



**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

## **UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À 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  
(Na área da Pessoa em Situação Crítica)

Por  
Diana Filipa Carvalho Camilo

Porto –abril 2025





**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

**UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO  
DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**A PATHWAY TO DEVELOPING SKILLS IN THE CRITICAL CARE  
PATIENTS**

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

Diana Filipa Carvalho Camilo

Sob a orientação de Prof<sup>ª</sup>. Doutora Amélia Ferreira

Porto –abril 2025



## RESUMO

O presente relatório surge como elemento central do percurso realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. O desenvolvimento de competências é um processo contínuo e revestido por grande dinamismo, no qual importa referir as oportunidades de aprendizagem que os contactos diretos com a prática proporcionaram. Neste caso, e por ordem cronológica, no Serviço de Urgência, Instituto Nacional de Emergência Médica e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

O relatório tem como objetivos apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências com vista à aquisição do grau de mestre e título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, bem como contribuir para a continuidade da construção do saber em Enfermagem, em ordem à evolução profissional e pessoal contínua, centralizada na prática refletida e fundamentada.

Este, recorre a uma abordagem critico-reflexiva, através das experiências vivenciadas no contextos clínicos, reflexão individual e revisão de literatura sobre um método de reflexão da prática e o seu impacto nas equipas, o *debriefing*. Este surge como uma ferramenta de reflexão e partilha de conhecimento entre as equipas com o intuito de melhorar práticas futuras e assim ser um promotor de uma melhoria da qualidade de cuidados. Ao longo do relatório, tendo sempre por base a evidência científica atual é relacionada a teoria com a prática.

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, requer um cuidado especializado e dinâmico de conhecimento para dar resposta à sua elevada complexidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, *debriefing*, desenvolvimento de competências



## **ABSTRACT**

This report is at the heart of the course taken in the Master's Degree in Nursing, with specialization in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Critically Ill Person, through a journey of acquisition and development of personal and professional skills. The development of skills is a continuous and dynamic process, in which it is important to mention the learning opportunities that direct contact with practice has provided. In this case, and in chronological order, in the Emergency Department, the National Institute for Medical Emergencies and in a Multipurpose Intensive Care Unit.

The aim of this report is to present the process of acquisition and development of skills with a view to obtaining a Master's degree and the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Critically Ill Person, as well as to contribute to the continuing construction of knowledge in nursing with a view to continuous professional and personal development, centered on reflective and reasoned practice.

It uses a critical-reflective approach, through experiences in clinical contexts, individual reflection and a literature review on a method of reflecting on practice and its impact on teams, *debriefing*. This emerges as a tool for reflection and knowledge-sharing between teams with the aim of improving future practices and thus being a promoter of improved quality of care. Throughout the report, based on current scientific evidence, theory is related to practice.

The provision of care to people in a critical situation requires specialized care and dynamic knowledge in order to respond to its high complexity.

**Keywords:** Nursing, Specialist Nurse, Person in critical situation, debriefing, skills development



*“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.”*

GANDY



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e namorado, por acreditarem em mim e nas minhas capacidades e por serem o meu pilar ao longo desta jornada.

À minha amiga IV, por ter sido a minha companheira de luta, por me apoiar, chorar e rir comigo durante esta jornada.

Aos meus colegas de equipa e especialmente à minha colega VM, que ativamente me proporcionaram apoio e condições para chegar ao fim deste percurso.

À Professora Doutora Amélia, pela paciência, pela orientação e pelo apoio proporcionado neste percurso de aprendizagem.

Aos enfermeiros tutores de estágio, por me proporcionarem sempre os melhores momentos de aprendizagem, de desenvolvimento pessoal e profissional, pelo seu perfil carismático e de compreensão.

O meu OBRIGADA!



## **Lista de Siglas e Acrónimos**

ABCDE– *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*;

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde;

BPS- *Behavioral Pain Scale*;

CODU-Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

DGS- Direção-Geral da Saúde;

EE- Enfermeira Especialista;

EEMI- Equipa de Emergência Médica Interna;

EH- Extra-Hospitalar;

EPI- Equipamento de Proteção Individual;

IACS- Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;

IET- Intubação endotraqueal;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

NEWS- *Nacional Early Warnig Score*;

PAI-Pneumonia Associada à Intubação;

PBCI -Precauções Básicas Controlo de Infeção;

PCR- Paragem Cardiorrespiratória;

PPCIRA-Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas;

PSC- Pessoa em Situação Crítica;

PSP- Polícia de Segurança Pública;

SAV- Suporte Avançado de Vida;

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica;

SIV-Suporte Imediato de Vida;

SMI- Serviço de Medicina Intensiva;  
SNS- Sistema Nacional de Saúde;  
SU- Serviço de Urgência;  
TET- Tubo endotraqueal;  
UC- Unidade Curricular;  
UCI- Unidade Cuidados Intensivos;  
UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;  
UCP- Universidade Católica Portuguesa;  
VMER-Viatura Médica de Emergência e Reanimação;  
VMI- Ventilação Mecânica Invasiva;

## ÍNDICE

<b><u>INTRODUÇÃO .....</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b><u>1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: O ÍNICIO.....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA .....</u></b>	<b><u>23</u></b>
2.1. O INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA _____	23
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE _____	25
<b><u>3. PROCESSO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS .....</u></b>	<b><u>31</u></b>
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL _____	31
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE _____	35
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS _____	41
3.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS _____	44
<b><u>4. PROCESSO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÀREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....</u></b>	<b><u>47</u></b>
<b><u>NOTAS CONCLUSIVAS.....</u></b>	<b><u>71</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFIA .....</u></b>	<b><u>74</u></b>
<b><u>APÊNDICES .....</u></b>	<b><u>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</u></b>
<b><u>APÊNDICE I- Revisão da literatura "impacto do debriefing na equipa multidisciplinar".....</u></b>	<b><u>89</u></b>
<b><u>APÊNDICE II- Plano de formação o debriefing como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspectiva do supervisorado .....</u></b>	<b><u>119</u></b>
<b><u>APÊNDICE III Apresentação em powerpoint- o debriefing como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspectiva do supervisorado.....</u></b>	<b><u>123</u></b>



## INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge do culminar de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências integrado no Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica(PSC), inserido no Mestrado da Universidade Católica Portuguesa(UCP), durante os anos letivos 2022/2023 e 2023/2024 na Unidade Curricular(UC) “Estágio Final e Relatório”.

Este percurso, apresenta-se orientado para o desenvolvimento de competências, articulando a investigação e o ensino, de forma a dar resposta às necessidades de saúde da PSC e família, com vista a evidenciar o contributo dos cuidados de Enfermagem junto destes, e com isto, a posterior atribuição do título académico de mestre. Para além disso, está de acordo com a formação especializada em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros(OE), com a possibilidade de posterior atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista(EE).

Para dar início ao percurso de desenvolvimento de competências foram realizados estágios em áreas de cuidados vocacionadas à prestação de cuidados à PSC. A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), define PSC como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362).

O primeiro estágio decorreu no segundo semestre do primeiro ano do curso, integrado na unidade curricular “Pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, num Serviço de Urgência(SU).

Os restantes estágios, já inseridos na UC “Estágio Final e Relatório” decorreram, no Instituto Nacional de Emergência Médica(INEM) e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente(UCIP). Esta UC decorreu num período compreendido entre 2 de setembro de 2024 e 18 de Dezembro de 2024, com um total de 840 horas. O estágio nos dois contextos perfaz um total de 360 horas distribuídas por ambos, e as restantes horas foram distribuídas por seminários(20 horas), orientações tutoriais(20 horas) e trabalho autónomo(440 horas).

A preferência pelos contextos de estágio acima apresentados, visa compreender o acompanhamento da PSC desde o momento em que o processo agudo de doença é detetado, abordado e revertido em contexto extra-hospitalar(EH) até ao transporte à unidade de saúde, envolvendo todo o circuito e um vasto leque de competências altamente diferenciadas, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil.

A minha consideração por estes locais de estágio, prendeu-se pelo potencial destes me proporcionarem um vasto leque de experiências essenciais para execução dos meus objetivos pessoais, profissionais e académicos bem como, a amplificação dos conteúdos teóricos adquiridos no início do curso.

A OE(2018) refere que:

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 (p. 19362).

De acordo às orientações da equipa docente, dos Regulamentos da OE referentes às competências de EE e às competências de Mestre em Enfermagem, foram definidos no início dos campos de estágio os objetivos e competências a serem

alcançados nestes, que foi um ponto de partida para o processo de aquisição de competências bem como a realização deste relatório.

O principal objetivo deste relatório é, portanto, descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências e contribuir para a contínua construção do saber em enfermagem.

A elaboração do relatório através das vivências nos estágios, segue uma metodologia descritiva e crítico reflexiva, uma reflexão individual das práticas e de revisão da literatura, tendo sempre por base a evidência científica mais atualizada que em conjunto se suportam.

Estruturalmente encontra-se dividido por capítulos. O primeiro capítulo é referente a aquisição de competências do estágio realizado no primeiro ano do curso de mestrado num SU. No segundo capítulo é realizada uma caracterização dos contextos onde foram realizados os estágios pertencentes UC: Estágio final e relatório. O terceiro capítulo visa as competências comuns do EE, bem como reflete as práticas executadas ao longo do estágio e sua evidência científica, que vão de encontro as competências comuns traçadas pela OE nesses domínios. De seguida, o quarto capítulo contempla uma análise crítico-reflexiva com base nas competências específicas do EE na área da PSC, tendo sido fundamentadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para o desenvolvimento dessas mesmas competências. Finalmente é apresentada a conclusão onde engloba a análise crítica do que foi abordado ao longo do corpo deste relatório, as implicações pessoais para a prática futura bem como principais limitações ao longo deste percurso. Nos apêndices encontram-se os trabalhos realizados pela autora durante os estágios, sobre uma ferramenta utilizada nestes, de reflexão sobre a ação que é o *debriefing*, esta revisão pretende elucidar a importância da utilização do mesmo pelas equipas multidisciplinares após a prestação de cuidados à PSC.

A realização deste relatório cumpre as normas de apresentação orientadas pela UCP e as referências de acordo com a 7ª edição da norma *American Psychological Association*.



## 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: O ÍNICIO

O percurso de desenvolvimento de competências iniciou-se com a realização de um estágio num SU, no período compreendido entre 6/05 a 13/07 de 2024 e com a carga horária de 180 horas de prática clínica e apesar de não estar inserido na unidade curricular, Estágio final e Relatório, é importante dar ênfase a esta experiência visto que foi o início deste percurso. A escolha deste local de estágio prendeu-se pela vontade de compreender a receção inicial e a primeira abordagem da PSC a nível hospitalar.

“Emergência e urgência médica é uma situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de se verificar, compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, 2006, p. 18611). Neste sentido, há necessidade de dar resposta a estas situações.

A Rede de SU integra vários níveis de resposta, sendo o SU onde foi realizado o estágio um Polivalente. Este é o patamar com maior diferenciação de resposta às situações de Urgência e Emergência e deve oferecer resposta à população da sua área (Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2014).

Ao longo do estágio tive oportunidade de estar em diversas áreas, como triagem, sala laranja, sala de emergência e sala amarela.

Na triagem, o processo de tomada de decisão do enfermeiro é de extrema importância, uma vez que uma incorreta avaliação inicial pode ter implicações nefastas para a pessoa a carecer de cuidados. É um processo toldado de complexidade, pois muitas queixas apresentadas pela pessoa são ambíguas e

incompletas, carecendo que o enfermeiro triador tenha competência na identificação de situações de risco e ou falência orgânica e atuar em conformidade.

Posto isto, através da participação no processo de triagem, iniciei o meu percurso de aquisição de competências para EE, pois esta abordagem inicial, além de rápida, é bastante objetiva na identificação de PSC, na identificação de sinais e sintomas de deterioração clínica e decisão da prioridade clínica em consonância com a urgência dos cuidados de saúde necessários. É de verificar que muitas vezes é este o primeiro profissional de saúde a estabelecer o primeiro contato com PSC.

No percurso neste campo de estágio, fui confrontada diariamente com aspetos ético-legais relacionados com os direitos e deveres das pessoas. Neste contexto, a salvaguarda da privacidade do doente é particularmente difícil devido às circunstâncias de espaço, volume de pessoas a carecer de cuidados e à falta de privacidade física. No entanto, ao longo do estágio fui realizando mudanças comportamentais, como utilização das cortinas e biombos sempre que era necessário realizar algum procedimento à pessoa, e a tentativa de utilização de locais com maior privacidade. Devido a esta capacidade de adaptação da prática aos contextos de trabalho, de acordo com a ética e deontologia profissional, assumo que desenvolvi uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos. Apesar de na minha prática com enfermeira generalista, já ter esta conduta, considero que aprimorei os meus conhecimentos e refleti sobre a minha prática diária.

O SU, sendo caracterizado por uma elevada afluência de pessoas bem como uma rotatividade rápida destes, a gestão de cuidados toma particular relevância, pois a gestão de materiais e de recursos humanos é desafiante. Exige competências para evitar falhas na prestação de cuidados. Neste sentido, tive oportunidade de vivenciar a mobilização de recursos humanos para áreas de maior afluência, bem como a mobilização das pessoas a carecer de cuidados para áreas com vagas disponíveis. A prestação de cuidados no SU, permitiu a aquisição de competências na gestão de cuidados, considerando os recursos e definindo prioridades desses

mesmo cuidados. Foi ainda neste contexto clínico que tive o primeiro contato com a Sala de Emergência (SE). Foi desafiante, e enriquecedor, dado que é o local onde é realizada a primeira abordagem a PSC em emergência, é marcado pela imprevisibilidade do estado clínico da pessoa, implicando uma capacidade de responder eficazmente e rapidamente às necessidades apresentadas.

Na SE é bem visível, as competências do EE na assistência à pessoa a viver processo de doença imprevisível e muito grave, e foi onde tive oportunidade de enriquecer o meu conhecimento face à PSC.

Este campo de estágio é um ambiente emocionalmente intenso, as situações de urgência geralmente envolvem um elevado grau de sofrimento físico e emocional, tanto para a pessoa a carecer de cuidados como para os seus familiares. Isso exige capacidade de comunicação empática e uma elevada capacidade de controlo de emoções. Posto isto, assumo que este estágio teve particular relevância na aquisição de competências na comunicação (quer com a equipa multidisciplinar, pessoa a carecer de cuidados e familiares ) bem como na gestão de emoções.

Trabalhar num SU é um desafio constante devido a imprevisibilidade e necessidade de tomadas de decisões rápidas frequentes e eficazes. A combinação de habilidades técnicas, psicológicas , clínicas e de gestão são essenciais para enfrentar os desafios diários e garantir a qualidade dos cuidados à PSC.



## **2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA**

O processo de desenvolvimento de competências implicou, para além dos conteúdos teóricos lecionados e adquiridos no primeiro e segundo semestre, um desenvolvimento prático através de um processo de estágio. Estes constituem, portanto, momentos únicos de aprendizagem, transformando a experiência em saber, através da reflexão na ação.

O estágio referente à UC “Estágio Final e Relatório” foi realizado em dois contextos distintos: no INEM e na UCIP, caracterizados de seguida.

### **2.1. O Instituto Nacional de Emergência Médica**

Em Portugal, o socorro pré hospitalar iniciou-se em 1965, sendo implementado o número nacional de socorro “115”, que servia para socorrer as vítimas de acidentes na via pública em Lisboa. Era acionada uma ambulância tripulada por polícias, que transportava os acidentados para o hospital, sendo alargado nos anos seguintes às cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro (Instituto Nacional de Emergência Médica[INEM], 2021).

Em 1971 nasceu o Serviço Nacional de Ambulâncias e foram criados postos de ambulâncias que funcionavam nas esquadras da Polícia de Segurança Pública (PSP) em Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Nas restantes localidades, as ambulâncias foram sendo entregues a corporações de bombeiros, tendo como objetivo, “assegurar a orientação, coordenação e eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como ao respetivo transporte”. Estavam assim criadas as bases para em 1981 ser oficialmente criado o INEM (INEM, 2021).

O INEM é responsável pela coordenação do funcionamento, em Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a proporcionar aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta prestação de cuidados de saúde extra-hospitalar. As principais tarefas do INEM são: a prestação de cuidados de emergência médica no local onde ocorre, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e organizar a resposta de emergência garantindo a cadeia de sobrevivência (INEM, 2017a).

Desde a sua origem, o INEM foi-se diferenciado de modo a acompanhar a evolução das exigências da sociedade para que os cuidados chegassem mais pronta e eficazmente à população. Assim, é possível destacar o aparecimento do primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes(CODU) em 1987, da Viatura Médica de Emergência e Reanimação(VMER) em 1989, do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica em 1997, da Mota de Emergência Médica, do Serviço de Ambulâncias de Emergência Médica, do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise em 2004 e das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida(SIV) em 2007 (INEM, 2017b).

É através de um reconhecimento da necessidade de ajuda que se produz um alerta para o Número Europeu de Emergência (112), o qual é atendido por uma central da PSP e caso seja referente a uma situação de saúde, é encaminhado para o CODU, de modo que se responda e avalie os pedidos de socorro recebidos e se determine os recursos necessários e adequados a cada caso (INEM, 2017c).

O CODU é constituído por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte médicos, psicólogos e técnicos de emergência pré hospitalar para efetuar o atendimento e triagem dos pedidos de socorro, o aconselhamento, sempre que indicado, a seleção e acionamento dos meios de socorro adequados, o acompanhamento das equipas de socorro no terreno e o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino (INEM, 2017c).

No estágio, o processo de desenvolvimento de competências foi potenciado pela possibilidade de participação no contexto de atuação das ambulâncias SIV, VMER e um turno no CODU, acompanhando os respetivos profissionais.

