



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Temas de investigação:

***O Debriefing* no Serviço de Urgência como estratégia de melhoria dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Benjamim Marques

Lisboa, dezembro 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O Debriefing no Serviço de Urgência como estratégia de melhoria dos cuidados e da segurança da Pessoa em Situação Crítica

Debriefing in the Emergency Service as an improvement strategy in the care and safety of People in Critical Situation

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

Por Benjamim Marques

Sob a Orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, dezembro 2023

“Without effective communication, competent individuals form an incompetent team”

Lingard, 2012, p.18

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein (1879-1955)

AGRADECIMENTOS

Se agradecer é demonstrar gratidão, que fique então aqui registado o nome de todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, estou grato a Deus por me permitir que eu chegasse ao fim desta caminhada...

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato pela sua orientação com rigor e seriedade, pelas suas sugestões, ideias e conselhos.

Aos meus Pais que sempre me apoiaram e incentivaram no meu percurso profissional e de vida, e me ensinaram a lutar para alcançar os meus objetivos.

Ao meu Chefe de Serviço, Enf.º Carlos Neto, pelos conselhos e incansável vontade de me providenciar as melhores condições para a realização deste trajeto.

Aos meus Colegas e excelentes Amigos, Enf.º Luís Tomé e Enf.º André Martins, agradeço as palavras de incentivo, a ajuda e a sincera amizade.

À minha Esposa, Inês Dias e ao meu Filho, Mateus, pela ajuda incondicional, pela compreensão... por tudo...

A todo o Corpo Docente da Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa pelo investimento no meu percurso académico e profissional.

RESUMO

A reflexão pessoal ou em grupo apresenta-se como estratégia vital para a aprendizagem. O conceito de reflexão assume-se como uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e avalia (Boud et al., 1985). Segundo Gilmartin S. et al. (2020), o *debriefing* é um método de prática reflexiva que permite escrutinar os pressupostos e práticas de uma ação, numa fase pós-atuação, na qual ocorre a reflexão sobre as práticas profissionais, promovendo a correção e a modificação de ações futuras, potenciando a melhoria da atuação nos cuidados ao doente.

Esta prática reflexiva de forma individual, mas principalmente em equipa, promovendo momentos de reflexão e de discussão conjunta logo após o evento, tem provado ser um método eficaz na melhoria e qualidade da prática clínica, sendo possível identificar oportunidades de melhoria nos cuidados e redução do risco de eventos adversos.

Este relatório pretende demonstrar de que forma foram adquiridas competências especializadas, para além de terem sido prestados cuidados generalizados. Pretende-se evidenciar a importância de se concentrar o foco de intervenção numa área determinada, com a finalidade de melhorar cuidados à Pessoa em Situação Crítica, ao ser usado o *debriefing* para desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista e mestre. A análise reflexiva foi suportada pelo modelo teórico de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001) para a prática da enfermagem.

Para a elaboração deste relatório foi utilizada, como metodologia, uma revisão narrativa da literatura acerca do tema em estudo, assim como a análise e reflexão face a experiências vivenciadas em cada campo de estágio.

O presente relatório terá em consideração as atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos 3, conhecida também como UNEIC 3 e a experiência adquirida em 13 anos no Serviço de Urgência, no qual me encontro presentemente a exercer funções de enfermeiro. Ambos os serviços se encontram inseridos no Centro Hospitalar Lisboa Norte. Foi possível desenvolver, nestes contextos, competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, utilizando o *debriefing* como forma de refletir, ponderar, avaliar ações pessoais e da equipa, com vista à melhoria dos cuidados e de promoção de segurança da Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Cuidados à Pessoa em Situação Crítica; Prática Reflexiva; *Debriefing*

ABSTRACT

Personal or group reflection is a vital tool for learning. The concept of reflection is assumed as a person's human response to experience, where the learner recaptures his experience, thinks about it, meditates and evaluates (Boud et al., 1985).

According to Gilmartin S. et al. (2020) *Debriefing* is a method of reflective practice that allows scrutinizing the assumptions and practices of an action, in a post-performance phase, in which reflection on professional practices occurs, promoting correction and modification of future actions, enhancing the improvement of performance in patient care.

This reflective practice individually, but mainly in a team, promoting moments of reflection and joint discussion right after the event, has proven to be an effective method in improving the quality of clinical practice, making it possible to identify opportunities for improving care and reducing risk of adverse events.

This report aims to demonstrate how specialized skills were acquired, in addition to providing generalized care. It is intended to highlight the importance of concentrating the focus of intervention in a specific area, with the purpose of improving care provided to the Person in Critical Situation, when using *debriefing* to develop specific skills of specialist and master nurses. The reflective analysis was supported by Dreyfus's theoretical model of competence acquisition, adapted by Benner (2001) for nursing practice.

For the elaboration of this report, a narrative review of the literature on the subject under study was used as a methodology, as well as the analysis and reflection on the experiences lived in each field of internship.

This report will take into account the activities carried out in the Intensive Care Unit 3, also known as UNEIC 3, and the experience acquired in 13 years in the Emergency Service, where I am currently working as a nurse. Both services are part of Centro Hospitalar Lisboa Norte. It was possible to develop, in these contexts, technical, scientific and relational skills in providing care to the Person in Critical Situation, using debriefing as a way to reflect, ponder, evaluate personal and team actions, in order to improve care and promote safety of the Person in Critical Situation.

Keywords: Intensive Care; Care for the Person in a Critical Situation; Reflective Practice; Debriefing

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR - Área Dedicada ao Doente Respiratório

AO - Assistente Operacional

ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses

BIPAP - Bilevel Positive Airway Pressure

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CMEEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

COVID 19 - Coronavirus Infectious Disease -2019

C2-C3 - coluna cervical e as suas sete vértebras: C1, C2, C3, C4, C5, C6 e C7.

DGS - Direção Geral de Saúde

EBSCO - Elton B. Stephens Company

EEPSC - Enfermeiro Especialista Pessoa em Situação Crítica

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

EPI - Equipamento de proteção individual

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ITLS - International Trauma Life Support

JB - Joanna Briggs Institute

MEEMC - Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM- Resistência antimicrobiana

RSL - Revisão sistemática da literatura

SAV - Suporte avançado de vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUC- Serviço de Urgência Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCIPED - Unidade Cuidados Intensivos Pediatria

UNEIC - Unidade Estrutural de Intervenção Crítica

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	23
2.1 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	24
2.1.1 A Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Especialista	24
2.1.2 Definição de Debriefing.....	25
3. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	27
3.1 O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI 3).....	27
3.2 O SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC)	28
3.3 ATIVIDADES REALIZADAS /COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	28
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	33
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	37
5.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	38
5.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	41
5.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	44
5.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	46
6. SOBRE O DEBRIEFING	51
6.1 COMO SURTIU O DEBRIEFING.....	51
6.2 OBJETIVOS DO DEBRIEFING	53
6.3 VANTAGENS DO DEBRIEFING	53
6.4 DESVANTAGENS DO DEBRIEFING.....	54
6.5 DOIS MODELOS DE APLICAÇÃO DO DEBRIEFING.....	55
6.5.1 O modelo proposto por David Kessler	55
6.5.2 O modelo proposto por Craig Walker - conhecido pelo acrónimo STOP 5.....	58
7. REVISÃO DA LITERATURA	61

7.1	A QUESTÃO DA REVISÃO	62
7.2	METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE PESQUISA	62
7.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	63
7.4	SELEÇÃO/IDENTIFICAÇÃO/ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS.....	64
7.5	EXTRAÇÃO DE DADOS	64
7.6	RESULTADOS	65
7.7	DISCUSSÃO	65
7.7.1	Resistência à Mudança	65
7.7.2	Falta de Tempo	66
7.7.3	Falta de Conhecimento e de Competências.....	67
7.7.4	Ambiente Desafiador e Dificuldade no Local	68
7.7.5	Falta de Liderança/ de Suporte Institucional	70
7.7.6	Acentuada Rotatividade de Profissionais	70
7.8	CONCLUSÕES DA REVISÃO DA LITERATURA.....	71
8.	CONCLUSÃO.....	75
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
	APÊNDICES	85
	APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO.....	87
	APÊNDICE II - REFLEXÃO NO CONTEXTO DO ESTÁGIO DA UNIDADE CURRICULAR DE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA - VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA	91
	APÊNDICE III - PESQUISA EBSCO.....	103
	APÊNDICE IV – QUADRO DOS AUTORES	107
	APÊNDICE V – PRISMA FLOW	111
	ANEXOS	115
	ANEXO I - BUNDLES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO	117
	ANEXO II – MODELO DE DAVID KESSLER	121
	ANEXO III - O MODELO DE CRAIG WALKER	127

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 - Projeto de Estágio	90
Figura 2 - Pesquisa EBSCO	105
Figura 3 - Prisma Flow	113
Figura 4 - Bundles de prevenção de infecção.....	120
Figura 5 - Modelo de David Kessler	123
Figura 6 - Modelo de Craid Walker.....	131

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 - Análise dos estudos incluídos na Revisão Scoping da Literatura	110
Tabela 2 - O modelo proposto por David Kessler – Tradução para Português	125
Tabela 3 - O modelo proposto por Craig Walker – Tradução para Português	133

1. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, que se encontra integrada no 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC), na área da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica de Lisboa.

No início do estágio final foi elaborado um projeto de estágio (APÊNDICE I).

O presente relatório tem como objetivo refletir sobre competências científicas, ético-deontológicas, técnicas, relacionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, e simultaneamente demonstrar aquisições decorrentes da frequência e da experiência nos dois serviços que abaixo passarei a caracterizar. Pretende-se também explicar como foram adquiridas competências especializadas para cuidar de forma integral da PSC.

Em conformidade com o Guia para a Elaboração de Trabalhos e Metodologia, preconizado pela Universidade Católica Portuguesa, as regras de elaboração deste relatório estão de acordo com as normas da American Psychological Association, 7.^a edição, e de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. As reflexões feitas neste relatório encontram-se fundamentadas em pesquisas realizadas em diferentes bases de dados internacionais como MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, SciElo, PubMed, ScienceDirect, no repositório científico de acesso aberto em Portugal, EBSCO Health e ainda na Biblioteca Virtual de Saúde.

Iniciei o meu percurso profissional em 2008 com uma breve passagem pela Urgência Central do Hospital de Torres Vedras e, de seguida, trabalhei três anos no Serviço de Urgência Básica Lisboa-Norte em Loures que, até ao seu encerramento, fazia parte do Hospital de Santa Maria, com o qual colaborava nos mesmos moldes em que o Hospital Pulido Valente sempre fez, e ainda faz, no que se refere à articulação de recursos humanos e materiais.

Após o encerramento do SUB Loures, foi-me proposto abraçar o desafio de integrar a equipa de enfermagem da Urgência Central do Hospital de Santa Maria, desafio esse que aceitei, fazendo parte desta equipa desde então até ao dia de hoje.

Várias foram as situações pessoais e profissionais, inerentes ao serviço, que me fizeram procurar aprofundar o meu conhecimento e desenvolver competências na área da enfermagem no SU.

Após a realização de vários cursos como o SIV, o ITLS, o ATCN, o SAV, e ainda que tendo conhecimentos na área do transporte do doente crítico, senti que necessitava adquirir mais competências no domínio da PSC.

Foi essa a razão que me levou a procurar desenvolver e a aprofundar competências direccionadas para a PSC, tendo abraçado este novo percurso de tirar o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC).

Através da elaboração deste trabalho é minha pretensão aprofundar conhecimentos na área do *debriefing* como estratégia de melhoria da segurança nos cuidados prestados ao utente, mais especificamente à Pessoa em Situação Crítica.

A Unidade curricular “Estágio final e Relatório” incluiu dois estágios.

Um foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos 3 (SMI3) no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE (CHULN). O outro, o Estágio de Urgência e Emergência, foi-me creditado em virtude de estar a trabalhar na Urgência Central do Hospital Santa Maria há já 13 anos. O exercício de enfermagem na Urgência Central proporcionou-me conhecimento sobre diferentes situações de risco, situações a que as equipas multidisciplinares, da área da saúde, se encontram necessariamente expostas diariamente, recorrentemente, já que se trata de um hospital de final de linha, a que outros serviços hospitalares recorrem por incapacidade de resposta ou por inexistência de serviço especializado.

O estágio na SMI 3 compreendeu uma carga horária total de 360 horas de contacto, tendo eu realizado 400h entre 05 de outubro e 16 de dezembro de 2022, a que acresceram 30h de orientação tutorial, seminários e 192 horas de trabalho individual, o que correspondeu a 30 ECTS.

Optei por realizar o estágio na SMI3, no centro hospitalar onde me encontro, porque sempre me questioneei como seriam realizados os cuidados de enfermagem à PSC, após a transferência da mesma pessoa, das salas de reanimação e do serviço de observação, onde trabalho, para uma das unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria.

Tendo em consideração o tema escolhido, e as competências profissionais e pessoais a desenvolver por um EEPSC no serviço de urgência, foram por mim listados os seguintes objetivos específicos:

- Coligir informação sobre o uso do *debriefing* direcionado para a Pessoa em Situação Crítica, a fim de ser considerada a eventual implementação desta prática reflexiva, no serviço de urgência em que exerço funções;
- Desenvolver a prática reflexiva do *debriefing*, de uma forma recorrente, e não apenas pontual, sobre a prática profissional e as atitudes adotadas, a nível pessoal e a nível da equipa a que pertença;
- Refletir sobre as competências técnicas e humanas a desenvolver, a nível pessoal, no sentido de conseguir crescente proficiência profissional através da prática reflexiva um ambiente de trabalho mais saudável e eficiente para a equipa multidisciplinar.

do *debriefing*, enquanto futuro EEPSC no SU.

Para a construção deste relatório, tive como ponto de partida o meu projeto de estágio no qual foram definidos objetivos, atividades e estratégias a desenvolver ao longo do mesmo, atendendo às competências inerentes ao grau de mestre (Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto)¹ e às competências comuns e específicas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro 2019; Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).² (APÊNDICE II).

¹ - Decreto-Lei nº 65/2018 - Diploma que altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior

² - Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

- 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. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O *debriefing* é uma técnica de aprendizagem que tem sido amplamente utilizada em diversos campos da saúde, incluindo a enfermagem. É uma oportunidade para os profissionais de saúde refletirem sobre as suas práticas, avaliarem os seus desempenhos e aprimorarem as suas capacidades. No entanto, apesar da sua eficácia já ter sido comprovada em vários contextos, ainda é insuficiente o número de pesquisas sobre o uso do *debriefing* em serviços de urgência, onde a tomada de decisões rápidas e precisas pode ser crítica para a segurança dos pacientes em situações de risco iminente.

Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivo investigar como o *debriefing* pode ser utilizado como uma estratégia eficaz na melhoria dos cuidados e da segurança da PSC, no SU.

Para tanto, serão analisados estudos que abordam o uso do *debriefing* em serviços de urgência, a fim de identificar as suas vantagens, desvantagens e limitações, bem como avaliar a eficácia dessa técnica na promoção de melhores práticas de cuidado em situações críticas. Serão ainda abordados dois tipos de modelo de *debriefing* e suas respectivas aplicações no contexto de serviços de urgência.

Com base nos resultados da pesquisa, espera-se fornecer subsídios teóricos e práticos para o desenvolvimento de estratégias de *debriefing* eficazes em serviços de urgência, que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do paciente em situações de emergência.

Assim, esta *scoping review*, ao procurar perceber o que a presente literatura problematiza, torna possível perceber vantagens e desvantagens do *debriefing* no dia-a-dia na prestação de cuidados pela equipa de enfermagem do SUC, com o intuito de promover a segurança do doente, e tendo como meta a eventual implementação do mesmo no SU.

O assunto foi apresentado ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência, o Enfermeiro Especialista e Gestor, Enf.º Carlos Martins Neto, tendo-me o mesmo incumbido da tarefa de explorar a aplicabilidade do *debriefing* no SU, como estratégia de prática reflexiva conducente à melhoria dos cuidados à PSC. Em tempo posterior darei conta ao Enfermeiro Chefe da melhor maneira de implementarmos a mesma.

2.1 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O capítulo sobre "Definição de Conceitos" explora diferentes aspetos, incluindo "A Pessoa em Situação Crítica, as Competências do Enfermeiro Especialista e a Definição de *Debriefing*", explicitando uma base de entendimento desses conceitos cruciais para a compreensão dos temas abordados.

2.1.1 A Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Especialista

O Regulamento n.º 429/2018 da OE define o perfil de competências específicas do EEEMC, esclarece sobre o serviço de enfermagem à PSC, bem como explicita o que se entende por “Pessoa em Situação Crítica”.

PSC é definida neste diploma legal como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Ainda de acordo com este regulamento, os cuidados de enfermagem à PSC, “são 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.”

Uma situação de emergência decorre de agressão sofrida por um indivíduo devido a “qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.” Devendo a assistência à vítima ser realizada de forma imediata pelo enfermeiro especialista, “Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados”. Tal visa “prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são de enorme relevo, mas também o “cuidar da pessoa, família/cuidador” que está a passar por processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Incumbe também ao enfermeiro especialista mobilizar conhecimentos e capacidades múltiplas, concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, para responder em tempo útil, de forma holística.

O Regulamento n.º 140/2019, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.”

Incumbem-lhe competências clínicas como “orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.”

As funções do Enfermeiro Especialista requerem a reunião de uma diversidade de competências: técnicas, científicas e, não menos importantes, humanas, de responsabilidade, fiabilidade, e até humildade para continuar a aprender, identificando-se com pessoas em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade.

2.1.2 Definição de *Debriefing*

De acordo com Nadir et al. (2017) o *debriefing* é definido como um método formal de aprendizagem que se concentra num evento clínico específico. O objetivo é abordar quaisquer lacunas de conhecimento que possam ter surgido e motivar os profissionais envolvidos a realizar uma autoavaliação crítica do seu desempenho. Através dessa autorreflexão construtiva, os profissionais são incentivados a aprender com a experiência e a melhorar a sua prática clínica.

Sendo assim, o *debriefing* estabelece-se como uma discussão de ações e processos de pensamento após um evento, tendo por objetivo promover a aprendizagem reflexiva e melhorar o desempenho clínico (Kessler et al., 2015).

De acordo com Rose et al. (2022), o *debriefing* é uma reflexão formal que pode ser realizada de forma individual ou em equipa, sobre desempenho/s, após uma tarefa, turno ou evento crítico. A ideia é que os profissionais envolvidos possam discutir o que aconteceu, o que foi bem-sucedido e o que poderia ter sido melhorado. Dessa forma, podem aprender com as suas experiências e melhorar a sua prática clínica, aumentando a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes.

Gardner (2013) refere o *debriefing* como uma reflexão estruturada, após uma experiência clínica, que orienta as pessoas para uma análise das atitudes e ações realizadas nesse momento, assim se contribuindo para que se alcance a melhoria do seu desempenho individual e em equipa, e simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados e da

segurança do doente. O *debriefing* oferece oportunidades para explorar e entender o que aconteceu durante um evento ou experiência clínica, permite a discussão do que correu bem e permite identificar o que poderá ser feito para mudar e fazer melhor da próxima vez.

Segundo Gilmartin S. et al. (2020), o *debriefing* é um método de prática reflexiva que permite escrutinar os pressupostos e práticas de uma ação, numa fase pós-atuação, na qual ocorre a reflexão sobre as práticas profissionais, promovendo a correção e a modificação de ações futuras, potencializando a melhoria na atuação nos cuidados ao paciente.

Esta prática reflexiva de forma individual, mas principalmente em equipa, ao promover momentos de reflexão e discussão conjunta logo após o evento, tem provado ser um método eficaz na melhoria e qualidade da prática clínica, tendo sido possível identificar oportunidades de melhoria nos cuidados e na redução do risco de eventos adversos.

O *debriefing* estabelece-se como uma discussão de ações e processos de pensamento após um evento, tendo como objetivo promover a aprendizagem reflexiva e melhorar o desempenho clínico (Mullan et al., 2014)

Segundo Gardner (2013), o *debriefing* é um método facilitador da prática reflexiva no ciclo da aprendizagem experimental. É utilizado para ajudar os profissionais de saúde a refletirem sobre a sua própria prática, identificando pontos fortes e áreas para melhoria, e promovendo o desenvolvimento de novas capacidades e competências. O *debriefing* pode ajudar os profissionais a aprender com as suas próprias experiências e a aprimorar a sua prática clínica de forma continuada.

Os autores concordam que o *debriefing* é um método eficaz para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao paciente. O *debriefing* é visto como uma oportunidade de reflexão formal, realizada individualmente ou em equipa, sobre o desempenho após uma tarefa, turno ou evento crítico. Por meio da reflexão, os profissionais de enfermagem podem identificar lacunas de conhecimento e capacidades, bem como realizar autocríticas construtivas para melhorar o seu desempenho. Além disso, o *debriefing* pode promover a prática reflexiva no ciclo da aprendizagem experimental, permitindo que os profissionais de enfermagem adquiram novos conhecimentos e competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Conforme acima referido, o meu estágio desenvolveu-se em dois serviços (SUC e SMI 3) tendo-me sido creditado como estágio a experiência de 13 anos no SU; o outro estágio foi realizado no SMI.

