, Portugal; ²PhD, Professora Auxiliar no ICS, UCP. Lisboa, Portugal.

Email de correspondência: martassoliveira93@gmail.com

Introdução: O *debriefing* é um momento de reflexão e partilha sobre a ação, em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão do desempenho da equipa, mas também de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde, o *debriefing* clínico, permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática e minimizem os riscos futuros de eventos adversos (Gilmartin et al., 2020). O *debriefing* é recomendado em orientações de ressuscitação cardiopulmonar (Kronich et al., 2015), contudo, a evidência diz-nos que este raramente ocorre (Twigg, 2020). Durante o *debriefing*, que não se deve centrar apenas em situações de carácter técnico, mas também incluir questões interpessoais, comportamentos e/ou emoções, ressalva-se os pontos positivos e os pontos a melhorar, estimula-se uma aprendizagem refletida que, ao ser transferida para a prática clínica, resulta numa melhoria da qualidade em saúde, com crescimento e confiança interdisciplinar, e bem-estar psicoemocional (Kessler et al., 2015).

Objetivo: Apresentar o protocolo de *scoping review* – Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica.

Materiais e métodos: A *scoping review* realizar-se-á segundo as etapas preconizadas na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), e construir-se-á em torno da questão de investigação “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica?”, assente na mnemónica PCC – População, Conceito e Contexto. Considerou-se População “equipa multidisciplinar”, Conceito – serão incluídos todos os conceitos que caracterizem os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar (exemplo: comunicação, desempenho ou outros indicadores de resultados dos estudos selecionados), e Contexto “cuidados críticos”. Incluir-se-ão estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, sem restrição temporal por se tratar de um fenómeno ainda com pouca evidência científica publicada. Definem-se como critérios de exclusão: estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação clínica.

Procedeu-se a uma pesquisa preliminar, de artigos indexados, sobre o fenómeno *debriefing*, na plataforma científica EBSCOhost, permitindo uma busca avançada em diversas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library; Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina e Cochrane Clinical Answers. Com a perceção do “estado da arte”, identificaram-se as palavras e termos de indexação mais utilizados, através da leitura do título (TI) e resumo (AB). Os termos identificados foram validados, por recurso à plataforma dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos termos *Medical Subject Headings* (MeSH).

Numa segunda etapa, procedeu-se a uma pesquisa mais direcionada, com os descritores e seus sinónimos, e termos de uso comum: “*debriefing*”, “*brief interventions*”, “*crisis interventions*”, “*health professionals*”, “*team*”, “*health personnel*”, “*patient care team*”, “*critical care*”, “*intensive care*”, “*emergencies*”. Cruzaram-se os termos com os operadores booleanos [AND] entre descritores de conceito, e [OR] entre sinónimos.

Os descritores foram utilizados em todas as fases de pesquisa no título, resumo e texto integral.

Numa terceira etapa, realizou-se uma análise das referências bibliográficas dos estudos identificados, e da literatura cinzenta, com o intuito de identificar fontes adicionais que possam ser consultadas online no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Resultados: A seleção e análise dos estudos será feita por três revisores independentes – para minimizar vieses na investigação (Peters et al., 2020) –, através da leitura dos títulos e

resumos dos artigos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos. Posteriormente, proceder-se-á à análise do texto integral dos artigos selecionados, com o intuito de verificar a adequação dos seus resultados comparando-os com os critérios de elegibilidade. Cruzar-se-ão os dados entre os revisores para obter consenso dos estudos a incluir, sendo que as divergências serão discutidas com toda a equipa de investigação. O processo de seleção dos estudos representar-se-á em diagrama de fluxo segundo as recomendações da *checklist* do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review*) (Peters et al., 2020), o processo de extração de dados será espelhado em tabela de adaptação ao modelo “*template study details, characteristics and results extraction*” (Peters et al., 2020), a análise dos dados extraídos será apresentada em tabela vertical, detalhando o tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados relevantes. A recolha dos dados dos estudos elegíveis será apresentada de forma narrativa e descritiva, num resumo lógico que se coadune com o objetivo do estudo. Nesta síntese poderá recorrer-se à categorização dos dados, tendo por base o seu valor semântico. Projeta-se o recurso a tabelas e/ou diagramas sempre que facilitar a análise dos resultados.

Conclusão: O presente resumo sistematiza as etapas metodológicas inerentes à *scoping review*: Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica.

Palavras-Chave: *Debriefing; Team; Critical Care.*

Referências bibliográficas:

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000913>

Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

Kronick, S., Kurz, M., Lin, S., Edelson, D., Berg, R., Billi, J., Cabanas, J., Cone, D., Diercks, D., Foster, J., Meeks, R., Travers, A., & Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18), 397–413. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000258>

Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências, JBI, 2021 (Capítulo 11: *Scoping Reviews*). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. [https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850)

Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337–342. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000890>

APÊNDICE IV – Resumo para submissão do Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

Escola de Enfermagem (Lisboa) – Instituto de Ciências da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Título do Poster: Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica

Autoria(s): Cristina da Fonte¹; Marta Oliveira¹; Ana Verónica Lino¹; Manuela Madureira²; Filipa Veludo²

Afiliação do(s) autor(es): Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Outros dados Pessoais: ¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, ICS, UCP. Lisboa, Portugal; ²PhD, Professora Auxiliar no ICS, UCP. Lisboa, Portugal.