A VMER é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por um médico e um enfermeiro. Considerando este meio uma pequena SE, pois na sua carga têm o mais diversificado material para abordagem a PSC, material de abordagem inicial à pessoa, à PSC em situação de trauma, material diversificado de abordagem da via aérea básica e avançada, ventilador, videolaringoscópio, aspirador de secreções, garrafas de oxigénio, abordagem da circulação, seringas infusoras, sistema mecânico de compressões torácicas( Lucas) e fármacos a usar em emergências.

As ambulâncias SIV são constituídas por uma equipa multidisciplinar composta por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré Hospitalar. Estas ambulâncias para além do material básico existente numa ambulância contêm ventilador, materiais para abordagem a PSC em situação de trauma, fármacos, material de via aérea avançada(máscaras laríngeas).

## **2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

A Medicina intensiva é uma área que aporta a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda que sejam potencialmente reversíveis, em utentes que apresentam falência de uma ou mais das suas funções vitais, eminente(s)ou estabelecidas(s)(Paiva et al., 2017). Os Serviços de Medicina Intensiva(SMI) devem ter responsabilidade pela PSC, independentemente de onde esta se encontra, seja nos serviços de urgência(nas SE), nas unidades de intensivos e intermédios, bem como no internamento através das Equipas de Emergência Médica Interna(EEMI) (Paiva et al., 2017).

Os SMI são unidades que requerem recursos humanos e materiais especializados para monitorização e suporte contínuos das funções vitais, com o

intuito de observação e tratamento da PSC, potencialmente reversível. (Administração Central Do Sistema de Saúde[ACSS], 2024)

Nestes, segundo Paiva et al.(2017), as camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas) devem ser destinadas à PSC com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras à vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico. Por sua vez, as camas de nível II (vulgarmente designadas de intermédias) devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva(VMI).

A unidade de cuidados intensivos no qual foi realizado o estágio está enquadrada no Departamento de Anestesiologia, Cuidados intensivos e Emergência e está integrada no SMI, sendo considerada uma unidade de nível III. Esta unidade é constituída por quatro áreas assistenciais:

- Enfermaria: composta por 12 camas, das quais quatro estão em quartos individuais com capacidade de medidas de isolamento(com pressão negativa) e equipados para suporte e substituição da função renal. As restantes camas são unidades abertas.

Segundo a ACSS(2024), estas unidades devem ter no mínimo 6 boxes e no máximo 16 boxes e recomenda fortemente a sua organização por boxes individuais em vez das áreas abertas. A mesma fonte recomenda a existência de iluminação natural direta nas áreas assistências de forma promover a manutenção dos ritmos circadianos e recuperação do doente. Nesta unidade a exposição a esta iluminação é verificada nas boxes individuais, não sendo assegurada nas unidades abertas.

A observação do doente deve fazer-se preferencialmente através da visualização direta a partir do posto de vigilância de enfermagem(ACSS,2024).Esta unidade apresenta um posto de vigilância, localizado no centro da unidade e possibilita a observação de todas as unidades

de assistência, desde as boxes fechadas às boxes abertas, o que vai de encontro a proposta referida.

- SE: Uma interface entre a emergência extra-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo ela uma área específica para observação e tratamento da PSC.

Esta sala está configurada em espaço aberto, com capacidade de unidades individuais, um mínimo de dois utentes. Em cada unidade existe capacidade de monitorização dos sinais vitais para cada um em simultâneo, no mínimo com traçado eletrocardiográfico, frequência cardíaca, pressão arterial (invasiva e não invasiva), saturação O<sub>2</sub> e capnografia/ capnometria (ACSS, 2019).

A SE, vai de encontro as recomendações acima descritas, sendo que apresenta uma lotação de duas unidades, equipadas com monitor de monitorização hemodinâmica, aspirador de secreções, ventilador, máscaras de ventilação (cânula nasal, *ventimask*, alta concentração), material de entubação endotraqueal pronto, material de punção venosa, máquinas perfusoras, um soro fisiológico 0,9 pronto trocado a cada 24h se não utilizado, entre outros materiais necessários em caso de emergência. Também dispõe de um pequeno armazém com o restante material clínico necessário.

Esta sala é da responsabilidade da equipa da UCIP, que assegura a sua gestão técnica e funcional, com apoio da equipa do SU, assim sendo o rácio de trabalho de enfermagem é de 1 doente : 1 enfermeiro quando as unidades estão totalmente ocupadas.

- EEMI: Sediada na UCIP, está organizada com telecomunicações e equipa multidisciplinar de resposta rápida, em articulação com todos os serviços do hospital.

A equipa dá resposta às situações de Paragem Cardiorrespiratória(PCR), e sinais de peri-paragem (segundo critérios de ativação) tal como descrito nos manuais internos da instituição. É constituída por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem a PSC e em técnicas de reanimação.

Estas equipas respondem de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda. (Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2018)

- Consulta de *follow-up* – A consulta é realizada por enfermeiros, conjuntamente com um médico. É realizado a todas as pessoas que tenham estado internadas na unidade e que tenham tido alta da mesma nos dois meses anteriores.

Os objetivos desta consulta são a identificação de novos problemas; avaliação de possíveis sequelas físicas e psicológicas; o impacto na qualidade de vida e respetiva orientação clínica, segundo consta nas orientações internas da unidade. Esta consulta surge como uma capacitação de recursos dos serviços de medicina intensiva, “Implementação de consultas de seguimento pós internamento em Medicina Intensiva, incluindo medidas de prevenção e reabilitação geradoras de ganhos funcionais a doentes com internamento em Medicina Intensiva” (Nuñez et al., 2020, p. 7). Um estudo de Rosa et al.(2019) concluiu que as consultas de acompanhamento podem diminuir a incidência da depressão e ansiedade pós o internamento, podendo melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A respeito das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, a OE(2019a) refere que o rácio enfermeiro/PSC em unidades de nível III é 1:1. No contexto onde foi realizado o estágio esse rácio(enfermeiro: doente) é de 1:2 que fica aquém do preconizado pela OE.

O regime de trabalho funciona por turnos, os turnos da Manhã são constituídos por nove elementos, destes um elemento responsável exclusivamente para SE, outro exclusivamente para a reabilitação, e outro exclusivo como responsável de turno.

No turno da tarde/noite o enfermeiro responsável já consta no rácio na prestação de cuidados, portanto a equipa é constituída no turno da tarde por 8 elementos(um exclusivo na reabilitação), e nos turnos noturnos por 7 elementos.

No plano de trabalho realizado pelo EE, responsável de turno, também são distribuídas outras funções acumuláveis com a prestação de cuidados à PSC a nível da unidade que são elas, o Enfermeiro Responsável de Turno que é EE e que assegura funções de gestão dos cuidados, o enfermeiro responsável da EEMI, que fica responsável pelo material necessário para as suas ativações e finalmente o enfermeiro responsável pela manutenção do desfibrilhador da unidade.

Neste contexto, existe uma política de formação contínua de todos os enfermeiros, que prevê a sua formação em Suporte Avançado de Vida(SAV), Trauma e Sépsis entre outros.

Pelo exposto, esta unidade apresentou um espaço altamente desafiador e favorecedor de aprendizagens profissionais especializadas, na área da PSC.



### **3. PROCESSO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS**

Os ensinamentos clínicos em unidades vocacionadas para o cuidado da PSC, constituem momentos privilegiados, crítico-reflexivos, para o desenvolvimento e validação de competências, conhecimentos e atitudes, em particular no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à PSC.

De encontro ao Regulamento das Competências Comuns do EE, passarei de seguida a descrever os contributos deste estágio para o meu desenvolvimento enquanto futura Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.

Debruçar-me-ei, portanto, nos quatro domínios de competências comuns do EE (1)Prática Profissional, Ética e Legal; (2)Melhoria Contínua da Qualidade; (3) Gestão de Cuidados; e (4) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019b).

Esta decisão de divisão deve-se ao facto de parecer a forma mais adequada para reflexão sobre o meu percurso neste estágio e me proporcionar uma maior organização das atividades, as pesquisas e as reflexões desenvolvidas, em prol do atingimento dos objetivos definidos.

#### **3.1 Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Segundo o regulamento das competências comuns do EE, este domínio pressupõe o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, com respeito pelos direitos humanos com tomada de decisões éticas e deontológicas(OE, 2019b).

O Artigo 8º do Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem(REPE,1996), define que, no seu exercício profissional, os Enfermeiros “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos

e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (p. 3). Este domínio refere-se a uma competência que o candidato ao título de EE já adquiriu ao longo da sua experiência como Enfermeiro de cuidados gerais, e que também lhe foi transmitido durante a sua formação académica inicial. No entanto, é importante destacar que, como EE, este possui habilidades específicas para realizar intervenções especializadas, devendo assumir o compromisso de cumprir e contribuir de forma ativa para a implementação das recomendações previstas no seu estatuto profissional.

“Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a” (Deodato, 2014, p. 91). Nesta linha de pensamento, parece-me importante refletir no dever do enfermeiro em respeitar o direito de cada pessoa de fazer as suas escolhas esclarecidas em função dos seus princípios.

Qualquer intervenção de enfermagem, carece de uma declaração livre, esclarecida da vontade da pessoa, o consentimento.

Conforme estabelecido na Convenção sobre os direitos do Homem e Biomedicina no artigo 5º, “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Assembleia da República, 2001, p. 27). Ora, para existir consentimento livre e esclarecido, esta norma pressupõe que para além de informar, o profissional de saúde, neste caso enfermeiro, deva garantir que a informação é compreendida. Sendo assim proporcionamos que a decisão de aceitar ou recusar seja uma clara manifestação de vontade da pessoa, indo de encontro ao princípio da Bioética da Autonomia e à liberdade de cada um decidir sobre os cuidados de saúde que deseja receber (Deodato, 2024). Este consentimento presume que seja realizado liberto de qualquer coação e depois de prestada a informação, validada a sua compreensão.

Ao longo do meu percurso nos contextos clínicos, tive sempre isto como base da minha prática ao realizar intervenções de enfermagem, atuei sempre

utilizando uma comunicação compreensível e clara, ajustada à pessoa, para que a informação fosse entendida pela mesma. No contexto da UCIP, bem como em alguns casos na SE, devido à sua condição clínica e a sua incapacidade para prestar o seu consentimento, como exemplo doentes com sedação e alterações do estado de consciência, como previsto na lei, atuei tendo em consideração o benefício direto, presumindo-se o seu consentimento.

“Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não pode ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (Assembleia da República, 2001, p. 28). “Se a liberdade individual está protegida no direito ao consentimento, a previsão desta exceção em situações de urgência, garante a prestação de cuidados de saúde quando a pessoa não se encontra consciente” (Deodato, 2024, p. 111).

Igualmente o direito à privacidade deve ser salvaguardado. Posto isto, é importante refletir sobre o artigo nº86 alínea b), da deontologia profissional, o respeito pela intimidade que refere que o enfermeiro deve “salvaguardar sempre, no exercício das funções,... a privacidade e intimidade da pessoa, está patente o dever de proteger, ... a esfera da privacidade e intimidade” (OE, 2015, p. 84).

No contexto de abordagem à PSC, devido à necessidade de atuação e resolução de problemas rapidamente, por vezes torna-se facilmente descurado a preocupação/intenção de assegurar a privacidade e a intimidade da pessoa durante a prestação dos cuidados.

Na prática nos meios do INEM, a estabilização prioritária era realizada no local da ocorrência, no entanto a restante avaliação era realizada na ambulância, pois este proporcionava, um ambiente mais calmo, do que no local da ocorrência, e com maior possibilidade de assegurar privacidade e a intimidade. Era assegurado também o fecho de portas de ambulância aquando entrada da PSC ou até necessidade de exposição, e tentativa de limitar também a presença de profissionais indispensáveis à prestação de cuidados.

Uma experiência que levou à minha reflexão sobre este tema foi uma casuística de Trauma no INEM, onde no local da ocorrência se juntou uma imensidade de populares para observar o acidente. A abordagem no local limitou-se a avaliação rápida da vítima, à tração, alinhamento, imobilização de fraturas, otimização de acesso venoso periférico para gestão da dor e imobilização em maca de vácuo para transporte, seguida da mobilização da doente para a ambulância. Desta forma asseguramos uma maior privacidade à vítima do acidente, bem como a preservação da integridade corporal executando as restantes intervenções neste local mais resguardado, como a exposição corporal. Neste cenário devido a complexidade do ambiente, este cuidado poderia ser facilmente descurado, no entanto o que foi verificado foi uma equipa treinada e preocupada na preservação ao máximo da intimidade e privacidade do utente.

Na UCIP, como o ambiente é mais controlado em comparação com o acima descrito, a utilização das cortinas aquando alguma intervenção, era um comportamento executado sempre, de forma a defender a privacidade e intimidade da pessoa, bem como o cumprimento do dever acima descrito.

Ainda dentro da privacidade, segundo o artigo 85º da deontologia profissional, “O enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão...” (OE, 2015, p. 78). Ao longo dos contextos de estágio, a minha conduta teve sempre em atenção em assegurar a confidencialidade de informação acerca da pessoa. Alguns comportamentos que assim o refletem são o facto de falar sempre num tom mais baixo para evitar a partilha de informação com outras pessoas e a partilha de informações pertinentes apenas com os implicados no plano terapêutico, indo de encontro ao código deontológico. O respeito à privacidade da pessoa a carecer de cuidados é portanto, fundamental para garantir que este se sinta respeitado e confiante nos cuidados de enfermagem prestados.

As experiências nos contextos de estágio, bem como os conteúdos lecionados nas aulas de ética e direito, levaram-me a uma reflexão constante sobre a decisão em enfermagem, e todos os fundamentos que implicam essa decisão. O EE ao orientar a sua tomada de decisão e participar na tomada de decisão em equipa (OE, 2019b), deve espelhar o sentido de humanidade e assim dar o exemplo aos seus pares bem como restante equipa.

Tendo em consideração todos os aspetos referidos, assumo que adquiri competências na capacidade de tomada de decisão fundamentadas, tanto na evidência científica como no respeito dos direitos humanos atendendo sempre as responsabilidades éticas e legais.

### **3.2 Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade**

No regulamento de competências comuns do EE, este domínio compreende, o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da qualidade, como a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua de qualidade, criando e mantendo em qualquer intervenção um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019b).

Durante os contextos de estágio foram diversos os cuidados prestados com intuito de fomentar a segurança e a qualidade.

Ao longo do estágio na UCIP, tive oportunidade conjuntamente com o enfermeiro tutor, de avaliar a qualidade das práticas, realizando e integrando as auditorias de risco clínico. Entre elas destaco um aspeto crucial, a correta identificação da PSC com pulseira. Uma grande parte da PSC em ambiente de cuidados intensivos não apresenta capacidade de comunicar, pelo que é fundamental a sua presença de forma a minimizar os riscos de erros. Tendo realizado a auditoria à presença da pulseira e a sua legibilidade.

Outra auditoria que me despertou a atenção foi a auditoria a um momento de administração de medicação, onde verificávamos se o profissional que

preparou a medicação seria o mesmo que a administrava, se a preparação de medicação líquida via oral foi efetuada com seringa, se a preparação, organização e administração da medicação líquida via oral com recurso a uma seringa, teria sido feita em simultâneo com a medicação endovenosa.

O maior volume de eventos adversos em relação à terapêutica, identificados em diversos estudos nos últimos 30 anos, têm a ver com a medicação (Moreno et al., 2020).

Esta auditoria específica, fez-me refletir nas vias de administração de medicamentos, em seringa via oral ou intravenosa e na possibilidade de erro na sua administração. Efetivamente, a preparação/administração da medicação endovenosa e oral líquida em horários diferentes diminui esse risco, no entanto em discussão com o enfermeiro tutor, percebi que a existência a nível institucional de seringas específicas de uma cor diferente para administração de medicação líquida entérica, é um precursor para reduzir a possibilidade de erros na administração. Na UCIP é uma prática generalizada a utilização dessas seringas, e ambos refletimos na importância do uso das mesmas, de forma a minimizar riscos para a pessoa a carecer de cuidados desenvolvendo uma cultura de segurança de administração de fármacos, impactando diretamente na qualidade dos cuidados prestados. O que vai de encontro ao assegurar a aplicação de práticas de forma a garantir a segurança da administração de terapêutica pelos seus pares (OE, 2019b).

A melhoria da comunicação, no momento da transição dos cuidados, é um dos objetivos específicos do plano nacional segurança do doente 2021-2026 (Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

A transição de cuidados define-se pelo momento em que ocorre transferência de responsabilidade e informação de cuidados, entre os profissionais, assegurando a continuidade e a segurança destes (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). A mesma fonte refere que as falhas na comunicação entre os

profissionais de saúde no momento de transição de cuidados são das principais causas de eventos adversos.

A comunicação eficaz nas transições de cuidados, é um dos elos que conecta a segurança da pessoa a carecer de cuidados e a qualidade dos mesmos. Ela garante uma continuidade de cuidados, minimizando os riscos. Por isso, a comunicação deve ser estruturada e clara, priorizando sempre a segurança do doente e com ela aumentando a qualidade cuidados.

Uma das estratégias que garante a eficácia da transmissão de informação é a utilização da metodologia ISBAR, [*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)], que é recomendada por várias organizações de saúde, pela possibilidade de replicação nos diversos contextos de prestação de cuidados, que recorre a uma metodologia padrão simples, concisa e clara para comunicar informação de cuidados, e que é reconhecida por promover a segurança da pessoa a carecer de cuidados (DGS,2017a).

Nos contextos de estágio, esta metodologia já era utilizada, sendo portanto, uma garantia da qualidade dos cuidados prestados. No entanto, no estágio no INEM, assume particular importância, visto que o enfermeiro executa esta transição de cuidados em dois momentos: na passagem de dados ao médico regulador de CODU e na chegada ao SU. A comunicação com o médico regulador frequentemente ocorre no local da ocorrência, onde dependendo da complexidade do local, podem existir dificuldades na clareza e fluidez da transmissão de informações inerentes ao ambiente. Assim, nestes contextos mais complexos, nota-se a importância de uma metodologia com uma abordagem estruturada e organizada para a partilha dos dados como é o ISBAR.