3.1 O SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI 3)

De acordo com o parecer n.º 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros, a Enfermagem no Serviço de Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em pessoas que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).

O Enfermeiro Intensivista presta cuidados altamente qualificados, de forma contínua, a pessoas em situação crítica com uma ou mais funções vitais em risco imediato.

O setor dos cuidados à PSC requer uma percentagem cada vez maior do número de camas destinadas a pacientes que necessitam de cuidados intensivos de enfermagem. Este setor é um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e de tratamento do paciente agudo grave, quer dentro dos espaços físicos do hospital, quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial (e.g. vias verdes) – em especial de Sépsis – apoio às salas de emergência dos Serviços de Urgência, etc. Tem ainda, por indicação da DGS, um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares. (Ministério da Saúde, 2013)

No CHULN, o SMI foi designado como o serviço de referência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A UNEIC 3, também designada por SMI 3, está integrada no SMI, partilhando a mesma direção de serviço, ainda que com gestão e equipas de enfermagem e de AO autónomas.

3.2 O SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL (SUC)

Relacionado com a estrutura física do serviço, o SUC compreende duas áreas distintas:

A de internamento, designada de SO, com capacidade para 16 pessoas e a área de ambulatório, que se encontra sectorizada tendo em conta as cores atribuídas na triagem (assente no Protocolo de Triagem de Manchester).

Sendo enfermeiro no Serviço de Urgência Central – e sendo este um serviço que se encontra integrado na Rede Nacional de Serviços de Urgência com o nível de Polivalente e Centro de Trauma - tenho como função a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes, em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência e Emergência Médicas. Como enfermeiro, tenho um papel central na prestação de cuidados diferenciados, e com excelência, de acordo com o estado da arte, em situações de doença aguda ou agudizada, com indicação para intervenção urgente, de forma adequada.

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte constitui o último local possível de transferência de doentes em situação de trauma.

3.3 ATIVIDADES REALIZADAS /COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O SUC encontra-se estruturado, neste momento, em três grandes áreas: Serviço de Ambulatório, Serviço de Observação (SO) e ADR.

Como enfermeiro no serviço de Observação, exerço uma vigilância ativa, constante e continuada. É vital apercebermo-nos de alterações na situação das pessoas, de forma precoce, de maneira a informar a(s) especialidade(s) responsável/veis pela pessoa ao nosso cuidado, no sentido de serem tomadas, de imediato, medidas que evitem uma degradação do estado das mesmas. Em caso de grande instabilidade, terá de haver transferência para a Sala de Reanimação.

- ADR - Neste novo setor renovado e adaptado a novas realidades e necessidades, torna-se necessário um esforço extra e uma adaptação adicional, quer física, quer mental, devido à então situação pandémica.
- A ADR encontra-se dividida em triagem e internamento. A triagem é um espaço com capacidade para receber seis pessoas, onde as mesmas serão triadas e observadas por uma equipa composta de Enfermeiro e Médico. Após essa avaliação, o paciente será encaminhado para um de três destinos. Havendo necessidade de exames complementares, nesse caso, consoante precisar ou não de realizar oxigenoterapia

e/ou ficar em isolamento (Gripe ou outros Vírus Respiratórios), será internado numa das vinte e cinco vagas para Pacientes Respiratórios, ou será observado no circuito Ambulatório na cor correspondente à triagem realizada. Em caso de não haver necessidade de mais cuidados médicos e/ou de enfermagem, terá alta para o domicílio.

- Na ADR trato de pessoas com covid, com suspeita de covid e ainda de pessoas com patologia respiratória. É um setor provido de pressão negativa em toda a sua área. É neste setor que, de uma forma geral, se realiza ventilação não invasiva como o BIPAP, oxigenoterapia e outros tratamentos do foro respiratório. Existe ainda uma *box*, com canalização própria, para permitir a realização de técnicas de diálise. Assim sendo, foram mobilizados colegas do serviço de urgência, com experiência em diálise, o que me tem permitido adquirir uma competência adicional na prestação de cuidados a pessoas com covid a necessitar de diálise. O setor dispõe também de uma sala de Reanimação para atendimento dedicado ao paciente com covid, onde se torna necessário usar todo o tipo de competências necessárias para tratar pessoas em falência respiratória, havendo ainda o desafio acrescido de cuidar do paciente com EPI's e de lidar com os protocolos adotados em situação de covid.

É necessário que o enfermeiro que trabalha no SUC reúna um conjunto de capacidades transversais aos setores do Ambulatório, Serviço de Observação e ADR, essencialmente na prestação de cuidados especializados ao paciente de médio e de alto risco, nos seguintes domínios:

- Identificação, planeamento, execução e também avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, prevendo-se a reformulação dos mesmos sempre que necessário.
- Gestão de recursos de forma adequada a cada situação, tendo por base as necessidades do utente e da equipa.
- Adoção de uma atitude reflexiva sobre as práticas diárias, com ênfase na autoformação, de modo a melhorar o conjunto de saberes essenciais ao desempenho das funções.
- Promoção de um bom ambiente no trabalho em equipa multidisciplinar, agindo igualmente em conformidade com os valores éticos e deontológicos da profissão.
- Transmissão escrita e oral das ocorrências, de forma a promover continuidade nos cuidados de enfermagem e dar maior visibilidade aos procedimentos realizados.

- Conhecimento e cumprimento das normas de segurança do serviço, aplicando-as na prestação de cuidados.

- Colaboração com responsáveis de equipa na identificação de necessidades do serviço relativas à segurança.

- Registo e comunicação, aos responsáveis do serviço, das preocupações relativas à segurança do utente e do profissional de saúde.

- Manutenção de um ambiente seguro na prestação de cuidados, de forma a diminuir se o fator de risco (equipamento de proteção individual, higienização das mãos, instrumentos/escalas de avaliação adequados à identificação precoce de riscos para o utente).

- Cabe ao enfermeiro triador definir níveis de prioridade, bem como identificar critérios de gravidade de forma objetiva, sistematizada e perceber ainda o risco clínico.

Além das atividades acima enumeradas, tenho a oportunidade de exercer funções de coordenação de equipa, designadamente no SO e na ADR, tendo tal requerido o meu envolvimento na gestão de profissionais de enfermagem e do pessoal auxiliar a meu cargo. Tornou-se necessário desenvolver competências de liderança, como atribuir dotações seguras, fazer delegação e fazer verificação de responsabilidades do trabalho em equipa, gerir conflitos, promover a prestação de contas.

Esta função particular (a de coordenador) requer capacidade de liderança eficaz e eficiente no sentido de conduzir o turno e os seus envolventes (equipa de enfermagem e assistentes operacionais a meu cargo) de forma a alcançarem-se objetivos individuais dos elementos e os objetivos da organização.

No final de cada Turno da Manhã e da Tarde, em dias úteis, os coordenadores dos três sectores (Chefe de Equipa que realiza normalmente a coordenação do Ambulatório, o Coordenador do SO, e o Coordenador da ADR) reúnem-se com o Enfermeiro Chefe do serviço, de forma a transmitirem ocorrências não só ao Enfermeiro Chefe como ao Coordenador do respetivo setor que irá fazer o turno seguinte. As informações pertinentes incluem, entre outras, informação sobre cada setor em particular referente à dotação do pessoal, ao número de pacientes, a transferências, a intercorrências, alguma instabilidade particular do/s paciente/s, conflitos ocorridos.

Ao longo destes nove anos de SUC foi-me imprescindível obter, otimizar, direcionar as minhas competências no sentido de ir ao encontro das necessidades específicas de cada sector. Houve, portanto, um desenvolvimento continuado e conseguido de competências

profissionais de vários tipos, tanto a nível da minha prática quotidiana, como em contextos vocacionados para o desenvolvimento de competências específicas.

O investimento feito foi tanto ao nível do desenvolvimento pessoal como ao nível de práticas de enfermagem, tendo eu tido como alvo uma prestação progressiva de cada vez melhores cuidados de Enfermagem, de forma a contribuir, simultaneamente, para se atingirem os objetivos definidos pelo serviço.

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A enfermagem é uma profissão baseada na teoria e na prática. As teorias de enfermagem orientam a prática ajudando os enfermeiros a esclarecer os seus valores e crenças sobre os processos de saúde humana e buscando uma consciencialização sobre as abordagens de cuidado ao paciente. (San Martín-Rodríguez et al., 2020)

A teoria no campo da enfermagem pode ser definida como um conjunto de conceitos, princípios e proposições que buscam explicar um fenómeno ou uma prática da enfermagem. Elas são desenvolvidas a partir da observação e análise de situações e práticas de enfermagem e fornecem uma estrutura para entender e explicar esses fenómenos.

Dependendo do nível de generalização e aplicabilidade, as teorias de enfermagem podem ser classificadas em diferentes categorias. Duas categorias frequentemente usadas são as teorias de grande alcance e as teorias de médio alcance.

As teorias de grande alcance são teorias amplas e abrangentes que abordam os conceitos e princípios fundamentais da enfermagem, fornecendo um quadro teórico para a prática de enfermagem em geral, ajudando os enfermeiros a entenderem o papel e as responsabilidades da enfermagem na sociedade e na assistência à saúde.

Exemplos de teorias de grande alcance incluem a teoria do autocuidado de Orem, a teoria do bem-estar de Neuman e a teoria de sistemas de Betty Neuman.

Por outro lado, as teorias de médio alcance são mais específicas e direcionadas, focando fenómenos ou problemas específicos da prática de enfermagem. Elas oferecem um quadro teórico para situações de enfermagem específicas, ajudando os enfermeiros a entender melhor a natureza e as implicações dessas situações.

Exemplos de teorias de médio alcance incluem a teoria de adaptação de Roy, a teoria do conforto de Kolcaba e a teoria de transição de Meleis. Essas categorias de teorias de enfermagem são úteis para classificar e entender a natureza e o âmbito das diferentes teorias, e cada categoria oferece um nível diferente de generalização e aplicabilidade. Os enfermeiros podem usar teorias de grande alcance e médio alcance para orientar as suas práticas e fornecer uma base teórica sólida para as suas decisões clínicas. (Younas & Quennell, 2019)

As teorias de enfermagem têm guiado a prática da enfermagem tanto em países ocidentais, como em orientais. Elas fornecem uma base teórica sólida para a prática de enfermagem, ajudando os enfermeiros a entender a natureza complexa e multifacetada dos cuidados de saúde e a tomar decisões clínicas informadas.

A prática guiada pela teoria de enfermagem é considerada útil em comparação com a prática de enfermagem tradicional, pois fornece uma estrutura clara para a prática de enfermagem e ajuda os enfermeiros a entender melhor os problemas de saúde dos seus pacientes, a avaliar continuamente a eficácia da prática guiada pela teoria. Isso ajuda a garantir que os enfermeiros forneçam cuidados de alta qualidade e individualizados aos pacientes, com base em princípios científicos sólidos e evidências clínicas.

As teorias de enfermagem ajudam a orientar a prática de enfermagem em diversas áreas, como a assistência ao paciente, a educação em saúde, a pesquisa e gestão de cuidados de saúde.

Assim sendo, os enfermeiros devem continuar a orientar a sua prática de enfermagem pelas teorias de enfermagem e devem continuar a avaliar a eficácia da prática guiada pela teoria de enfermagem. (San Martín-Rodríguez et al., 2020)

Cada teoria de enfermagem possui características específicas que refletem a visão de mundo e a filosofia de enfermagem dos seus criadores. A compreensão dessas características é importante para orientar o cuidado de enfermagem de maneira holística, ou seja, tendo em consideração as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes.

Além disso, o estudo das teorias de enfermagem é essencial para nortear o cuidado diante de paradigmas éticos, culturais e religiosos, pois estes fatores podem influenciar a maneira como as pessoas percebem e valorizam a sua saúde e bem-estar. As teorias de enfermagem oferecem um quadro teórico para a compreensão desses aspectos e ajudam os enfermeiros a oferecer um cuidado culturalmente sensível e ético aos pacientes.

Em resumo, as teorias de enfermagem são ferramentas importantes para orientar a prática de enfermagem, fornecendo uma base teórica para a compreensão do cuidado holístico e para a tomada de decisões clínicas. (Gazarian et al., 2022)

Segundo o critério de nível de abstração de teorias da enfermagem, existem três níveis de teorias:

As *Grand theories* – teorias compreensivas e amplas - são abstratas e gerais, abordando conceitos fundamentais, como a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem; estabelecem os conceitos básicos e as relações entre eles, formando a base para todas as outras teorias de enfermagem.

As *Mid-range theories* – teorias de médio alcance - são mais específicas e direcionadas, abordando fenômenos específicos da prática de enfermagem, como o manejo da dor ou o autocuidado em pacientes crônicos; fornecem uma estrutura teórica para a compreensão de uma determinada área da prática de enfermagem.

As *Practice theories* – teorias práticas ou de situação específica - concentram-se em questões práticas do cotidiano da enfermagem e incluem procedimentos e protocolos específicos para a prestação de cuidados; são altamente contextualizadas e focam a aplicação, na prática da enfermagem.

Estes três níveis de abstração fornecem uma base teórica sólida para a prática da enfermagem e orientação para os enfermeiros em todas as áreas de assistência à saúde.

Desta forma, o meu percurso de aquisição de competências no âmbito desta tese vai sustentar-se no trabalho desenvolvido por Patrícia Benner e, em particular, no que se refere à sua aplicação do Modelo de Dreyfus à enfermagem.

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências de enfermagem de Iniciado a Perito, tendo tido por base o Modelo de Aquisição de Perícia/Competências de Dreyfus, desenvolvido em 1980, para aplicação ao domínio da aviação. Benner começou a estruturar o seu modelo em 1984, adaptando-o às nuances e especificidades da prática da enfermagem. Enfatizou a importância da reflexão, do conhecimento articulado na experiência prática, e do exercício da capacidade crítica ao longo da carreira profissional, tendo vindo a identificar cinco níveis de capacidade profissional cada vez mais conseguida, na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito/especialista.

No nível de Iniciado, o enfermeiro começa sem experiência prática e, por isso, precisa seguir regras e procedimentos estabelecidos para a execução das suas tarefas.

No nível de Avançado, o enfermeiro começa a reconhecer situações clínicas comuns e a desenvolver aptidões no âmbito da tomada de decisões.

No nível Competente, o enfermeiro tem um domínio significativo das capacidades técnicas e de tomada de decisão, mas ainda depende de regras e orientações estabelecidas.

No nível Proficiente, o enfermeiro tem um conhecimento mais amplo e profundo do atendimento ao paciente, com uma compreensão mais abrangente do contexto da prática de enfermagem.

No nível de Perito, o enfermeiro tem um alto nível de competência clínica, com capacidade para pensar de forma crítica, improvisar e encontrar soluções criativas para situações complexas de cuidados de enfermagem.

O modelo de Benner é relevante para este trabalho, pois ajuda à compreensão da minha experiência enquanto constante progresso no que diz respeito à capacidade de, na minha prática de enfermagem, responder de forma crítica e criativa a situações complexas, com crescente aquisição e aperfeiçoamento de competências. Além disso, o modelo permite-me fundamentar a minha reflexão pessoal sobre o desenvolvimento como enfermeiro com uma prática baseada em evidências, o que se traduz na melhoria efetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, “Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista”, publicado em 6 de fevereiro de 2019, no Diário da República, n.º 26, 2.ª série, no capítulo II, artigo 4.º, as competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se agrupadas nos seguintes domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Todos os enfermeiros especialistas partilham estas competências, independentemente da sua área de atuação.

A partilha de experiências e o apoio da equipa de enfermagem, e da parte do Enf.º orientador, foram fulcrais para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e crescimento no âmbito de competências de Enfermeiro Especialista. Neste sentido, o estágio constituiu uma experiência de partilha e interação enriquecedoras, que me ajudou a progredir no meu desempenho, ou seja, numa maior qualidade na área dos cuidados especializados por mim prestados à PSC.

Neste capítulo é referido e explicitado o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC.

Numa primeira fase procedi à elaboração de um projeto de estágio, que me permitiu estruturar as competências especializadas de enfermagem a adquirir no tratamento da PSC. Recorri não só a pesquisa bibliográfica, mas também fiz consulta de normas e protocolos do serviço, realizei *debriefings* com os enfermeiros e médicos do serviço, sobre determinadas situações e cuidados realizados, tendo refletido no momento da ação e sobre a ação. Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades

em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (Regulamento OE n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

5.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No Estatuto da OE constam os princípios e deveres que os enfermeiros são obrigados a observar durante a prática de cuidados de enfermagem. Neste trabalho foi realçado o Código Deontológico do Enfermeiro (AR, 2015), destacando os artigos nº 99 (princípios gerais da profissão), nº 100 (dos deveres deontológicos em geral), nº 101 (do dever para a comunidade) e nº 106 (do dever de sigilo).

A ética em enfermagem refere-se aos princípios e valores que movem e acompanham os enfermeiros durante o exercício dos cuidados de enfermagem, estando a deontologia sempre associada à mesma e havendo a necessidade de o enfermeiro especialista basear a sua prestação de cuidados em ambas.

De acordo com o Artigo 5.º do Regulamento OE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal compreendem a capacidade de demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, de acordo com as normas legais. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”.

Ao longo da minha prática profissional, tenho procurado tomar decisões segundo valores de respeito pela dignidade e exclusividade de cada ser humano, segundo princípios de privacidade, de confidencialidade de informação, de autodeterminação na escolha dos cuidados a serem realizados. Tenho procurado adotar uma atitude antecipatória, designadamente acompanhando incidentes de prática insegura para prevenir recorrências e implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.

Baseado no conhecimento e experiência adquiridos, tenho encontrado respostas apropriadas, no decurso de reflexão conjunta com o paciente e a equipa, visando soluções que, de acordo com a deontologia e normas profissionais, se mostrem mais apropriadas.

Tenho mostrado consideração pelas crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos e grupos.

A título de exemplo, passo a apresentar uma situação que ocorreu durante o meu estágio na SMI, e que contribuiu para me dedicar ao desenvolvimento de conhecimentos sobre

princípios ético-legais, bem como deontológicos, de forma não só a compreender o que se estava a passar, mas também a dar resposta a situações que foram acontecendo no serviço de Medicina Intensiva. Na situação que passo a referir, o serviço teve de realizar uma articulação que se inseriu fora do contexto habitual. Um paciente a quem prestei cuidados e que era proveniente do Azerbaijão, o Sr. S.A., que estaria com visto de emigrante a realizar trabalho temporário na construção civil quando foi vítima de acidente de trabalho, tendo caído de um andaime de cerca de 6 metros de altura, sofrido lesão crânio encefálica com perda de consciência, com consequente lesão medular entre C2-C4 com tetraparesia associada, sendo que foi ventilado no local e deu entrada na SMI. Durante a estadia na SMI, foram várias as tentativas dos nossos administrativos para encontrar familiares, amigos ou conhecidos do Sr. S.A. que pudessem fornecer não só informações sobre antecedentes de saúde como a situação em que se encontrava em Portugal. A primeira pessoa que foi encontrada foi um amigo também proveniente do Azerbaijão, que falava muito pouco inglês, o que dificultou em muito a obtenção e fornecimento de informação. Este amigo trouxe então o Imame (Imã) da mesquita que ambos frequentavam e que serviu de elo de ligação visto que o mesmo falava português fluente. A partir daí conseguiu-se através de outros membros da congregação números de amigos do Sr. S.A., até conseguirmos chegar ao número da esposa e filhos.

O Imã, a pedido da esposa, pediu para realizar um ritual que consistia em orações com os amigos presentes mais a esposa e filhos através de videochamada. Este ritual implicava cerca de 5 pessoas presentes (imã, mais os amigos do Sr. S.A.) mais um telemóvel em modo de vídeo, chamada onde a esposa e os três filhos do Sr. S.A. se encontravam a participar desse mesmo ritual. Como parte integrante da filosofia da enfermagem, a humanização do cuidado representa um conjunto de iniciativas capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento e respeito ético-cultural ao doente e família. (Soares et al., 2013) Para levar a cabo este ritual, o serviço articulou-se num horário pós visitas, com uso de biombos para privacidade do Sr. S.A e dos outros doentes. Em conjunto com a Chefe de Serviço e o Enf.º orientador, sugeri promover um *debriefing* multidisciplinar de forma a otimizar o tempo exequível dentro das possibilidades do serviço, passando, por exemplo, pela permanência dos elementos de equipa de saúde apenas necessários para os cuidados aos pacientes, e também assim minimizar possíveis interrupções causadas por exames não urgentes e que foram agendados para realização à posteriori. Uma ação genuinamente moral é chamada de ação por dever, e precisa ser realizada não apenas em conformidade externa

com a lei moral, mas também ter como móbil o respeito que tal lei suscita, além de não se sujeitar a interesses egoístas ou motivações empíricas (Carter, 2017)

A cerimónia decorreu por cerca de 20 minutos, sendo que o imã expressou a importância que tinha sido para si como líder religioso daquela família e amigos a realização das preces e rituais islâmicos, bem como expressou o agradecimento por parte da esposa e filhos pelo esforço realizado pela equipa multidisciplinar em providenciar aquele momento. A mecanização dos cuidados diários, que muitos profissionais ainda detêm, revela-se no tratamento e cura do corpo doente apenas, sem consideração pelas demais dimensões que envolvem o indivíduo a cuidar. O cuidado efetuado em ambiente crítico, por exigir alta tecnicidade, pode tornar-se mecânico devido à alta complexidade de equipamentos e tecnologia (Soares et al., 2013)

Neste domínio, destaco o ter feito parte da tomada de decisão ética e profissional, relativamente a este paciente em especial. Permitiu-me refletir sobre múltiplas situações da prática clínica, bem como sobre a atuação da prestação de cuidados tendo em conta as normas e valores deontológicos da profissão de enfermagem, onde tive a oportunidade de promover a proteção dos direitos humanos, gerindo na equipa as práticas de cuidados fomentando a segurança, privacidade e a dignidade do paciente. Foi-me também possível fazer parte da promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual em prol do paciente.