Email de correspondência: cristinasdafonte@gmail.com

Introdução: O *debriefing* é um momento de partilha em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão e reflexão do desempenho da equipa, assim como a de cada elemento que a constitui. Na área da saúde, o *debriefing* clínico, “é um método que permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática, desenvolvam estratégias que melhorem as experiências das pessoas doentes e minimizem os riscos futuros de eventos adversos” (Gilmartin et al., 2020, p.1). Embora seja recomendado (Kronich et al., 2015), a evidência revela que raramente ocorre (Twigg, 2020).

Objetivo: Mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos: *Scoping Review*, segundo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020); **Critérios de inclusão:** População (P) - profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica; Conceito (C) “efeitos do *debriefing*”; Contexto (C) “cuidado à pessoa em situação crítica”; estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, sem friso temporal. **Critérios de exclusão:** Estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação

clínica. Descritores: *Debriefing; Brief interventions; Crisis interventions; Patient care team; Health personnel; Team; Critical Care; Intensive Care; Emergencies*, cruzados com os operadores booleanos [AND] entre descritores de conceitos e [OR] entre sinónimos, no título e resumo. Fontes de pesquisa: Bases de dados internacionais, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e referências bibliográficas dos artigos selecionados. Tipo de estudos: qualquer estudo de natureza primária ou secundária, de opinião ou revisões narrativas. Seleção dos dados: seleção por leitura de títulos, resumos e texto integral por três revisores independentes, sendo as divergências discutidas com toda a equipa de investigação. Processo de extração de dados: Tabela adaptada do “*template study details, characteristics and results extraction*” (Peters et al., 2020), com os seguintes itens de análise: nome do artigo, ano e autores; tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados relevantes.

Resultados: A pesquisa preliminar resultou em 852 artigos. Após remoção dos duplicados foram identificados 676 artigos, dos quais 105 e 34 foram excluídos por título e resumo, respetivamente. Foram analisados 36 artigos por texto integral, dos quais 29 foram excluídos por não responderem aos critérios de elegibilidade. A utilização do *debriefing* por parte da equipa multidisciplinar demonstrou ser uma partilha que os próprios definiam como útil para a promoção do seu bem-estar (Cantu & Thomas, 2020) com benefício psicológico (Gilmartin et al., 2020), tornando-se uma ferramenta útil para os profissionais na gestão do seu *stress* em situações de emergência (Rose et al., 2022). Os enfermeiros referiram que o seu nível de conforto em situações de reanimação, após utilização do *debriefing*, aumentou (Aponte-Patel et al., 2018), pelo melhor desempenho e conhecimento do reanimador na ressuscitação cardíaca (Edelson et al., 2008), pelo nível da sua confiança (Lyman, 2021) e pelo aumento da sua consciência situacional (Lyman, 2021). A equipa multidisciplinar eleva o *debriefing* como promotor de sentimento de pertença na equipa com partilha de emoções comuns que diminuem a sensação de “estar sozinhos” (Rose et al., 2022). A exploração de emoções durante o *debriefing* contribuiu para o reconhecimento emocional positivo por toda a equipa (Rose et al., 2022), com experiência de emoções semelhantes, manifestando um sentimento de segurança. Os profissionais de saúde referem que a utilização do *debriefing* aumentou a sua capacidade de liderança (Edelson et al., 2008; Lyman, 2021). Estudos demonstram que a utilização do *debriefing* ajudou a promover trabalho em equipa (Rose et al., 2022; Cincotta et al., 2021) resultando em melhores cuidados para a pessoa. A utilização do *debriefing*

aumentou a cooperação entre os profissionais (Lyman, 2021), melhorando a comunicação entre a equipa (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021) e a relação entre os mesmos (Rose et al., 2022). De uma forma geral, compreendeu-se que o *debriefing* é uma partilha que promove a qualidade dos cuidados, assim como a prática clínica (Gilmartin et al., 2020). O *debriefing* demonstrou ser um momento relevante para a prática e útil para os profissionais ajudando-lhes e mostrando-lhes como “fazer melhor” na situação seguinte (Rose et al., 2022).

Conclusão: A presente *scoping review* mapeou os efeitos dos *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica em duas vertentes essenciais: benefícios individuais (bem-estar, gestão do stress, conhecimentos e desempenho, segurança, confiança, sensação de pertença na equipa e consciência situacional) e benefícios na equipa (reconhecimento emocional dos pares, comunicação na equipa, dinâmicas de equipa, liderança).

Palavras-chave: *Debriefing; Team; Critical Care.*

Referências Bibliográficas:

Aponte-Patel, L., Salavitar, A., Fazzio, P., Geneslaw, A. S., Good, P., & Sen, A. I. (2018). Implementation of a Formal Debriefing Program After Pediatric Rapid Response Team Activations. *Journal of Graduate Medical Education, 10*(2), 203–208. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-17-00511.1>

Cantu, L., Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine, 20*(82). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00372-5>

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, 33*(5), 780-787. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>

Edelson, D. P., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D. S., Vanden Hoek, T. L., Becker, L. B., & Abella, B. S. (2008). Improving in-hospital cardiac arrest process and outcomes with performance debriefing. *Archives of Internal Medicine, 168*(10), 1063–1069. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.10.1063>

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000913>

Lyman K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. *International Emergency Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>

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. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695–701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>

APÊNDICE V – Protocolo de *Scoping Review* – “Os efeitos do *debriefing* centrado no cuidado: na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica – A *Scoping Review*”

Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW* -

“Os efeitos do *debriefing* centrado no cuidado: na equipa
multidisciplinar e na pessoa em situação crítica”