Nos dois contextos tive oportunidade de aprimorar competências sobre a mesma, quer na passagem entre profissionais de saúde, como nas transferências intra-hospitalares.

Como descrito no Regulamento nº 140 de 2019, Regulamento das Competências Comuns do EE, a cooperação na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro, é uma das competências deste, portanto sendo o ISBAR um precursor de segurança do doente e de qualidade de cuidados contínuos, considero que a aplicação/e a promoção de utilização desta ferramenta pelo EE, vai de encontro ao perfil de competências desde domínio.

Na UCIP , tem também implementado o projeto STOP infeção 2.0( descrito mais pormenorizadamente posteriormente no domínio do controlo de infeção), que é um projeto que visa a aplicação de medidas para o controlo de infeção, para a promoção de uma melhoria da qualidade dos cuidados, onde o EE supervisiona e tem um papel dinamizador junto dos seus pares e restante equipa multidisciplinar, capacitando-os e incentivando-os na implementação dos processos de melhoria.

Com o intuito da promoção de uma melhoria contínua da qualidade, os enfermeiros devem executar o planeamento e execução de estratégias que promovam a melhoria contínua. (OE, 2019b)

Uma estratégia que me ajudou na busca de atingir cada vez melhores práticas e conseqüentemente melhores resultados foi o uso do *debriefing* em ambos os contextos. Este tornou-se como um motor de autoreflexão e reflexão sobre a ação. A realização deste após as ocorrências permitiu não só uma consolidação de saberes, como também a reflexão partilhada nas prioridades de atuação, desenvolvimento de competências para a tomada de decisão e desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

Dufrene&Young(2014), definem como um pensamento guiado sendo que, na área de emergência pode ser visto como uma reflexão entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da partilha de experiências e reflexão sobre as mesmas, com o objetivo de uma melhoria de cuidados. O propósito deste

na saúde é facilitar uma discussão das ações, encorajar reflexão e a assimilação de melhores práticas para eventos futuros(Mullan et al., 2013).

Este é um ferramenta educacional e de qualidade que pode potencialmente gerar a mudança no comportamento das equipas e influenciar positivamente nos resultados da pessoa a carecer de cuidados (Kessler et al., 2015).

A otimização do trabalho em equipa surge como um promotor da qualidade o que me levou a realizar uma revisão da literatura, sobre o impacto do *debriefing* nas equipas(apêndice I).

Os resultados dos artigos estudados indicam de forma clara que o *debriefing*:

- Demonstrou ser uma ferramenta essencial para promover a reflexão coletiva e a comunicação dentro da equipa multidisciplinar (Gougoulis et al., 2020),
- Teve impacto na melhoria da comunicação em equipa (Gilmartin et al.,2020; Gougoulis et al,2020; Lyman, 2021);
- Rose et al., (2022) destaca-o como uma ferramenta útil para lidar com o *stress* pós situações, permitindo que os membros da equipa compartilhem as suas experiências emocionais de forma segura.
- A partilha de sentimentos e emoções durante este promove uma sensação de segurança dentro da equipa (Lyman, 2021), bem como o seu benefício psicológico(Cantu&Thomas,2020);
- Alterou ou modificou a sua prática clínica(Gilmartin al.,2020);
- Aumentou as oportunidades de aprendizagem(Gougoulis et al.,2020);
- Constitui-se como um momento oportuno para questionar e refletir nas situações e intervenções clínicas para melhorar a prática no futuro(Rose et al., 2022);
- Promove mudanças relativas ao equipamento de ressuscitação, competências não técnicas (comunicação) e educação (Gilmartin et al.,2020);

- Ferramenta de apoio para a identificação de oportunidades de melhoria, a nível de equipamento e de procedimentos, e no levantamento de necessidades e possível correção para mudanças de práticas positivas (Gougoulis et al.,2020);
- Melhora a cooperação entre a equipa e consciência situacional, verificando-se aumento da confiança, orientação e apoio da equipa, a existência de modelo mental compartilhado e liderança (Lyman, 2021).
- Ajuda na promoção trabalho em equipa nos enfermeiros(Lyman, 2021).

Pela revisão de literatura realizada, e pelos resultados positivos obtidos nas equipas que executam o *debriefing*, esta ferramenta parece-me potenciadora de desenvolvimento de práticas de qualidade e de melhoria contínua.

Este demonstrou ser uma ferramenta promissora para o trabalho em equipa multidisciplinar na abordagem a PSC com benefícios tanto no nível da gestão emocional quanto na melhoria da prática clínica. Ao proporcionar uma ferramenta para reflexão coletiva, apoio emocional e melhoria da comunicação, podemos considerar que esta ferramenta contribui para a criação de uma equipa mais coesa, eficiente e resiliente. Num contexto onde o *stress* e a pressão são constantes, o *debriefing* é uma ferramenta valiosa para promover não apenas a segurança da PSC e a melhoria dos cuidados prestados, mas também o bem-estar dos profissionais de saúde.

Segundo Caldeira(2021), a colaboração das equipas multidisciplinares é crucial para garantir os melhores cuidados possíveis à pessoa, o trabalho de equipa é a base da maioria das situações de urgência e emergência. Ora surgindo o trabalho em equipa como a base de situações em urgência e emergência e o *debriefing* como um promotor desse trabalho em equipa, faz sentido referir que este surge como um programa de melhoria contínua, de forma promover o desenvolvimento de práticas de qualidade face à PSC.

Nos programas de melhoria contínua, o EE deve ser capaz de identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades de melhoria, selecionar

estratégias de melhoria e fomentar a implementação de programas de melhoria (OE, 2019b). Posto isto o EE, deve selecionar o *debriefing*, fomentar e liderar a sua aplicação e colher os seus resultados, garantindo um ambiente de prática seguro e positivo, como estratégia para melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Segundo Ribeiro et al.(2023), a existência na equipa de momentos de partilha de experiências sobre a assistência à pessoa a carecer de cuidados e de conhecimento, é um dos itens de avaliação de estratégias para garantia de qualidade no exercício profissional.

Concluo este subcapítulo com a certeza de que alcancei os objetivos estabelecidos neste domínio, desenvolvendo competências na identificação de oportunidades de melhoria, definindo prioridades, e na implementação de conhecimentos para melhorar a qualidade das práticas, além da reflexão sobre os fatores que podem influenciar a qualidade dos cuidados.

### **3.3 Domínio da gestão de cuidados**

No que inclui o domínio de competência da gestão dos cuidados, o Regulamento das Competências Comuns do EE faz referência a esta, não só através da otimização da resposta da equipa de enfermagem, mas também em articulação com a equipa de saúde, adaptando-se a liderança e a gestão de recursos em função do contexto, sempre com intuito de garantir a qualidade dos cuidados(OE, 2019b).

Posto isto realizei as seguintes atividades ao longo dos contextos de estágio (1)Reconheci os papéis e funções dos membros da equipa;(2) Reconheci a cultura organizacional dos contextos;(3) Colaborei nas decisões da equipa;(4) Colaborei na promoção de um bom desempenho da equipa.(5) Colaborei na gestão da equipa, adequando os recursos às necessidades.

Os enfermeiros no seu posto de trabalho são responsáveis pela gestão de recursos, humanos e materiais, imprescindíveis à prestação de cuidados.

No INEM, os enfermeiros garantem diariamente a reposição dos materiais, a verificação de stocks de material, e verificam se todos os equipamentos necessários para a prestação dos cuidados estão disponíveis e em boas condições de funcionamento.

A gestão dos recursos humanos é assegurada pelo enfermeiro coordenador do meio, que organiza o horário mensal e garante que todos os turnos dispõem de profissionais para prestação de cuidados.

Embora as decisões imediatas de recursos sejam tomadas pelas equipas que se encontram no terreno, a equipa de gestão que se encontra na delegação, garante a continuidade do processo. Estas equipas, com base nas informações recebidas sobre as necessidades, garantem da melhor forma que tudo esteja disponível, no tempo adequado e nas melhores condições.

Uma questão importante para reflexão do campo de estágio do INEM, envolve a gestão/acionamento de meio diferenciado. Foram inúmeras as ocorrências em que o meio diferenciado (SIV/VMER) foi acionado, para situações que não compreendiam um risco imediato de vida, podendo desta forma condicionar o auxílio a uma outra situação crítica que beneficiaria mais do meio. No turno que realizei no CODU, foi notória a dificuldade demonstrada pela população na descrição de sintomas apresentados, pela pessoa a carecer de cuidados, e em responder adequadamente às questões realizadas pelos técnicos. Esta falta de consciencialização da população para os motivos que devem acionar o pedido de ajuda pode ser uma das causas, da ativação do meio diferenciado desadequado.

Apesar de quando foi realizado o estágio, os enfermeiros não terem influência direta no acionamento dos meios, o seu papel relevou-se crucial nos locais das ocorrências.

“Os líderes de enfermagem desempenham um papel fundamental na criação e manutenção de ambiente de trabalho saudáveis e favoráveis à qualidade dos cuidados.” (Ribeiro et al., 2023, p. 228)

No meio SIV, a liderança demonstrada pelos enfermeiros reflete-se na sua capacidade de gerir a ocorrência/avaliar o cenário da ocorrência, planejar e executar intervenções clínicas(que envolve tomadas de decisão rápidas), gerir os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados, supervisionar as tarefas delegadas na equipa multidisciplinar, bem como comunicar com os familiares, restantes profissionais e ainda a articulação com médico regulador. Este processo de liderança em situações de emergência, destaca a complexidade de gestão dos cuidados em cenários dinâmicos e situações de alta pressão, assegurando que os cuidados sejam prestados no tempo adequado, com máxima eficiência. Assim, a atuação das equipas SIV e o enfermeiro que tem a posição de *Team Leader*, confirmam a importância da liderança, na gestão eficiente de recursos e da tomada de decisão, baseada em competências técnicas e não técnicas, pilares fundamentais na gestão dos cuidados.

Já na UCIP, o EE assume a função de responsável/coordenador de turno, tendo por função alocar os enfermeiros tendo em conta as necessidades da PSC, por assegurar os recursos materiais, por gerir as vagas no serviço assim como os cuidados prestados, participa nas reuniões da equipa multidisciplinar, tem uma visão abrangente das PSC que estão internadas no serviço e de todas as atualizações inerentes ao seu estado.

Durante o ensino clínico na UCIP, acompanhei este processo de gestão, com o enfermeiro tutor, verificando muitas vezes, em situação de crise/agudização da PSC, a capacidade da tomada de decisão rápida e eficaz, numa tentativa de equilíbrio das necessidades da PSC e da equipa.

As experiências vivenciadas em ambos os contextos permitiram-me refletir que a tomada de decisão do enfermeiro é primordial na gestão dos cuidados, pois envolve uma análise crítica de informações, identificação de prioridades, seleção de ações que promovam o bem estar da PSC e da equipa e a eficiência do serviço, impactando diretamente na qualidade dos cuidados prestados. De modo conclusivo, pela tentativa de otimização do processo de cuidados através da

tomada de decisão, de orientação dos cuidados e tarefas garantindo a segurança e qualidade e de otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, que acredito ter apreendido as competências inerentes a este domínio.

### **3.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Na referência a este domínio, o Regulamento das Competências Comuns do EE destaca o desenvolvimento da assertividade e autoconhecimento integrado numa prática clínica especializada, baseada em sólido conhecimento, como competências a desenvolver (OE, 2019b).

Ao longo do estágio foram variadas as situações em que tive necessidade de procurar evidência científica para compreensão de intervenções, bem como decisões tomadas em equipa.

No contexto EH a abordagem sistematizada da PSC e desta vítima de trauma, urgências respiratórias, síndromes coronárias agudas, reanimação cardiopulmonar no adulto, vias verdes no acidente vascular cerebral foram, entre outras, das principais ocorrências vivenciadas e após diagnosticar necessidades intrínsecas face ao contexto clínico apresentado, com uma postura proativa, buscava resposta às minhas questões com pesquisa de bibliografia e refletindo com o tutor nas práticas. Em todas as ocorrências era verificada que apenas uma equipa treinada e preparada pode almejar os melhores resultados para a PSC.

Na UCIP, mantive também a mesma postura na procura de evidência científica que fosse de encontro as necessidades de aprendizagem, diagnosticadas no contexto. Elas insiram-se na monitorização da PSC, sedação e analgesia, o sono, procedimentos tais como Ventilação Mecânica Invavisa(VMI), nutrição artificial, bem como abordagem à PSC neurocrítico, entre outros.

A evidência científica é um grande precursor para atingir os melhores resultados na abordagem à PSC, visto que o conhecimento vinculado à investigação é o que possibilita a adoção de uma prática autónoma do

enfermeiro, contribuindo diretamente para a segurança dos cuidados e para uma otimização dos resultados.

A análise crítico reflexiva das práticas é fundamental para o estímulo do conhecimento, do pensamento crítico e da tomada de decisão(Pires et al.,2021).

O uso do *debriefing* em ambos os contextos, como um motor de autorreflexão e reflexão sobre a ação ,foi uma ferramenta essencial na minha aprendizagem.

A realização deste após as ocorrências permitiu não só uma consolidação de saberes, como também numa reflexão partilhada nas prioridades de atuação, desenvolvimento de competências para a tomada de decisão e desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

Visto o impacto que a utilização do *debriefing* teve na minha aprendizagem ao longo do estágio do INEM, e pelo facto de nem todas as minhas tutoras o realizarem, decidi realizar uma apresentação sobre: “O debriefing como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspetiva do supervisorado.” (apendice II). Desta forma atuei como formadora, com o objetivo principal de incentivar os colegas do INEM na realização deste com os estudantes no ensino pós graduado ou graduado.

No contexto da UCIP, foi verificado que o *debriefing* também era pouco utilizado, o que me levou a realizar uma revisão da literatura, já descrita no domínio anterior.

Ora portanto o *debriefing* surge como um precursor para as aprendizagens profissionais, bem como enquadrável no domínio descrito anteriormente de um precursor para a melhoria dos cuidados.

É desta forma que, pela melhoria do autoconhecimento, enquanto pessoa e enfermeira, pela gestão de respostas de adaptação individual e organizacional, por tentar ser facilitador da aprendizagem, suportando a prática clínica na evidência e investigação acredito ter atingido a competência por mim delineada de suportar a prática especializada em evidência científica que se insere neste domínio.



#### 4. PROCESSO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÀREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De encontro ao Regulamento das Competências Específicas do EE na área da PSC, passarei de seguida a descrever os contributos deste estágio para o meu desenvolvimento enquanto futura Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da PSC.

Debruçar-me-ei nas três competências específicas na área de Enfermagem a PSC, (1) “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”; (2) “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à Ação”; e (3) “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”(OE, 2018).

##### **Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

Uma das atividades delineadas para atingir o objetivo inicial por mim proposto de assistir a pessoa a vivenciar doença crítica, foi a implementação de avaliação primária seguindo a abordagem por prioridades.

A PSC requer uma abordagem por prioridades, obedecendo ao método problema encontrado, problema resolvido. A abordagem, A -via Aérea; B-Ventilação; C-Circulação; D-Disfunção Neurológica; E- Exposição (ABCDE), é uma

forma de sistematização nos cuidados iniciais a PSC, focalizando as prioridades na sua avaliação, podendo o estabelecimento precoce de prioridades fazer a diferença entre a vida e a morte (Costa, 2021).

A mesma fonte refere que passo a passo são avaliadas as circunstâncias condicionantes do transporte e fornecimento de oxigénio às células, no entanto nesta abordagem sequencial, as suas componentes são realizadas de forma sinérgica e executadas em trabalho de equipa.

Um caso clínico evidente, que tive oportunidade de vivenciar, foi uma ativação para uma alteração de estado de consciência(AEC). À chegada ao local, a PSC encontrava-se extremamente sudorética, com abertura ocular espontânea, pouco reativa a estímulos. A avaliação foi feita rapidamente e em equipa, concomitantemente com a informações dadas pelos familiares, foi possível portanto ao obtermos informação que a pessoa seria diabética, identificar a possível causa, permitindo atuar ainda mais rapidamente no foco de instabilidade, a hipoglicemia, encontrado o problema, o problema foi resolvido, o que impediu o agravamento do estado da pessoa. Neste caso é visível que, os cuidados de enfermagem exigem uma observação, colheita e procura contínua de dados, com o objetivo de reconhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, intervir de forma precisa, concreta e em tempo útil, de forma a prever complicações. Uma abordagem feita em equipa, nessa sequência ABCDE, possibilita também uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas.

Desta forma com a utilização desta metodologia na abordagem à PSC, ao longo dos campos de estágio, consegui identificar prontamente focos de instabilidade/critérios de gravidade, respondendo de forma pronta a esses focos, e monitorizando a resposta aos problemas identificados e intervencionados, que foram atividades realizadas com o intuito de atingir o objetivo específico delineado e descrito anteriormente.

Ainda referindo o estágio no INEM, este possui um registo clínico eletrónico(*Iteams*) onde ao serem realizados os registos, é feita a sinalização dos

critérios de gravidade usando a escala de *NEWS*(*Nacional Early Warnig Score*). Esta escala complementa o processo de decisão do enfermeiro, ao auxiliar na identificação precoce da PSC ou em risco de deterioração.

A escala de *NEWS* baseia-se numa atribuição de pontos, para seis parâmetros fisiológicos, são estes: a frequência respiratória, a saturação periférica de oxigénio, a temperatura, a pressão arterial sistólica a frequência cardíaca e o estado de consciência, estes são pontuados de forma a identificar o grau de risco de deterioração fisiológica da pessoa (Figueira & Pereira, 2020).