Considerando que o reconhecimento da dignidade humana é entendido como um princípio moral básico e um dos principais direitos humanos, consagrado no artigo 1º da DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1978, p.2) que declara que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, bem como todo o ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, consagrado no artigo 2 da DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (1978, p.2) que declara que “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania”.

5.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

De acordo com o Artigo 6.º do Regulamento OE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade tem como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados, criando um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010).

A OE, nos seus Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estabelece que o enfermeiro especialista “faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar” (OE, 2017). Na procura de “excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/ cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação” (OE, 2017).

No domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, é inegável a necessidade de falar da formação de um ambiente terapêutico seguro, onde o enfermeiro especialista deve ter lugar de destaque, de forma a promover o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados ao paciente.

Estando o SMI3 creditado desde 2021 pelo Departamento da Qualidade na Saúde @Qredita, apercebi-me durante o meu estágio neste serviço, da importância dada à melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e por outros profissionais de saúde. A enfermeira Chefe do Serviço, Enfª Maria do Céu Rocha, elaborou um Plano de Formação em Serviço para o triénio 2022-2024, que integrava um levantamento de ações de formação de carácter obrigatório, explicitando áreas de melhoria e desenvolvimento, em que se fazia sentir a necessidade de reduzir o diferencial entre o desempenho desejado e o demonstrado pelos profissionais.

Este Plano de Formação foi concebido com base nos objetivos estratégicos da Direção de Enfermagem, nas metas institucionais e de serviço, nas exigências de formação obrigatória

para a acreditação do serviço e, não menos importante, nas necessidades individuais de cada profissional da equipa de enfermagem.

Nesse quadro, a Enf.^a Maria do Céu Rocha conduziu, no serviço, formação sobre o projeto “Stop Infecção Hospitalar”.

A STOP-Infecção Hospitalar é um projeto do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências a Antimicrobianos, que tem como objetivo reduzir a incidência de cinco tipos de infecção hospitalar em 50%, no prazo de 3 anos. Este projeto tem na sua origem a colaboração da Direção-Geral da Saúde (PPCIRA/DGS), em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e com o apoio técnico-científico do Institute for Health Improvement (IHI), visando diminuir a mortalidade, a morbilidade, os tempos de internamento e os custos globais, uma vez que Portugal em 2011/2012 fora um dos países europeus com mais elevada incidência de infecção hospitalar. (DGS, 2017)

Durante a formação, foi enfatizado pela Enf.^a Chefe, que as taxas de infecção têm diminuído progressivamente, impulsionadas pelo projeto STOP, persistindo o objetivo de expandir e maximizar esses resultados positivos. É fundamental ressaltar que, de acordo com o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 e o Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, a participação da instituição no programa "STOP-Infecção Hospitalar" é um indicador de qualidade do PPCIRA e é condicionante no processo de contratualização das instituições prestadoras de saúde do SNS.

Tendo lido o referido Plano de Formação em Serviço da SMI3, em conversa com a Enf.^a Maria do Céu Rocha, apercebi-me de constrangimentos na aplicação dos bundles de prevenção da infecção, designadamente quatro bundles, da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), da Colocação do Cateter Venoso Central (CVC), da Manutenção do CVC, e de colocação do Cateter Vesical (CV).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), os bundles ou "Feixes" são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito decada uma das intervenções individualmente. “(DGS, 2017)

Uma bundle é uma estratégia de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde que consiste num conjunto de ações ou práticas baseadas em evidências, aplicadas de forma sistemática e coordenada para prevenir ou tratar um problema de saúde específico. Geralmente, as bundles são compostas por um conjunto de três a cinco elementos que, quando aplicados em conjunto, têm maior eficácia na prevenção ou tratamento de uma determinada condição clínica ou evento adverso (DGS, 2017).

Face à dificuldade da equipa de enfermagem do SMI em implementar os bundles no seu pleno, sugeri à Enf.^a Chefe a afixação dos bundles (ANEXO I) na área de trabalho, em área visível para todos, de forma a facilitar a consulta e verificação dos passos das mesmas, tanto mais por a Enf.^a Chefe atribuir falhas no cumprimento ao fato dos elementos da equipa de enfermagem serem novos. A proposta por mim feita foi partilhada com os elementos de enfermagem, tendo sido bem recebida e na altura integrada nas rotinas.

A Enf.^a Chefe explicou-me a necessidade imperiosa de colocar em execução este plano de formação, visto a SMI 3 ter atualmente uma equipa bastante jovem, em que cerca de 50% dos enfermeiros exercem a sua atividade há menos de 2 anos, sendo, portanto, fundamental envolver e motivar os profissionais para a importância da adoção de práticas corretas. Este plano, explicou ainda a Enf.^a Chefe, foi realizado em colaboração e articulação com o GCL-PPCIRA, no sentido de implementar e/ou retificar práticas e/ou procedimentos, de acordo com a mais recente evidência científica, visando a prevenção e controlo de infeção.

Para a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017, p.5), “As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade.”

Durante a realização do estágio tive a oportunidade de participar em três reuniões onde, após a passagem do turno da manhã, a Enf.^a Maria do Céu Rocha, após um levantamento de vários dados, dava a conhecer, à equipa de enfermagem, um relatório, onde constavam resultados dos tratamentos dos cuidados de enfermagem relativos a um aumento ou diminuição das infeções nosocomiais, bem como potenciais causas tanto para o decréscimo como para o aumento.

No primeiro mês de estágio foi constatado pela Enf.^a Chefe que relativamente a meses anteriores houvera uma subida na prevalência de infeções nosocomiais. Nos dois meses seguintes, tendo sido tomadas medidas pelos elementos de enfermagem, na qual eu me incluía, foi-nos dado pela Enf.^a Chefe, um feedback positivo de que houvera um decréscimo de infeções nosocomiais nos dois meses subsequentes.

Tive assim várias oportunidades de aprendizagem, tendo sido importante colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à PSC, de acordo com os protocolos do serviço, e as normas de boa prática de Enfermagem. Reconheço que “a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.”

5.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

De acordo com o Artigo 7.º do Regulamento OE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências do domínio da gestão dos cuidados, compreendem a capacidade de gestão “dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) e a capacidade de adaptar” a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).”

Os chefes de equipa são elementos aos quais são reconhecidas, pelo Chefe de serviço, capacidades de chefia pelo que, nesse sentido, lhes é incutida a responsabilidade de promover a continuidade de cuidados, mediante articulação das intervenções dos elementos da equipa multidisciplinar e dos vários serviços institucionais capazes de dar resposta às necessidades tanto do paciente, como da equipa. O Chefe de Equipa é não só um elemento diferenciado pelos seus anos de experiência e grau de especialização (Enfermeiros Especialistas), mas também por já ter dado provas de bom relacionamento no seio da equipa, e reunir capacidades de liderança e ainda as competências técnico-profissionais adequadas à função.

Benner (2001), no seu livro *De Iniciado a Perito*, defende que as competências se desenvolvem ao longo da vida profissional, independentemente da formação e dos conhecimentos obtidos através da mesma.

Relativamente ao ponto C1.1 das unidades de competência “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.” (Anexo III do Regulamento OE n.º 140/2019): no SU, desde dezembro de 2018, que faço parte da equipa de coordenação. Sendo que a hierarquia, nesse serviço, se expressa da seguinte forma: o Chefe de Serviço nomeia 5 chefes de equipa e 5 segundos elementos. Cada Chefe de Equipa organiza uma equipa de coordenação de cerca de 5 ou 6 elementos, de forma a cada setor da urgência ter sempre um coordenador destacado. Assim, por turno são três os lugares de coordenação - Coordenação do Ambulatório, Coordenação do SO e coordenação da ADR. Estes membros da equipa de coordenação são propostos pelo Chefe de equipa e pelo segundo elemento ao Chefe de Serviço que aceita ou não a proposta. Se o Chefe de Serviço anuir à proposta, a esse elemento fica atribuída uma nova função (de coordenação), passando tal a ficar destacado tanto na escala diária como no horário (o elemento passa para uma posição mais acima tanto no horário como na escala nominal de enfermagem).

Desde que desempenho funções de coordenação, sou responsável por ajudar ou substituir o

Chefe de Equipa, no referente à tomada de decisões no âmbito da enfermagem, sendo que no setor que me é atribuído, sou responsável por supervisionar as tarefas dos enfermeiros e dos auxiliares ao meu cuidado, procurando garantir a continuidade de segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Incumbe-me, não só colaborar nas decisões da equipa, mas tomar também decisões quando existe impasse ou quando perceba que a mesma decisão não se revela a mais indicada para o paciente. É minha função que a equipa de enfermagem, pela qual sou responsável, tenha a informação mais recente para a tomada de decisões no processo de cuidar. Tal requer que eu esteja em contacto e articulação constante, via pessoal ou via telefónica, com a equipa médica e todas as especialidades médicas que o paciente precise. Desta forma é-me necessário reconhecer em que momentos se torna necessário “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde, tendo como alvo a prestação de um cuidado ótimo ao doente.

Assis (2010), refere que a liderança é um elemento fundamental na gestão de cuidados. Segundo o mesmo autor, liderar uma equipa exige a capacidade acrescida de ir ao encontro das expectativas das organizações e dos colaboradores.

Relativamente ao ponto C1.2: “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade,” incumbe-me, enquanto coordenador, atribuir postos de trabalho, delegar tarefas em elementos da equipa, de acordo com as suas competências, supervisionando as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade da prestação. Durante este processo de delegação, e durante o turno, oriento as tarefas delegadas, fazendo, se necessário, demonstração de técnicas, dando diretrizes de execução, se pertinente, transmitindo-as aos vários elementos, de forma a que as tarefas que são necessárias serem concluídas durante o turno, o venham a ser. Tenho também a função de avaliar a execução dessas mesmas tarefas e, se necessário, realizar *debriefings* com os elementos envolvidos, a fim de se poderem identificar áreas a melhorar, visando-se maior segurança e crescente na prestação de cuidados à PSC.

Relativamente ao ponto C2: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, como elemento integrante da equipa de coordenação, cabe-me passar as diretrizes dos chefes que supervisionam, aos restantes elementos, de forma a que a prestação de cuidados ao paciente, se adegue ao quadro legal de procedimentos emanados da tutela, às rotinas definidas no serviço. Torna-se também necessário o cuidado de, na organização do trabalho da equipa de enfermagem, de assistentes operacionais, na articulação dos vários serviços e na gestão equitativa de recursos humanos

e materiais (como dotação de enfermeiros e assistentes operacionais, gestão de visitas, prestação de informações aos familiares, disponibilidade de vagas e camas para receber pacientes, bem como de material consumível e equipamentos disponíveis para a realização dos cuidados), existir uma negociação, no sentido de promover crescente eficiência nos cuidados a prestar ao paciente nos vários setores.

Relativamente ao estágio desenvolvido no SMI, foi-me possível observar a realização de horários e escalas, pela Enf.^a Chefe, tendo sido notória a preocupação da mesma em manter uma equipa tanto quanto possível equilibrada em termos de experiência profissional, sendo que para isso lhe era necessário considerar trocas feitas, férias pedidas, ausências ao serviço, ou outras situações. Pude observar que a gestão do pessoal requeria um ajustamento quase diário no sentido de a escala de enfermeiros garantir um adequado número de elementos com experiência profissional. Tive também ensejo de observar a maneira como a Enf.^a Chefe fazia a gestão do material. Desde o pedido de material clínico, à aquisição de material necessário à prática de cuidados, à realização de folhas de reparação, até à comunicação com a equipa acerca de manuseamento mais cuidado de equipamentos. Assisti ao pedido de medicação específica à farmácia, sendo que o resto da medicação era repostada diariamente pela farmacêutica na Pyxis, onde fica registada toda a medicação retirada, de forma a ser prontamente repostada.

5.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

De acordo com o Artigo 8.º do Regulamento OE n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as capacidades que neste domínio definem a sua ação implicam conseguir a) Desenvolve(r) o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Base(ar) a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

O objetivo definido para atingir as competências relativamente a este domínio, foi conhecer as especificidades relacionadas com os cuidados inerentes à pessoa em situação crítica, bem como gerir e interpretar de forma adequada a informação proveniente da experiência profissional e da formação académica.

Segundo a Lei nº 156/2015, que se refere à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, e nos termos do artigo 100º, o enfermeiro deve assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional. Por sua vez, o conteúdo do artigo nº 109 vem reforçar, uma vez mais, a necessidade do desenvolvimento continuado de aprendizagens, pois este refere que o enfermeiro deve manter uma atualização continuada dos seus conhecimentos, bem como utilizar de forma competente as tecnologias, e ainda procurar formação permanente de aprofundamento nas ciências humanas.

Os cuidados por mim prestados, numa fase inicial, tinham uma vigilância mais rigorosa por parte das tutoras mas, com o decorrer do tempo e o desenvolvimento das atividades, o meu grau de autonomia foi crescendo e, para o final, já efetuava cuidados integrais aos doentes, na perspetiva de enfermeiro especialista (Benner, 2001).

Durante a minha permanência no SMI3, apercebi-me que a formação em serviço é prática presente e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da prática baseada na evidência, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem. Os temas do Plano de Formação estabelecido para o triénio, partem das sugestões apresentadas pelos enfermeiros, pela Enfermeira Chefe e pelo centro de formação da instituição, expressas em questionário previamente dado. Há ainda formação sobre os padrões de qualidade a atingir, em conformidade com as diretrizes da Instituição e da OE.

Infelizmente, devido à carga horária e ao facto de ter eu de realizar muitos dos turnos no Serviço de Urgência após o turno na UCI, não me foi possível ir a uma formação acerca do delirium no doente internado e da aplicação da escala de avaliação do delirium: “Confusion Assessment Method for the ICU” (CAM-ICU). A Enfermeira Chefe do Serviço informou que a mesma formação iria ser dada futuramente, e que eu estava convidado a estar presente. Durante a minha permanência na SMI3, tive ensejo de identificar prioridades na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, de acordo com as competências do enfermeiro EEMC. A observação, a colaboração e a participação nas intervenções diárias dos enfermeiros tutores, o cuidado continuado e com qualidade, indo ao encontro das necessidades mais prementes do paciente, contribuíram para concretizar as competências de enfermagem com sucesso, ou seja, demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa

multidisciplinar e interdisciplinar, tendo desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, mobilizando e demonstrando conhecimentos provenientes da formação inicial, da experiência profissional, de vida, e da formação de licenciado.

Da análise dos cuidados prestados no SMI3 tenho a salientar que foi uma inspiração o facto de todos os profissionais do serviço contrariarem uma imagem de tecnicismo e mecanicismo criada à volta do doente crítico; evidenciaram dedicação e cuidado na relação humana, no toque terapêutico, na manutenção do diálogo com o doente que está sedado e analgesiado, bem como ainda, no cuidado e atenção dedicados às pessoas significativas e à família.

De realçar que, tanto na parte dos modos ventilatório, como nos débitos das perfusões, como na alimentação entérica, os enfermeiros da SMI3 tinham autonomia para, consoante a evolução dos parâmetros vitais e do estado clínico do doente, titular positivamente ou negativamente o débito das perfusões, e realizar alterações aos modos ventilatórios do paciente, diminuir, cessar ou aumentar a alimentação entérica, de acordo com as necessidades do doente naquele momento. Essas alterações eram posteriormente discutidas com a equipa médica e podiam ser mantidas ou alteradas de forma a sempre otimizar os cuidados ao doente.

O estágio na SMI permitiu-me dar conta de diferenças, relativamente ao SUC, na prestação de cuidados de enfermagem, no que diz respeito a intervenções autónomas e interdependentes. No SUC os enfermeiros estão muito dependentes das intervenções interdependentes, enquanto que na SMI3, as intervenções autónomas assumem um papel de grande relevância. De salientar que este modelo de trabalho da equipa na SMI só existe pelo reconhecimento da competência entre pares.

Na SMI, devido à complexidade dos cuidados, define-se um rácio mínimo de 1:2 (um enfermeiro a cada dois doentes), respeitante à equipa de enfermagem, indo ao encontro das normas apontadas pelo Ministério da Saúde (Direção Geral da Saúde, 2003).

Durante o estágio na SMI3 tive oportunidade de executar vários procedimentos, tais como a manipulação do material para monitorização da pressão venosa central (PVC) e perceber a influência no resultado obtido em função do nível de posicionamento do transdutor em relação ao paciente crítico, da escolha da via do cateter venoso central (CVC), do posicionamento do doente e até mesmo da ventilação do doente e dos valores da pressão positiva no final da expiração (PEEP). Tive também oportunidade de experienciar outras modalidades de monitorização invasiva como a monitorização da pressão intracraniana (PIC), a monitorização da pressão da artéria pulmonar (PAP) e a monitorização da pressão intra-abdominal (PIA). Tive interesse em procurar mais informação, tanto através de

pesquisas como de entrevistas/conversas informais com os enfermeiros tutores sobre a sua manipulação, manutenção e interpretação dos valores de referência e os valores potencialmente obtidos. Para além da manipulação correta do equipamento, dei conta da importância da interpretação dos valores obtidos, para a obtenção de dados clínicos e hemodinâmicos relativos às condições cardiovasculares do doente crítico

Considero que a aquisição de conhecimento, habilidades e competências na monitorização hemodinâmica invasiva do doente crítico é determinante para a descoberta do diagnóstico do doente, mas também para a condução da sua recuperação e verificação da eficácia terapêutica instituída.

Em suma, ao longo da prática clínica foi possível aplicar conhecimentos adquiridos na componente teórica do CMEEEMC. A prestação de cuidados ao doente crítico e ao doente terminal permitiu-me aperfeiçoar a capacidade de interagir, observar, interpretar, avaliar, intervir e resolver problemas. O esforço que vi ser dirigido para a humanização dos cuidados à pessoa, foi uma mais valia para o meu amadurecimento profissional.

6. SOBRE O *DEBRIEFING*

Podemos ainda avançar algumas questões sobre o *debriefing*, que facilitam o entendimento da problemática em estudo.

6.1 COMO SURTIU O *DEBRIEFING*

A Enfermagem moderna nasceu da necessidade de ajudar.

Segundo Thomas, (2016), uma das primeiras referências à equipa de enfermagem, remonta à história de Florence Nightingale.

Na década de 1850, Florence Nightingale debatia-se com os escassos recursos que tinha ao seu dispor para garantir o cuidado ideal aos soldados britânicos feridos na Guerra da Crimeia. Florence Nightingale tinha nessa altura uma pequena equipa de enfermeiras que a ajudavam a prestar cuidados. (Thomas, 2016).

Segundo Martin-Caro (1997), poucas semanas após a chegada de Florence Nightingale e da sua equipa de 38 enfermeiras, mulheres voluntárias, treinadas por ela, a taxa de mortalidade dos soldados britânicos desceu drasticamente, ao terem-se disposto a colocar o cuidado do próximo acima do seu.

Ainda segundo Martin-Caro, (1997), a enfermagem progrediu muito ao longo dos tempos, tendo sido notório o investimento que a enfermagem fez, relativamente a cuidados e competências, à implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional. Esse investimento traduz-se hoje em enfermeiros e equipas de enfermagem modernas que dão resposta diferenciada em vários contextos.

Segundo Souza et al., (2016), as primeiras discussões entre membros da equipa de enfermagem datam de 1950 e visavam diminuir a fragmentação no cuidado e os problemas da falta de pessoal. Embora essas discussões melhorassem a realização do cuidado integral, a preocupação com a saúde e bem-estar do paciente, a prática manteve-se ainda fragmentada. Ainda segundo Souza et al., (2016), o trabalho em equipa na saúde consiste num modo de organização das práticas para abordagem ampliada das necessidades de saúde, visando-se a

integralidade. Desenvolver o trabalho em equipa interprofissional colaborativo é considerado fundamental para a qualidade da atenção dada na saúde, a segurança e a satisfação, tanto do paciente como dos profissionais.