Marta Sofia da Silva Oliveira

Cristina Santos da Fonte

Ana Verónica da Fonseca Lino

Prof^ª. Doutora Maria Manuela Madureira

Prof^ª. Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

JBI - *Joanna Briggs Institute*

ICU - *Intensive Care Unit*

MeSH - *Medical Subject Headings*

OSF - *Open Science Framework*

PCC - População, Conceito, Contexto

PICU - *Pediatric Intensive Care Unit*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

1. PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

1.1 TÍTULO

“Os efeitos do *debriefing* centrado no cuidado: na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica – A *Scoping Review*”

1.2. INFORMAÇÃO DOS AUTORES

- Marta Sofia da Silva Oliveira, RN (ORCID ID: 0000-0001-8380-9152), Mestranda de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa, Enfermeira no Hospital Dona Estefânia, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Portugal, martassoliveira93@gmail.com

- Cristina Santos da Fonte, RN (ORCID ID: 0000-0002-9223-0561) Mestranda de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa Enfermeira no Hospital Dona Estefânia, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Portugal, cristinasdafonte@gmail.com

- Ana Verónica da Fonseca Lino, RN (ORCID ID: 0000-0001-5725-566X), Mestranda de Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Enfermeira no Hospital Curry Cabral, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Portugal, veronicafonsecalino@gmail.com

- Maria Manuela Madureira, PhD, MSc, RN (ORCID ID: 0000-0002-6444-3770), Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Palma de Cima, 1649-023 Lisboa, Portugal, madureira@ucp.pt

- Filipa Veludo, PhD, MsEC, RN (ORCID ID: 0000-0001-8749-0193), Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Palma de Cima, 1649-023 Lisboa, Portugal, fveludo@ucp.pt

1.3. CORPO PRINCIPAL

1.3.1. Introdução

O *debriefing* é um processo de comunicação em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão e reflexão do desempenho da equipa, mas também de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde, o *debriefing* clínico, permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática, desenvolvam estratégias que melhorem as experiências das pessoas doentes e minimizem os riscos futuros de eventos adversos (Gilmartin et al., 2020).

Sendo promotor da segurança do doente, muito pela melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, o *debriefing* é recomendado em orientações de ressuscitação cardiopulmonar (Kronich et al., 2015), contudo, a evidência diz-nos que este momento de reflexão e partilha sobre a ação raramente ocorre (Twigg, 2020). Um estudo conduzido por Malik et al. (2020), que abrangeu 193 hospitais americanos, constatou que apenas 1 em cada 7 hospitais realizaram frequentemente sessões de *debriefing* após eventos críticos. A falta de tempo, o trabalho excessivo, a ausência de um espaço apropriado, a inexperiência/ausência de um elemento facilitador/moderador da reflexão, o desconhecimento e/ou a dificuldade em escolher uma ferramenta de implementação formal do *debriefing*, o medo de julgamento e dificuldades na comunicação, são algumas das barreiras identificadas à realização do *debriefing* (Gilmartin et al., 2020; Kessler et al., 2015; Malik et al., 2020; Twigg, 2020).

Ocorrendo uma análise em equipa do evento crítico experienciado, com enfoque nos pontos positivos e identificação de pontos a melhorar (Kessler et al., 2015), estimula-se uma aprendizagem refletida (individual e multidisciplinar). Da transferência dessa aprendizagem refletida para a prática clínica, resulta uma melhoria da qualidade em saúde, que se reflete não apenas na fomentação de uma cultura de segurança, crescimento e confiança interdisciplinar, como também na melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, em melhores *outcomes* para a pessoa.

Segundo Kessler et al. (2015), importa que a análise realizada sobre o evento crítico não se centre apenas em situações de carácter técnico, mas também inclua questões interpessoais, que possam ser consideradas disfuncionais, comportamentos e/ou emoções.

Pretende-se que esta “conversa guiada e reflexiva de aprendizagem” (Coggins et al. 2020) melhore a comunicação multidisciplinar, desenvolva o espírito reflexivo da equipa, e

capacite os profissionais de saúde para o reconhecimento de ameaças latentes à segurança do doente e sua intervenção preventiva.

Contextualizada a problemática em estudo, o *debriefing*, e na sequência de uma pesquisa preliminar do estado da arte, definimos duas questões de investigação e dois objetivos em consonância com a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto).

Por forma a garantir que esta investigação ainda não estaria a ser realizada, recorreremos às plataformas *Prospero*, *Joanna Briggs Institute (JBI)*, *Open Science Framework (OSF)* confirmando que, à data da pesquisa inicial (abril de 2022), não estaria a ser realizada nenhuma investigação sobre o mesmo fenómeno, subordinada às questões de investigação definidas.

1.3.1.1. Objetivos

Os dois objetivos da *scoping review* consistem em “mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica” e “mapear os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica”.

1.3.2. Questão de Investigação

Definiram-se duas questões de investigação: “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica?” e “Quais os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica?”

1.3.2.1. Questão Detalhada PCC

“Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica?”

P – Equipa multidisciplinar

C – Efeitos do *debriefing*

C – Cuidado crítico

“Quais os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica?”

P – Pessoa em situação crítica

C – Efeitos do *debriefing*

C – Cuidado crítico

1.3.3. Critérios de Inclusão

- **População:** Estudos que incluam os profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) e/ou a pessoa em situação crítica (independentemente da faixa etária).
- **Conceito:** Estudos que demonstrem a relação/os efeitos resultantes da prática de *debriefing*, em equipas multidisciplinares que cuidam da pessoa em situação crítica, e/ou na própria pessoa em situação crítica.
- **Contexto:** Estudos que incluam unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência e pré-hospitalar.