Após a implementação na primeira abordagem, era realizada uma reavaliação, a qual refletia a intervenção do enfermeiro bem como os resultados das suas intervenções.

Na UCIP foi perceptível que a PSC exige uma monitorização e vigilância contínua de forma a conseguir uma resposta rápida face a focos de instabilidade. Neste ambiente, dotado de uma tecnicidade extrema, o enfermeiro tem de deter conhecimento desta tecnologia e interpretação das suas informações (Pinho J. A., 2020).

Ao longo do estágio e em conjunto com o tutor, em todos os turnos interpretamos o que nos diziam as máquinas (ventilador, dados obtidos da monitorização invasiva, não invasiva, índice bispetral, entre outros), com o que era visualizado na pessoa. Ligando as duas informações era possível diagnosticar precocemente focos de instabilidade, diagnosticar precocemente algumas complicações, capacitando assim para a tomada de decisão.

A importância do descrito acima é corroborado por Pinho(2020), que refere que no SMI, os doentes e as máquinas estão ligados e que um não vive sem o outro, e que as interpretações de informações dadas por estas só fazem sentido com a união com a PSC. A mesma fonte também refere que o enfermeiro ao dominar as tecnologias, substancia a sua avaliação clínica como que por um segundo olhar(olhar tecnológico), que amplia a capacidade de tomada de decisão.

O enfermeiro ao tornar a tecnologia como uma ajuda na abordagem a PSC no seu dia a dia, demonstra uma capacidade de gestão de intervenções e técnicas de alta complexidade.

Alguma dessa tecnologia, que tive em contato e aprofundei conhecimentos, foram os dispositivos de monitorização invasiva. A monitorização invasiva arterial é um procedimento muito comum usada em SMI. Tem como objetivo a monitorização contínua da pressão arterial e a colheita de sangue, tanto para estudo analítico como para gasimetrias. Em muitos casos é imprescindível e essencial para a obtenção de informação viável, precisa e em tempo real do estado hemodinâmico da PSC(Alves & Sampaio , 2020).

No entanto a sua utilização não é inócua, e há que ter em conta as suas possíveis complicações inerentes à sua colocação e manutenção, sendo elas: embolização arterial e sistêmica, isquemia local, alterações cutâneas(hematoma, infiltração), trombose, infeção e hemorragia por desconexão do cateter (Mariano-Gomes et al., 2024).

Apesar de ser um procedimento médico, a intervenção do enfermeiro no apoio à sua colocação bem como os cuidados à sua manutenção são imprescindíveis. Tais cuidados passam por: garantir a assepsia na sua manipulação, a sua manutenção, avaliação contínua de sinais de infeção, bem como a sua pronta remoção na presença desses sinais, vigilância de extravasamentos, bem como sinais de isquemia do membro.

Outro procedimento que envolve tecnologia que tive oportunidade de aprofundar conhecimentos foi a VMI.

Pela pessoa ser incapaz de manter autonomamente a ventilação espontânea, a ventilação mecânica substitui esta, sendo uma indicação primordial para o seu uso a falência respiratória (Miguel & Mendes , 2020).Os mesmos autores referem que o ventilador tem a função primordial de substituir ou assistir a ventilação da PSC. A conexão à pessoa faz-se através de um tubo endotraqueal(TET) ou traqueostomia.

O papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com VMI tem como objetivo a manutenção da oxigenação e perfusão adequada dos órgãos. Posto isto, é da sua competência vigiar sinais e sintomas de dificuldade respiratória como taquipneia, cianose, alteração do padrão respiratório, bem como taquicardia. Para além disto, para o bom funcionamento do dispositivo, deve-se atender a alguns aspetos, como: a regulação do funcionamento dos alarmes, verificar periodicamente as condições do circuito, trocar o mesmo quando sujo e a substituição do filtro e cachimbo sempre que haja condensação de água (Miguel & Mendes , 2020; Santos et al., 2020).

É importante o enfermeiro ser conhecedor dos ventiladores disponíveis, o seu funcionamento, interpretar alarmes e sinais para atuar atempadamente (Miguel & Mendes , 2020).

Existem várias outras intervenções num doente submetido a VMI, sendo algumas destas verificar o correto posicionamento do TET, otimizar a fixação do mesmo para a prevenção de úlceras de pressão, aplicar hidratante nos lábios secos, entre outras. O enfermeiro tem a responsabilidade de prevenir complicações associadas a este dispositivo, como é o caso da Pneumonia associada a Intubação(PAI) que é descrita posteriormente no domínio do controlo de infeção.

Desta forma, ao reconhecer e ter oportunidade de aprender com a tecnologia, desde a sua colocação e às boas práticas para a sua manutenção, considero que tive oportunidade de participar na execução de técnicas de grande complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de doença crítica, que é uma das competências consideradas de EE(OE, 2018).

A primeira impressão à chegada à UCIP foi de desconforto por toda a tecnologia que envolvia a PSC, no entanto, ao longo do estágio fui desmistificando medos e comecei a olhar para a tecnologia “como outro par de olhos” e um parceiro nos cuidados.

Ainda na temática da tecnologia, esta pode fornecer-nos informações relevantes para a tomada de decisão. Como exemplo a desadaptação da pessoa à ventilação,

aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, podem ser sinais preditivos de dor. Outra atividade por mim delineada assenta na gestão diferenciada da dor.

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde. A dor aguda não controlada e a resposta de stress associada têm consequências fisiológicas e psicológicas evidentes, podendo ser responsáveis por disfunção orgânica e aumento da mortalidade e da morbilidade (DGS, 2012).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos da pessoa a carecer de cuidados. São os que tem maior tempo de contato com esta, logo encontram-se numa posição privilegiada para intervir de forma ativa na gestão da dor.

O *gold standart* para avaliação da dor e resposta a analgesia é o que é relatado pela pessoa a carecer de cuidados. O uso da escala numérica da dor é recomendado para pessoas que conseguem comunicar(Pinho et al.,2016).

Em contextos em que a PSC se encontra sedada e ventilada, não conseguindo comunicar desconforto, a avaliação desta torna-se um desafio, como é o contexto da UCIP. Neste campo de estágio, a monitorização da dor é realizada segundo a *Behavioral Pain Scale*(BPS), escala comportamental da dor. Esta combina a avaliação da expressão facial (relaxada, parcialmente contraída, totalmente contraída e esgar fácil) com a avaliação do tónus dos membros (sem movimento, parcialmente fletidos, muito fletidos e resistência aos cuidados) e, por último, a adaptação a ventilação (tolera a ventilação, tosse, mas tolera a maior parte do tempo, luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível por vezes, e incapaz de tolerar a ventilação)(Pinho et al., 2016).

A abordagem à dor está geralmente associada ao uso de fármacos. Para realizar uma abordagem eficiente e segura ao controlo da dor, é necessário um conhecimento dos fármacos existentes, formas de preparação e administração, bem como incompatibilidades entre estes e complicações inerentes à sua utilização.

Posto isto, fiz uma abordagem geral dos fármacos existentes no contexto EH, bem como na UCIP e procurei evidência científica sobre estes. Algum dos fármacos

pesquisados foram a morfina e o Fentanilo. Foi também perceptível, que a analgesia era combinada com a sedação.

*A American Society of Anesthesiologists* (2002) refere que há uma diversidade de situações que provocam dor, desconforto e agitação que requerem sedação e analgesia, de forma a promover conforto. A nível geral, nos meios onde decorreram os estágios, os fármacos mais utilizados eram o midazolam, propofol, rocurónio, dexmedetomidina e cetamina.

A reter que a sedação e analgesia são usadas como uma parte que integra a abordagem estruturada à PSC com objetivo de promoção de conforto.

Esta gestão da dor, por ser tao complexa nos diferentes locais de contexto clínico, considero que seja um protocolo terapêutico complexo. O enfermeiro na sua prática diária para além de avaliar a sua necessidade e demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia, garante a sua administração, diagnostica precocemente complicações da sua implementação e monitoriza resultados tendo sempre como finalidade a gestão diferenciada da dor e do bem estar da PSC, estas intervenções encontram-se enquadráveis nas competências de EE, na garantia de administração de protocolos terapêuticos complexos e na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas(OE, 2018).

A abordagem da dor está geralmente associada ao uso de fármacos. Contudo na literatura e nos contextos, é sensibilizada também, o uso da terapia não farmacológica.

No contexto de estágio EH, vivenciei um caso clínico onde foi verificada a importância da gestão da dor com medidas farmacológicas associadas às não farmacológicas. Essa situação foi num cenário de trauma, em que, pós administração de fármacos, foram utilizadas técnicas de distração e relaxamento bem como gestão do impacto emocional decorrente da situação clínica até à chegada ao hospital. A verdade é que estas técnicas acabaram por acalmar e tranquilizar a pessoa, ajudando também diretamente no controlo da dor.

Na abordagem à Dor o Enfermeiro tem intervenções interdependentes como o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, mas cabe ao Enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos, mas também intervenções autónomas que inclui a avaliação, o controlo ...devendo todas as intervenções ser documentadas. (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1)

Assim, ao longo do estágio considero ter desenvolvido competências na gestão diferenciada e eficaz da dor, assumindo a responsabilidade no seu diagnóstico, na implementação de medidas de tratamento farmacológicas e não farmacológicas e na monitorização dos resultados, procedendo à sua reavaliação.

Neste campo, a comunicação com os familiares/pessoas significativas ao longo do estágio assumiram também uma grande relevância, remetendo-os como parceiros de cuidados, podendo apoiar o enfermeiro nesta avaliação e controlo de dor e entre outros.

A comunicação em Saúde apresenta-se como essencial para a criação de relação terapêutica eficaz entre enfermeiros e o binómio doente/pessoa significativa, sendo transversal a todos os contextos de prática. A comunicação é uma competência intrínseca destacável no enfermeiro.

Na perspetiva de Phaneuf (1995, citado por Silva & Emídio, 2021) a comunicação é crucial na prática de enfermagem, pois constitui uma componente fundamental do relacionamento enfermeiro/doente e ou família/convivente significativo.

Na PSC, face ao seu estado de saúde, na identificação da instabilidade e necessidade da sua estabilização, estes cuidados emergentes muitas vezes são primordiais. A comunicação com o convivente significativo/familiares, embora fundamental, acaba por não ser realizada na primeira abordagem. Devido a estas

prioridades, é um desafio ainda maior para o enfermeiro a criação de uma comunicação eficaz com estes.

Segundo a OE (2015), na Deontologia de Enfermagem, artigo 84º, o enfermeiro assume o dever de informar a pessoa a carecer de cuidados e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e de atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo utente, em relação aos cuidados de enfermagem. A mesma fonte refere que deve ser sempre assegurado que a informação à família, é facultada ou não, em concordância com a vontade expressa da pessoa a carecer de cuidados.

No contexto EH a abordagem da PSC é realizada à pessoa concomitantemente com o seu familiar/pessoa significativa para perceber as queixas do mesmo e a causa da ativação. Sendo assim foram percebidas algumas dificuldades nesta comunicação, familiares que não sabiam descrever as queixas, a medicação que realizavam e as patologias que a pessoa a carecer de cuidados padecia. Muitas vezes carecia de ajustar a comunicação, simplificando-a para obter as informações que necessitávamos. Durante o exercício clínico tentei sempre comunicar com os familiares, informando-os da necessidade do seu familiar ser observado e transportado para o SU, bem como informações do estado de saúde se a pessoa a carecer de cuidados assim autorizasse.

A referir que nestes momentos, onde era perceptível a dificuldade da pessoa a carecer de cuidados bem como do seu familiar na descrição da história clínica, foram sempre aproveitados de forma a educar e a incentivar à organização de informações sobre a pessoa, para que na próxima necessidade de cuidados, o acesso pelas equipas de emergência à informação fosse mais rápida e eficaz.

Durante um dos turnos no meio VMER, fomos ativados para uma PCR. Aquando de uma PCR, urge o mais rapidamente possível manobras de suporte básico de vida, com recurso a desfibrilhador. No entanto, as manobras avançadas para restabelecimento de retorno da circulação espontânea são necessárias, na maioria das vezes, como a gestão de uma via aérea avançada, administração de

terapêutica e identificação e correção de causas da PCR, a este conjunto de manobras denomina-se de SAV(Caldeira, 2021).

À chegada ao local da ocorrência já se encontrava a corporação de bombeiros em manobras de suporte básico de vida, pelo que nos passaram as informações do cenário para assumirmos a situação como *Team Leader*. As nossas prioridades, como meio diferenciado no local, foram as manobras de SAV, assegurar um acesso venoso periférico para administração de terapêutica, bem como a gestão de via aérea avançada através de colocação de TET e monitorização hemodinâmica da PSC. Neste cenário tive oportunidade de cooperar com a equipa, na realização de SAV, administração de fármacos, identificação de ritmos(desfibrilháveis e não desfibrilháveis) e discussão sobre causas prováveis de PCR. Neste sentido foi-me possível aprimorar habilidades e demonstrar conhecimentos em SAV que foi uma das atividades propostas por mim para o campo de estágio. Após este, já dentro da VMER, foi realizado um *debriefing* da situação, permitindo a expressão de reações emocionais para com a situação experienciada, clarificação de objetivos de aprendizagem, identificação e colmatação de lacunas de desempenho, bem como reflexão sobre as evidências que procederam as decisões da equipa.

Na discussão das possíveis causas de PCR, a família teve um papel preponderante ao fornecer a história, permitindo-nos perceber que seria de origem cardíaca. Isto vai de encontro ao acima referido, que a família tem de ser considerada como parceiro de cuidados.

Outra casuística, em que a família foi o centro da intervenção da equipa, foi outra ativação no mesmo meio para outra PCR. No entanto, à chegada ao local, a vítima apresentava sinais evidentes de morte já com horas de evolução, sendo claramente perceptível que o nosso foco de intervenção, ali seria o filho que teria encontrado o pai e ligado 112 a solicitar ajuda.

Cabe ao enfermeiro e à restante equipa que é ativada para estes tipos de ocorrência dar a notícia de forma clara, sem grandes tecnicismos, com calma e com humanidade pois comunicar uma má notícia é um cuidado delicado.

O protocolo *SPIKES* (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary*), é um acrónimo utilizado na transmissão das más notícias a familiares. Para as comunicar de forma eficaz e clara, deverão estar reunidas a Preparação e escolha do local adequado (S), perceber o que é que a pessoa já sabe (P), saber o que é que a pessoa quer saber (I), dar a notícia (K), responder às emoções e às perguntas da pessoa (E), propor plano de acompanhamento e encerrar a conversa(S) (Silva & Emídio, 2021). Neste caso, a equipa falou com o filho no local da ocorrência, num lugar resguardado. Foi percebido pela equipa que este já teria noção da situação da morte, foi dada a notícia dando-lhe oportunidade de falar sobre a situação e foi prestado apoio emocional.

Um recurso disponível à equipa para esta tipologia de ocorrência é o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise. Este centro apresenta diversas funções, entre elas, a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência.

Foi mencionado ao filho este acompanhamento que aceitou e foi acionado através do CODU a unidade móvel que se deslocou ao local para acompanhamento da situação .

Desta forma, enquanto enfermeiros temos a capacidade de fazer a diferença, na abordagem nesta fase inicial. Apesar de sabermos que neste momento inicial, o filho não iria ultrapassar a experiência dolorosa, fornecemos ferramentas necessárias para este proceder ao início do processo de luto.

Ao confortar a família, no sentido de a ajudar a lidar com a dor da perda, incentivando-a a expressar as suas emoções e desejos relacionados à morte do seu familiar. Por todas as intervenções junto das famílias acima descritas , considero que adquiri competências, na assistência de família/convivente significativo nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica do seu familiar, gerindo a comunicação que fundamenta a relação terapêutica, demonstrando conhecimentos sobre estratégias facilitadoras de comunicação com a família e PSC, bem como demonstrando conhecimentos sobre gestão de ansiedade e medos vividos pela PSC e sua família/pessoa significativa(OE, 2018).

A comunicação com a PSC, dado às barreiras existentes, como a presença de dispositivos invasivos e o seu estado clínico, o profissional que trabalha com a PSC tem de ultrapassar essas dificuldades. Portanto, deste modo, principalmente na UCIP tentei adequar estratégias alternativas à comunicação verbal. O toque foi utilizado como estratégia. Por vezes os doentes encontravam-se mais inquietos e com o toque e o facto de falar com estes acalmava-os. Estudos revelam que PSC apresentam expressões faciais positivas, quando tocados, não só para a realização do procedimento (Silva, 2003). A comunicação gestual foi muitas vezes utilizada (como levantar a mão, mexer a cabeça), uso da comunicação escrita e também gráfica (na UCIP dispunham de cartazes com figuras com as perguntas mais comuns da prática diária, bem como o abecedário, de forma que a PSC pudesse construir frases). No entanto, apesar de se encontrarem sedados e analgesiados, mantinha sempre a comunicação com estes. Em alguns estudos foi comprovado que os doentes mesmo inconscientes lembravam-se da comunicação verbal que os enfermeiros tinham tido com estes, pois mantiveram a audição. Estas estratégias vão de encontro às competências do EE, que demonstra conhecimentos de estratégias e aplica-as de forma a facilitar a comunicação com a pessoa com “barreiras à comunicação”.

Por todas as atividades realizadas ao longo dos contextos, e descritas acima, foi atingida a competência, “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363).

### **Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à Acção:**

Perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe o EE intervém organizando, planeando e gerindo a resposta de forma sistematizada, garantindo a máxima eficácia e eficiência na sua atuação (OE, 2018).

Emergência é definida como “uma situação...resulta da agressão sofrida por um indivíduo de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”(OE,2018, p. 19362).

A exceção é definida “como...um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p. 19362).