Souza et al., (2016) refere também a importância dessa mesma equipa se reunir e falar sobre situações importantes ocorridas durante o turno, sejam essas mesmas situações incidentes, carga de trabalho, dificuldades ou outro assunto que o enfermeiro sinta necessidade de abordar perante a equipa, de forma a conseguir-se ultrapassar, corrigir, reformular a forma de trabalhar e, assim otimizar, os cuidados dados ao doente. O mesmo autor refere também que essa partilha pode gerar conflitos entre os enfermeiros, pelo que se torna necessário adotar um método estruturado para fazer essa partilha.

O *debriefing*, como método, analítico e reflexivo, foi desenvolvido durante a Segunda Guerra Mundial, no seio militar como forma de as chefias militares, comandantes, diretores, chefes de unidade, avaliarem de que forma as estratégias utilizadas tinham sido ou não cumpridas, se tinham encontrado mais ou menos dificuldades, que obstáculos, esperados ou inesperados, tinham surgido e se atuação tinha sido a mais correta ou necessitava de ser otimizada (Kessler et al., 2015).

Rapidamente o *debriefing* foi adotado por outros campos que não o militar, tal como na indústria da aviação, e mais recentemente no âmbito das equipas de saúde.

Segundo Brazil et al., (2021) a equipa multidisciplinar dos serviços de urgência tem consistentemente valorizado o método *debriefing* após um evento clínico significativo, em detrimento de outras abordagens, sendo que as outras abordagens se traduziram numa ampla variedade de métodos, o que provocava uma falta de clareza sobre os resultados que se obtinham; além de serem pouco claros, não traduziam melhorias relevantes no cuidado ao paciente. Segundo Brazil et al., (2021), o método do *debriefing* promove a aprendizagem, bem como o aperfeiçoamento dos profissionais que participam, evidenciando resultados relevantes no que concerne à eficácia na melhoria dos cuidados ao Paciente Crítico no SU.

Um aspeto crucial na gestão do serviço de emergência é a descrição, análise de um evento clínico pelos elementos da equipa, após a sua ocorrência, com vista a melhorar o desempenho futuro por meio da reflexão em grupo sobre a experiência partilhada. Apesar dos benefícios comprovados por evidências científicas, muitos profissionais encontram barreiras para implementar essa prática no ambiente clínico.

6.2 OBJETIVOS DO *DEBRIEFING*

De acordo com Jarvis (1999), “a prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes a que a própria prática obriga”. Efetivamente, a reflexão é vista como empenho ativo que fornece a oportunidade de analisar a prática da enfermagem e identificar novos conhecimentos, assumindo especial destaque num contexto prático (Carr citado por Ip et al., 2012; Chong, citado por Caldwell & Grobbel, 2013).

O propósito do *debriefing* na saúde, segundo Kessler et al., (2015) é facilitar a discussão de ações e processos de pensamento, encorajando a reflexão, tendo como finalidade melhorar os comportamentos e práticas da equipa de saúde, culminando num cuidado otimizado ao doente, e mais seguro. Kessler et al., (2015) referem ainda o *debriefing* como uma ferramenta extremamente poderosa a nível educacional e comportamental que pode potencialmente mudar o comportamento da equipa e mudar de forma positiva a condição de saúde do doente. O *debriefing* tem como objetivo identificar tanto as barreiras como os facilitadores de desempenho. Estes mesmos dados devem ser passados às chefias, conselhos de administração etc, como forma de os mesmos terem perceção de eventuais problemas ativos ou latentes de segurança, também como forma de investigar novos métodos para melhorar e/ou reestruturar, por exemplo, protocolos, normas, procedimentos, rotinas, no sentido de melhorar a segurança do doente (Scott et al., 2022) e (Twigg, 2020).

6.3 VANTAGENS DO *DEBRIEFING*

Segundo Kessler et al., (2015), a prática estruturada do *debriefing* após os eventos clínicos pode capitalizar oportunidades de conhecimento extremamente importantes, únicas no ambiente por vezes caótico do SU, sendo que a função do *debriefing* é identificar áreas de desempenho abaixo do ideal, e em seguida determinar maneiras de melhorar o desempenho futuro da equipa.

Ainda de acordo com Kessler et al. (2015), o foco do *debriefing* deverá ser o indivíduo, a equipa, as questões de processo ou do sistema que, se modificadas, irão beneficiar o próximo paciente que tenha uma situação clínica semelhante. O conteúdo trabalhado entre os elementos durante o *debriefing* pode incluir a gestão clínica, competências técnicas, o trabalho de equipa, questões comportamentais desses mesmos elementos.

Ao discutir os cuidados e procedimentos, é útil reforçar as boas práticas que promovem a resiliência no desempenho da equipa.

Num momento de *debriefing* pode haver o risco de o relato individual não trazer informações precisas. Uma das vantagens do *debriefing* em equipa é utilizar o conhecimento coletivo da equipa, de forma a reconstruir-se um relato mais preciso dos eventos. (Kessler et al., 2015) O facto de se falar sobre o sucedido e de cada elemento poder falar sobre o sucedido, leva a um processo de metacognição, ou seja, o ato de refletir sobre as tarefas cognitivas do próprio e do grupo. Os elementos presentes na reflexão, são remetidos para a capacidade inata de se auto avaliarem e assim compreenderem e tentarem prever o seu comportamento e o das pessoas ao seu redor, ou seja, a reflexão tem o intuito de entender e prevenir as consequências das suas próprias ações, as consequências para o próprio, para a equipa e para o doente. As equipas ficam cientes do quadro de pensamento de cada elemento da mesma. O *debriefing*, para além de identificado como uma ferramenta importante para a identificação da origem de erros, preserva a qualidade da comunicação, dos relacionamentos, promove o desempenho otimizado da equipa, ao mesmo tempo que fornece suporte emocional após um evento crítico. (Ugwu et al., 2020)

O *debriefing*, mais especificamente o *debriefing* no Serviço de Urgência tem sido um tema cada vez mais relevante. Segundo Azizoddin et al., (2020), cada vez mais as conversas entre os elementos da equipa, após eventos clínicos relevantes, servem para promover a aprendizagem recíproca, bem como a reflexão crítica, culminando na melhoria dos cuidados prestados a futuros pacientes. (Azizoddin et al., 2020) e (Twigg, 2020).

6.4 DESVANTAGENS DO DEBRIEFING

Segundo Kessler et al. (2015), o *debriefing*, apesar de envolver os participantes numa avaliação ativa do desempenho, em que as suas próprias observações são usadas como ponto de partida para discussões que melhoram os cuidados prestados pela equipa, pode, todavia, ter situações em que o *debriefer* inexperiente pode cair na armadilha de fazer uma lista de erros de elementos da equipa, sem dissecar os problemas de raiz, transformando o momento de reflexão numa sessão de culpabilização. Outra situação a evitar é a não valorização de contribuições de alguns elementos. São também relatadas como limitações o desconforto/receio de eventuais críticas, bem como falta de interesse da parte de alguns membros da equipa.

Segundo Ugwu et al., (2020), as principais limitações à utilização do *debriefing* numa urgência, prendem-se com a falta de treino por quem realiza o *debriefing*, bem como a falta de um modelo, formato ou ferramenta para realizar o *debriefing*. Foram relatadas como desvantagens, o excesso da carga de trabalho, o prolongamento do horário de trabalho, o

facto de muitos profissionais terem de retomar imediatamente funções após o evento clínico, bem como falta de apoio das chefias e direção do hospital.

De reforçar que o *debriefing* nunca deve ser utilizado como forma de culpabilizar ou acusar os elementos presentes no evento clínico, mas antes como forma de facilitar o discurso sobre as ações, a fim de alterar práticas que precisam ser otimizadas.

Conforme refere Appleton et al., (2018), o *debriefing* poderá dar azo a situações não positivas no seio da equipa. Podem, todavia, as mesmas ser contornadas.

Dois exemplos:

1. Caso o *debriefer* tenha pouca experiência, a fraca condução da reflexão pode ser evitada com a adoção de um modelo estruturado de aplicação do *debriefing*.
2. Face a uma situação de prática reflexiva em que o facilitador se concentra no erro (“não demos a dose correta de adrenalina”), a abordagem deverá ser conduzida de forma adequada para uma procura reflexiva do porquê do processo de pensamento incorreto (todos nós concordamos que houve aqui um problema, mas porque acham que isto aconteceu?). Poderá chegar-se à conclusão que a enfermeira administrou uma dose incorreta de adrenalina porque utilizou a métrica incorreta (microgramas em vez de miligramas). A ênfase não deve estar nos erros, mas em descobrir a sua razão, de forma a não repeti-los em futuras situações.

6.5 DOIS MODELOS DE APLICAÇÃO DO DEBRIEFING

Segundo Ugwu et al., (2020), a fim de se reduzir os erros da equipa multidisciplinar, os hospitais e a sua equipa de gestão devem criar um ambiente que incentive todos os profissionais que tratam dos pacientes a realizar uma sessão de reflexão após cada evento crítico. Isso pode ser alcançado através de treino formal, criando um modelo/formato para o *debriefing* e incentivando todas as unidades hospitalares a integrar esta estratégia no seu processo de trabalho.

Referimos aqui de momento, dois modelos de aplicação do *debriefing*: o de David Kessler e o de Craig Walker.

6.5.1 O modelo proposto por David Kessler

O modelo de *debriefing* de Kessler foi concebido para ser usado por equipas de saúde, embora possa ser adaptado a outros campos profissionais.

O modelo de *debriefing* de Kessler propõe uma abordagem estruturada e sistemática para ajudar equipas de saúde a refletir sobre eventos críticos e identificar maneiras de melhorar o seu desempenho no futuro.

Esse modelo está estruturado em categorias, sendo cinco delas fundamentais para se poder implementar um programa de *debriefing* no SU. (ANEXO II)

Quem deve participar?

Segundo Kessler et al., (2015) quem promove o *debriefing* deve ser o chefe de equipa/o elemento mais diferenciado, seja médico ou enfermeiro, (ou elemento externo), sendo que idealmente este deve ter treino e experiência em *debriefings*, ou então, ser um profissional com formação em técnicas de *debriefing* e segurança do doente, de forma a promover não só um *debriefing* eficaz, mas também um clima de adesão da equipa ao mesmo.

O facilitador garante que o *debriefing* seja conduzido de forma estruturada e que todos os membros da equipa tenham a oportunidade de partilhar as suas perspetivas e experiências. Cabe também ao facilitador garantir que o ambiente de reflexão seja seguro e confidencial, que as regras de respeito mútuo fiquem claras.

O objetivo do facilitador é guiar a equipa no processo de reflexão e aprendizagem, e não necessariamente fornecer soluções ou julgar as ações da equipa durante o evento crítico.

O que deve ser discutido?

Durante o *debriefing*, a equipa deve descrever o que aconteceu durante o evento, designadamente os factos relevantes, ações e decisões tomadas pelos membros da equipa, e ainda as circunstâncias que levaram ao evento, o contexto em que o evento ocorreu e os fatores que afetaram o desempenho da equipa.

A equipa deve discutir como o seu desempenho poderá ser melhorado no futuro. Isso pode incluir aspectos como a comunicação, a coordenação, a tomada de decisão, a liderança e outros fatores que afetaram o desempenho da equipa.

Quando deve ser realizado?

O *debriefing* deve ser realizado o mais rápido possível após o evento para que as experiências e percepções da equipa ainda estejam frescas na memória e possam discutir os detalhes do evento com a maior precisão. Idealmente, o *debriefing* deve ser realizado no mesmo dia ou, no máximo, alguns dias após o evento.

Além disso, é importante que todos os membros da equipa estejam presentes na altura. A duração do *debriefing* não está formalmente estabelecida, todavia, geralmente, os *hot* e *warm*

debriefings duram aproximadamente 10 minutos, enquanto que os *cold debriefings* normalmente demoram uma hora ou mais.

Poderá haver uma abordagem híbrida, caso a equipa considere que a duração ou a análise feita, durante o *hot/warm debriefings*, não permitiu tratar todas as questões relevantes.

Onde deve ser realizado?

O local onde o *debriefing* ocorre pode afetar a segurança e a privacidade dos participantes, bem como o ambiente geral de discussão. O *debriefing* deve ser realizado num local privado e tranquilo, onde a equipa possa sentir-se à vontade para partilhar as suas experiências e opiniões. Para além do próprio local (*hot debriefing*) pode ser uma sala ou outro espaço apropriado.

Além disso, o local deve estar livre de distrações, como telemóveis, e deve ser preparado com antecedência para o *debriefing*. Isso pode incluir a preparação de materiais, como folhas de papel e canetas, e a garantia de que a sala seja confortável e bem iluminada.

O facilitador do *debriefing* deve garantir que o ambiente seja seguro e confidencial, que as regras de respeito mútuo sejam estabelecidas e que todos os participantes tenham a oportunidade de falar e serem ouvidos. O objetivo é criar um ambiente onde a equipa se sinta confortável para analisar o evento crítico de forma aberta e honesta.

Porque é importante?

A função do *debriefing* é identificar áreas de bom e não tão bom funcionamento, de forma a ajudar as equipas a aprender com experiências críticas e a identificar estratégias para lidar melhor com eventos semelhantes no futuro, otimizando a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O foco final do *debriefing* não deve ser culpabilizar os elementos envolvidos, mas examinar todos os factos e perspectivas que vão ajudar a otimizar os cuidados prestados à PSC. A qualidade do desempenho futuro da equipa pode potencialmente ser melhorada, quando a mesma reconhece ter havido contribuições com falha e compreende como a mesma deve ser corrigida, de forma a aprimorarem-se conhecimentos, técnicas e capacidades.

O *debriefing* pode ajudar também a reduzir o stress emocional e o impacto psicológico do evento na equipa ou em elementos seus, o que irá contribuir para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos no serviço.

O *debriefing* permite identificar pontos fortes na atuação da equipa, reforçar boas práticas, incentivar a equipa a continuar a usá-las no futuro.

O *debriefing* permite ainda fortalecer o trabalho em equipa, incentivando a uma melhor colaboração, a uma comunicação mais aberta e honesta entre os membros da equipa melhorando a resiliência individual e da equipa em situações futuras.

O objetivo principal do modelo de *debriefing* de Kessler é proporcionar uma estrutura sequenciada que visa ajudar equipas a dialogar e a aprender com eventos críticos.

O modelo de Kessler para aplicação do *debriefing* pode ser muito útil no SU, onde as equipas estão frequentemente expostas a situações stressantes e desafiadoras, como reanimações ou atendimentos a vítimas de trauma. O *debriefing* após essas situações pode ajudar a equipa a processar as suas emoções e a desenvolver um plano de ação para melhorar o desempenho futuro. É importante lembrar que o *debriefing* não é uma ferramenta de punição ou julgamento, mas sim uma oportunidade para aprender e crescer como equipa. Quando usado adequadamente, o modelo de Kessler pode ajudar a equipa a tornar-se mais eficiente, eficaz e bem-sucedida na sua atuação no serviço de urgência.

Para que haja motivação para o *debriefing* e contribuição ativa na discussão do evento crítico, torna-se importante explicar à equipa os benefícios do *debriefing*.

6.5.2 O modelo proposto por Craig Walker - conhecido pelo acrónimo STOP 5

O modelo "STOP for 5 minutes" é um modelo de *debriefing* criado originalmente por Craig Walker, um consultor de liderança e treinador de equipas de alta performance.

O modelo "STOP for 5 minutes" é baseado numa abordagem simples, mas eficaz, que pode ser aplicada em vários contextos e situações, tanto em ambiente de trabalho como em situações particulares.

Este modelo de *debriefing* visa ajudar a refletir sobre uma experiência, aprender com ela e melhorar o desempenho. Ajuda a garantir que todos os intervenientes estejam concentrados no processo e que a discussão seja objetiva e construtiva.

O objetivo deste modelo de *debriefing*, com ênfase confidencial e não apontador de culpa, é refletir sobre a ação que acabou de ocorrer, com a finalidade de se avaliar o que foi bem-sucedido, o que poderia ter sido mais bem conseguido e o que pode vir a ser melhorado no futuro, e também providenciar suporte aos elementos da equipa que possam ter sido afetados por casos clínicos difíceis/angustiantes. É dado espaço para todos apresentarem o seu ponto de vista /ideia, colocando maior foco nas soluções do que nos problemas.

Há alguns anos, o Serviço de Medicina de Edimburgo - Edinburgh Emergency Medicine (Scotland) decidiu introduzir *hot debriefings* para refletir sobre casos de ressuscitação no

seu SU. Não tendo achado na literatura clínica exemplos de modelos que facilitassem a realização regular de *hot debriefs*, estruturados, para os casos que queriam analisar, reuniram um grupo multidisciplinar, com profissionais de vários setores, inclusive do Scottish Centre for Simulation and Clinical Human Factors que, em conjunto, adaptaram o modelo de Craig às necessidades dos seus serviços de emergência.

O STOP 5- *STOP for 5 Minutes* - PARE por 5 Minutos, aqui apresentado, é um modelo de *hot debriefing*, feito à medida das necessidades dos serviços da unidade de saúde do Edinburgh Emergency Medicine, tendo uma estrutura simples, que viabiliza a sua aplicação em eventos clínicos, de forma rápida, logo após a ocorrência dos mesmos.

Este modelo tem sido adotado por outros departamentos de urgência, por serviços de saúde de todo o mundo.

Esta abordagem de *debriefing* ajuda as equipas a melhorar o seu desempenho, a aprender com as suas experiências e a promover colaboração e comunicação eficaz entre os seus membros. Compreende 5 etapas. Veja-se o (ANEXO III).

A preferência por este modelo de *hot debrief* é explicada no site do Edinburgh Emergency Medicine:

STOP 5 - Porquê?

É...

- Rápido;
- Simples;
- Pode ser implementado por qualquer membro da equipa;
- Possui uma estrutura que se explica a si mesma e tem um poster informativo/cartaz súmula;
- Inclui oportunidades para registar planos de ação e pontos de aprendizagem.

7. REVISÃO DA LITERATURA

No início de uma investigação sobre um tema, surge sempre a necessidade de identificar os conceitos centrais, indo buscar à literatura e/ou a diplomas legais a definição dos mesmos.

A revisão da literatura é, segundo Fortin (1999, p. 74), “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”. Assim, no decorrer deste relatório, foi necessário sustentar o trabalho realizado sob a insígnia de autores que, ao longo dos anos, publicaram obras sobre a temática em estudo.

Na mesma linha de pensamento, Fortin (1999, p.17), fala-nos que a investigação científica é “em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.” Este processo sistemático tem duas características importantes: é rigoroso e sistemático, levando sempre à aquisição de novos conhecimentos.

Segundo Fortin (1999, p. 74), a revisão da literatura é um processo de pesquisa que envolve a busca, seleção e análise crítica de publicações relevantes sobre um determinado tema ou domínio de investigação. O objetivo da revisão da literatura é identificar lacunas no conhecimento existente, identificar tendências e padrões de pesquisa, bem como fornecer uma base sólida para pesquisas futuras.

De acordo com a OE (2006), a enfermagem tem vindo a consolidar-se enquanto ciência, fazendo-se por isso sentir a necessidade de o seu corpo de conhecimento ser continuamente atualizado através de investigação, de forma a desenvolver-se e sustentar-se uma prática baseada em evidências. Tem havido crescente qualidade nos cuidados prestados, com otimização dos resultados no domínio da saúde. Uma vez que o Enfermeiro Especialista deve basear a sua intervenção nas evidências científicas mais atualizadas, é relevante a realização de revisões da literatura, como se pretende com a presente revisão scoping (RS) da literatura.

Diante da diversidade de métodos que podem ser usados para a revisão de literatura, a *scopin review* é um tipo de método que atende à necessidade de sintetizar evidências de questões,

porque auxilia na recolha de informações, apontando a necessidade de incluir os estudos existentes, para se conseguir uma revisão diversificada e sintetizada do conhecimento disponível, tendo em conta o estado da arte sobre o tema.

Este trabalho tem como ponto de partida a formulação de uma questão de pesquisa: O Debriefing no Serviço de Urgência como estratégia de melhoria dos cuidados e da segurança da pessoa em situação crítica.

7.1 A QUESTÃO DA REVISÃO

A questão da revisão na revisão de literatura refere-se à pergunta de pesquisa que orienta a revisão. É a essa questão que o pesquisador procura responder ao realizar a revisão da literatura, e é fundamental para orientar todo o processo de seleção e análise dos estudos incluídos. (Greenhalgh, 2014).

A RS da literatura foi realizada para responder à seguinte questão orientadora:

Qual o estado da arte relativamente ao *debriefing*, em eventos clínicos relevantes num contexto de urgência, enquanto estratégia de melhoria dos cuidados à PSC, e tendo em conta vantagens/desvantagens/limitações deste método?

7.2 METODOLOGIA E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foi utilizada a metodologia de pesquisa para revisões scoping da literatura do JBI - The Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2020), tendo-se formulado a questão de investigação através da mnemónica PCC (população, conceito e contexto), num protocolo de pesquisa que visa esclarecer conceitos, perceber como estão a ser conduzidas pesquisas neste campo do conhecimento, tendo-se procurado identificar fatores relacionados com o tema, bem como eventuais lacunas no presente conhecimento científico.