Excluem-se os estudos que se refiram ao *debriefing* entre profissionais que não integrem qualquer disciplina de saúde, e ao *debriefing* que não ocorra no contexto supradescrito e/ou que ocorra em contexto de simulação clínica.

1.3.4. Tipo de fontes de evidência

Inicialmente a estratégia de pesquisa e a identificação dos estudos pretendidos, realiza-se através de uma pesquisa “aberta” aumentando a sensibilidade da pesquisa ao incluir os diversos estudos existentes. Assim, relativamente ao tipo de fontes de evidência para a realização da *scoping review* serão considerados estudos primários, secundários, relatórios, artigos de texto e opinião, considerando-se para inclusão os diferentes tipos de estudos de investigação. Incluem-se artigos em português, francês, castelhano e inglês, cujo texto integral esteja disponível de forma gratuita.

1.3.5. Estratégias de Pesquisa

A *scoping review* realizar-se-á segundo as etapas preconizadas na metodologia do JBI para a síntese de evidências (Peters et al., 2020). Num primeiro momento, procedeu-se a uma pesquisa preliminar, de artigos indexados, sobre o fenómeno *debriefing*, na plataforma científica *EBSCOhost*, uma vez que esta permite uma busca avançada em diversas bases de dados nomeadamente: *CINAHL Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library*; *Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina* e *Cochrane Clinical Answers*. Com a

percepção do “estado da arte”, identificaram-se as palavras e termos de indexação mais utilizados, através da leitura do título (TI) e resumo (AB). Os termos identificados foram validados, recorrendo à plataforma dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos termos *Medical Subject Headings* (MeSH), e também a termos de utilização de uso comum.

Numa segunda etapa, procedeu-se a uma pesquisa mais direcionada ao fenómeno e objetivos definidos, com os descritores e seus sinónimos, e termos de uso comum, por título (TI) e resumo (AB): “*debriefing*”, “ICU”, “*intensive care*”, “PICU”, “*emergency*”, “*emergency room*”, “*critical care*”, “*emergency care*”, “*patient*”, “*team*”, “*health professional*”, “*healthcare professional*”, “*health personnel*”, “*multidisciplinary team*”, “*patient care team*”. Cruzaram-se os termos com os operadores booleanos [*AND*] entre descritores de conceito, e [*OR*] entre sinónimos, considerando as especificações da *EBSCOhost* (Anexo A). A pesquisa realizou-se sem restrição temporal e com palavras-chave em inglês, relacionados com a temática, de forma a abranger o maior número de estudos disponíveis.

1.3.6. Seleção de Fontes de Evidência

Numa primeira etapa, para a seleção dos estudos/fontes de evidência, preconiza-se uma leitura dos títulos, excluindo-se os que não cumpram os critérios de inclusão definidos pelas revisoras. Numa segunda etapa, realizar-se-á uma leitura dos resumos de cada estudo, seleccionando aqueles que se enquadrem no fenómeno em análise. Numa última etapa, os estudos seleccionados serão analisados na íntegra, com o intuito de verificar a adequação dos seus resultados comparando-os com os critérios de elegibilidade.

Ao longo das 3 etapas (triagem por título, resumo e texto integral), e com o objetivo de minimizar vieses na investigação, a seleção e análise dos estudos será realizada de forma independente por 3 revisoras (Peters et al., 2020). Quando concluída a terceira etapa cruzar-se-ão dados entre as revisoras, para obter consenso dos estudos que serão incluídos através da discussão. Eventuais discordâncias serão resolvidas por consenso entre toda a equipa de investigação, ou por decisão de um quarto/quinto revisor. Os critérios de exclusão dos estudos analisados na segunda etapa serão registados e descritos no relatório da *scoping review*. Por se tratar de uma *scoping review*, não será realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos (Peters et al., 2020).

1.3.7. Extração de Dados

Os dados obtidos da pesquisa realizada serão apresentados na íntegra na *scoping review*, e representados em diagrama de fluxo conforme as recomendações da *checklist* do PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Review*) (Tricco et al., 2018; Peters et al., 2020). Incluir-se-ão os critérios Identificação, Seleção/Triagem, Elegibilidade e Incluídos.

No critério Identificação, será representado o número de estudos relacionados com o fenómeno em estudo, identificados nas bases de dados anteriormente mencionadas. No critério Seleção/Triagem, será representado o número de estudos selecionados para leitura por título, resumo e texto integral, após eliminação *a priori* dos estudos duplicados. No critério Elegibilidade, serão representados os estudos elegíveis, que contemplem os requisitos estabelecidos e que se apresentem em texto completo. No critério Incluídos, representar-se-á a totalidade dos estudos selecionados para inclusão na *scoping review* (Peters et al., 2020).

Posteriormente, após a seleção dos estudos, os dados obtidos com as diferentes seleções de artigos serão extraídos por três revisoras de forma independente. Ter-se-á por base uma adaptação ao modelo “*template study details, characteristics and results extraction*”, de forma a dar resposta aos objetivos e questões de investigação. Este modelo consiste num instrumento para extração de dados com detalhes na fonte, nas características e na extração de resultados, disponibilizado pelo JBI (Peters et al., 2020). Por ser um modelo preliminar poderá sofrer alterações no decurso do processo de extração de dados, considerando as necessidades que surgirem, acrescentando dados que as revisoras considerem pertinentes ao longo da leitura das publicações (Peters et al., 2020). Caso surjam modificações serão expostas no relatório da *scoping review*.