Catástrofe é descrita “como...acidente grave ou série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Assembleia da República, 2006, p. 4696).

Devido ao caráter incomum e imprevisível das situações acima descritas, ao longo dos respetivos estágios, não estive envolvida diretamente e felizmente em nenhuma situação de exceção e catástrofe. No entanto no EH, tive oportunidade de participar numa formação, com prática simulada de Situações de Exceção inserida no curso de VMER. Nessa mesma formação consegui perceber a gestão que é feita de todas as equipas no local, quais os critérios de ativação de mais meios diferenciados e montagem do posto médico avançado, como é feita a triagem primária e secundária das vítimas, como é realizada a passagem de dados clínicos e posterior mobilização e referenciação das vítimas, o que foi enriquecedor a nível de aquisição de conhecimentos e habilidades para estas situações.

Outra competência que foi possível alcançar pelas situações clínicas vivenciadas nos campos de estágio EH bem como na UCIP, foram a prestação e adequação de cuidados à pessoa vítima de trauma.

O trauma é caracterizado por o conjunto de uma ou mais lesões que podem ser fatais ou impactar de forma significativa a qualidade de vida das pessoas (Thompson et al.,2021).

Segundo Mota et al.(2021), os enfermeiros do EH têm um papel importante nos cuidados às pessoas vítimas de trauma, no que respeita a sua estabilização hemodinâmica, assim como a diminuição de tempo até ser assegurado tratamento

definitivo, isto só é possível com as competências e conhecimentos que o enfermeiro detém.

Ora ambos os estágios compreenderam vários momentos de aprendizagem, permitindo-me desenvolver raciocínio rápido na abordagem primária e secundária da pessoa. Participei em intervenções como: a colocação de colar cervical, estabilização da vítima e imobilização da mesma em dispositivos de imobilização.

Estas intervenções careceram de uma revisão bibliográfica das técnicas de forma a não comprometer a segurança da pessoa, visto que recentemente as orientações ligadas ao trauma sofreram algumas alterações. Estas alterações vão de encontro às técnicas de restrição de movimentos da coluna.

O INEM(2024) refere que a técnica de estabilização da cervical está indicada quando existe suspeita de lesão vertebromedular, mas é contraindicada quando existe agravamento de dor ou surgimento/agravamento do estado neurológico durante estabilização.

O colar cervical é indicado para vítimas com suspeita de lesão vertebromedular com alinhamento do neuroeixo e deve ser usado na extração até a ambulância de vítimas de traumatismo crânioencefálico(TCE) grave, alterações de mais de 2 pontos na escala de coma de glasgow e/ou alterações pupilares de novo. Posto isto, o colar deve ser removido na ambulância, mantendo o alinhamento com maca de vácuo (INEM, 2024).

A maca de vácuo atualmente é o dispositivo de eleição para transporte de vítimas que carecem de restrição de movimentos de coluna, apresentam menor número de complicações descritas, bem como não existem contraindicações descritas para a sua utilização, em comparação com o plano duro(INEM, 2024).

A primeira abordagem à vítima é um fator crucial, contudo é necessário garantir as condições de segurança para a prestação de cuidados. No contexto clínico foi sempre realizado este ponto, avaliando sempre condições de acessibilidade às casas e os riscos do ambiente.

Após a avaliação das condições de segurança, é importante perceber a cinemática do acidente para presumir mecanismos de lesão. De acordo com Bessa(2021), no local do acidente deve ser realizado uma leitura do acontecimento obtendo conhecimento sobre mecanismos de lesão, perspetivando a tipologia de lesões passíveis a serem encontradas.

De seguida passarei a descrever um caso que vivenciei no EH, que reflete a abordagem à vítima de trauma.

A ambulância SIV foi acionada pelo CODU, para uma vítima de 19 anos, choque de mota com camião.

À chegada foram avaliadas instantaneamente condições de segurança do local, e a primeira abordagem começou ao olhar para a vítima e perceber como esta se envolve com o meio (move-se?), sinais aparentes de dificuldade respiratória e presença de hemorragia exsanguinante. Segundo Vasconcelos(2021), "a abordagem à vítima de trauma começa no primeiro olhar para a vítima, antes mesmo de chegar junto desta"(p.245). Segundo o mesmo autor, o controlo de hemorragia exsanguinante é o primeiro passo na abordagem da pessoa vítima de trauma grave.

Não apresentando nenhuma alteração nas situações acima descritas, procedeu-se à avaliação primária ABCDE e posterior avaliação secundária, já antes descrita neste relatório. Com o cuidado de na abordagem à via aérea manter controlo da cervical, e na circulação com identificação e controlo de hemorragia. Neste caso compreendi a dificuldade de assimilar toda a informação, desde a informação que o ambiente nos dá e que a pessoa vítima de trauma nos fornece também, à estabilização concomitante da pessoa, e gestão das equipas no terreno, bem como o processo de tomada de decisão inerentes já antes referido no domínio da qualidade de cuidados. Com as atividades vivenciadas descritas como salvaguardar as condições de segurança, adequar resposta em situação de trauma, realizar triagem primária e secundária e a procura de basear os meus cuidados nas mais recentes atualizações científicas, assumo que atingi a competência de cuidar da pessoa em situações de emergência(OE, 2018).

Ora, após a estabilização da pessoa, procedemos ao transporte para a unidade de saúde mais próxima, que dê resposta a Trauma .

No meio SIV, a decisão do transporte da pessoa pelo enfermeiro, é uma decisão partilhada com o médico regulador do CODU, os doentes com potencial de agravamento do seu estado durante o transporte, são sempre acompanhados pelo enfermeiro.

O transporte primário é, “o transporte do doente do local do acidente ou ocorrência de doença súbita ou transporte pré-hospitalar, sendo este da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica”(Saúde - Gabinete da Ministra da Saúde, 2025, p. 1). O transporte da pessoa em situação crítica exige equipas diferenciadas clinicamente e tecnicamente, desde a avaliação do doente que inclui a identificação e correção de focos de instabilidade, até à preparação que o transporte exige (Saúde - Gabinete da Ministra da Saúde, 2025).

Para a promoção de um transporte seguro é fundamental, prevenir e antecipar possíveis instabilidades hemodinâmicas aquando realização do mesmo, bem como planeamento de todo este.

O transporte compreende três fases, a decisão do transporte, planeamento e efetivação(Ordem dos Médicos[OM]& Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos[SPCI], 2023).

Já em contexto intra-hospitalar também foi realizada o transporte de PSC na SE e na UCIP, para realização de meios complementares de diagnóstico e/ ou para outros serviços.

O transporte intra-hospitalar compreende a necessidade de transporte de PSC dentro da instituição de saúde, acarretando diversos riscos. Apesar desses, o transporte justifica-se pela necessidade de cuidados superiores ou na realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no serviço em que a pessoa se encontra (OM & SPCI, 2023).

Segundo a mesma fonte, a determinação da necessidade e composição da equipa, para acompanhamento da PSC, deve ser feita em função de critérios

objetivados por estes, relacionados com as necessidades de doentes (medicação, via aérea avançada, estabilidade hemodinâmica entre outros).

Após a decisão do transporte do doente que é um ato médico, é necessário planear e efetivar o transporte, sendo que o enfermeiro tem um papel preponderante no mesmo.

Segundo Pavão(2021), previamente à efetivação do transporte, cabe ao enfermeiro providenciar o equipamento e a sua operacionalidade para a realização do mesmo, bem como a estabilização da PSC antes do transporte, pela prestação de cuidados durante o mesmo e pela segurança da pessoa a transportar.

Ao longo do estágio na UCIP, tive diversas oportunidades de realizar transporte da PSC, nomeadamente para a realização de ECD'S: Ressonância Magnética, e também na SE aquando transferência para outras unidades de cuidados.

Tive, ainda a, oportunidade de colaborar na decisão da equipa para o transporte, na preparação do mesmo, na estabilização do doente pré-transporte, bem como prestar cuidados durante o mesmo. É um processo complexo de envolvimento de toda a equipa, de forma a antecipar eventuais focos de instabilidade e garantir a segurança da PSC.

As atividades desenvolvidas no transporte da PSC e pela participação ativa em todas as fases do transporte, é de considerar que foi assegurado o transporte seguro desta, que vai de encontro à competência de cuidados da pessoa em situação de emergência(OE, 2018).

Na UCIP as oportunidades que vivenciei foram ligadas diretamente com a SE, sendo que em todas as situações foram emergências, com uma intervenção imediata de todos os intervenientes. Tive contacto com várias situações emergentes, com um vasto leque de patologias, entre as quais, pessoas com problemáticas cardíacas, do foro neurológico, respiratório, politraumatizados entre outros.

As experiências em ambos os contextos de estágio, na sua generalidade, permitiram a aquisição da competência de cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

**Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

Considerando o risco de infeção inerente às situações complexas e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, o EE deve de ser capaz de responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção(OE, 2018).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas crescentes à escala mundial. As IACS aumentam a morbilidade e mortalidade e prolongam os internamentos (DGS, 2017b). A PSC apresenta uma vulnerabilidade acrescida de adquirir uma IACS. O envolvimento dos profissionais de saúde, pelo contato direto e permanente que têm com a pessoa, assumem um papel essencial na prevenção das mesmas.

As precauções básicas do controlo de infeção(PBCI) são compostas por dez itens: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta Respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual(EPI), descontaminação do Equipamento Clínico, Controlo Ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e por fim exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS,2013).

Os profissionais de emergência EH têm responsabilidade na abordagem da PSC e não crítica. Trabalham numa multiplicidade de contextos, lidam quotidianamente com o desconhecido, os seus cuidados são prestados fora das unidades de saúde, enfrentando desafios específicos. Um dos desafios liga-se ao facto do desconhecimento de colonização/infeção por microrganismos multirresistentes ou de fácil transmissão, só obtendo esta informação quando a pessoa é admitida na unidade hospitalar.

Pela minha experiência no âmbito hospitalar em concordância com os conhecimentos que adquiri em contexto das aulas, existem processos de sinalização de risco de infeção da pessoa, nos sistemas de informação de saúde hospitalares, aquando da sua admissão, que possibilitam respetiva alocação a áreas específicas, como forma de reduzir a disseminação da infeção. Até então toda a abordagem por parte dos profissionais do INEM é realizada com equipamentos básicos de proteção individual adaptados à condição do doente que é passível de ser avaliada, assim como à informação fornecida pelo mesmo ou por familiares.

Eventualmente, nos casos de transporte de doentes portadores de organismos com risco de transmissão acrescido, os profissionais poderiam ser alertados precocemente e adequar as medidas de proteção, procedendo igualmente à adequada desinfeção dos componentes da ambulância, como forma de prevenção às infeções cruzadas.

Na generalidade, apesar destas dificuldades, entre as ocorrências foi verificada a preocupação dos profissionais em realizar o arejamento da ambulância, a desinfeção das superfícies de maior contato que teriam sido manipuladas, como a maca, mala de transporte, porta da ambulância, os dispositivos de monitorização e medidor do fluxo de oxigénio.

Outro dos desafios encontrados e alvo de reflexão contínua prende-se com o facto de, na abordagem à pessoa, todo o material passível a utilizar ser transportado para o local da ocorrência, nas malas de transporte. Essa mala, exteriormente, é revestida de um material higienizável, no entanto, o manuseamento do material inserido na mesma é realizado já no local da ocorrência face as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa. O facto das equipas serem constituídas por apenas dois elementos, dificulta a possibilidade de existência de um par de mãos limpas para manuseamento desse mesmo material. No entanto, nas ocorrências, estas dificuldades eram colmatadas pela equipa, enquanto um elemento fazia uma avaliação rápida da pessoa, o outro elemento retirava o material passível a ser utilizado, prévio ao contato com a pessoa.

Outra oportunidade de melhoria que encontrei neste campo de estágio foi no manuseamento da roupa dos profissionais. Neste momento não existem estratégias institucionais para o tratamento do fardamento dos profissionais, sendo que os profissionais levam a sua roupa de trabalho para realizar higienização no domicílio.

Na minha experiência, a nível hospitalar, existem dispensadores automáticos de fardamento, onde a farda é retirada no início do turno e outro dispensador onde o profissional coloca o seu fardamento no final. Poderia esta ser uma solução institucional para esta questão.

No contexto da UCIP, a temática do controlo de infeção assumiu um destaque particular, pois têm em funcionamento o projeto STOP Infeção Hospitalar 2.0, onde o EE assume um papel ativo.

A Direção-Geral da Saúde através do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA) tem um acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar, com especial enfoque para o Projeto “STOP Infeção Hospitalar” (Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2017).

Este projeto pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua que tem como finalidade reduzir em 50% a incidência das infeções. As infeções objeto de intervenção são as associadas ao catéter vascular central, bacteriémias secundárias à algaliação e as pneumonias associadas à intubação em SMI e infeções do local cirúrgico. (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015)

O Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026 tem como metas reduzir, pelo menos em 30%, a incidência das infeções acima descritas (Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2021).

Na UCIP, os feixes de intervenção implementados estão direcionados à PAI e às infeções associadas ao catéter urinário. No meu contexto atual de trabalho tenho implementado os feixes de intervenção dirigidos às infeções associadas ao catéter

urinário. Posto isto, a minha pesquisa, reflexão e intervenção incidiu principalmente nos feixes de intervenção para a PAI.

A intubação endotraqueal(IET) é um procedimento que consiste na colocação de um tubo na traqueia, abaixo das cordas vocais, com posterior insuflação do *cuff* para selar o ar e fixar o tubo. (Miguel & Mendes , 2020)

A PAI é uma pneumonia que surge na PSC com TET há mais de 48 horas ou na PSC que foi extubada há menos de 48h. É a infeção mais frequente em SMI e no hospital e, conseqüentemente, a causa de maior morbimortalidade e custos associados(DGS, 2022a).

Os mecanismos mais comuns pelas quais a PAI se desenvolve são a aspiração, a colonização do trato aerodigestivo bem como o uso de equipamento contaminado (Pereira, 2020).

A PSC em VMI com IET tinham a cabeceira da cama a 30º (excetuando os casos em que fosse uma contraindicação absoluta) de forma a prevenir a aspiração, era efetuada higienização oral pelo menos 3vezes por dia(prevenir a contaminação do trato aerodigestivo), e com monitorização contínua da pressão do balão do tubo endotraqueal(prevenir aspiração), mantendo sempre o valor entre os 20 e os 30 cm H2O(aspirando secreções subglóticas, antes de manipular o balão). Estes são três dos feixes de intervenção do STOP Infeção Hospitalar 2.0, aliadas a sedação ligeira bem como a realização de provas de ventilação espontânea aos doentes candidatos a extubação como a Norma 0211/2015 de 16/12 atualizada a 17/11/2022 assim o refere(DGS, 2022a).

O EE realizava, diariamente, discussão com a equipa multidisciplinar sobre estes feixes, refletindo a importância da sua implementação, bem como auditorias informais aos pares sobre a implementação dos três primeiros feixes, tendo oportunidade de participar em diversas dessas auditorias.

“Nas unidades hospitalares intervindas pelo Desafio Stop Infeção Hospitalar, implementado em Portugal entre 2015-2018, verificou-se uma redução na incidência

da PAI por 1.000 dias de tubo endotraqueal de 51%” (DGS,2022a, p. 5). O que supera os 50% que o projeto inicialmente previa.

Como referido anteriormente, com a experiência e competências adquiridas no meu local habitual de trabalho, em relação a implementação dos feixes de intervenção associados à Prevenção da Infecção urinária associada ao cateter vesical, a minha postura junto da equipa era sensibilização para a implementação das intervenções.

As intervenções implementadas e auditorias informais à equipa multidisciplinar realizadas insidiam em (1) evitar o cateterismo vesical, discutindo diariamente a indicação para o seu uso e possibilidade de remoção, bem como a sua documentação em processo clínico, (2) cumprimento de técnica asséptica e de conexão ao sistema de drenagem, (3) realizar a higiene diária do meato urinário, (4) cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical e sistema de drenagem em circuito fechado, (5) manter o cateter vesical, abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão), e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade(nesta intervenção tentava junto dos técnicos auxiliares de saúde, incentivar ao seu despejo).

“Em Portugal, entre 2015 e 2018...neste período em estudo, a incidência da infeção urinária diminuiu em 51% de 8,28/1000 para 4,06/1.000 dias de cateter vesical” (DGS,2022b, p. 10).

Por último, e não esquecendo as PBCI, estas incluem em primeiro lugar a higienização das mãos, uma medida simples e efetiva na redução de infeções.

Em contexto da UCIP, a unidade era dotada de diversos postos de lavagem das mãos, bem como disponibilidade de solução antisséptica. No contexto EH, as ambulâncias SIV e VMER, bem como malas de transporte de material, tinham na sua carga a solução antisséptica e na sua base postos de lavagem de mãos.

O Uso de EPI é também considerado face ao procedimento e tipo de exposição. A máscara deve ser utilizada durante procedimentos assépticos ou para proteção

do profissional de secreções respiratórias ou outros produtos biológicos. A proteção facial ou ocular é utilizada em procedimentos geradores de aerossóis. Não esquecendo o uso das luvas, bata ou avental.

A nível da UCIP, existiam quartos individuais com capacidade de isolamento (sistema de ventilação negativa), onde preferencialmente era feita a gestão para colocar as pessoas com risco de transmissão de partículas, como é o caso da tuberculose pulmonar, sarampo, entre outros. Esses quartos também eram geridos de forma a conseguir dar resposta a isolamentos protetores para pessoas imunocomprometidas. Durante o ensino clínico foi vivenciado a importância do EE, nesta questão, para além de ter uma posição impulsionadora junto dos seus pares, e na equipa multidisciplinar no cumprimento das precauções básicas, como também na gestão/alocação nas camas pessoa a carecer de cuidados face ao seu risco infeccioso, prevenindo a infeção cruzada e assegurando a segurança na prestação de cuidados à PSC.