Aplicando-se a mnemónica PCC, obteve-se a definição dos seguintes elementos:

P – População – Estudos visando população de Enfermeiros que prestem cuidados à PSC, no Serviço de Urgência Central;

C – Conceito – Estudos que abordem o *debriefing* envolvendo a equipa de enfermagem, após eventos clínicos relevantes;

C – Contexto – Estudos que contemplem a atuação de Enfermeiros no Serviço de Urgência. Relativamente à estratégia de pesquisa delineada e de identificação dos estudos, foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas:

MEDLINE Complete, CINAHL Complete, através da EBSCO, via Ordem dos Enfermeiros. Para concretizar a revisão da literatura, partiu-se das seguintes palavras-chave: *Debriefing*, *Crisis Interventions*, *Emergency Department*, *Nursing*, *Critical Care* e *Quality Improvement*. Após aferição destes termos, foram definidos os descritores MeSH, os quais foram: “Debriefing”, “Crisis Intervention”, “Patient Safety”, “Critical Care Nursing”, “Emergency Hospital”.

De seguida, foi formulada uma frase booleana, através dos operadores de pesquisa “AND” e “OR”, entre os vários descritores, para refinar a pesquisa. A frase booleana utilizada na pesquisa das bases de dados foi: [“Debriefing” OR “Crisis Interventions” OR “Clinical Debriefing”] AND [“Critical Care” OR “Critical Care Nursing” OR “Clinical Events”] AND [“Emergency Department” OR “Emergency Department Hospital”]. (APÊNDICE III) Conforme acima mencionado, esta scoping review seguiu a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2020), estando de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews- (PRISMA-ScR)*.

7.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, de forma a direcionar a pesquisa para dar resposta à questão formulada para a realização desta revisão.

Definiram-se os seguintes critérios de **inclusão** para publicações:

- Serem em idioma Português, em Inglês ou Francês;
- Apresentadas numa janela temporal entre as datas compreendidas entre 01/01/2015 e 31/12/2022;
- Disponíveis em texto completo;
- Referentes a enfermeiros e médicos que trabalhem no serviço de urgência, independentemente do tempo de serviço ou vínculo de trabalho.

Definiram-se os seguintes critérios de **exclusão** para publicações, serem referentes:

- Ao *debriefing* psicológico;
- A enfermeiros que não prestam cuidados diretos aos doentes no serviço de urgência;
- A estudos que não abordam o *debriefing* no serviço de urgência ou em contextos relacionados com a saúde;
- A estudos que envolvem outras formas de intervenção ou terapia que não o *debriefing*;

- A estudos que não foram publicados em idiomas que o pesquisador possa compreender ou revisar adequadamente.

Foi também procurada e utilizada “literatura cinzenta”, trabalhos acadêmicos, dissertações, websites governamentais, relatórios de organizações e normas existentes sobre o tema, bem como bibliografia relevante extraída dos artigos selecionados.

7.4 SELEÇÃO/IDENTIFICAÇÃO/ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS

Segundo Greenhalgh (2014), durante esta etapa, o pesquisador realiza uma busca inicial nas bases de dados relevantes, selecionando os estudos que parecem ser relevantes para a revisão com base em critérios específicos, tais como:

Tipo de estudo (por exemplo, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais, revisões sistemáticas, etc.), população de interesse, intervenções ou exposições estudadas, desfechos avaliados, ano de publicação, idioma/as, entre outros.

Os estudos selecionados são então avaliados mais detalhadamente em termos de elegibilidade, para garantir que atendam aos critérios de inclusão e/ou de exclusão da revisão. Essa etapa de elegibilidade envolve a leitura completa dos títulos, resumos e, em alguns casos, o texto completo dos estudos relevantes, para determinar se eles atendem aos critérios de inclusão definidos para a revisão.

Os estudos que não atendem aos critérios de inclusão são excluídos, enquanto aqueles que atendem aos critérios de inclusão são incluídos na revisão e passam por uma avaliação mais detalhada em relação à qualidade e ao risco de viés.

7.5 EXTRAÇÃO DE DADOS

Uma das etapas fundamentais do processo de investigação é a organização e análise dos dados adquiridos (Coutinho, 2015).

Após a seleção dos estudos, procedeu-se à extração dos dados que, nas revisões scoping, fornecem um resumo lógico e descritivo dos resultados que respondem à questão de investigação. Os resultados de um trabalho de investigação não apresentam qualquer utilidade, a menos que sejam comunicados e difundidos para que haja transferência de conhecimentos (Fortin, 2009).

Após a seleção e análise dos estudos, foram incluídos 4 artigos nesta RS da Literatura. Serão explicitados os resultados dos autores selecionados no quadro apresentado no APÊNDICE IV.

7.6 RESULTADOS

Realizada a pesquisa inicial, foram encontrados, através das bases de dados na EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive), um total de 71 artigos.

Após aplicação dos seguintes limitadores: data de publicação, idioma e texto completo disponível, foram excluídos 12 artigos, tendo ficado um total de 59 artigos. (APÊNDICE III).

Destes 59 artigos, 10 foram excluídos por se encontrarem duplicados, e ainda outros 30 artigos foram excluídos após análise por leitura do título e do resumo. Restaram 19 artigos. Estes 19 artigos foram sujeitos a leitura integral e à aplicação dos critérios de exclusão. Foram excluídos 15 artigos: tendo restado 4 artigos, os quais foram utilizados na Revisão Scoping da Literatura: MEDLINE Complete – (3) ; CINAHL Complete – (1); Nursing Allied Health Collection – (0).

A pesquisa decorreu em conformidade com o fluxograma apresentado no (APÊNDICE V).

7.7 DISCUSSÃO

O *debriefing* é definido como uma estratégia de reflexão sobre a ação, em que se segue uma linha de raciocínio estruturado, conciso. A equipa debruça-se sobre experiências partilhadas, após um evento clínico, no sentido de, em situações futuras, antecipar e prevenir potenciais ameaças à segurança da PSC. O *debriefing* pode contribuir assim, para otimizar o cuidado à PSC, para melhorar o trabalho em equipa, promovendo a formação dos profissionais de saúde envolvidos e consolidando os seus conhecimentos (Kessler et al., 2015), (Coutinho et al., 2014).

Na implementação do *debriefing* existem vantagens, mas também vários constrangimentos (desvantagens) sentidos pelos profissionais de saúde, tanto a nível pessoal, como organizacional.

Alguns dos desafios mais comuns na implementação do *debriefing* serão apresentados de seguida:

7.7.1 Resistência à Mudança

A resistência à mudança é um desafio frequente na implementação do *debriefing* no contexto da saúde. Profissionais de saúde podem demonstrar relutância em adotar essa prática devido à cultura existente no trabalho, a falta de familiaridade com o conceito do *debriefing* ou

preocupação com o aumento da carga de trabalho. No entanto, a sensibilização sobre as vantagens do *debriefing* pode facilitar a adesão, independentemente da classe profissional, promovendo uma cultura de aprendizagem coletiva, de mudanças positivas, com otimização na eficiência do trabalho em equipa.

Neste sentido, Twigg (2020) destaca a importância de envolver os profissionais de saúde desde o início do processo de implementação do *debriefing*. Comunicar claramente os objetivos e os benefícios desta prática, fornecer formação e treino adequados são elementos essenciais para promover a compreensão e a aceitação do *debriefing*. Além disso, incentivar os profissionais a compartilhar as suas experiências e os resultados positivos do uso do *debriefing* contribuem para a construção de confiança e a integração deste tipo de reflexão em comum, nas rotinas de trabalho.

Sandhu et al. (2013) refere que questões da cultura do local de trabalho podem representar um obstáculo para a implementação do *debriefing*. A falta de interesse e o ceticismo em relação aos benefícios do *debriefing* podem comprometer a sua aceitação. Kessler et al. (2015) faz ressaltar a necessidade de haver um treino específico para os profissionais responsáveis pela condução dos *debriefings*. Esse treino deve abranger conhecimentos sobre fatores humanos, sobre segurança nos cuidados e metodologias, a fim de se conseguir promover não apenas capacitação adequada dos profissionais, mas também uma atmosfera de valorização da aprendizagem e de partilha de experiências.

7.7.2 Falta de Tempo

A rotina agitada e as exigências do ambiente de trabalho no SU podem dificultar a alocação de tempo para o *debriefing*. Os profissionais de saúde podem sentir que não têm tempo suficiente para realizar as sessões de *debriefing* de forma adequada.

Para lidar com a falta de tempo para o *debriefing*, é desejável identificar momentos oportunos, como períodos de transição, designadamente passagens de turno, bem como utilizar técnicas eficientes de reflexão de curta duração (guias de discussão e ferramentas de registo fácil e sucinto). Além disso, é importante priorizar o *debriefing* como uma atividade não dispensável, incorporando-o na jornada profissional/durante o turno, investindo na formação dos profissionais facilitadores, no sentido de o realizarem com boa gestão de tempo. Ajustar estas soluções às necessidades específicas de cada ambiente de trabalho, pode garantir a realização do *debriefing* mesmo em contextos com restrições de tempo.

Para além de referir que é necessário identificar momentos oportunos para realizar *debriefings*, como passagens de turno, e de serem usadas técnicas eficientes de curta duração, Twigg (2020) reforça a necessidade de serem alocados recursos adequados, como pessoal e tempo, para garantir que o *debriefing* venha a ser incorporado nas rotinas de trabalho como parte essencial da prática clínica.

Há efetivamente uma sobrecarga de trabalho sobre os profissionais que trabalham no SU diariamente, devido a uma constante entrada de doentes e à necessidade de a equipa presente num evento clínico ter de dar atenção, logo a seguir, a outras PSC.

Pinho, et al. (2020) reforça ainda que os serviços de urgência são locais de grande instabilidade, onde os enfermeiros estão em constante contacto com doentes graves, sendo-lhes necessário tomar decisões rápidas, em tempo útil, havendo, simultaneamente, grande probabilidade de ocorrência de eventos adversos, como a morte de um doente.

7.7.3 Falta de Conhecimento e de Competências

A falta de conhecimento e de competências específicas são outro desafio significativo à implementação do *debriefing* no contexto do SU. Alguns profissionais podem não estar familiarizados com as técnicas e os benefícios desta prática, o que pode levar a uma implementação desadequada ou até mesmo a uma relutância em participar ativamente.

Kessler et al. (2015) destaca haver uma lacuna na formação de profissionais qualificados para facilitar *debriefings*. Este autor enfatiza a importância de haver um treino específico, que deve abranger conhecimentos sobre fatores humanos, segurança dos cuidados prestados aos pacientes e metodologias que promovam a melhoria contínua da qualidade. Na opinião de Kessler et al. (2015), a escolha do facilitador do *debriefing* deve recair sobre um profissional de saúde que esteja familiarizado com os aspetos clínicos, o que é o caso de enfermeiros ou médicos.

O dinamizador do *debriefing* desempenha um papel crucial na criação de um ambiente acolhedor e seguro para a equipa. Por isso Kessler et al. (2015) defende que é essencial que o *debriefer* tenha formação especializada na área, de forma a inspirar confiança e a demonstrar competências comunicacionais eficazes, no sentido de encorajar a participação ativa de todos os envolvidos e assegurar um ambiente de confiança recíproca dentro da equipa, com ênfase na facilitação e moderação.

Na perspetiva de Kessler et al. (2015), todos os elementos presentes no evento crítico devem ser convidados a participar do *debriefing*, respeitando-se, no entanto, sempre a sua vontade

e livre arbítrio. Torna-se assim necessário estender a formação e capacitação a todos os membros da equipa, para que cada um, se assim o decidir, possa contribuir de forma efetiva e adequada na reflexão feita após a situação crítica. O *debriefing* pode tornar-se um espaço fundamental de formação contínua para os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à PSC. É imprescindível existir um ambiente de confiança, acolhedor, propício à participação, sem receio de culpabilização ou de retaliação em momentos de reflexão coletiva honesta e partilha aberta de experiências. O propósito é conseguir-se apurar lacunas de conhecimento, adquirir-se competências específicas em falta, fortalecer-se o bom desempenho da equipa em favor da PSC.

7.7.4 Ambiente Desafiador e Dificuldade no Local

O SU é um serviço de procura excessiva, por um lado devido à perceção dos utentes sobre a gravidade das suas próprias situações e, por outro, devido à incapacidade de os serviços de cuidados de saúde primários fornecerem respostas em tempo útil. Face à enorme procura, as dotações de pessoal são insuficientes para as necessidades do SU. (Teixeira, 2010; Campos, 2014).

A equipa multidisciplinar enfrenta assim situações stressantes não apenas devido ao grande número de entradas nas emergências, mas também face às constantes solicitações dos utentes e à necessidade de realizar cuidados específicos (Silva et al., 2012).

Segundo Coggins et al., (2020), para se responder a esta procura excessiva no SU torna-se necessário desenvolver ações conjuntas e delinear estratégias bem definidas para garantir um atendimento de qualidade, mas torna-se também necessário assegurar um ambiente de trabalho mais saudável e eficiente para a equipa multidisciplinar.

Em equipas de saúde interdisciplinares, a comunicação torna-se por vezes difícil quando a hierarquia, resultante das relações profissionais e dos aspetos de práticas culturais da instituição, apresenta barreiras a uma boa comunicação, podendo tal conduzir a situações de “erro”. Torna-se, portanto, essencial promover o trabalho em equipa (Santos et al, 2010).

Vários autores avançam algumas recomendações no sentido de facilitar a implementação do *debriefing* no SU.

Kessler et al. (2015) faz notar a importância crucial de se garantir conforto, abertura e segurança nos relacionamentos entre os profissionais de saúde envolvidos. Por exemplo, no caso de as principais conclusões da reflexão feita pela equipa multidisciplinar, no pós evento crítico, virem a ser divulgadas e aproveitadas por outras equipas, os aspetos sensíveis

deverão ser mantidos dentro do grupo, preservando o sigilo, a confiança, a lealdade entre os seus membros, minimizando sentimentos de medo e relutância em partilhar experiências em futuras reflexões. Isto irá permitir que os profissionais de saúde se continuem a envolver de forma significativa no processo de *debriefing*, promovendo-se condições para um ambiente propício ao crescimento pessoal e profissional.

Alguns profissionais poderão perceber o *debriefing* como momento de avaliação sentindo-se por isso, fragilizados, postos em cheque, relativamente a outros membros da equipa multidisciplinar. Para garantir a eficácia do *debriefing*, é decisivo que o mesmo em caso algum seja tomado como um processo de avaliação do desempenho profissional. Importa promover-se a troca de ideias construtivas, evitando-se que as reflexões feitas venham a ser interpretadas como críticas.

Também Rose et al. (2022) considera positivo abordarem-se diretamente os problemas de comunicação e de hierarquia, de forma a conseguir-se promover um ambiente seguro e de franqueza, onde todos os membros da equipa se sintam encorajados a participar no *debriefing* e a partilhar as suas perspetivas, fomentando-se uma cultura de respeito mútuo, de colaboração e de aprendizagem, com programas de melhoria da confiança nas equipas e de oportunidades regulares de feedback e discussão.

Rose et al. (2022), sugere ainda que, na implementação do *debriefing*, se tenham também os seguintes cuidados:

Deverá envolver-se a liderança institucional e obter o seu apoio ativo, mostrando-lhe os benefícios do *debriefing* para a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente; tal ajudará a garantir uma alocação adequada de recursos e tempo para a prática.

Deve ainda criar-se uma equipa responsável por liderar e promover a implementação do *debriefing* no SU.

Sandhu et al. (2013) refere que uma das barreiras que se coloca à implantação do *debriefing* é exatamente a dificuldade em haver disponível um espaço apropriado e devidamente reservado para acolher a equipa multidisciplinar.

Também Coggins et al. (2020), refere esta mesma dificuldade, sugerindo como solução que, ainda que sendo preferencial fazer a reflexão perto do local do evento clínico, a necessidade de se conseguir boas condições de concentração deverá ter prioridade.

Kessler et al. (2015) concorda que é crucial que o *debriefing* seja feito num espaço apropriado, e, por isso mesmo, sugere que sair de espaços clínicos poderá aumentar a privacidade e reduzir distrações.

7.7.5 Falta de Liderança/ de Suporte Institucional

A falta de apoio e de envolvimento da liderança institucional pode representar um sério desafio à implementação e sustentabilidade do *debriefing* no SU.

Segundo Rose et al. (2022), é fundamental conseguir-se suporte institucional para a implementação do *debriefing*. Sem uma liderança comprometida, haverá provavelmente escassez de recursos, falta de oportunidades de treino e ausência de incentivos para a prática sistemática do *debriefing* no ambiente de trabalho.

Para resolver esses desafios, é fundamental investir no esclarecimento e na consciencialização da liderança e dos restantes profissionais de saúde, mostrando-lhes os benefícios do *debriefing* para a melhoria do desempenho profissional pessoal e em equipa e para maior qualidade nos cuidados e na segurança da PSC. Tal consciência irá abrir oportunidades de treino adequado, a possibilidade de se criar uma cultura de práticas de confiança, de segurança, de respeito e de apoio recíproco, em que a liderança institucional estará ativamente envolvida no processo de disponibilização de recursos e de tempo, os quais são facilitadores da realização das sessões de *debriefing*, o que virá a garantir a valorização desta estratégia de reflexão nas rotinas de trabalho.

Rose et al. (2022) recomenda igualmente a criação de uma equipa com formação no *debriefing*, de forma a facilitar-se a reflexão estruturada em grupo, pós evento clínico, como prática rotineira, num ambiente propício, reconhecida efetivamente no contexto de trabalho por uma liderança comprometida, como componente essencial da cultura de aprendizagem do serviço e da promoção continuada do trabalho em equipa, bem como do aprimoramento da segurança nos cuidados prestados.

7.7.6 Acentuada Rotatividade de Profissionais

A saída de pessoal competente, com larga experiência de anos de cuidados no SU, é uma enorme desvantagem/perda para o serviço. Tal deve-se na maior parte das vezes à exigência das funções no SU, e a insuficientes contrapartidas logísticas, financeiras, de subida na carreira, que suavizem o grande impacto na vida pessoal, familiar, profissional e social dos que trabalham no SU.

Esta grande rotatividade de profissionais, no SU implica dificuldade na interiorização, por parte dos recém-chegados (principalmente logo ao início) de procedimentos e práticas, dos valores e da missão do SU. O tempo de habituação requerido é uma desvantagem para o serviço prestado. Nem sempre todos os elementos da equipa estão suficientemente

informados sobre os protocolos de atuação ou familiarizados com normas internas, ou rotinas de trabalho em uso no serviço. Este desconhecimento vai refletir-se também nos procedimentos de implementação do *debriefing*.

Sendo a função do *debriefing*, para Kessler et al. (2015) identificar áreas de desempenho ideal e que estão abaixo do ideal, para se adotarem medidas de melhoria do desempenho futuro da equipa, torna-se crucial mitigar essa rotatividade profissional.

Campos (2014) faz notar a importância de se prever uma equipa multidisciplinar estável no SU, no sentido de se conseguir garantir a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Por seu lado, Twigg (2020) avança algumas medidas para minimizar o impacto da rotatividade profissional, designadamente: investimento em formação contínua e em treino adequado, estabelecer programas de orientação, recorrer a ferramentas digitais e promover uma abordagem multidisciplinar e colaborativa.

Estas medidas procuram garantir que os profissionais de saúde estejam bem preparados para participar dos *debriefings*, independentemente da rotatividade da equipa.

Kilner et al. (2010) confirma que o grau de coesão da equipa interfere na redução de erros clínicos, ajudando a garantir a segurança do paciente.

Portanto, investir em estratégias de formação contínua, em programas de orientação, na utilização de ferramentas digitais e na promoção de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa são medidas essenciais para lidar com a grande rotatividade de profissionais e garantir a implementação efetiva do *debriefing* no Serviço de Urgência.

Os benefícios da realização do *debriefing* são superiores aos constrangimentos que dificultam a sua realização.

Cabe a cada SU que pretende melhorar a prestação de serviços à PSC procurar condições que reduzam esses constrangimentos e enquadrem o *debriefing* nas rotinas de trabalho.

7.8 CONCLUSÕES DA REVISÃO DA LITERATURA

O *debriefing* no SU oferece diversas vantagens tanto a nível profissional quanto organizacional. Em termos pessoais, permite a melhoria do desempenho e a aquisição de competências ao identificar áreas de melhoria.

Dufrene et al. (2014) defende que a reflexão grupal e a partilha de experiências desempenham um papel crucial na melhoria do desempenho profissional. Tal ocorre por meio de dois momentos essenciais: a reflexão sobre o evento ocorrido e a identificação de novos conceitos que podem ser aplicados em experiências futuras (Mullan et al., 2014).

As vantagens organizacionais estão relacionadas com um trabalho em equipa mais coeso, a previsão de erros futuros, a promoção de aspectos relacionais, como complementaridade, comunicação e articulação entre os profissionais de saúde, através da reflexão em grupo sobre experiências partilhadas (Campos, 2014).