Relativamente aos dados extraídos dos estudos, serão analisados, registados e apresentados em tabela, em formato vertical, no relatório da *scoping review*. Esses dados fornecerão detalhes específicos relativos ao tipo de documento em análise, autor(es) e ano de publicação, desenho do estudo, objetivos e resultados relevantes para dar resposta às questões de investigação e objetivos delineados. Estas informações serão extraídas e registadas pelas revisoras, no instrumento de extração de dados acima referido e, em caso de divergências, serão resolvidas por discussão ou com recurso a um quarto/quinto revisor. Se necessário, os autores dos artigos serão contactados para solicitar dados adicionais (Peters et al., 2020).

1.3.8. Síntese dos Dados

Os dados dos estudos elegíveis serão apresentados de forma narrativa contendo a discussão dos resultados e a descrição da sua relação com os objetivos e questões de investigação. Sempre que necessário, recorrer-se-á à apresentação de tabelas e/ou diagramas explicativos, tal como sugerido pelo JBI, uma vez que estes são facilitadores do mapeamento dos dados extraídos (Peters et al., 2020).

1.4. Referências Bibliográficas

Coggins, A., De Los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(79). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-000913>

Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

Kronick, S., Kurz, M., Lin, S., Edelson, D., Berg, R., Billi, J., Cabanas, J., Cone, D., Diercks, D., Foster, J., Meeks, R., Travers, A., & Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18), 397–413. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000258>

Malik, A., Nallamotheu, B., Trumpower, B., Kennedy, M., Krein, S., Chinnakondepalli, K., Hejjaji, V., & Chan, P. (2020). Association Between Hospital Debriefing Practices With Adherence to Resuscitation Process Measures and Outcomes for In-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(11), 887–893. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006695>

Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências, JBI, 2021 (Capítulo 11: *Scoping Reviews*). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337–342. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000890>

Anexo A – Operacionalização da estratégia de pesquisa booleana (EBSCO)

Histórico/alertas de busca

[Imprimir histórico de busca](#) [Recuperar buscas](#) [Recuperar alertas](#) [Salvar buscas / alertas](#)

<input type="checkbox"/> Selecionar/desmarcar todos <input type="button" value="Buscar com AND"/> <input type="button" value="Busca com OR"/> <input type="button" value="Excluir buscas"/> <input type="button" value="Atualizar resultados da busca"/>			
<input type="checkbox"/>	Buscar Termos da busca <small>número de ID</small>	Opções de busca	Ações
<input type="checkbox"/>	S49 S3 AND S25 AND S48	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,159) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S48 S28 OR S47	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,824,419) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S47 S31 OR S34 OR S37 OR S40 OR S43 OR S46	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (600,840) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S46 S44 OR S45	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (850) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S45 AB patient care team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (698) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S44 TI patient care team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (189) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S43 S41 OR S42	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (38,487) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S42 AB multidisciplinary team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (36,928) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S41 TI multidisciplinary team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,184) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S40 S38 OR S39	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (7,568) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S39 AB health personnel	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (6,407) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S38 TI health personnel	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,500) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S37 S35 OR S36	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (93,821) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S36 AB healthcare professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (88,699) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S35 TI healthcare professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (12,355) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S34 S32 OR S33	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (130,552) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S33 AB health professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (122,232) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S32 TI health professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (18,203) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S31 S29 OR S30	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (393,611) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S30 AB team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (358,184) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S29 TI team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (68,851) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S28 S26 OR S27	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,502,558) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S27 AB patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (10,428,811) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S26 TI patient	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,593,950) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S25 S6 OR S9 OR S12 OR S15 OR S18 OR S21 OR S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (925,806) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S24 S22 OR S23	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (20,658) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S23 AB emergency care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (15,776) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S22 TI emergency care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (7,360) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S21 S19 OR S20	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (68,864) Exibir detalhes Editar

<input type="checkbox"/>	S20	AB critical care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (52,194) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S19	TI critical care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (29,514) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S18	S16 OR S17	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (35,879) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S17	AB emergency room	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (32,941) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S16	TI emergency room	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (5,822) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S15	S13 OR S14	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (555,550) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S14	AB emergency	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (466,988) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S13	TI emergency	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (210,802) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S12	S10 OR S11	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (12,131) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S11	AB picu	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,160) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S10	TI picu	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (2,173) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (203,243) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S8	AB intensive care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (261,127) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S7	TI intensive care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (86,301) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (141,728) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S5	AB icu	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (128,852) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S4	TI icu	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (27,566) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (9,551) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S2	AB debriefing	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (8,898) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S1	TI debriefing	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,972) Exibir detalles Editar

APÊNDICE VI – Reflexão – “A família da pessoa em situação crítica – da identificação de necessidades ao cuidado de Enfermagem”

A família da pessoa em situação crítica – da identificação de necessidades ao cuidado de Enfermagem

O ato de cuidar tem tanto de bonito como de complexo – sempre que cuido de alguém penso e sinto isto. Cuidar de uma pessoa é mais do que oscilar entre promoção de bem-estar, alívio de dor e sofrimento, otimização de necessidades individuais, realização de manobras de reanimação, é também considerar que a pessoa se estende à sua família e também a família precisa de ser envolvida e considerada no processo de cuidado.

Cada um de nós já foi esse familiar, de uma pessoa admitida num serviço de urgência ou numa unidade de cuidados intensivos. E eu já fui, sou e serei, uma das pessoas que reflete sobre como se sentiu nesse papel, de familiar, e sobre como pretendo, como enfermeira, cuidar para que os familiares se sintam também eles suportados.