As competências adquiridas neste âmbito vão de encontro ao proposto inicialmente a alcançar, de atuar promovendo as boas práticas na prevenção e controlo de infeção face a complexidade do processo de doença da pessoa e da necessidade de respostas complexas emergentes/urgentes e adaptá-los aos diferentes contextos, tendo sido possível alcançar através das atividades delineadas previamente e realizadas no estágio, que foram elas, (1) Conhece planos de prevenção e controlo de infeção, bem como protocolos específicos na ambulância ou viatura médica, bem como na unidade; (2) Reconhece estratégias para prevenção e controlo de infeção na colocação e otimização de dispositivos invasivos na PSC; (3) Participa ativamente em projetos de melhoria na área de prevenção de infeção; (4) Reconhece as adaptações necessárias a nível de controlo de infeção inerentes ao ambiente de prestação de cuidados.

A aquisição de competências no controlo de infeção é indispensável para o EE na PSC. No SMI, onde a PSC está sujeita a procedimentos invasivos, estas apresentam uma maior vulnerabilidade. O domínio destas competências permite a

implementação de estratégias baseadas na evidência que visam a redução de IACS e promovem melhores resultados clínicos. Por outro lado, no contexto EH, onde os desafios incluem condições de trabalho adversas e necessidade de intervenções rápidas, estas competências tornam-se cruciais para garantir práticas seguras desde o primeiro momento de abordagem à PSC.

Integrar as boas práticas do controlo de infeção é fundamental para assegurar a continuidade da qualidade e segurança dos cuidados prestados. O EE toma então um papel de relevo, liderando as iniciativas de prevenção, capacitando as equipas multidisciplinares e adaptando intervenções ao contexto específico de cada ambiente.

## NOTAS CONCLUSIVAS

A prestação de cuidados de enfermagem centrados na PSC é uma área complexa que requer um carácter especializado, em que o conhecimento não é estático, o que intensifica a importância da prática crítico-reflexiva bem como a aquisição de conhecimentos práticos e teóricos que sustente a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados perante situações de risco de vida.

A formação especializada em contextos clínicos tem um papel preponderante no desenvolvimento de competências específicas, pois através destes contextos é realizada uma análise crítico reflexiva das práticas, mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, bem como novas aprendizagens. Estes, aliados à investigação, bem como a incorporação de evidência científica e posterior mobilização para a prática, permitem uma abordagem holística, estruturada e focada na melhoria da qualidade dos cuidados à PSC, promovendo uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

A especialização é, sem dúvida, uma ferramenta essencial para a evolução da enfermagem e representa uma mais valia para as pessoas alvo de cuidados, bem como para a eficiência do Sistema Nacional de Saúde(SNS). Ao longo do meu percurso pelos campos de estágio foi perceptível a valorização do conhecimento dos EE bem como os conhecimentos tácitos de anos dos generalistas e a forma como o respeito mútuo e equilíbrio entre estes trazem contributos únicos para o SNS.

Os contextos clínicos foram pautados pela abordagem à PSC, bem como a otimização de intervenções/resultados para uma prestação de cuidados seguros e

com vista a uma melhoria da qualidade. O tema do *debriefing* surge como uma ferramenta precursora para tal e como verificado na revisão da literatura realizada ao longo do estágio sobre o tema, tem um impacto positivo nas equipas multidisciplinares, que juntos têm como principal objetivo a recuperação da pessoa a carecer de cuidados. Nos ambientes de prestação de cuidados à PSC, pautados pela sua complexidade, estes implicam a ação coordenada, rápida e sincronizada de toda a equipa. O *debriefing* pós evento segundo o concluído com o estudado permite a reflexão em grupo, uma melhoria na comunicação e no fortalecimento de relações interpessoais. Este também foi considerado uma ferramenta fundamental para a gestão de *stress* e forneceu suporte emocional aos seus intervenientes o que contribuiu para o bem estar mental dos profissionais de saúde. Portanto podemos considerar que esta ferramenta pelo impacto que é verificado na equipa, é refletido nos cuidados prestados, bem como irá refletir-se em cuidados posteriores.

O EE, na sua área de especialização, deve ser um promotor de reflexão sobre os processos de tomada de decisão, avaliar o processo e os resultados dessa tomada de decisão bem como fomentar a avaliação e partilha de resultados. Analisar a informação com finalidade de aumentar a segurança das práticas, planear e liderar programas de melhoria contínua(OE, 2019b). O *debriefing*, por todos os benefícios encontrados na literatura é, uma ferramenta útil na complementação das competências acima referidas, mostrando-se benéfica a sua implementação por EE na sua prática junto dos seus pares e restante equipa.

Fazendo uma visão retrospectiva do percurso no mestrado, quer a nível profissional quer a nível pessoal, existiu uma evolução marcante. O facto de ter traçado objetivos pessoais e profissionais, bem como atividades a realizar ao longo do percurso, foram um precursor para esta evolução. Considero que todos foram atingidos, possibilitando o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE, bem como de mestre.

Ao longo deste percurso árduo, foram sentidas dificuldades, sobretudo pessoais, desde a azáfama de conciliar o trabalho com o estágio a nível de horários

e tudo o que isso acarreta, conciliar com o estudo auto-orientado e autónomo em casa, de forma a justificar a tomada de decisão em todos os casos que fui vivenciado ao longo dos contextos de prática, bem como muitas vezes a incompatibilidade de horários e a vida pessoal que continua a decorrer, no entanto, estes não limitaram o sucesso dos objetivos delineados.

Existiram também pilares essenciais. Ao longo deste caminho pautado de conhecimentos e experiências, desde os professores da escola, os enfermeiros tutores e a enfermeira orientadora, que foram todos eles essenciais para a construção e evolução no processo de conhecimentos, bem como na conclusão deste percurso.

A realização deste Relatório, as realidades vivenciadas ao longo do meu percurso de aquisição de competências, permitiram-me também a reflexão sobre que a Enfermagem em Portugal é merecedora de um reconhecimento e valorização da formação dos enfermeiros, das competências dos mesmos e do seu desempenho, pelo Governo e pelas instituições, visto o impacto que o enfermeiro tem na sua prática diária junto da pessoa e a importância deste no processo de saúde e doença.

Ao longo do percurso, a atenção, curiosidade, espírito crítico e o humanismo foram sempre qualidades presentes, sempre assentes na premissa que todo o conhecimento adquirido tem o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de cuidados aos que se encontram vulnerabilizados pelos processos de saúde/doença.

Apesar do término do percurso, a caminhada não terminará aqui. Este constituiu-se como o início do desenvolvimento como EE, permitindo o desenvolvimento de capacidades críticas reflexivas, bem como fortalecimento de conhecimentos e competências em enfermagem na área da PSC que levarei no meu caminho futuro que procura a excelência na prestação de cuidados.



## **Bibliografia**

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência RT 14/2019. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas\\_Sala-de-Emergencia\\_2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf)
- Administração Central Do Sistema de Saúde. (2024). Recomendações Técnicas Para as Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT 13/2019. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC\\_CUIDADOS\\_INTENSIVOS\\_09\\_2013\\_V2024.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf)
- Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Monitorização em unidade de cuidados intensivos . Em J. A. Pinho, *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 70-77). LIDEL.
- American Society of Anesthesiologists. (2002). Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. *Anesthesiology* 2002; V96 N°4, 1004 – 1017. Obtido de *Anesthesiology* 2002; 96:1004 –17.
- Assembleia da República . (2001). Diário da República nº 2/2001, . Obtido de Série I-A nº2 de 2001-01-03: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>
- Assembleia da República. (2006). Lei nº 27/2006 de 3 de Julho Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil . Obtido de Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006-07-03, páginas 4696 - 4706: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2006-537862>

- Berg, K., Cheng, A., Panchal, A., Topjan, A., Aziz, K., Bhanji, F., . . . Sasson. (2020). Part 7: Systems of Care 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Obtido de AHA/ASA Journals - circulation: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000899>
- Bessa, J. (2021). Epidemiologia, Biomecanismose Mecanismos de Lesão em Trauma. Em N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 227-243). LIDEL.
- Caldeira, P. (2021). Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. Em N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 113-118). LIDEL.
- Cantu, L., & Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. BMC Emergency Medicine, <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00372-5> .
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do Doente Crítico. Em N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 53-59). LIDEL.
- Deodato, S. (2014). Decisão Ética em Enfermagem- Do problema aos Fundamentos para o Agir. ALMEDINA.
- Deodato, S. (2024). Direito da Saúde- colêtanea de Legislação anotada. Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). 003/2012: Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma no 001/2017 de 08/02/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido de <https://normas.dgs.min->

saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos. Obtido de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022a). NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Obtido de [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_021\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_pneum\\_assoc\\_intubacao\\_corrigena\\_marco\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigena_marco_2023.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2022b). NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de Agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Obtido de [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_019\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022\\_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes: a literature review. Obtido de *Nurse education today*, 34(3), 372–376.:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691713002384?via%3Dihub>

Ferreira, A., & Veiga, C. (2023). Colaboração e trabalho em equipa. Em O. Ribeiro, *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos* (pp. 126-133). Lidel.

Figueira, A., & Pereira, M. (2020). Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score. Obtido de *Projetar Enfermagem- Revista Científica de enfermagem* ISSN 2184-4402 - Edição n.º 3 - abril 2020: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34813/1/2020\\_ARTIGO\\_Rev%20Projetar%20Enfermagem\\_Av%20PSC\\_Aplicação%20NEWS.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34813/1/2020_ARTIGO_Rev%20Projetar%20Enfermagem_Av%20PSC_Aplicação%20NEWS.pdf)

Frandsen, A., & Leh-Cristiansen, S. (2020). Into the black-box of learning in simulation debriefing: A qualitative research study. Obtido de *Nurse Education Today* Volume 88, May 2020, 104373: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104373>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). STOP infeção hospitalar- um desafio Gulbenkian. Obtido de [https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est\\_Stop\\_Infecao\\_Hospitalar.pdf](https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf)

Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. Obtido de *Seminars in Perinatology* Volume 37, Issue 3, June 2013, Pages 166-174: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>

Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* Volume 9, Issue 3, <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqir/9/3/e000913.full.pdf>.

Gougoulis, A., Trawber, R., Hird, K., & Sweetman, G. (2020). 'Take 10 to talk about it': Use of a scripted, post-event debriefing tool in a neonatal intensive care unit. *Journal of Paediatrics and Child Health* Volume 56, Issue 7, <https://doi.org/10.1111/jpc.14856>.

- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., . . .  
Monsieurs, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021:  
Education for resuscitation. Obtido de Journal Resuscitation Volume 161 ,  
p.388-407: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00069-1/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00069-1/fulltext)
- INEM. (2017a). O INEM. Obtido de <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- INEM. (2017b). O INEM. Obtido de História do INEM:  
<https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>
- INEM. (2017c). CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Obtido de  
<https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>
- INEM. (2021). 40 ANOS INEM | O início da Emergência Médica em Portugal.  
Obtido de Newsletter do INEM- Via Verde para a Vida:  
<https://www.inem.pt/2021/09/30/40-anos-inem-o-inicio-da-emergencia-medica-em-portugal/>
- INEM. (2024). Manual Técnicas de Trauma. DFEM- Departamento de Formação em  
Emergência Médica.
- Kessler , D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency  
Department After Clinical Events: A Practical Guide. Obtido de Anaals of  
Emergency Medicine- An International Journal, volume 65,issue 6, p.690-698:  
[10.1016/j.annemergmed.2014.10.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019)
- Lyman, K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and  
perceptions of teamwork in emergency department nurses. International  
Emergency Nursing Volume 57, July 2021, 101005,  
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>.
- Mariano-Gomes, P., Ouverney-Braz, & Oroski-Paes. (2024). Adverse events with  
arterial catheters in intensive care units: a scoping review. Enfermería

- Intensiva (English ed.) Volume 35, Issue 4([https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984024000284?fr=RR-1&ref=cra\\_js\\_challenge](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984024000284?fr=RR-1&ref=cra_js_challenge)), 410-427.
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 138-149). LIDEL.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. (2006). Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro. Diário da República n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12, páginas 18611 - 18612, (pp. páginas 18611 - 18612 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>).
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Obtido de Série II de 2014-08-n20673 - 20678: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Moreno, J., Silva, A., Santos, I., & Maia, P. (2020). Erro e Eventos adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 33-41). LIDEL.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, A., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. Obtido de *Revista Enfermagem de Referência Série V* n.º 6:e201114: <https://doi.org/10.12707/RV20114>
- Mullan, P., Wuestner, E., Kerr, T., Christopher, D., & Patel, B. (2013). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. Obtido de *Resuscitation* 84 (2013) 946–951: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(12\)00940-9/pdf](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00940-9/pdf)
- Nordness, M., Hayhurst, C., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. Obtido

de Journal of Pain Research-14 1733–1744:  
<https://www.dovepress.com/article/download/65779>

Nuñez, D., Gouveia, J., Sousa, J., Paiva, J., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Medicina Intensiva. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH\\_Medicina-Intensiva\\_v2020.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/RNERH_Medicina-Intensiva_v2020.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Obtido de Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de Enfermagem . Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2016). PARECER Nº 04 / 2016 Massagem Terapêutica na Consulta de Enfermagem na Unidade de dor Crónica. Obtido de Mesa do Conselho de Especialidade Médico- Cirúrgica: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer\\_04\\_2016\\_10\\_03\\_mce\\_emc\\_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8252/parecer_04_2016_10_03_mce_emc_massagemterapeuticaconsultaenfermagemunidadedorcronica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, pessoa em situação crónica, pessoa em situação paliativa e à pessoa em situação perioperatória. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em situação paliativa, em situação crónica e em situação perioperatória. Diário da República, 2ª série, nº135-16 de Julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 743/2019 Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série nº184, (pp. 128-155).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº140/2019 -Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série — Nº 26, (pp. 4744-4750).
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Recomendações .
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., . . . Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Medicina Intensiva. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pavão, S. (2021). Transporte de Doente Crítico. Em N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 98-106). Lidel .
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção . Em J. A. Pinho, Enfermagem em Cuidados Intensivos (pp. 162-173). LIDEL.
- Pinho, J. A. (2020). Unidades de Cuidados Intensivos como Locais de Ensino-Aprendizagem. Em J. A. Pinho, Enfermagem em Cuidados Intensivos (pp. 63-66). LIDEL.

- Pinho, j., Carneiro, H., & Alves, F. (2016). Resultados do Plano Nacional de Avaliação da Dor. Obtido de Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos : <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Pires, R., Reis Santos, M., Pereira, F., & Pires, M. (2021). ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DAS PRÁTICAS. Obtido de Millenium, 2(14), 47-55.: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36379/1/F.Pereira-02.pdf>
- Ribeiro, O., Lima Trindade, L., & Pereira, S. (2023). Estratégias promotoras de ambientes de prática de enfermagem positivos. Em O. Ribeiro, Ambientes de prática de enfermagem positivos: um roteiro para a qualidade e segurança(pp. 225-236). Lisboa: LIDEL.
- Ribeiro, O., Trindade, L., Perondi, A., & Sousa, C. (2023). Avaliação de ambientes de prática de enfermagem. Em O. Ribeiro, Ambientes de prática de Enfermagem Positivos (pp. 40-49). Lidel.
- Rosa, R., Ferreira, G., Viola, T., Robinson, C., Kachhan, R., Berto, P., . . . Teixeira, C. (2019). Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care* Volume 52, August 2019, Pages 115-125, p. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.04.014>.
- Rose, S., Ashari, A., Davies, J., Solis, L., & O'Neil, T. (2022). Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2022 Nov; Vol. 24 (7), <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>.
- Rudolph, J., Simon, R., Raemer, D., & Eppich, W. (2008). Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. Obtido de

- Academic Emergency Medicine Volume 15, Issue 11 p. 1010-1016:  
<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x>
- Saúde - Gabinete da Ministra da Saúde. (2025). Despacho n.º 840/2025, de 20 de janeiro. Diário da República n.º 13/2025, Série II de 2025-01-20, (pp. 1-6).
- Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Depacho n.º2757/2017, de 3 de abril. Obtido de Diário da República n.º 66/2017, Série II de 2017-04-03 páginas 6153 - 6154:  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2757-2017-106803138>
- Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. Diário da República n.º 198/2018, Série II de 2018-10-15, (pp. 27533 - 27533).
- Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (24 de Setembro de 2021). Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, 2ª série n.º187 pág.96-103 Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). as práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. Obtido de Esc Anna Nery 2020;24(2): <https://www.scielo.br/j/ean/a/JGF6Twsvmzj5wgrpBcVqxch/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, D., & Emídio, M. (2021). Comunicação de más notícias. Em N. Coimbra, Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 423-426). LIDEL.
- Silva, M. J. (2003). Comunicação tem remédio- A comunicação nas relações interpessoais em saúde. Edições Loyola.