A existência de uma equipa multidisciplinar fixa no SU, conforme destacado por Campos (2014), garante a continuidade e qualidade no atendimento. Além disso, estudos como o de Kilner et al. (2010) confirmam que a coesão da equipa é crucial na redução de erros clínicos e na garantia da segurança do paciente.

Os autores nos quais me baseei, são unânimes em defender que a realização do *debriefing* deverá ser o mais precoce possível - o *hot debriefing* - de modo a preservar a memória de todos os acontecimentos/circunstâncias da situação de emergência sobre a qual recai a reflexão da equipa. Feito de forma simples e rápida, evita-se a perda de detalhes importantes, possibilitando que questões e dúvidas de elementos da equipa sejam respondidas de imediato.

Outro dos motivos que levam os autores a defenderem o *hot debriefing* é o facto de haver dificuldade em reunir posteriormente todos os elementos da equipa que atuaram no evento clínico relevante. Contudo, e apesar de também defenderem que o *debriefing* deverá ser realizado ainda no mesmo dia, ou no mesmo turno (para que seja possível a participação de todos os elementos da equipa envolvidos), os autores são unânimes em referir que, se por motivos do serviço, dos profissionais ou de outros que impossibilitem a realização do *hot debriefing*, será de avançar para o *warm debriefing* e, na impossibilidade de realizar este, será de fazer o *cold debriefing*, uma vez que a não realização do *debriefing* será sempre a pior solução, por dificultar a desejada melhoria contínua nos serviços prestados à PSC.

Alguns autores, como Couper et al. (2013), afirmam que, apesar do *hot debriefing* ser o *debriefing* preferencial, o *warm debriefing* e o *cold debriefing* poderão trazer algumas vantagens aos profissionais de saúde pois, além de permitirem mais tempo para reflexão e para análise mais profunda, permitem ainda a utilização de material não disponível no imediato (tais como registos e informações que deverão ser tidos em conta na reflexão sobre o caso), possibilitando ainda a participação de outros profissionais de saúde que também virão a beneficiar desta reflexão.

Uma equipa deve ter características específicas que a diferenciem, e que lhe permitam atingir níveis de qualidade e de eficiência superiores ao trabalho individual de cada um, e entre os quais se destaca a qualidade no processo de comunicação interprofissional (Santos et al, 2010).

A segurança dos cuidados aplicados à PSC é de responsabilidade multiprofissional, embora os enfermeiros desenvolvam um papel fundamental para o desenvolvimento desses cuidados, uma vez que os “enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, cuidam do doente durante as 24 horas, asseguram a continuidade dos cuidados durante o internamento, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente” (Castilho et al, 2016, p. 607). Pela posição que ocupam, no contato direto com os pacientes e com outros profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham, nas várias áreas da sua intervenção, um papel ativo e crucial na prevenção e identificação dos eventos clínicos adversos, ao utilizar o *debriefing* como estratégia de melhoria nos cuidados e na segurança da PSC. Consegue melhorar-se assim, de forma contínua, o ambiente profissional de práticas e cuidados seguros.

A implementação do *debriefing* depende ainda de motivações pessoais e do empenho de cada profissional da equipa da urgência.

Todos os profissionais de saúde devem contribuir ativamente para a melhoria contínua dos cuidados, empenhando-se nas mudanças que contribuam para essa mesma melhoria.

Em suma, o *debriefing* contribui para um trabalho em equipa mais eficiente, devendo, todavia, desenvolver-se no quadro da especificidade de cada serviço, de forma a aprimorar as rotinas ao serviço da PSC

Apesar de todos os aspetos positivos que recomendam o uso do *debriefing*, faz-se sentir a necessidade de serem realizados mais estudos no sentido de se criar um quadro cada vez mais favorável à implementação do *debriefing* no SU, de uma forma continuada e com maior adesão dos vários elementos da equipa, ainda que havendo limitações e constrangimentos pessoais ou organizacionais.

O *debriefing* é uma estratégia promissora para melhorar a qualidade dos cuidados em situações críticas. No entanto, a implementação bem-sucedida do *debriefing* requer não só o envolvimento da equipa, e a disponibilidade de recursos e treino adequados, mas também o compromisso da organização para com a melhoria contínua da qualidade.

Gostaria que este trabalho viesse a impulsionar outros trabalhos sobre a temática, em contextos complexos como o do SU do Hospital Santa Maria, e que possam dar origem a trabalhos de investigação e de eventuais melhorias na implementação do *debriefing* com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à PSC.

8. CONCLUSÃO

A excelência dos cuidados prestados à pessoa, sempre foi para mim uma preocupação pessoal central. Porquê? Porque cada pessoa é única e irrepetível, o que lhe dá uma inegável dignidade exclusiva. Quando em situação de doença ou sofrimento, acresce à sua dignidade, a vulnerabilidade pessoal, e ainda um inevitável desconforto por se encontrar em dependência de terceiros que lhe eram, até ali, regra geral, estranhos.

Ao entrar no hospital, pacientes e famílias passam - para as mãos de profissionais de saúde que raramente conhecem - as vidas de pessoas que lhes são queridas, todas insubstituíveis, mas, no momento, em condições de falência tal provoca incertezas, novas ansiedades com que lidar. Confiam que a entrada no SU os vai ajudar, vai ser decisiva pela qualidade e competência das decisões e ações das equipas. Tanto maior é, por isso, a necessidade de o profissional de saúde exercer a sua ação com competência, e em condições que inspirem confiança, promovam estabilidade, reduzam o nível de incerteza e de ansiedade de pacientes, de familiares, da própria equipa profissional presente.

Tendo tal em mente, propus-me realizar este Curso de Mestrado em Enfermagem, numa área de especialização de particular risco de vida: a da Pessoa em Situação Crítica. Entendi que esta capacitação teórico-prática iria ajudar-me a desenvolver conhecimentos avançados e a aprofundar competências específicas, de forma a haver um contínuo de melhoria na minha função de prestação de cuidados. As minhas expectativas foram correspondidas. Tendo presente a intenção de desenvolver competências de nível proficiente/perito, desenvolvi o meu trabalho tendo por base o modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Patrícia Benner (2001). Foi projetada a aquisição de competências de forma gradual e sustentada, nos âmbitos do saber ser, do saber estar, do saber fazer, bem como foi melhorada a capacidade de gerir e decidir em determinada situação, tendo em conta a sua globalidade.

Refletir sobre a prática, de forma a produzir conhecimento fiável, constitui um aspeto rotineiro na minha profissão. A reflexão sobre a prática permite-nos o incremento continuado da memória de produção, a aquisição de mais aptidões, o desenvolver de práticas alinhadas com fundamento científico, em suma, a desejada melhoria continuada do desempenho profissional

Enfermeiros mais seguros e menos ansiosos, são mais confiantes quando se deparam com situações de urgência ou emergência, conseguem agir de forma diferenciada, mais capacitada. Através da prática rotineira do debate, da reflexão, da partilha, da avaliação conjunta, do debriefing, os profissionais conseguem reunir informação útil e procuram melhoria contínua, no sentido de estarem atualizados e de mobilizarem conhecimentos e capacidades que lhes permitam estar mais preparados/prevenidos, mais calmos/confiantes face a situações de falência do doente, dado que recordam outras situações, de atuação anteriores das quais retiraram experiência, saber, que lhes permite tomar decisões organizadas, controladas.

A aprendizagem com base em reflexões anteriores, quando constante, continuada, e numa equipa em que há confiança e valorização mútua, é eficaz. A partilha não visa apontar o dedo, culpabilizar, mas sim facilitar a discussão da equipa sobre as ações, valorizar o mérito, adquirir conhecimentos em comum que modificam, previnem, reduzem falhas futuras, com a finalidade de melhorar o desempenho nos cuidados prestados à PSC.

Continuarei a mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do CMEEPSC integrando-os na minha prática profissional. Irei continuar a desenvolver competências, visando uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade à PSC no SUC, onde presto cuidados.

Penso ter desenvolvido novas competências no cuidar da pessoa, ao vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, de pessoas em situação crítica (Decreto-Lei N.º 65/2018; Regulamento N.º 429/2018). O contexto de estágio no SMI3, permitiu-me alargar/consolidar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este desenvolvimento de competências foi conseguido através da prestação direta de cuidados, de momentos de debriefing com os enfermeiros orientadores e a equipa multidisciplinar, tendo sido possível detetar e resolver lacunas.

Deparei-me com experiências novas e complexas e, ao mesmo tempo, humanamente muito enriquecedoras constituíram uma oportunidade de aperfeiçoamento continuado do exercício clínico, com o propósito de desenvolver competências específicas em cuidados especializados. No SMI 3 tive a oportunidade privilegiada de poder focar os meus cuidados e atenção mais demoradamente, por dias, numa só pessoa, o que não é experiência comum no SU.

O facto de no mesmo dia transitar de um turno no SU para o estágio no SMI3 foi um ótimo contributo para o meu desenvolvimento pessoal e capacitação profissional. Se no SU

conhecia inicialmente a PSC, numa abordagem mais superficial, era gratificante poder prestar, posteriormente, à mesma pessoa no SMI cuidados específicos e continuados.

O presente relatório pretende explicitar e fundamentar o meu percurso inerente à obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização à PSC.

Penso que o meu percurso evidenciou profissionalismo a nível do desempenho técnico, do empenho responsável, mas também evidenciou alguns princípios prevaletentes a nível de cordialidade, fiabilidade nos relacionamentos humanos, bem como clara vontade de fazer cada vez melhor, no sentido de promover cuidados assentes na qualidade e segurança da PSC, bem como na promoção da sua dignidade, do seu conforto e ainda de respeito por terceiros que para a PSC são importantes.

Em suma, a realização deste estágio, ofereceu-me oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva formativa de transição para Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo eu procurado cultivar relações de empatia, desenvolvido ações marcadas por autonomia, independência, responsabilidade, feito decisões centradas no interesse do doente e cientes da mudança do conhecimento.

Concluo, com base na revisão da literatura analisada, e tendo em conta a minha experiência pessoal e no trabalho desenvolvido na equipa multidisciplinar em que me integro, que o método reflexivo que, presentemente, me parece mais facilitador de uma crescente melhoria nos cuidados e segurança da PSC, é o debriefing.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Appleton, K. P., Nelson, S., & Wedlund, S. (2018). Distress debriefings after critical incidents: A pilot project. *AACN Advanced Critical Care*, 29(2), 213–220. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018799>

Assis, C. (2010). *O Enfermeiro Gestor: que dificuldades* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/554/1/msc_vmcprodrigues.pdf

Azizoddin, D. R., Vella Gray, K., Dundin, A., & Szyld, D. (2020). Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 711–715. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1813697>

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. <https://www.worldcat.org/title/de-iniciado-a-perito-excelencia-e-poder-na-pratica-clinica-de-enfermagem/oclc/63702286>

Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. London, England: Kogan Page.

Brazil, V., Symon, B., & Twigg, S. (2021). Clinical debriefing in the emergency department. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 33(5), 778–779. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13834>

Carter, S. (2017). A Kantian ethics approach to moral bioenhancement. *Bioethics*, 31(9), 683–690. <https://doi.org/10.1111/bioe.12380>

Couper, K. & Perkins, G. D. (2013). Debriefing after resuscitation. *Cardiopulmonary resuscitation*. 19(3), 188-194.

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2a edição). Coimbra. Almedina.

Coggins, A., Zaklama, R., Szabo, R. A., Diaz-Navarro, C., Scalese, R. J., Krogh, K., & Eppich, W. (2021). Twelve tips for facilitating and implementing clinical debriefing programmes. *Medical Teacher*, 43(5), 509–517. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1817349>

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM - D.R., I Série A, 57/78, (1978-03-09). [Em linha]. [Consult. 4 Jan. 2017]. Disponível na http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf

Decreto-Lei N° 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República, Série I (No 157 de 2018-08-16), 4147–4182. eli: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Direção Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. In *Seminars in Perinatology* (Vol. 37, Issue 3, pp. 166–174). <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>

Gazarian, P., Ballout, S., Heelan-Fancher, L., & Sundean, L. J. (2022). Theories, models, and frameworks used in nursing health policy dissertations: A scoping review. *Applied Nursing Research*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151234>

Gilmartin S, Martin L, Kenny S, et al Promoting hot debriefing in an emergency department BMJ Open Quality 2020;9:e000913. doi: 10.1136/bmjopen-2020-000913

Greenhalgh, T. (2014). How to Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine. 5th ed. Wiley-Blackwell.

Guerrero, J. G., Tungpalan-Castro, G. M., & Pingue-Raguini, M. (2022). Impact of simulation debriefing structure on knowledge and skill acquisition for postgraduate critical care nursing students: three-phase vs. multiphase. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01100-z>

Jarvis, P. (1999). *The practitioner-researcher: Developing theory from practice*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.

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>

Lingard, L. (2012). Productive complications: emergent ideas in team communication and patient safety. *Healthcare Quarterly (Toronto)*, 15, 18-23.

Martin-Caro. (1997). Historia de la enfermería.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA PARECER N.º 15 / 2018 ASSUNTO: FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS/SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA 1. QUESTÃO COLOCADA. (n.d.). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Nadir, N. A., Bentley, S., Papanagnou, D., Bajaj, K., Rinnert, S., & Sinert, R. (2017). Characteristics of real-time, non-critical incident debriefing practices in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 146–151. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.10.31467>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, 2010.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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; - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Leiria, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Peters M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), JBI reviewer's manual (Chap. 11). The Joanna Briggs Institute.

<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Pinho, C., Fonseca, B., Cabral, L., Maia, T., Cipriano, A., Silva, S., & Silva, J. (2020). Aspetos associados ao Estresse em Enfermeiros que Atuam em Serviços de Urgência e Emergência. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 5, 1. <http://dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200011>.

PORTUGAL. Assembleia da República. (16 de set. 2015). Lei no 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República no 181, I Série*.

Regulamento n.º 140/2019. (2 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.a série - N.º26.

Regulamento N.º 429/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, Série II (N.º 135 de 2018-07-16), 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

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>

San Martín-Rodríguez, L., Escalada-Hernández, P., & Soto-Ruiz, N. (2020). A themed game to learn about nursing theories and models: A descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 49. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102905>

Sandhu, G., Carpenter, R. W., & Allard, T. (2013). A review of virtual reality training simulators for surgical procedures. *Journal of Surgical Education*, 70(5), 487-499. doi: 10.1016/j.jsurg.2013.03.007

Scott, Z., O'Curry, S., & Mastroyannopoulou, K. (2022). The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 278–287. <https://doi.org/10.1002/jts.22736>

Soares, F., Cestari, J. V., Iii, F., Joaquim, M., Iv, M., & Soares Pott, F. (2013). PESQUISA. In *Rev Bras Enferm* (Vol. 66, Issue 2).

Souza, G. C. de, Peduzzi, M., Silva, J. A. M. da, & Carvalho, B. G. (2016). Profissão Ou Colaboração Interprofissional ? *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(4), 642–649.

The Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 edition handbook. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Através de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.

Thomas, G. (2016). *A Brief History of Nursing in the UK*. <http://www.williscommission.org.uk/>

Twigg, S. (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 394-399. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000897>

Ugwu, C. v, Meadows, M., Don-Pedro, D., & Chan, J. (2020). Critical Event Debriefing in a Community Hospital. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.8822>

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 33, Issue 3, pp. 540–555). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>

APÊNDICES

APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO

Projeto de estágio

15º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialidade Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica
Ano Letivo 2022/2023

Dissertação: Benjamin Marques

Sob orientação pedagógica do Professor Doutor Sérgio Desodato
Sob a orientação clínica do Enfermeiro Francisco Arturues

"O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas..." (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Ordem dos Enfermeiros (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013) Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiro em Portugal (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013)

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são "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". (Olivário da República, 2015).

Ordem dos Enfermeiros (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013) Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiro em Portugal (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013) Ordem dos Enfermeiros (2013)



Contexto – Hospital Santa Maria – SM13



SM13 – Serviço de Medicina Intensiva 3 – localizada no Piso 3 – inaugurada dia 21 de Maio de 2021

- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- Capacidade para 11 doentes
- Rácio de 1:1; máximo de 1:2
- Equipada com material de monitorização invasiva e não invasiva adaptada a todas as necessidades do doente
- Equipa de enfermagem:
 - Enfermeira Chefe com Mestrado em MC e PG em Gestão Saúde
 - Enfermeira Coordenadora com Mestrado em PSC
 - Enfermeiros Especialistas nomeadamente: na PSC, de Reabilitação, Saúde mental bem como generalistas
- Médicos Intensivistas
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Assistentes operacionais



Objetivo Geral

Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica utilizando o debriefing como processo de melhoria contínua dos cuidados.

Objetivos específicos

- 1) Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento da unidade cuidados intensivos e da equipa multidisciplinar.
- 2) Adquirir competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família com processos de saúde/doença complexos na UCI.
- 3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica em UCI, utilizando o debriefing como ferramenta para potencializar a aprendizagem por meio da experiência.



Objetivos específicos

2) Adquirir competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família com processos de saúde/doença complexos na UCI.

Indicadores de resultado

- Aplicar conhecimentos adquiridos na resolução de problemas em situações complexas;
- Identificar rapidamente potenciais focos de instabilidade da PSC;
- Prever evolução de enfermagem na prestação de cuidados;
- Desempenhar competências e habilidades em situações de especial complexidade;
- Elaborar registros de enfermagem personalizados;
- Prever evolução de enfermagem individualizada à PSC e sua família;
- Basear a tomada de decisão na melhor evidência científica;
- Organizar e executar as suas intervenções guiadas pelo evidência científica encontrada;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem e planejar cuidados centrados na pessoa.

Recursos

- Alunos
- Bibliotecas
- Base de dados
- Interventores
- Aulas teóricas
- Equipe multidisciplinar
- Fórum de Debates
- Professores orientadores
- Pessoas/Família
- Pontos

Objetivos específicos

3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica em UCI, utilizando o debriefing como ferramenta para potencializar a aprendizagem por meio da experiência.

Estratégias a desenvolver

- Consulta de normas, protocolos e procedimentos de atuação existentes nos contextos de estágio dentro de PSC;
- Análise e contribuição do debriefing;
- Desenvolvimento de diversas habilidades e competências, em que o debriefing é um instrumento de crescimento pessoal e profissional;
- Aplicação do debriefing na prática clínica;
- Elaboração de debriefing e seu uso como ferramenta dentro das situações de cuidado experimentadas em ambiente simulado;
- Análise e contribuição dos cuidados LPTC;
- Identificação precoce de situações que necessitem de debriefing;
- Identificação de recursos no debriefing na PSC em UCI;
- Implementação de intervenções autônomas e interdependentes decorrentes do debriefing;
- Debriefing como estratégia fundamental na construção de conhecimento e na formação contínua;
- Reconhecimento do impacto do debriefing na prática clínica da PSC;
- Debriefing baseado na tomada de decisão pelo debriefing na PSC;
- Previsão de debriefing e seu uso como ferramenta dentro das situações de cuidado experimentadas em ambiente simulado;
- Integração de teoria ao cuidado quando possível.

Objetivos específicos

3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica em UCI, utilizando o debriefing como ferramenta para potencializar a aprendizagem por meio da experiência.

Indicadores de resultado

- Ter um tempo que permita transferir os seus conhecimentos adquiridos em instrumentos de aprendizagem, e promover a melhoria educacional nos eventos críticos de UCI;
- Assumir a responsabilidade por ser um facilitador da aprendizagem, em contextos de trabalho, na área da especialidade;
- Identificar lacunas de conhecimentos e oportunidades relevantes de investigação;
- Basear a tomada de decisão na melhor evidência científica;
- Desempenhar competências e habilidades em situações de especial complexidade de atuação, sobre as quais não há evidência científica ou se estiverem em processo de aprendizagem;
- Reflexão crítica sobre os dados de análise de desempenho de situações de emergência, avaliando a sua prática, reconhecendo os seus pontos fortes e pontos fracos e melhorando o desempenho;
- Buscar feedbacks pertinentes com a comunidade científica e profissionais;
- Integrar a teoria (quando possível);
- Elaborar registros de enfermagem personalizados;
- Organizar e executar as suas intervenções guiadas pelo evidência científica encontrada;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem e planejar cuidados centrados na pessoa.

Objetivos específicos

3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica em UCI, utilizando o debriefing como ferramenta para potencializar a aprendizagem por meio da experiência.