Felizmente têm-se dado largos passos na direção da prestação de cuidados humanísticos, sendo a família cada vez mais incluída no processo de cuidado. O próprio regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, dita que o cuidado deve ser prestado à “pessoa e família/cuidador”, família esta definida pelo International Council of Nurses enquanto “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2011, p.115).

Na minha realidade, na UCIP, cada criança pode ter um acompanhante (geralmente, o pai ou a mãe) nas 24 horas, pelo que o estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados é algo que considero fundamental e já inerente à minha prática. A explicação e validação dos cuidados por mim prestados, a estimulação para o envolvimento do familiar nos cuidados (quando possível e a pessoa se encontra disponível e preparada), a escuta ativa e apoio emocional, são intervenções diárias. E são essas intervenções que me permitem estabelecer uma relação com a família que, sendo quem melhor conhece a pessoa (criança/jovem), me pode ajudar a individualizar os meus cuidados, fornecendo-me informação sobre gestos, expressões e gostos pessoais de quem cuido (Ramos et al., 2018), ainda mais fulcral quando, inerente à condição clínica, existe uma barreira de comunicação (Campos, 2014).

Diversos autores referem que as necessidades da família de uma pessoa internada, em contexto de urgência ou cuidados intensivos, são várias, em diferentes dimensões, mas que a própria família as tende a desvalorizar (Ramos et al., 2018), como para que o foco seja

única e exclusivamente o seu familiar. Contudo, importa lembrar que o sistema família assenta em subsistemas – que se constroem pelas interações dos seus elementos e pelas funções e papéis que estes desempenham, nos diversos contextos –, e que cada elemento da família ocupa uma determinada posição, estando a si inerentes papéis e expectativas relativas ao desempenho desses papéis, pelo que, um processo de saúde-doença que um elemento experiencie, afeta todos os outros elementos (Campos, 2014). Assim, surge a necessidade da intervenção de Enfermagem neste processo de transição, importando que o cuidado se estenda à pessoa e sua família como um todo.

Desde o primeiro dia de estágio no SUGP que uma particularidade desse serviço me surpreendeu – em parte pela minha experiência pessoal enquanto familiar de pessoas que recorrem esporadicamente a serviços de urgência. Há um gabinete de informação, disponível das oito às vinte horas, diariamente, para transmissão de informação aos familiares/cuidadores das pessoas que se encontram sob observação, quer no balcão de ambulatorios, quer no balcão de macas, mediante autorização por consentimento livre e esclarecido das próprias pessoas. O mesmo acontece ao nível das 5 salas de observação, em que o enfermeiro alocado a cada sala, geralmente, assume o contacto com os familiares, quando as pessoas internadas não têm consigo telemóvel, e autorizam o contacto. No turno que realizei no SO pude experienciar este contacto e sentir a tranquilidade das famílias com a informação partilhada. Apesar de se traduzir num pequeno gesto, é com pequenos gestos destes que se intervém ao nível da vivência das transições da pessoa e sua família.

Jorge & Madureira (2020) identificaram cinco categorias de necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência, sendo a segurança e a informação as mais priorizadas pelas famílias em estudo. Relativamente à segurança, importa à família que os profissionais de saúde se preocupem com o seu familiar, que os cuidados prestados sejam os melhores possíveis, e que as respostas às questões que colocam aos profissionais de saúde sejam sinceras; relativamente à informação, importa à família ser frequentemente atualizada, compreender as informações que lhe são transmitidas, obter respostas sinceras às questões colocadas, ter a certeza que o conforto do seu familiar está assegurado, e falar com um enfermeiro ou um médico (Jorge & Madureira, 2020).

Na admissão de uma pessoa nas salas de reanimação/trauma o foco é identificar problemas, estabelecer diagnósticos e intervir o mais precocemente possível. A pessoa é encaminhada para as salas e a família acaba por ter uma porta como barreira. Essa porta pode, tanto ser a barreira que protege a família da violência de uma reanimação, como também pode, e deve ser, o acesso ao esclarecimento e apoio emocional. Podemos

demonstrar preocupação e acolher a família, dizer-lhe que se está a cuidar o melhor possível do seu familiar, procurando aliviar o seu sofrimento, sem descuidar a pessoa em situação crítica enquanto foco de cuidado. Um elemento da equipa pode e deve fazê-lo.

Recordo-me do Sr. L., admitido por ventilação comprometida, fadiga extrema, agitação, e da sua esposa se encontrar na entrada da urgência. Recordo-me da sua aflição, e de lhe dizer que iríamos cuidar do seu marido e que, assim que possível, falaríamos novamente com ela. Otimizou-se a situação clínica, administrou-se terapêutica endovenosa, geriu-se oxigenoterapia suplementar de alto débito, e quando o Sr. L. estabilizou clinicamente a sua esposa visitou-o na sala, acompanhada por um médico que lhe deu informação sobre o estado de saúde do seu marido, e por mim e pela enfermeira S. que a acompanhámos durante o momento da visita, esclarecendo as suas questões, como as relativas ao conforto.