- Teixeira, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Investigação e Prática Baseada na Evidência. Em J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 8-20). LIDEL.
- Thompson, L., Hill, M., Lecky, F., & Shaw, G. (2021). Defining major trauma: a Delphi study. Obtido de *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* volume 29, Article number: 63 (2021) : <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00870-w>
- Vasconcelos , P. (2021). Abordagem Sistematizada da Vítima de Trauma . Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 244-253). Lidel.
- Verkuyl, M., St-Amant, O., Hughes, M., Lapum, J., & McCulloch, T. (2020). Combining Self-Debriefing and Group Debriefing in Simulation. Obtido de *Clinical Simulation in Nursing* (2020) 39, 41-44: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.11.001>



## Apêndices



**Apêndice I-** Revisão da literatura "Impacto do *debriefing* na equipa multidisciplinar





**CATÓLICA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

PORTO

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MÉDICO CIRÚRGICA**

**(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)**

**Estágio Final e Relatório**

**Impacto do *debriefing* na equipa multidisciplinar**

**Estudante:** Diana Filipa Carvalho Camilo  
**Sob orientação de:** Prof. Doutora Amélia Ferreira

**Porto, dezembro de 2024**



## **LISTA DE SIGLAS**

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PSC- Pessoa em Situação Crítica;



# INDÍCE

<b><u>INTRODUÇÃO .....</u></b>	<b><u>97</u></b>
<b><u>1. METODOLOGIA.....</u></b>	<b><u>101</u></b>
<b><u>2. RESULTADOS.....</u></b>	<b><u>105</u></b>
<b><u>3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</u></b>	<b><u>111</u></b>
<b><u>CONCLUSÃO .....</u></b>	<b><u>113</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAFIA.....</u></b>	<b><u>115</u></b>



## INTRODUÇÃO

Durante o meu percurso nos contextos de estágio, nomeadamente no estágio extra-hospitalar, após a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica(PSC), tive momentos de reflexão na ação com a equipa multidisciplinar. Estes momentos, ao longo do percurso de aquisição de competências para Enfermeiro Especialista, tornaram-se fulcrais para o reconhecimento de aspetos positivos, e aspetos a melhorar, na performance individual e em equipa.

Estes momentos de reflexão na ação são denominados de *debriefing*.

O *debriefing* teve origem durante a segunda guerra mundial, onde foi utilizado pelas forças armadas para refletir sobre missões e analisar o desempenho dos militares, tendo como objetivo melhorar o desempenho das equipas, e aumentar a segurança de forma a prevenir falhas em missões posteriores. (Gardner, 2013)

Segundo Gaba et al.(1992, citado em Gardner, 2013), a sua utilização na saúde, remonta a 1980, quando começou a ser utilizado como uma parte integral do processo de aprendizagem com prática simulada.

Na atualidade, a simulação é uma ferramenta muito utilizada no ensino. O *debriefing* é uma das fases que incorpora estas atividades de simulação, e muito recomendado na literatura(Verkuyl et al. 2020;Frandsen & Leh-Cristiansen, 2020).

Segundo Rudolph et al.(2008), este é um processo de reflexão, realizado após ou durante o cenário de simulação, que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes nos envolvidos.

A *European Resuscitation Council* (Greif, et al., 2021), refere que com a ocorrência do *debriefing* há uma profunda aprendizagem durante a fase da reflexão após situações de prática simulada bem como na prática real de ressuscitação, considerando-o vital. Apesar de a mesma fonte o recomendar para situações de

Paragem Cardiorrespiratória(PCR), A pessoa em situação crítica é definida por 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).Ora então faz sentido reformular e dizer que o *debriefing* faz sentido aplicar após situações críticas e a literatura assim o corrobora.O propósito deste na saúde é facilitar uma discussão das ações, encorajar reflexão, e a assimulação de melhores práticas para eventos futuros(Mullan et al., 2013).

Este é um ferramenta educacional e de qualidade que pode potencialmente gerar a mudança no comportamento das equipas e influenciar positivamente nos resultados da pessoa a carecer de cuidados (Kessler et al., 2015).

Kessler et al.,(2015) sugere um guia prático que norteia a implementação do debriefing, sendo estas fases:

- Porque? Para identificação de desempenhos, tendo como objetivo determinar formas de melhorar o desempenho futuro. O foco deste não deve ser de culpa, mas sim análise da situação de forma a melhorar a prática e os cuidados prestados aos utentes.
- O que ? Os eventos que forem de interesse da equipa. A literatura fala da sua importância na PCR, no entanto, pode ser utilizado em outros eventos críticos, para fins educacionais e de melhoria de qualidade.
- Quem? Todos os que tiveram presentes no evento crítico, excepto aqueles que estão emocionalmente incapazes de participar. Também podem fazer parte pessoas que não estiveram ligadas diretamente à situação que aprenderão com a experiência.
- Como? Deve ser realizado num ambiente aberto a questões, diálogo honesto, e na identificação de comportamentos e percepções que levam a resultados melhores. Existem diversos métodos para realizar o debriefing, devendo este ser adequado a equipa.

- Quando? – “*Hot debriefing*” logo após o evento, “*warm debriefing*” minutos ou horas após o evento, e “*cold debriefing*” dias ou semanas após. As vantagens do *hot* e *warm debriefing* recaem na disponibilidade da equipa que esteve presente e as potenciais desvantagens incluem a falta de tempo no turno, espaço limitado para a sua realização e disponibilidade emocional dos participantes.
- Onde ? O local onde aconteceu o evento, pode ajudar na avaliação de fatores que poderiam passar despercebidos noutros locais .

Identifica também limitações/barreiras à implementação do *debriefing*, sendo estes a falta de tempo, falta de treino e experiência (Kessler et al., 2015).

A prestação de cuidados à PSC exige uma atuação pronta, eficiente e coordenada das equipas multidisciplinares. Estas enfrentam desafios significativos pois estão perante ambientes de grande pressão e de complexidade.

O plano nacional de doentes, 2021-2026, visa implementar práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Atendendo ao pesquisado e exposto, o *debriefing*, parece-me uma ferramenta percussora para tal. Sendo que estes ambientes complexos, são muitas vezes desafiantes para as equipas e atendendo às possíveis melhorias que este sugere na sua implementação, tornou-se importante desenvolver a investigação sobre o impacto do *debriefing* nas equipas, que prestam cuidados à PSC.



## 1. METODOLOGIA

Como ponto de partida, formulou-se a pergunta de investigação através da definição da População, Conceito e Contexto (PCC): “Qual o impacto do *debriefing* na equipa multidisciplinar, que presta cuidados à pessoa em situação crítica?” em que se considerou a População “equipa multidisciplinar” + Conceito “Impacto do *debriefing*” + Contexto “cuidados prestados à pessoa em situação crítica”.

O principal objetivo desta revisão da literatura foi procurar a melhor evidência científica, relativamente ao impacto do *debriefing* nas equipas multidisciplinares que prestam cuidados à PSC.

Para dar resposta à pergunta de investigação, a pesquisa foi realizada em Dezembro de 2024, através da plataforma científica *EBSCOhost*, que agrega diversas bases de dados. Inicialmente foi realizada uma pesquisa inicial sobre o que se pretendia investigar e termos mais utilizados e posteriormente verificando-os com os descritores *MeSH*. O termo *Debriefing* foi utilizado como termo livre nesta pesquisa, pois apesar de estar amplamente reconhecido na literatura científica não se encontra no vocabulário *MeSH*. Estes descritores foram então combinados na base de dados com uso de operadores booleanos disponíveis na ferramenta de busca.

Esta pesquisa foi realizada através do Título (TI) e Resumo (AB) : (TI) *debriefing* AND (AB) *Emergencies* OR *Emergency* AND “critical care” AND “nursing team”.

Foram definidos como critérios de inclusão os artigos disponíveis em texto integral, escritos em idiomas compreendidos pela autora- português, inglês e espanhol, e uma filtragem cronológica de cinco anos 2019-2024. A seleção dos artigos apenas em texto integral foi feita pelo facto que pretendia com a revisão

realizar uma análise crítica completa de evidências completas e não apenas de resumos, ao focar a minha revisão em artigos recentes(6 anos) garanto que a revisão aborde tendências atuais e descobertas recentes face ao fenómeno do *debriefing*. Como critério de exclusão defini, os artigos duplicados e os artigos que refletissem prática simulada. Foi realizada a metodologia de seleção pelo Diagrama Prisma como representado na ilustração 1.

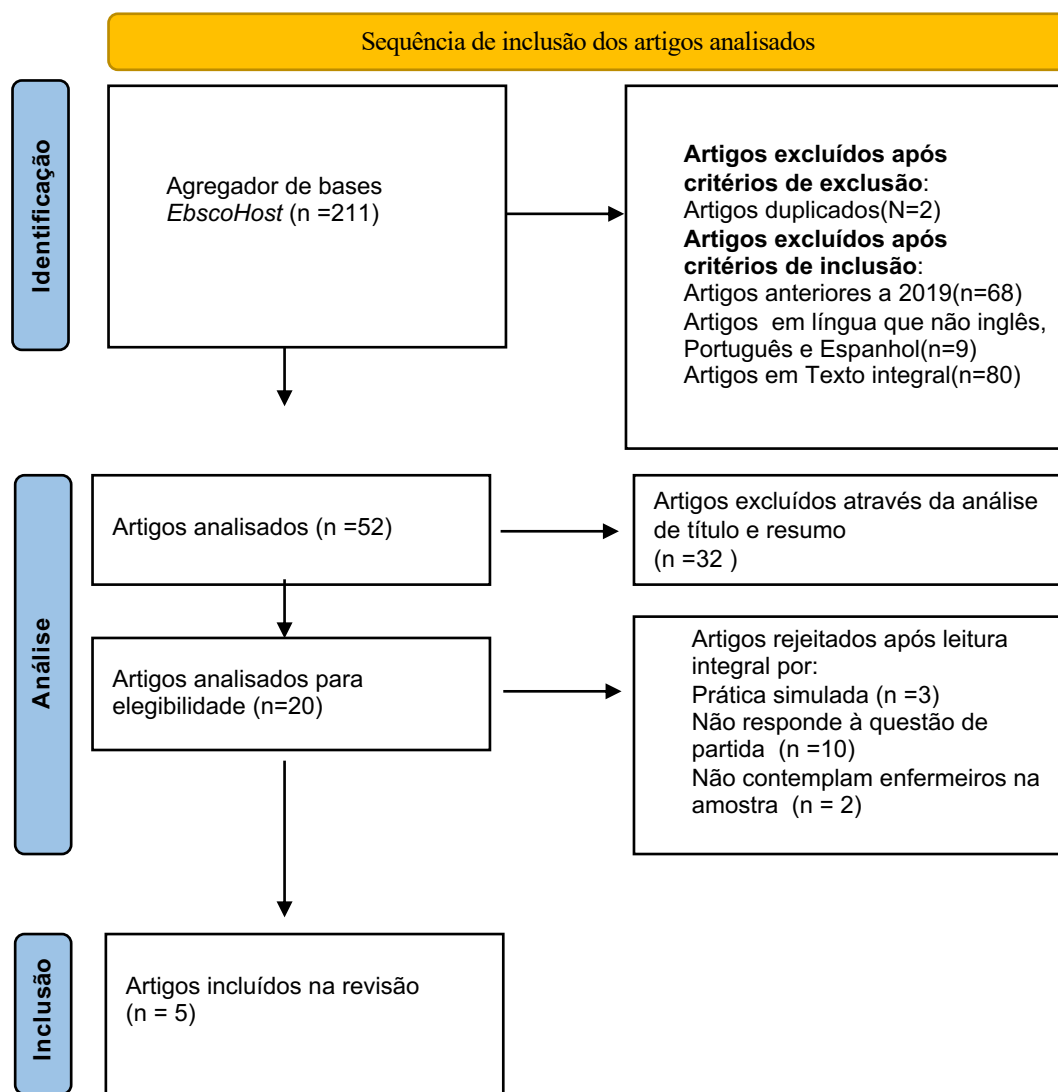


Ilustração 1- Diagrama Prisma- Seqüência de inclusão dos artigos analisados

Na fase de identificação foram encontrados 211 artigos, através da remoção de (1) artigos duplicados, (2) publicações anteriores a 2019, (3) escritos em língua que não o as compreendidas pela autora e que (4) não tivessem acesso integral, foram excluídos 157 registos. Numa segunda fase, a fase de análise, foram revistos os sobrantes 52 artigos quanto ao título e resumo, sendo excluídos 20 artigos. Desses 20 artigos, foram lidos integralmente, sendo excluídos 3 por refletirem prática simulada, 10 por não responderem à questão de partida e 2 por não contemplarem na sua amostra enfermeiros, ficando 5 artigos para análise.



## 2. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta de forma sintetizada as evidências dos 5 artigos finais que respondem à questão de investigação.

**Tabela 1:** Tabela de Evidências

Artigo 1	<i>Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, across-sectional study.</i>
	<b>Autores:</b> Cantu L; Thomas L;
	<b>Ano:</b> 2020
	<b>Tipo de Estudo:</b> estudo transversal, observacional, analítico;
	<b>Objetivo:</b> identificar a percepção de <i>debriefing</i> e evento crítico; Compreender se o <i>debriefing</i> é uma ferramenta promotora de bem estar.
	<b>Metodologia:</b> realizado um questionário online e distribuído por e-mail, num hospital Comunitário em Connecticut no departamento de Emergência. A amostra contém 39 profissionais de saúde (27 dos quais enfermeiros).
	<b>Conclusões:</b> Todos os inquiridos que realizaram o <i>debriefing</i> de um incidente crítico com a sua equipa consideraram uma experiência útil para o seu bem-estar.

Artigo 2	<i>Promoting hot debriefing in an emergency department</i>
	<b>Autores:</b> Gilmartin, S.; Martin, L; Kenny, S.; Callanan, I; Salter, N.
	<b>Ano:</b> 2020
	<b>Tipo de Estudo:</b> quantitativo e qualitativo.
	<b>Objetivo:</b> Implementar e Facilitar o <i>hot debriefing</i> após reanimação cardíaca; Adotar mudanças promotoras de melhoria contínua da qualidade no desempenho da reanimação, com base nas sugestões de <i>hot debriefing</i> ;
	<b>Metodologia:</b> Uma ferramenta para realizar <i>hot debriefing</i> foi criada após cenários de paragem cardiorrespiratória. Esta ferramenta foi apresentada na Urgência para uso após as paragens. Foi aplicado durante 6 meses e posteriormente realizado questionário para o feedback
<b>Resultados:</b> 100% dos participantes sentiram que o <i>debriefing</i> melhorou ou alterou a sua prática clínica; 90% sentiram que ajudou no seu bem-estar mental/benefício psicológico. O <i>hot debriefing</i> promoveu mudanças relativas ao equipamento de ressuscitação, competências não técnicas (comunicação) e educação.	
Artigo 3	<i>Take 10 to talk about it': Use of a scripted, post-event debriefing tool in a neonatal intensive care unit</i>
	<b>Autores:</b> Gougoulis A; Trawber,R; Hird,K; Sweetman,G.
	<b>Ano:</b> 2020
	<b>Tipo de Estudo:</b> Estudo quase experimental com abordagem pré e pós ação.
	<b>Objetivo:</b> Avaliar o impacto de um formulário guia para a realização de <i>debriefing</i> logo após evento crítico;

	<p><b>Metodologia:</b> O estudo foi realizado numa UCI neonatal em <i>Western Austrália</i>, onde foi realizado um formulário guia para a realização do <i>debriefing</i> para ser implementado após eventos críticos. As sessões eram conduzidas por um membro médico ou de enfermagem, e eram realizadas com os membros da equipa(4-8). Após 2 meses, foram avaliados os resultados da sua implementação, através de inquéritos na qual responderam 28 membros da equipa.</p>
	<p><b>Resultados:</b> a ferramenta do <i>hot debriefing</i> foi bem recebida; Todos os que responderam ao inquérito mostraram-se interessados que a unidade continuasse a usá-lo; Melhoria na frequência da realização do <i>debriefing</i>; Melhoria na comunicação da equipa; Aumentou as oportunidades de aprendizagem; Ajuda na identificação de oportunidades de melhoria, a nível de equipamento e de procedimentos; Ajuda no levantamento de necessidades e possível correção para mudanças de práticas positivas. As repostas ao inquérito não espelham melhorias no desempenho da equipa, uma das explicações é pelo curto período do estudo.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Artigo 4</p>	<p><i>The relationship between post- resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses</i></p>
	<p><b>Autores:</b> Lyman, K.</p>
	<p><b>Ano:</b> 2021.</p>
	<p><b>Tipo de Estudo:</b> qualitativo transversal correlacional;</p>
	<p><b>Objetivo:</b> Examinar a relação entre os <i>debriefings</i> pós-ressuscitação e o trabalho de equipa dos enfermeiros do serviço de urgência.</p>
	<p><b>Metodologia:</b> Foi realizado um inquérito via e-mail aos enfermeiros que faziam parte de Associação de enfermeiros de Emergência. 88 enfermeiros que trabalham em Serviços de Urgência de diversos hospitais dos Estados Unidos participaram. Este inquérito foi formado por 33 itens relacionadas com o trabalho em equipa de enfermagem em que as repostas foram medidas numa escala de Likert.</p>

	<p><b>Resultados:</b> Com o aumento da frequência de <i>debriefings</i> verificou-se aumento da confiança, orientação e apoio da equipa, existência de modelo mental compartilhado e liderança. Relativamente à orientação da equipa verificou-se uma melhoria na cooperação, comunicação e consciência situacional. Ajuda a promover o trabalho em equipe nos enfermeiros, fornecendo informações para estes discutirem, onde podem processar emocionalmente eventos traumáticos e construir uma equipa na qual os membros apoiam uns aos outros para poderem avançar juntos.</p>
<b>Artigo 5</b>	<p><i>Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings.</i></p>
	<p><b>Autores:</b> Rose, S; Ashari,N; Davies,J; , Solis,L; O’Neil, T;</p>
	<p><b>Ano:</b> 2022</p>
	<p><b>Tipo de Estudo:</b> estudo qualitativo, estudo de caso.</p>
	<p><b>Objetivo:</b> Determinar se o <i>debriefing</i> seria uma experiência psicologicamente útil entre os profissionais de saúde; Avaliar o impacto, após a realização do <i>debriefing</i>, no stress; Determinar se <i>debriefing</i> seria um percussor de melhoria na prática clínica.</p>
	<p><b>Metodologia:</b> 30 profissionais(enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas) foram recrutados por pósteres e emails para responder a entrevistas sobre a sua experiência com <i>INFO</i> (programa de <i>debriefing</i>) implementado no Canadá. As entrevistas foram tratadas e analisadas no <i>Software Wore Nvivo</i>.</p>
<p><b>Resultados:</b> No geral dos participantes(29/30) relatam que o <i>debriefing</i> ajuda na prestação de melhores cuidados, o <i>debriefing</i> de certos casos ajudou-os a melhorar a sua prática para o futuro; Como resultado da prática desta ferramenta 26/30 dos inquiridos referem melhoria na relação com os membros da equipa, pois ao partilharem os seus sentimentos perceberam que a equipa passou por emoções semelhantes contribuindo para uma sensação de segurança; 90 % refere que trabalhar no departamento de emergência é muito stressante e que o <i>debriefing</i> ajudou-os na gestão do stress, o apoio emocional</p>	

dos membros da equipa foi considerado útil sendo que ter uma experiência partilhada e não ter que explicar o que sentiam porque a equipa entendia era um dos benefícios; Responsabilidade partilhada e trabalho em equipa reduziram o stress tanto para líderes do *debriefing* como para os restantes, Experiências compartilhadas potenciam o crescimento; Esta ferramenta surge como promotora da sensação de fazer parte de uma discussão em equipa; Proporciona um melhor trabalho em equipa, o que leva a melhoria da sua prática clínica; É percebido como uma oportunidade para apoiar emocionalmente a equipa; Uma ferramenta de reconhecimento de emoções , fazendo e equipa sentir-se adequadamente apoiados emocionalmente durante o *debriefing*; Este surge como oportunidade para questionar e refletir nas intervenções clínicas e oportunidade de refletir nas situações; O *debriefing* ajudou os diversos profissionais de saúde na gestão do stress, proporcionar uma melhor prestação de cuidados e trabalho em equipa, ao mesmo tempo que era reconhecidas emoções; A melhoria do trabalho em equipa, leva a melhoria das práticas clínicas.