Recursos

- Equipe multidisciplinar
- Alunos
- Bibliotecas
- Base de dados
- Interventores
- Aulas teóricas
- Equipe multidisciplinar
- Fórum de Debates
- Professores orientadores
- Pessoas/Família
- Pontos

Cronograma estágio

	26 de Abril	11 de Junho	5 de Setembro	16 de Dezembro
Serviço de Urgência	Equivalência			
Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (CHULN)				

Cronograma - Atividades

	04/04	11/04	18/04	25/04	02/05	09/05	16/05	23/05	30/05	06/06	13/06	20/06	27/06	04/07	11/07	18/07	25/07
Atividade de ensino com o Ciclo Polivalente de UCI																	
Ativ. e Intervenção de Urgência																	
Ativ. e Intervenção de UCI																	
Revisão literatura científica																	
Aplicação de conhecimentos adquiridos em contexto de UCI																	

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Linha Verde

Projeto de estágio

15º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialidade Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica
Ano Letivo 2022/2023

Discente: Benjamin Marques

Sob orientação pedagógica do Professor Doutor Sérgio Deodato
Sob a orientação clínica do Enfermeiro Francisco Antunes

Figura 1 - Projeto de Estágio

**APÊNDICE II - REFLEXÃO NO CONTEXTO DO ESTÁGIO DA UNIDADE
CURRICULAR DE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA -
VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem
Prestada à Pessoa em Situação Crítica
REFLEXÃO

Regente da UC:
Prof. Doutora Manuela Madureira
Docente:
Prof. Doutor Sérgio Deodato
Discente:
Benjamim Marques

Introdução

Iniciei o meu ensino clínico na UCI/SMI3 do Hospital Santa Maria no dia 5 de setembro de 2022.

Fui recebido primeiramente pela Enf.^a Chefe Maria do Céu Rocha, que me mostrou o serviço e posteriormente me apresentou ao meu Enf.^o orientador Francisco Antunes e à Enf.^a Ana Margarida, a chefe da equipa à qual iria ficar afeto.

A receção foi calorosa e imediatamente me perguntaram se gostaria de ficar a trabalhar na SMI. Questionaram-me sobre o meu percurso e também sobre o serviço de onde vinha. A curiosidade acerca do serviço de onde venho mantém-se. Nos tempos de pausa, não raro, pedem-me para contar episódios, partilhar histórias e experiências do meu serviço, o que não apenas me faz sentir parte da equipa do SMI3, como me faz sentir reconhecido pelo trabalho que desempenho na Urgência.

Relativamente ao espaço, procurei desde o princípio saber onde estava o material, os vários dispositivos, os diferentes tipos de carros (carro de urgência e carro de pensos) e o que continham, de forma a poder ser o mais autónomo possível dentro das competências de orientado. Procurei assim inteirar-me do serviço, de forma a fazer o que é suposto e a sabê-lo fazer bem. Procurei também informar-me sobre o tipo de ações em que devo procurar as instruções do orientador, do chefe de equipa ou de um outro elemento da equipa.

Relativamente à equipa médica, uma vez que trabalho na instituição, reconheci muito dos médicos que ali trabalhavam, o que contribuiu para um à vontade na comunicação acerca da situação dos doentes e das suas necessidades.

O meu objetivo é que durante este ensino clínico na SMI3 possa recolher o máximo possível de experiências, técnicas, conhecimentos e adquirir outras valências, de forma a vir a colocá-las em prática, sempre que possível e o serviço o permita, elevando assim o nível de cuidado prestado aos doentes.

Na perspetiva de Alarcão e Rua (2005, p. 376), os estágios clínicos ou momentos de exercício/aprendizagem clínica são, “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”.

Realizei uma reflexão no contexto do estágio da unidade Curricular de *A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica*, atualmente na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico (UCIMC), recorrendo à ferramenta reflexiva ciclo de Gibbs (1988) que objetiva a aquisição de aprendizagens através da reflexão de experiências

vivenciadas, constituindo-se por seis etapas distintas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Anexo à enfermagem, a reflexão apresenta-se como ferramenta vital para a aprendizagem. O conceito de reflexão assume-se como uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia (Boud et al., 1985)

Durante este ensino clínico senti-me desafiado de tal maneira que me apercebi o quanto estava acomodado à enfermagem da urgência. Fui confrontado com novas, inovadoras e diferentes formas de realizar uma tarefa ou ação que eu já desempenhava há vários anos. Neste contexto, o ensino clínico na SMI, permitiu-me (e de certa forma, obrigou-me) a parar, a refletir, questionar-me, a atualizar-me, sendo que o desconforto de estar numa nova realidade, se apresentou como um motor de desenvolvimento profissional, obrigando-me a uma reflexão constante sobre as minhas intervenções.

O exercício clínico, com tudo o que o compõe e lhe dá forma, traduz-se” ...num processo privilegiado de desenvolvimento profissional e interprofissional pela aquisição de saberes e saber-transformar (se)... maior competência, realização pessoal e profissional” (Rego, 2010, p. 89).

Tenho como tema o Desenvolver Competências especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, utilizando o *debriefing* como processo de melhoria contínua dos cuidados. Há coisas que podem ser aprendidas através da leitura de um livro, mas outras só podem ser aprendidas no contacto com os outros ou através de reflexão. Lusignan, S., Pritchard, K., Chan, T., (2002)

O *debriefing* utilizado em contexto de aprendizagem na UCI, antes e após os vários cenários clínicos, apresentou-se como um exercício reflexivo que contribuiu para eu articular saberes múltiplos dos âmbitos dos valores afetivo, cognitivo e psicossocial, e assim, desenvolver as competências requeridas neste contexto, de uma forma mais pronta, otimizada, dinamizando-se o processo de aprendizagem e, concomitantemente, de aquisição de conhecimento.

O *debriefing* é uma etapa indispensável em qualquer processo de ensino simulado. É somente por meio dele que o autoconhecimento é promovido e a aprendizagem se torna de facto significativa. Neste sentido, é preciso concordar que a sua prática sistematizada e com a utilização de *guidelines* favorece o crescimento do aluno (Decker et al., 2013).

Deste modo, e de uma forma cada vez mais continuada, utilizei o *debriefing* como forma reflexiva e autorreflexiva, de forma a aperfeiçoar e a otimizar ações futuras na UCI.

O pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada, e uma ação futura mais coerente, constituindo-se suporte para a afirmação da identidade profissional. Abreu, W.,(2007).

Descrição

No dia 13 de setembro, no Turno da manhã, fiquei responsável pelo Sr. C.M., que dera entrada na UCI por infecção a SARS-COV-2, com sobre infecção bacteriana com necessidade de realizar alto fluxo.

O Sr. C.M. era um doente que se apresentava como consciente e orientado. Logo na primeira hora apercebi-me de que as enfermeiras, as assistentes operacionais e médicas, evitavam o contacto visual e até mesmo responder aos seus vários pedidos.

Fiquei com o Enf.º Francisco Antunes nos cuidados de higiene ao Sr. C.M. Com humor, o doente, comentou que logo lhe havia de “calhar dois homens no meio de tanta mulher”. Todavia, de pronto retificou que “elas são muito sensíveis” e assim podia falar à vontade entre homens.

Apresentei-me ao Sr. C.M. Perguntou-me de imediato o nome, idade e o que estava ali a fazer. Tendo-lhe saciado a curiosidade, o Sr. C.M. comentou que eu parecia” boa pessoa” e que tinha ficado bem entregue, ao lado do Enf.º Francisco Antunes. Acrescentou que ele tinha muito para ensinar.

Foi a vez de o Sr. C.M. se apresentar. Era Tenente-Coronel, reformado. Havia tido imensos homens sobre o seu comando, tendo referindo que fora “duro, mas justo”, tendo acrescentado que formara homens para aguentar a batalha, resilientes. Desde logo me avisou que utilizava com frequência palavrões, para eu não ficar chocado, visto que se apercebera que muitas pessoas neste serviço ficavam facilmente ofendidas. Aquando da visita médica chamou a médica por menina, tendo-o a mesma repreendido, dizendo-lhe para o tratar por Dra. O Sr. C.M. comentou para mim: “Viste, não viste?”

O Sr C.M. passou a falar comigo sobre a sua família. Que era casado, que tinha 2 filhas, uma estava em Portugal e era advogada; a outra filha estava em Inglaterra, era arquiteta e já lhe tinha dado um neto: o Guilherme, de 5 anos.

Referiu que das duas filhas, a que estava em Inglaterra, a arquiteta R.M., tinha saído ao pai, ele mesmo, era “uma autêntica mulher de armas”, com um feitio tão mau ou pior do que o do Sr. C.M., tendo acrescentado que, às vezes, até tinha “medo dela”, rindo-se. Partilhou um episódio do seu neto Guilherme na escola, em Inglaterra, em que a sua filha teria sido

chamada pelo diretor da escola devido a alegadamente o Guilherme ter agredido outro colega. O Sr. C.M. referiu que a sua filha, mal chegou, perguntou se o outro rapaz não o teria provocado também fisicamente e perguntou a idade do outro rapaz. A resposta do diretor foi que o outro o tinha agredido sim e que teria 8 anos. Continuando o relato, o Sr. C.M. informou que a sua filha terminara a conversa dizendo, “sendo assim parece que está tudo certo.” O Sr. C.M., claramente orgulhoso deste desfecho, concluiu que ela o estava a educar bem, mas que gostaria de não ter sido tão duro com a filha. Referiu “talvez seja por isso que ela não me visita, nem agora no hospital, mas telefona-me.”

Nesse dia, foi-nos dada informação, através dos administrativos, que a família não poderia ir à visita, contrariamente ao que era habitual. Após transmissão dessa informação o Sr C.M. comentou “ainda bem; assim eles têm descanso e eu também. “Mais tarde referiu que ficou triste por não terem ido e acrescentou que “não se pode confiar em ninguém” e que provavelmente iria morrer sozinho.

A necessidade de apoio social da família, o estar lá, olhar, tocar, a visita destes, as diferentes formas de lidar na primeira e visitas seguintes, foi referenciada como fonte de apoio emocional (Perkins,2008; Del Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall & Asiain, 2004).

Na ausência da proximidade da família, o enfermeiro do doente em situação PSC acaba por ser a sua família substituta no momento de solidão e sentimento de iminência de morte.

Pensamentos e Sentimentos

Trabalhando há cerca de 14 anos em serviço de urgência, caracterizado por uma outra dinâmica de trabalho, outra dotação, e outros objetivos, com doentes de gravidade imprevista, requerendo ação imediata, um plano de ação direcionado para a correção da ameaça direta e/ou estabilização do doente, e sendo a rotina no serviço passar-se de imediato a outro doente, com instabilidade igual ou inferior, há vertentes de relação que ficam várias vezes (se não mesmo a maioria das vezes) para segundo plano.

Na UCI foi para mim avassalador observar a tipologia de cuidado detalhado não só prestado, mas também a atenção e o tempo que nos é permitido despendar com o doente. Há condições que nos permitem desenvolver uma prática de cuidar holística que atenda à dimensão física, moral, espiritual, psicológica e social do cliente. Conforme defende Boff (1999), o cuidado, pensado como uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro, responde pela ética do humano e manifesta-se através de cuidados de enfermagem de ordem expressiva.

Avaliação

No caso do Sr. C.M., a comunicação, que era inicialmente antes vista como complicada, difícil, em particular pelos elementos femininos da equipa multidisciplinar, após as primeiras trocas com o Sr. C.M., foi sendo desmontada, tornando-se cordial, agradável, e sendo possível dar conta, por um lado, ao Sr. C.M. dos sentimentos que o seu tipo de comunicação provocavam na maioria da equipa e, por outro, explicar à equipa a especificidade da abordagem do Sr. C.M., tendo-se estabelecido uma ponte relacional. O Sr. C.M., após ter ouvido o porquê de alguns elementos evitarem ir à unidade, percebeu e assentiu que passaria a ser mais cuidadoso, referindo não se ter apercebido do alcance da sua linguagem; sabia apenas que falava de uma forma mais “bruta” que o normal. Até então haviam atribuídos enfermeiros masculinos ao Sr. C.M. Depois da informação que eu e o Enf.º Francisco passámos à equipa, no turno da manhã, foi decidido pelos responsáveis dos turnos da tarde e da noite atribuírem uma colega enfermeira. As mesmas à posteriori referiram uma mudança relevante no trato com o Sr. C.M. não se tendo sentido mais incomodadas.

Ferreira et al (1996: 133) são da opinião que a “personalidade, tal como os hábitos e impulsos, mudam com a experiência, com o tempo e sob a influência de outras variáveis situacionais, a personalidade evolui também”.

Análise

Não existe crescimento humano sem comunicação, todo o ser humano é um ser de relacionamentos e busca compreensão através da comunicação, que pode ser verbal ou não verbal, utilizando-a para si, sendo que frequentemente a comunicação pode ter vários tipos de barreiras (Barreiras: pessoais; sociais; fisiológicas; da personalidade; da linguagem; psicológicas.)

A comunicação é imprescindível e central no exercício de cuidados de enfermagem; precisamos perceber as necessidades do doente. A comunicação com o enfermeiro constitui uma das formas de o doente exteriorizar o que se passa no seu interior. É através da comunicação que o enfermeiro consegue adequar, individualizar os seus cuidados, respondendo às especificidades da exclusividade que cada ser humano consigo tem. Para isso é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as bases teóricas do conhecimento, bem como adquira habilidades e competências de relacionamento interpessoal de forma a dar a melhor resposta no tratamento e prestar a assistência adequada ao doente a seu cargo.

A Unidade de Cuidados Intensivos é o serviço hospitalar mais especializado no tratamento ao doente em estado grave, sendo integrado por recursos humanos e dispondo de materiais especializados que permitem uma vigilância e monitorização contínua e rigorosa.

Embora as Unidades de Cuidados Intensivos sejam o serviço mais especializado, e o único com os meios necessários para tratar o doente crítico dentro de uma unidade hospitalar, nem todas têm a mesma tipologia. Uma Unidade de Cuidados Intensivos pode estar direcionada apenas para uma especialidade médica ou cirúrgica ou pode ser polivalente, tendo assim a capacidade de receber doentes críticos tanto do âmbito médico como cirúrgico.

A SMI3 é uma unidade destinada a receber toda a tipologia de doentes (polivalente) excetuando-se doente com SARS-COV-2 Positivo, que tem uma Unidade adjacente, a SMI1 com quartos de pressão negativa adequados para o efeito.

Conclusão

Um bom julgamento /diagnóstico clínico é alicerce necessário para cuidados de enfermagem personalizados e holísticos. Um bom julgamento clínico em enfermagem requer compreensão para além dos aspetos fisiopatológicos e diagnósticos médicos; requer que o enfermeiro compreenda a experiência do cliente, da sua família, bem como, compreenda a resiliência destes últimos (Tanner, 2006). Para alcançar um bom raciocínio clínico é fundamental integrar o processo reflexivo no tocante a situações complexas com que somos defrontados ao longo da nossa prática de cuidados.

O pensamento crítico é imprescindível para o enfermeiro especialista, uma vez que este deve ter como competência “*uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas*” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746) que suporta a tomada de decisão apoiada num juízo baseado no conhecimento e experiência, selecionadas as respostas mais apropriadas a partir do leque de opções.

Para contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem, devo procurar integrar a prática baseada na evidência, com vista a um amadurecimento profissional por um lado e, por outro, a um maior reconhecimento profissional por parte das pessoas a quem prestamos cuidados e por parte das suas famílias. Para tal, devo procurar integrar a prática reflexiva na minha rotina, com vista a identificar possíveis falhas e, para além disso, desenvolver competências necessárias aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

Plano de ação

A comunicação enquadra-se nas competências do Enfermeiro e é um pilar fundamental da prática diária. Sendo a UCI um local de prestação de cuidados científica e tecnologicamente muito sofisticado, onde o doente geralmente não se encontra capaz de expressar as suas vivências, os seus sentimentos, os seus desejos e necessidades, a comunicação Enfermeiro-Familiar assume um nível de importância substancialmente maior.

No meu caso o Sr. C.M. não se encontrava ventilado e podia comunicar. Mas a comunicação apresentava barreiras, o que prejudicava os seus cuidados. Não foi possível durante a permanência do Sr. C.M. comunicar com a família porque, nos turnos subsequentes não apareceram na visita e, entretanto, o Sr. C.M. foi transferido para uma enfermaria.

Durante os cuidados de higiene, pude observar a conduta do Sr C.M. e perceber porque alguns profissionais o evitavam. A sua comunicação verbal e até não verbal era considerada por muitos como desadequada, pouco cortês. Sendo assim, eu, juntamente com o Enfermeiro Francisco conversámos e tentámos através da troca de ideias, da consideração da situação (debriefing) arranjar uma melhor forma de comunicar com o doente, com recurso a estratégias de comunicação que levem a equipa de profissionais a valorizar as experiências de vida e a sua individualidade, mais fora da normativa.

Em conformidade com o regulamento anteriormente citado, a Ordem dos Enfermeiros emana também os Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, no regulamento n.º 361/2015, onde realça que, para a prestação de cuidados de qualidade “O empenho do enfermeiro especialista, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência em saúde; (...) a gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica; a implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica” (OE , 2015, p. 17241).

Através do entendimento mútuo – doente e equipa multidisciplinar, tornou-se mais fácil ir ao encontro das necessidades do doente, permitindo um bem-estar holístico do mesmo.

Desta forma, através do *debriefing*, primeiro junto do Enfermeiro Francisco Antunes e, depois de nós os dois junto da restante equipa, conseguiu-se uma comunicação melhorada, tornando-me possível refletir sobre a importância da comunicação concertada, eficaz e de como é importante na relação enfermeiro-doente, envolver-se toda a equipa.

Especialmente no caso do Doente Crítico, o unir de esforços coordenados da equipa e o cuidar do conforto do doente em final de vida, nos vários âmbitos da sua existência, sublinha a dignidade de cada doente, mas também humaniza a qualidade dos próprios serviços.

Referências bibliográficas

ABREU, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

Alarcão, I., & Rua, I. (July-september, 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-378. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.

Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: Turning experience into learning*. London, England: Kogan Page.

Decker, S., Fey, M., Sideras, S., Caballero, S., Rockstraw, L, Boese, T., et al (2013). Standards of best practice: Simulation standard VI the debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), S26- 9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.008>

FERREIRA, J.M.C.; NEVES, J.; CAETANO, A.(1996). *Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill: Lisboa.

LUSIGNAN, S.; PRITCHARD, K, CHAN, T., (2002) – An Acknowledge-management model for clinical practice. *Journal Postgraduate Medicine* 48, p. 297-303

Perkins, C. (2008). What are the experiences of patients waking from fast-track. *British Journal of Cardiac Nursing*, 3(8), 373-382.

Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Católica.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744 – 4750.

APÊNDICE III - PESQUISA EBSCO

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#)
[Obter Pesquisas](#)
[Obter os Alertas](#)
[Guardar Pesquisas / Alertas](#)

☐ Selecionar / Desmarcar todos
 [Pesquisar com AND](#)
[Pesquisar com OR](#)
[Eliminar Pesquisas](#)
[Atualizar Resultados de Pesquisa](#)

N.º de Identificação de Pesquisa *	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐ 56	S1 AND S2 AND S3	Limitadores - Data de Publicação: 20150101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (99) Ver Detalhes Editar
☐ 55	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (71) Ver Detalhes Editar
☐ 54	S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (71) Ver Detalhes Editar
☐ 53	emergency department OR emergency department hospital	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Executar novamente Ver Detalhes Editar
☐ 52	critical care OR critical care nursing OR clinical events	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Executar novamente Ver Detalhes Editar
☐ 51	Crisis interventions OR Debriefing OR critical debriefing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Executar novamente Ver Detalhes Editar

Refinar Resultados
Resultados da Pesquisa 41 - 49 de 49
Relevância ▾
Opções de Página ▾
Partilhar ▾
A pasta contém itens

Pesquisa Atual

Nota: Duplicados removidos da lista de resultados.