Por vezes, as pessoas carecem de encaminhamento para internamento em UCI, internamento este particularmente difícil para a família pelo seu carácter inesperado e imprevisível, pela incerteza relativa ao prognóstico e pela possibilidade de sequelas ou mesmo morte do familiar (Campos, 2014). Sentimentos de ansiedade, tristeza, medo, incerteza quanto à mudança causada na vida familiar pela doença, e desamparo relacionado com a situação clínica e a carência de informação são os mais experienciados pela família da pessoa em situação crítica (Cabete et al., 2019; Ramos et al., 2018). À complexidade tecnológica, com todo o ruído inerente, monitorização e dispositivos invasivos, alia-se o sentimento de impotência e incapacidade para ajudar o familiar, mas também a esperança de que todos esses recursos permitam a sua recuperação (Cabete et al., 2019; Campos, 2014).

Campos (2014) no estudo por si conduzido, identificou as necessidades da família da pessoa em situação crítica internada em UCI, destacando como de maior importância, a obtenção de respostas sinceras às questões colocadas, o conhecimento do prognóstico do familiar, a obtenção de instruções sobre como proceder junto ao familiar, o conhecimento do motivo da realização de técnicas e exames, a necessidade de sentir que existe esperança, a obtenção de informações sobre o estado de saúde do familiar pelo menos uma vez por dia, e a necessidade de sentir que os profissionais se preocupam com o seu familiar – muitas destas idênticas às identificadas por Jorge & Madureira (2020) relativamente à família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência.

As necessidades identificadas foram então enquadradas em cinco dimensões, nomeadamente, participação, procura de informação, visitar, apoio emocional e recursos e sistemas de apoio, sendo as três primeiras as mais relevantes. Referem-se à necessidade de

inclusão da família nos cuidados e no processo de tomada de decisão, à necessidade de proximidade com o seu familiar doente, e de comunicação pessoalmente com os profissionais de saúde (Campos, 2014).

Recordo-me da visita do filho e da cunhada da Sra. B., com patologia neoplásica metastática, de estadió avançado, em falência multiorgânica. Aquando a entrada na UCI, expliquei e ajudei a família a colocar os equipamentos de proteção individual – foi solicitada que realizassem a higiene das mãos, foi oferecida nova máscara cirúrgica e fornecida uma bata. Na unidade da Sra. B., delimitada das outras pessoas internadas por cortinas, encontravam-se já duas cadeiras, junto à cama.

Se considerarmos o ambiente de uma UCI, compreendemos que a família precisa de ser acolhida. Baião (2017), sobre este domínio, diz-nos que o impacto visual da primeira visita é um dos grandes fatores geradores de *stress* e ansiedade.

Enquanto avançávamos na direção da unidade da Sra. B., informei que existiam diversos dispositivos e monitorização em torno da mesma, preparando-os para este impacto inicial, pois segundo Baião (2017) uma necessidade identificada pela família como sendo muito importante é a obtenção de informação sobre o ambiente da UCI antes do primeiro contacto. Após um momento de silêncio, em que a família procurou gerir as emoções do primeiro olhar sobre a familiar, expliquei-lhes a função do ventilador, e que o CVC permitia a administração de terapêutica para que a Sra. B. não tivesse dor, para que estivesse confortável. Expliquei-lhes que monitorizamos continuamente os sinais vitais e que, ao menor indício de desconforto, procuramos compreender o motivo, otimizamos o posicionamento, massajamos, e ajustamos a terapêutica. Da minha experiência, uma das grandes preocupações da família assenta no desconforto, na dor, pelo que procuro sempre tranquilizar quanto ao nosso cuidado no controlo da mesma. Questionei se tinham dúvidas, e perante o olhar que trocaram, percebi que naquele momento não, e optei por dar-lhes espaço. Baixei as grades da cama, aproximei as cadeiras e disse-lhes que era o momento deles, que poderiam falar ou tocar na Sra. B. e que eu estaria por perto caso precisassem de algo. Considero que dar espaço à família é importante, mas carece de uma explicação prévia sobre o modo como se podem aproximar e interagir com o familiar, uma vez que uma das dificuldades sentidas pela família de pessoas internadas em UCI é a forma como se deve comportar (Campos, 2014).

Os familiares permaneceram junto da Sra. B. até o desejarem. Questionei se precisavam de algo da minha parte ou da equipa médica, reforcei que apesar da situação clínica complexa estávamos a cuidar o melhor possível da Sra. B., orientei na remoção do

equipamento de proteção individual e referi a disponibilidade do serviço para qualquer contacto telefónico caso assim precisassem.

Recordo-me de me colocar no lugar daqueles familiares e de sentir o meu coração pequenino. Poderia ser eu no lugar deles, a olhar para um familiar meu naquela situação de vulnerabilidade extrema, a questionar-me se voltaria a falar com ele, se ele estaria confortável, se ele me sentia ali naquele momento. Procuro que o meu cuidado seja reflexo do que sou, e a Marta é tanto de racional como de emocional. Gosto que a família sinta que me preocupo com o seu familiar que está em situação crítica, que merece todo o meu respeito e o meu melhor cuidado.

Cabete et al. (2019) reforçam a importância do desenvolvimento de competências comportamentais e relacionais dos enfermeiros, o que permitirá, neste domínio específico, que o processo de envolvimento da família seja o mais harmonioso possível. Os mesmos autores salientam aspetos práticos importantes no contacto com a família, que fui evidenciando neste testemunho como inerentes à minha prática, nomeadamente, promover um ambiente confortável e privado durante a visita, informar a família sobre o ambiente que rodeia a pessoa e otimizá-lo, fornecer informações completas e honestas (informação esta que deve ser transmitida de forma acessível, sem termos demasiado técnicos, para que a família a compreenda (Baião, 2017), demonstrar respeito e sensibilidade e facultar apoio emocional. Ramos et al. (2018) acrescentam os conceitos de acompanhamento e acolhimento da família, como humanizadores do cuidado.