### 3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados dos artigos indicam de forma clara que o *debriefing* tem um impacto positivo no bem-estar mental, na comunicação da equipa, na melhoria das práticas clínicas e, conseqüentemente, no fortalecimento do trabalho em equipa.

Segundo Caldeira(2021), a colaboração das equipas multidisciplinares é crucial para garantir os melhores cuidados possíveis à pessoa, o trabalho de equipa é a base da maioria das situações de urgência e emergência.

O *debriefing* demonstrou ser uma ferramenta essencial para promover a reflexão coletiva e a comunicação dentro da equipa multidisciplinar (Gougoulis et al., 2020), que é algo que é fundamental em contextos de alta pressão como é o contexto de cuidados à PSC.

Os artigos estudados referem que este teve impacto na melhoria da comunicação em equipa( Gilmartin et al.,2020; Gougoulis et al,2020; Lyman, 2021).

Surge também como um ambiente de apoio, todos os estudos mostram que os participantes perceberam o *debriefing* como uma oportunidade de se apoiarem uns aos outros emocionalmente. Rose et al., (2022) destacam que é uma ferramenta útil para lidar com o *stress* pós situações, permitindo que os membros da equipa compartilhem as suas experiências emocionais de forma segura. A partilha de sentimentos e emoções durante este, promove uma sensação de segurança dentro da equipa (Lyman, 2021), bem como o seu benefício psicológico(Cantu&Thomas,2020).

Segundo Ferreira & Veiga,(2023) o sentimento de proximidade entre os membros de equipa, são refletoras de uma trabalho corporativo e sinérgico.

O *debriefing* surge como uma ferramenta de capacitação contínua, Gilmartin, et al.(2020), referem que este alterou ou modificou a sua prática clínica, aumentou as oportunidades de aprendizagem(Gougoulis et al.,2020), é visto como uma oportunidade para questionar e refletir nas situações e intervenções clínicas para melhorar a prática no futuro(Rose et al., 2022). Promoveu mudanças relativas ao equipamento de ressuscitação, competências não técnicas (comunicação) e educação (Gilmartin,et al.,2020) e é usado como ferramenta de ajuda na identificação de oportunidades de melhoria, a nível de equipamento e de procedimentos, e apoio no levantamento de necessidades e possível correção para mudanças de práticas positivas (Gougoulis et al.,2020). Isto resulta numa prática clínica com maior coesão e eficácia, essencial para a qualidade dos cuidados prestados.

As melhorias de colaboração entre a equipa também aparece descrita nos artigos estudados, como um dos resultados da implementação do *debriefing*. Verificou-se uma melhoria na cooperação, comunicação e consciência situacional (Lyman, 2021), bem como a liderança que em muitos casos críticos a sua existência é fundamental, verificando-se aumento da confiança, orientação e apoio da equipa, a existência de modelo mental compartilhado (Lyman, 2021).

A cooperação surge na literatura, pela partilha de ideias e soluções que podem facilitar os processos de tomada de decisão, associando a importância da interação das pessoas na sua influência num ambiente de trabalho saudável (Ferreira & Veiga, 2023).

Lyman (2021), refere que o *debriefing* é uma ferramenta que ajuda a promover o trabalho em equipa dos enfermeiros.

Compreende-se assim que espelhando o que os estudos comprovam, a realização do *debriefing* é uma ferramenta que aquando implementada ajuda na promoção do trabalho em equipa.

## CONCLUSÃO

Os estudos evidenciam um impacto positivo do *debriefing* na dinâmica da equipa multidisciplinar. Revelou-se uma ferramenta bastante útil para promoção de reflexão em grupo, melhorar a comunicação e fortalecer relações interpessoais. Para além disso, é descrito como fundamental para a gestão de stress e fornecimento de suporte emocional aos seus intervenientes, o que contribui para o bem estar mental dos profissionais de saúde

O *debriefing* demonstrou ser uma ferramenta promissora para o trabalho em equipa multidisciplinar na abordagem a PSC com benefícios tanto no nível da gestão emocional quanto na melhoria da prática clínica. Ao proporcionar uma ferramenta para reflexão coletiva, apoio emocional e melhoria da comunicação, podemos considerar que o *debriefing* contribui para a criação de uma equipa mais coesa, eficiente e resiliente. Num contexto onde o stress e a pressão são constantes, este é uma ferramenta valiosa para promover não apenas a segurança da PSC e a melhoria dos cuidados prestados, mas também o bem-estar dos profissionais de saúde.

Torna-se óbvio assumir que as equipas se familiarizem com este conceito de *debriefing*, e o apliquem nos seus contextos profissionais.

Embora os resultados sejam positivos, algumas limitações também foram observadas. Muitos dos estudos foram realizados em períodos curtos e as amostras pequenas, o que não apresenta os benefícios a longo prazo para a equipa. A existência de pouca evidência/ estudos sobre o *debriefing* em Portugal, também pode querer dizer que este ainda é pouco usado nos ambientes de prática.

Portanto, entendo que será fundamental a orientação das equipas para este método de reflexão, bem como a existência de investigações futuras, sobre o impacto do *debriefing* nas equipas a longo-prazo.

## **BIBLIOGRAFIA**

Caldeira, P. (2021). Reanimação Cardiopulmonar Avançada no Adulto. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 113-118). LIDEL.

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

Ferreira, A., & Veiga, C. (2023). Colaboração e trabalho em equipa. Em O. Ribeiro, *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos* (pp. 126-133). Lidel.

Frandsen, A., & Leh-Cristiansen, S. (2020). Into the black-box of learning in simulation debriefing: A qualitative research study. *Obtido de Nurse Education Today* Volume 88, May 2020, 104373: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104373>

Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Obtido de Seminars in Perinatology* Volume 37, Issue 3, June 2013, Pages 166-174: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>

Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality* Volume 9, Issue 3, <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjqr/9/3/e000913.full.pdf>.

Gougoulis, A., Trawber, R., Hird, K., & Sweetman, G. (2020). 'Take 10 to talk about it': Use of a scripted, post-event debriefing tool in a neonatal intensive care unit. *Journal of Paediatrics and Child Health* Volume 56, Issue 7, <https://doi.org/10.1111/jpc.14856>.

Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., . . . Monsieurs, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Obtido de Journal Resuscitation* Volume 161 , p.388-407: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00069-1/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00069-1/fulltext)

Kessler , D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Obtido de Anaals of Emergency Medicine- An International Journal*, volume 65,issue 6, p.690-698: [10.1016/j.annemergmed.2014.10.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019)

Lyman, K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. *International Emergency Nursing* Volume 57, July 2021, 101005, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>.

Mullan, P., Wuestner, E., Kerr, T., Christopher, D., & Patel, B. (2013). mplementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Obtido de Resuscitation* 84 (2013) 946–951: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(12\)00940-9/pdf](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(12)00940-9/pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 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 en. Diário da República, 2ª série, nº135-16 de Julho de 2018.

Rudolph, J., Simon, R., Raemer, D., & Eppich, W. (2008). Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. Obtido de Academic Emergency Medicine Volume 15, Issue 11 p. 1010-1016: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x>

Verkuyl, M., St-Amant, O., Hughes, M., Lapum, J., & McCulloch, T. (2020). Combining Self-Debriefing and Group Debriefing in Simulation. Obtido de Clinical Simulation in Nursing (2020) 39, 41-44: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.11.001>



**Apêndice II-** Plano de Formação O *debriefing* como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspectiva do supervisorado.



**Tema –** O *debriefing* como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspetiva do supervisor.

**Data** – 25 de outubro de 2024

**Local** – *online* via Teams

**Formador** – Diana Camilo, Estudante do Mestrado Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

**Grupo** – Enfermeiros do INEM;

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso	Avaliação
<b>Introdução</b>	2 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos da sessão;</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	10 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>História do <i>debriefing</i>;</li> <li>Conceito de <i>debriefing</i>;</li> <li>Aspetos norteadores do <i>debriefing</i>;</li> <li>Métodos utilizados no <i>debriefing</i>;</li> <li>Desafios a implementação do <i>debriefing</i>;</li> <li>Contribuição do <i>debriefing</i></li> </ul>	Método Expositivo	Computador	Questionário através do <i>google forms</i>

<b>Conclusão</b>	3 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese dos conteúdos</li></ul>			
------------------	-------	---	--	--	--

**Tempo previsto – 15 minutos.;**

**Apêndice III** Apresentação em PowerPoint- *O debriefing* como estratégia promotora das aprendizagens profissionais: perspectiva do supervisorado.





Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

O DEBRIEFING COMO ESTRATÉGIA PROMOTORA  
DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS:  
PERSPETIVA DO SUPERVISADO.

- I N E M -

25 de outubro 2024

Elaborado por : Diana Camilo

**Tutores:**

- Enf.
- Enf.
- Enf.

• **Orientadora:**

Prof. Dra. Amélia Ferreira

## OBJETIVOS DA SESSÃO



Consolidar conhecimentos em relação ao debriefing;



Conhecer métodos de debriefing e aspetos a ter em consideração;



Refletir sobre os desafios à implementação do debriefing;



Incentivar os supervisores na realização de debriefing;

## HISTÓRIA



Segundo [Tannenbaum & Cerasoli \(2013\)](#), citado por [Toews et al.](#), o *debriefing* teve origem na Segunda Guerra Mundial, onde era utilizado por militares para a revisão de eventos de combate. Posteriormente outras áreas adotaram a mesma prática, incluindo aviação, medicina, educação, psicologia e o serviço social.



Atualmente são diversos os autores que referem uma mais valia inequívoca na sua utilização nas práticas simuladas.

## CONCEITO



[Dufrene e Young \(2014\)](#), definem como um pensamento guiado, sendo que na área de emergência pode ser visto, como uma reflexão entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da partilha de experiências e reflexão sobre as mesmas, com o objetivo de uma melhoria de cuidados.



[Coutinho et al. \(2014\)](#), referem que é uma forma estruturada de guiar os supervisados na reflexão sobre a ação.



Segundo [OMS\(2019\)](#), é uma forma de compreender uma determinada situação, entre as pessoas diretamente envolvidas na mesma, de forma a criar mudança e proporcionar ganhos em saúde.

## 6 ASPETOS QUE NORTEIAM O DEBRIEFING

### Porque?

- Identificação de boas performances, e onde existiu dificuldades;
- Determinar estratégias para melhoria em intervenções futuras.

### O que?

- Abordagem a performance individual e em equipa, os processos ou problemas de sistema que se forem modificados irão beneficiar o próximo doente numa situação clínica semelhante, no sentido de melhorar os cuidados;

### Quem?

- Supervisor e supervisionado;
- Todos os profissionais de saúde que participaram ativamente na situação clínica.
- Inclusão de profissionais que não lidaram diretamente na situação, mas que devido a sua experiência podem trazer acréscimo para a discussão.

Kessler et al. (2015)

## ASPETOS QUE NORTEIAM O DEBRIEFING

### Como?

- Ambiente facilitador para colocação de questões;
- diálogo transparente honesto e não recriminador .

### Quando?

- "Hot debriefing"- Logo após a situação clínica ,
- "Warm debriefing" minutos ou horas após;
- "Cold deabriefing" dias e semanas após.

### Onde?

- Deve realizar-se num ambiente amigável, propício a discussão.

Kessler et al. (2015),

## MÉTODOS A UTILIZAR:



NA LITERATURA A SUGESTÃO DOS MÉTODOS DE REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING É MUITO VARIADA.



NÃO EXISTE CONSENSO QUAL O MELHOR MÉTODO A SER UTILIZADO, E A SUA EFICIÊNCIA COMPARANDO-OS.



NO ENTANTO, EM TODOS OS MÉTODOS DE DEBRIEFING É ENALTECIDA A PESSOA QUE O LIDERA

## DEBRIEFING APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

- Este método de usa as “questões Socráticas”, o supervisor não dá respostas diretas aos estudantes, mas retorna algumas questões para que o próprio chegue a melhor resposta, levando a reflexão sobre a prática clínica. (Nascimento et al.,2020)



## DEBRIEFING NO MODELO DE RACIOCÍNIO CLÍNICO

- Promove a reflexão dos estudantes por meio da comparação do estado clínico atual do utente e o estado clínico desejado, com foco na identificação e avaliação de intervenções de enfermagem. (Nascimento *et al.*,2020)



## DEBRIEFING ESTRUTURADO TRIFÁSICO:



### Fase 1- Reação

Expressão das reações emocionais em relação a situação experienciada;  
Resumo da situação experienciada;  
Refinar os objetivos de aprendizagem;



### Fase 2- Análise

Objetivos de aprendizagem,  
Identificação das lacunas de desempenho;  
Reflexão sobre o pensamentos que antecedem as suas ações na equipa;  
Colmatar lacunas de desempenho.



### Fase 3-Síntese

Aspetos a ter em consideração no futuro;  
Resumo das aprendizagens.

(Dufrene, *et al.*,2014)  
(Nascimento *et al.*,2020)

## DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DO DEBRIEFING



Existência de múltiplas ocorrências, que não propiciam a discussão de situações clínicas no "hot Debriefing";



Não existir capacidade emocional dos intervenientes para discutir sobre determinada situação clínica;



Possibilidade da existência do viés da memória no "cold debriefing".



Espaço limitado para a sua ocorrência.

## CONTRIBUIÇÃO DO DEBRIEFING À ESTUDANTE

Reflexão sobre a ocorrência;

Reflexão nas prioridades na atuação;

Consolida conhecimentos;

Identificação de aspetos a melhorar para atuações futuras;

Sistematiza o pensamento;

A utilização do debriefing constitui uma forma estruturada de conduzir os estudantes na reflexão sobre e para a Ação, ajudando-os não só na consolidação de saberes, como também na mudança de comportamentos, através da reflexão sobre o que fizeram, quando fizeram, como fizeram, porque fizeram e como podem melhorar. ( Coutinho et al., 2014).

## CONTRIBUIÇÃO DO DEBRIEFING À ESTUDANTE

Aumento da  
autoconfiança;

Desenvolvimento de  
competências para a  
tomada de decisão;

Desenvolvimento do  
pensamento  
autocrítico;

Segundo (Mota et al., 2019), torna possível o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas dos participantes, nomeadamente as competências relacionais, liderança e tomada de decisão.

O mesmo autor refere que representa para o supervisor e estudante um momento de autoconhecimento, ou seja, um momento de desenvolvimento de competências e pensamento crítico-reflexivo.

## NOTAS CONCLUSIVAS

- ✓ O modelo do debriefing estruturado trifásico é o mais comum a ser utilizado na enfermagem, sendo que os estudantes tem maior facilidade para realizar reflexões assertivas desenvolvendo o pensamento crítico. (Nascimento J. et al. 2020)
- ✓ A utilização do debriefing fomenta a melhoria continua da qualidade dos cuidados, sendo possível mobilizar conhecimentos e habilidades.



## NOTAS CONCLUSIVAS

- ✓ Atualmente a possibilidade de atingir a excelência e uma melhoria contínua nos cuidados, é feita através da formação contínua e da reflexão crítica, sendo a utilização do debriefing um percussor para isso, aliado a uma prática baseada na evidência.
- ✓ Após a evidência do impacto do debriefing no estudante, sugere-se a implementação ou manutenção da utilização do mesmo aquando supervisão dos estudantes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). Revista de Enfermagem Referência, IV Série(No 2), 41–50. <https://doi.org/10.12707/RIII1392>
- Dufrene, C., & Young, A. (2014). Successful debriefing - best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. Nurse Education Today, 34(3), 372–376. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.026>
- Kessler, D., Cheng, A., Mullan, P. (2015) Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. Annals of Emergency Medicine, 65(6) 690-698. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064414014061>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., Marreiros, T., Silva, A. R., & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2(1), 41–50. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.46>
- Nascimento, J. Oliveira, J., Alves, M., Braga F., Góes F., Dalri M. (2020). Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190182. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>
- Toews, J., Martin, D., Chernomas, M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. J Clin Nurs. 2021;30:1491–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>
- World Health Organization. (2019). The global practice of after action review: a systematic review of literature. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/331432>.



OBRIGADA!