"Let's Talk About It!"
[Tr...](#)

Figura 2 - Pesquisa EBSCO

Pesquisa realizada através das bases de dados na EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection

APÊNDICE IV – QUADRO DOS AUTORES

Ano/Autor Principal	Título do estudo	Objetivos do estudo	População do estudo	Metodologia do estudo	Tamanho da amostra do estudo	Principais Resultados do estudo
2015/ Kessler et al.	Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide.	Artigo que descreve um guia prático para implementar o debriefing em departamentos de emergência após eventos clínicos. O objetivo principal do estudo é fornecer orientações práticas para ajudar as equipes de emergência a implementar efetivamente o debriefing após eventos críticos e melhorar a segurança do paciente, o desempenho da equipe e o bem-estar dos profissionais de saúde	O artigo se baseia-se em uma ampla gama de estudos e relatórios relevantes para oferecer orientações práticas e úteis para a implementação efetiva do debriefing. Portanto, não há uma população específica que seja o foco deste estudo.	Não apresenta uma metodologia de estudo, pois não se trata de uma pesquisa empírica original, mas sim uma Revisão sistemática da literatura.	O artigo não apresenta um tamanho de amostra, já que não se trata de uma pesquisa empírica original que envolva a recolha de dados de uma amostra de participantes. Em vez disso, o artigo é uma revisão da literatura que sintetiza as melhores práticas para implementar o debriefing em departamentos de emergência após eventos clínicos. A revisão da literatura incluiu uma ampla gama de estudos e relatórios relevantes e não está focada em um tamanho específico de amostra.	Resultados do estudo: - Realizar o debriefing o mais rápido possível após o evento clínico - Incluir todos os membros da equipe envolvidos no evento - Utilizar uma estrutura formal de debriefing - Estabelecer um ambiente seguro e confidencial para os participantes - Focar no aprendizado e melhoria contínua - Identificar as principais questões e oportunidades de melhoria para a equipe e para a organização - Encorajar a participação ativa de

						todos os membros da equipe. O artigo também destaca a importância do debriefing para a cultura de segurança do paciente, o desempenho da equipe e o bem-estar dos profissionais de saúde.
2020/Sónia et al.	Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives.	Rever as abordagens e objetivos do debriefing após eventos clínicos, como forma de melhorar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento em diferentes contextos de saúde. O estudo teve como objetivo fornecer uma visão geral dos diferentes modelos de debriefing utilizados atualmente e das melhores práticas para a aplicação do debriefing em eventos clínicos.	A população abordada na revisão de literatura é ampla e inclui pacientes, profissionais de saúde e equipas de saúde que trabalham em diversos ambientes de cuidados de saúde.	Revisão de Literatura	Tratando-se de uma revisão sistemática da literatura, não envolveu a coleta de dados primários ou a seleção de uma amostra, desta forma, não há um tamanho de amostra específico associado a este estudo.	- A equipe multidisciplinar indicou consistentemente que valoriza o debriefing após um evento clínico significativo. - Diferentes objetivos com diferentes abordagens traduziram-se em uma ampla variedade de métodos e uma falta de clareza sobre os resultados relevantes a serem medidos. - Abordagens do debriefing com recurso a um guião facilitam os objetivos que se vissem obter com o debriefing

2022/Rose et al.	Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings	O objetivo deste estudo foi examinar as atitudes dos prestadores de cuidados de emergência em relação ao debriefing clínico interprofissional usando a ferramenta <u>Interprofessional Feedback and Observation</u> (INFO). Especificamente, o estudo investigou se o debriefing clínico interprofissional usando a ferramenta INFO poderia melhorar a colaboração interprofissional, entre os profissionais de saúde	A população deste estudo são elementos do serviço de Urgência que participaram em debriefings clínicos INFO, e que os participantes incluem médicos e enfermeiros	Revisão de Literatura	O estudo não especifica o tamanho exato da população, mas menciona que a pesquisa foi realizada num serviço de urgência em Ontário, Canadá	O debriefing é amplamente utilizado em várias áreas da saúde, incluindo o SU, cuidados intensivos. As abordagens ao debriefing variam amplamente, mas geralmente envolvem uma discussão estruturada após um evento clínico, com o objetivo de refletir sobre o que aconteceu e identificar áreas para melhorias futuras. Os objetivos comuns do debriefing incluem melhorar a comunicação e a colaboração entre a equipa de saúde, identificar e abordar problemas de segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência ao paciente. A implementação bem-sucedida do debriefing pode depender de fatores como o treinamento
------------------	--	---	---	-----------------------	--	---

						da equipe, o ambiente de trabalho e a cultura organizacional.
2020/Gilmartin et al	Promoting Hot Debriefing in an Emergency Department	Avaliar a eficácia da implementação de um programa de debriefing imediato (hot debriefing) em um departamento de emergência de um hospital na Holanda. O estudo teve como objetivo principal avaliar se o programa de debriefing ajudou a melhorar a comunicação, o trabalho em equipe e a gestão de crises entre os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de emergência. O estudo também avaliou a aceitação do programa de debriefing pelos profissionais de saúde e sua percepção da utilidade do debriefing imediato na promoção da segurança do paciente e na prevenção de erros médicos.	Profissionais de saúde que trabalhavam no departamento de emergência de um hospital acadêmico na Holanda. Os participantes incluíram médicos, enfermeiros, assistentes médicos e outros profissionais envolvidos no atendimento de emergência.	Metodologia de pesquisa mista, que combinou métodos quantitativos e qualitativos para recolher e analisar dados.	A amostra do estudo consistiu em 86 profissionais de saúde, que participaram do programa de debriefing imediato durante o período do estudo.	O programa de debriefing imediato foi bem aceito pelos profissionais de saúde que participaram. Mais de 90% dos participantes relataram que o debriefing melhorou a comunicação entre os membros da equipa, permitiu uma discussão aberta sobre o atendimento de emergência e ajudou a identificar pontos fortes e fracos do processo de atendimento. A percepção dos profissionais de saúde em relação ao trabalho em equipe, comunicação e gestão de crises melhorou significativamente após a implementação do programa de debriefing imediato. Os participantes relataram que o debriefing melhorou a

						comunicação entre os membros da equipe, permitiu uma discussão aberta sobre o atendimento de emergência e ajudou a identificar pontos fortes e fracos do processo de atendimento. As entrevistas qualitativas com os participantes do programa de debriefing indicaram que o debriefing imediato foi considerado uma ferramenta valiosa para melhorar a qualidade do atendimento de emergência. Os participantes relataram que o debriefing permitiu uma discussão aberta e honesta sobre eventos críticos, ajudou a identificar problemas e falhas no processo de atendimento e promoveu a aprendizagem e o desenvolvimento profissional.

Tabela 1 - Análise dos estudos incluídos na Revisão Scoping da Literatura

APÊNDICE V – PRISMA FLOW

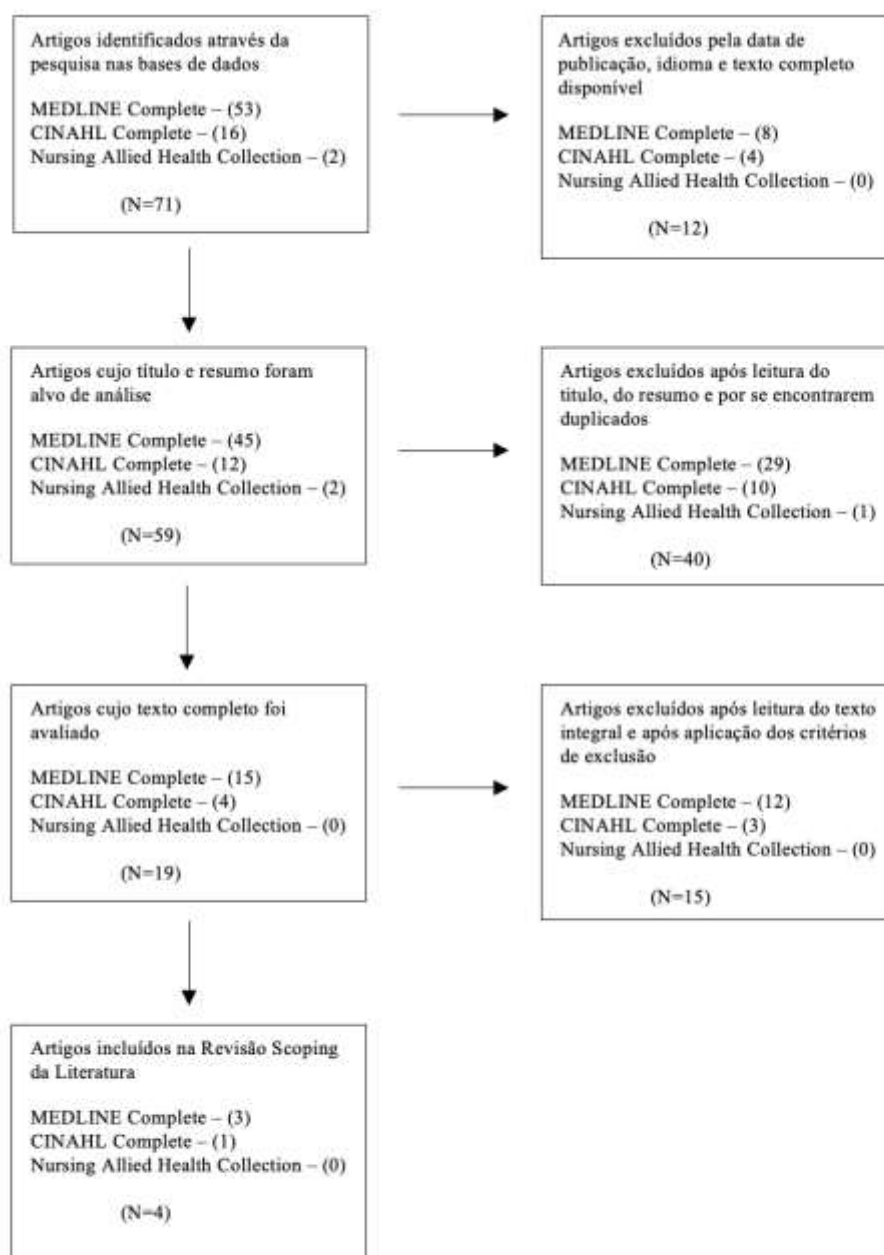


Figura 1 PRISMA Flow Chart. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na Revisão Scoping da Literatura adaptado do manual da JBI.

Figura 3 - Prisma Flow

ANEXOS

ANEXO I - BUNDLES DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

"Bundle" Pneumonia Associada à Intubação (PAI)*

Avallar diariamente a possibilidade de desmame e extubação

Rever diariamente a possibilidade de reduzir ou suspender a sedação

**Manter pressão do cuff acima dos 20 cmH₂O.
Avallar e registar 1 vez por turno**

Manter a Cabeceira ≥30°

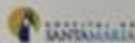
Higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2% 3 X dia

* Para maior detalhe consultar: Direcção Geral de Saúde, Norma Nº 021/2015 de 16/12/2015 - "Feixe de intervenções" de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.

2016

GLC-PPCIRA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

"Bundle" Algaliação*

Avallar e registar em processo clínico a necessidade de algaliação

Cumprir técnica assética na algaliação

**Cumprir técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem e manter
circuito fechado**

Realizar higiene diária do meato uretral

**Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar quando atinge
2/3 da capacidade**

Avallar diariamente a necessidade de manter a algaliação

* Para maior detalhe consultar: Direcção Geral de Saúde, Norma Nº 019/2015 de 15/12/2015 - "Feixe de intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.

2016

GLC-PPCIRA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

"Bundle" Colocação do Cateter Venoso Central*

Avaliar e registar a necessidade de inserção e escolher o CVC com menor número de lumens

Evitar sempre que possível o acesso femoral e registar as razões da sua utilização

Desinfecção pré-cirúrgica das mãos pelos intervenientes na técnica

Usar barreiras de proteção máximas (máscara, touca, bata e luvas estéreis e campo cirúrgico que cubra toda a superfície corporal do doente)

Desinfecção do local de inserção por fricção com solução alcoólica de clorhexidina a 2% antes da inserção e antes do penso estéril

* Para maior detalhe consultar: Direcção Geral da Saúde, Norma Nº 022/2015 de 16/12/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.

2016

GLC-PPCIRA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

SANTAMARIA

Hospital
Público Valente

SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

"Bundle" Manutenção do Cateter Venoso Central*

Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC

Higienizar as mãos antes de manusear o CVC

Descontaminar os pontos de acesso ao sistema (torneiras de 3 vias, obturadores, etc) por fricção com solução alcoólica de clorhexidina ou álcool a 70% antes de aceder ao CVC

Mudança de penso com a periodicidade adequada (SOS; semi permeável - 7 em 7 dias ; com compressa - 2 em 2 dias), técnica assética e desinfecção com solução alcoólica de clorhexidina a 2%

* Para maior detalhe consultar: Direcção Geral da Saúde, Norma Nº 022/2015 de 16/12/2015 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.

2016

GLC-PPCIRA

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

SANTAMARIA

Hospital
Público Valente

SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Figura 4 - Bundles de prevenção de infeção

ANEXO II – MODELO DE DAVID KESSLER

Table 1. Guide to creating a debriefing program in the ED.

Category	Strategy
Who	Determine the facilitator Internal vs external team member Single vs multiple Trained vs untrained vs scripted guidelines Onsite vs remote Determine the participants Team members with or without external participants Trained vs untrained vs scripted guidelines
What	Decide what events will trigger debriefings Eg, trauma cases, intubations, poor outcomes, cardiac arrests
When	Determine timing Eg, hot (immediate) vs warm (delayed minutes to hours) vs cold (delayed days to weeks) Select criteria for a hybrid approach Eg, patient death with a warm debriefing and follow-up cold debriefing
Where	Select a location to debrief On site in the location where the event occurred On site in a location not where the event occurred Off site (not in the ED)
Why	Determine the objectives for debriefing Eg, improve future performance (individual, team, system), improve specific ED metrics, evaluate environment

Figura 5 - Modelo de David Kessler

Kessler et al., Debriefing in the emergency Department after Clinical Event: A Practical Guide

O modelo proposto por David Kessler – Tradução para Português

Categoria	Estratégia
QUEM	Especificar o facilitador (membro interno ou externo da equipa; um ou mais debriefers; com treino/com guião de orientações); no local ou remotamente Especificar quem participa (Membros da equipa, podendo incluir elementos externos) A escolha do facilitador deve ser baseada na sua experiência em debriefing e habilidades de comunicação efetiva.
O QUÊ	Selecionar os assuntos que serão abordados na reflexão sobre o evento clínico em si (falhas na terapêutica, desempenho, técnicas, etc)
QUANDO	Decidir quando é realizado - “hot” - realizado de imediato; - “warm” - “delayed hours to minutes” - realizado nos próximos minutos ou horas; - “cold” - “delayed days to weeks” - realizado dias, ou semanas, após o evento clínico. Selecionar critérios para uma abordagem híbrida- “warm debriefing” seguido de “cold debriefing”
ONDE	Decidir o local - No local; - Nas imediações do evento clínico; - Fora do Serviço de Urgência.
PORQUÊ	Especificar razões/alvos do debriefing, por exemplo:

	-Avaliar o ambiente que enquadrou o episódio clínico (equipamento, tempos de atuação, monitorização...) - Melhorar o desempenho futuro da equipa, dos seus elementos, do sistema;
--	---

Tabela 2 - O modelo proposto por David Kessler – Tradução para Português

ANEXO III - O MODELO DE CRAIG WALKER

STOP for 5 Minutes

Thank the full team and ask **"Is everyone ok?"**

If **YES** then continue as below and **STATE FIRST**:

- We are going to have a 5 minute team debrief
- Purpose is to improve quality of patient care; it is not a blaming session
- Your participation is welcomed but not compulsory
- All information discussed during this debrief is confidential

S

Summarise the case

T

Things that went well

O

Opportunities to improve

P

Points to action and responsibilities

Edinburgh Emergency Medicine - "STOP 5: STOP for 5 Minutes" – Our Bespoke Hot Debrief Model

STOP5 model, created by Edinburgh EM and the Scottish Centre for Simulation and Clinical Human Factors.

STOP for 5 Minutes

Thank the full team and ask "Is everyone ok?"

If YES then continue as below and **STATE FIRST:**

- We are going to have a 5 minute team debrief
- Purpose is to improve quality of patient care, it is not a blaming session.
- Your participation is welcomed but not compulsory
- All information discussed during this debrief is confidential

Enter E Number Here:

Please **DO NOT** Apply Addressograph Labels

HOT DEBRIEF	Type of Case (tick)	Please list all staff members present
Date: Time: Location:	☐ Medic One ☐ Enhanced or Code ☐ Red Trauma Call ☐ Death in Resus ☐ Staff Triggered	This form completed by: _____

Summarise the case

Things that went well

Opportunities to improve

Points to action and responsibilities

Include staff member to address each point

EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE

NHS
Education
for
Scotland

SCSC

☐ HOT DEBRIEF not completed
Reason: _____

Is a COLD DEBRIEF required?
YES ☐ NO ☐

STOP5: "STOP for 5 Minutes" Hot Debrief Model created by Craig Walker
<https://www.edinburghemergencymedicine.com/blog/2018/11/1/stop-5-stop-for-5-minutes-our-bespoke-hot-debrief-model>

130



<https://www.edinburghemergencymedicine.com/blog/2018/11/1/stop-5-stop-for-5-minutes-our-bespoke-hot-debrief-model>

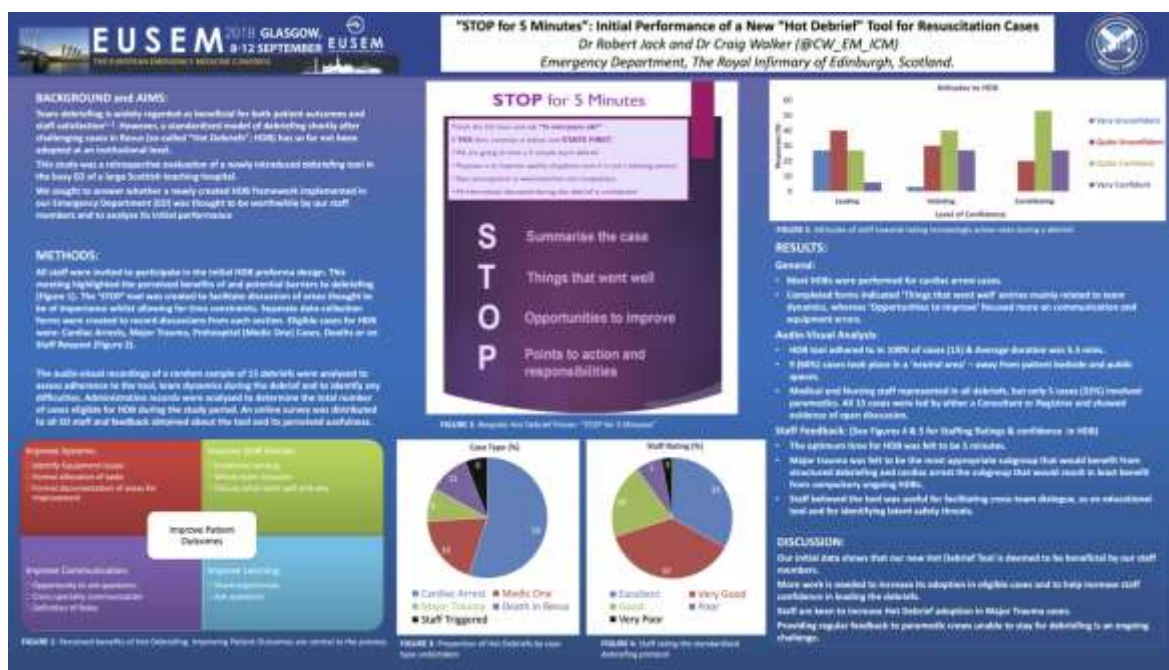


Figura 6 - Modelo de Craid Walker

Hot Debrief Poster 2, European Society for Emergency Medicine conference, 2018

O modelo proposto por Craig Walker – Tradução para Português

	STOP for 5 Minutes - PARE durante 5 minutos
	Agradeça a toda a equipa + Pergunte: “Estão todos bem?” Se SIM, diga o seguinte: • “Vamos fazer em equipa 1 debriefing de 5 mn: • A finalidade é a MELHORIA dos CUIDADOS prestados: NÃO é COLOCAR A CULPA sobre alguém. • A vossa participação é BEM VINDA, mas NÃO OBRIGATÓRIA. • Toda a INFORMAÇÃO aqui partilhada é CONFIDENCIAL.”
S	SUMMARISE THE CASE -> SÚMULA DO EVENTO CRÍTICO um momento para a equipa, em conjunto, se debruçar sobre o que acabou de acontecer, fazendo-se um resumo do evento clínico, de forma a todos terem uma visão geral.
T	THINGS THAT WENT WELL- » TOPS DE PROCEDIMENTOS ADEQUADOS uma discussão aberta e honesta sobre o que funcionou bem, com identificação de pontos positivos.
O	OPPORTUNITIES TO IMPROVE - » OPORTUNIDADES PARA CONSEGUIR-SE MELHORIA uma discussão aberta e honesta sobre o que não funcionou, de forma a serem identificadas áreas de melhoria. A equipa concentra-se nos factos e faz observações objetivas, em vez de entrar em julgamentos pessoais.
P	POINTS TO ACTION and RESPONSIBILITIES - » PONTOS para AÇÃO + RESPONSABILIDADES a equipa desenvolve um plano de ação para melhorar o desempenho futuro. Tal pode envolver a identificação de áreas que precisam de mais treinamento, mudanças no processo, na abordagem, na comunicação entre os membros, ou perceber aspetos específicos que ajudem a melhorar o desempenho (resultados alcançados, processos utilizados, comunicações entre membros da equipa, outros)

Potenciais Benefícios	● identifica pontos fortes e fracos no desempenho em equipa; ● incentiva a uma reflexão aberta, honesta, partilhada; ● promove a moral e a coesão da equipa; ● ao otimizar aprendizagens, assegura maior qualidade nos cuidados futuros, a partir da experiência clínica.
Potenciais Barreiras	existência de: - pressões de tempo - dispersão da equipa - outras prioridades clínicas - ansiedade face à análise do desempenho - stress/insegurança psicológico/a
Logística a acionar	-Afixação de cartazes informativos, em todas as unidades de ressuscitação que tenham equipas com elevados critérios de desempenho; -Sensibilização e preparação anterior da equipa do SU para a sua realização; -Procura intencional de não dispersão dos elementos intervenientes no momento do <i>debriefing</i>; - Disponibilidade do formulário, de registo simples, a ser preenchido por outro elemento que não o <i>debriefe</i>r (ou seja, o responsável pela condução do <i>debrief</i>, com experiência neste domínio)

Tabela 3 - O modelo proposto por Craig Walker – Tradução para Português