A admissão de uma pessoa em situação crítica, seja num serviço de urgência, seja numa UCI acarreta um conjunto de alterações, a diversos níveis, na vivência e dinâmica familiar. O processo de transição instala-se – como resposta ao acontecimento/evento disruptor (como a admissão nas salas de reanimação do serviço de urgência, ou no internamento na UCI) –, e multiplica-se nas diferentes categorias, sendo as mais comuns a de saúde-doença e a situacional. Por forma a promover uma transição o mais saudável possível, evitando a crise, é fundamental a intervenção de Enfermagem (Meleis, 2010; Meleis, 2012), que pode tanto ser uma intervenção terapêutica (que ocorre após as consequências da transição), como uma intervenção preventiva (que ocorre antes da transição ou das suas consequências) (Meleis, 2010). Questões como “haverá um futuro?”, “será este o fim?”, “se eu recuperar, como serei?” são algumas das que assaltam o pensamento das pessoas em situação crítica e suas famílias (Meleis, 2010), pelo que se torna fundamental o estabelecimento de uma relação, por via da comunicação, para se

conseguir acompanhar e apoiar a pessoa e a sua família nestas e em tantas outras questões ao longo da evolução da situação clínica.

Ao enfermeiro especialista compete, na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, o envolvimento da família no sentido de assegurar a satisfação das suas necessidades; ao enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, compete cuidar da pessoa e sua família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica, reconhecendo o impacto das transições na relação terapêutica junto da pessoa e sua família, assistindo a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, promovendo desta forma a satisfação do cliente e o bem-estar e o autocuidado, duas das categorias dos enunciados descritivos dos cuidados especializados (Regulamento n.º 361/2015; Regulamento n.º 429/2018; Regulamento n.º 140/2019).

Disponibilizar informação sobre a situação clínica da pessoa, quando esta o permite, é também cuidar da pessoa e da sua família, é responder a uma das necessidades a que a família dá mais importância. Respeitando o artigo 105º – Do dever de informação – da deontologia profissional, e não descurando o artigo 106º – Do dever de sigilo –, no meu dia-a-dia profissional, bem como durante as minhas 360 horas de estágio, procuro “informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8079). Dessa forma, otimizam-se processos terapêuticos na pessoa e família a viver processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda/crónica, ou doença crítica e/ou falência orgânica; gerem-se ansiedades e receios (Regulamento n.º 429/2018), bem como expectativas face ao prognóstico clínico; e facilitam-se processos de transição saudáveis (Meleis, 2010).

Neste percurso rumo à perícia, que o meu cuidado assente no artigo 110º – Da humanização dos cuidados –, e que eu nunca descure a “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8080).

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem com apresentação do Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa
multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: *protocolo de scoping
review*”



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO


CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Marta Oliveira, Cristina da Fonte; Ana Verónica Lino; Prof. Dra. Manuela Madureira; Prof. Dra. Filipa Veludo** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 29 com o tema *Os efeitos do debriefing na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica: Protocolo de scoping review* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.


Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões-Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO II – Certificado de Participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com apresentação do Poster “Os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica”



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO


CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) **Cristina da Fonte, Marta Oliveira; Verónica Lino, Prof. Dra. Manuela Madureira; Prof. Dra. Filipa Veludo** apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 25 com o tema *Os efeitos do debriefing na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica* no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



ANEXO III – Certificado de Formadora do SimPED - Centro de Simulação Avançada em
Pediatría do Hospital Dona Estefânia

DECLARAÇÃO

Para efeitos de candidatura a especialista de Enfermagem Médico Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, o SimPED - Centro de Simulação Avançada em Pediatria do Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE, vem por este meio declarar que a Marta Sofia Oliveira é membro da equipa de formadores e tem desempenhado as suas funções desde Janeiro de 2021.

Tem colaborado, desde então, como formadora em sessões clínicas de Suporte Básico de Vida Pediátrico (total de horas de formação: 69 horas em 2021; 36 horas em 2022 e 6 horas em 2023), Abordagem da Criança Gravemente Doente (56 horas em 2021; 64 horas em 2022 e 16 horas em 2023) e Abordagem de Sepsis e Choque Séptico em Pediatria (9 horas em 2022 e 9 horas em 2023).

Participou activamente como autora do livro de bolso do serviço de urgência do HDE intitulado: “Técnicas e Referências em Pediatria”, que será publicado este ano de 2023.

Colaborou na recolha de dados da casuística do SimPED - intitulada: “Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica: Satisfação dos Profissionais de Saúde na Formação” apresentada no Congresso da Sociedade Portuguesa de Simulação (SPSim) em Maio de 2022.

Como nota complementar, saliento que a Marta Sofia Oliveira desempenhou todas as suas atividades com pontualidade, sentido de responsabilidade, disponibilidade, zelo e boa disposição.

27 de Março de 2023
Coordenação do SimPED



Dr. Rui Domingues
(Coordenador do SimPED)

ANEXO IV – Certificado de Participação no Seminário do Doente Crítico



Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Marta Oliveira**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **14287817**, frequentou o seguinte evento científico:

Seminário do Doente Crítico

que decorreu de 23 de Março de 2023 a 25 de Março de 2023, com a duração de 12 horas, no seguinte local: Hospital CUF Descobertas

Camaxide, 23 de Março de 2023

Maria Barros

Código de Certificado: C-63e4cd63b1dc2

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide

academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Eletrónico