

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

***DEBRIEFING ENQUANTO ESTRATÉGIA NO CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA***

*DEBRIEFING AS A STRATEGY IN THE CARE OF CRITICALLY ILL
PATIENTS*

Por

Ana Verónica da Fonseca Lino

Lisboa, 2023

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

***DEBRIEFING ENQUANTO ESTRATÉGIA NO CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA***

*DEBRIEFING AS A STRATEGY IN THE CARE OF CRITICALLY ILL
PATIENTS*

Por

Ana Verónica da Fonseca Lino

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2023

*“Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
(...)”*

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Madureira, pela disponibilidade prestada em todo o percurso, pela orientação, carinho e confiança que sempre transmitiu. À Professora Doutora Filipa Veludo pelo seu apoio, dedicação e colaboração no trabalho de investigação.

Às enfermeiras orientadoras, pela recetividade e por me acolherem nos locais de estágio, contribuindo atenciosamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus amigos e colegas, pelo suporte e por todas as trocas de turnos que possibilitaram a realização deste percurso.

Aos meus pais, irmão e avós, pelo tempo que não lhes foi dedicado, pela paciência e carinho. Pelo amor que sempre me transmitiram e por me incentivarem a lutar pela conclusão do curso, até nas alturas de maior cansaço e desmotivação.

Ao meu namorado pelas palavras de incentivo, dedicação, compreensão e por me ter feito sempre sentir capaz de superar qualquer adversidade.

A Todos,

Muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório pretende sublinhar as aprendizagens e experiências vivenciadas em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área: da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa. Este documento visa, também, mobilizar a experiência profissional subsidiária ao desenvolvimento das competências de especialista, integrando uma análise crítico reflexiva focada nas competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de mestre, adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

Transversalmente à aquisição destas competências identifiquei nos contextos de estágio áreas de intervenção de melhoria. No serviço de urgência incidi o foco no cuidado à pessoa em sala de reanimação, onde a complexidade das situações é evidente assim como a consequente gestão de emoções, quer da pessoa e da sua família. Neste âmbito, destaco a realização de uma reflexão escrita sobre a abordagem ao doente com politrauma onde justifico as intervenções de enfermagem baseadas na evidência e exponho a gestão de emoções e a transmissão de más notícias à família. Ainda no contexto de urgência, mas transversal a todo o processo formativo, iniciei a elaboração do protocolo da *scoping review*. Durante o processo de investigação realizei uma revisão da literatura sobre a temática do *debriefing* enquanto estratégia, para melhorar a qualidade e segurança nos cuidados à pessoa e à sua família. Com a conclusão da *scoping review*, foi possível mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar e na pessoa em situação crítica.

Através da divulgação desta revisão, pretende-se que os enfermeiros que trabalham em serviços de cuidados críticos desenvolvam competências promotoras de melhores cuidados. Na Unidade de Cuidados Intensivos integrei parte da equipa de emergência médica intra-hospitalar e realizei uma sessão formativa sobre o *debriefing* onde expus a definição do conceito, identifiquei diversos documentos de registo, elenquei os benefícios da sua aplicação e refleti em equipa sobre as principais barreiras à realização do *debriefing*.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Equipa Multidisciplinar; *Debriefing*

ABSTRACT

This report aims to highlight the learning and experiences lived in the context of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area: Nursing in Critical Care, from Instituto de Ciências da Saúde - Lisboa, of Universidade Católica Portuguesa. This document also aims to mobilize the subsidiary professional experience to the development of specialist skills, integrating a critical reflective analysis focused on the common and specific competencies of Specialist and Master Nurses, acquired and developed throughout this training course.

Transversally to the acquisition of these competencies, I identified areas for improvement in the internship contexts. Thus, in the emergency service I focused on caring for the person in the resuscitation room, where the complexity of situations is evident and the consequent management of emotions, of the person and his/her family, is very complex.

In this context, I highlight the completion of a written reflection on the approach to the patient with polytrauma where I justify the evidence-based nursing interventions and expose the management of emotions and the transmission of bad news to the family. Still in the context of emergency care, but transversal to the whole training process, I started the elaboration of the scoping review protocol. During the research process, I conducted a literature review on the topic of debriefing as a strategy to improve quality and safety in the care of the person and his/her family. With the completion of the scoping review, it was possible to map the effects of debriefing on the multidisciplinary team and the critically ill person.

Through the dissemination of this review, it is intended that nurses working in critical care services develop skills that promote better care.

In the Intensive Care Unit, I was part of the in-hospital medical emergency team and conducted a training session on debriefing where I explained the definition of the concept, identified several registration documents, listed the benefits of its application, and reflected as a team on the main barriers to debriefing.

Keywords: Specialist Nurse, Person in Critical Condition, Multidisciplinary Team; Debriefing

LISTA DE ABREVIATURAS ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CAM-ICU - Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC-PSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EV - Endovenoso

EOT – Entubação Orotraqueal

EPIs - Equipamento de Proteção Individual

FiO2 – Fração Inspirada de Oxigénio

HDFVVC - Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IRA – Insuficiência renal aguda

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONAF - Oxigenoterapia nasal de alto fluxo

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAM – Pressão Arterial Média

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSP - Polícia de Segurança Pública

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV – Suporte Avançado de Vida

SLED - Sustained Low Eficiente Dialysis

SUC – Serviço de Urgência Central

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TSR – Técnica de Substituição Renal

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIR – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA DO FENÓMENO EM ESTUDO	19
2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS	25
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
3.1 NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL	31
3.2 NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	41
CONCLUSÃO	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
6. APÊNDICES	65
APÊNDICE I – PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i>	67
APÊNDICE II – OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> CENTRADO NO CUIDADO: NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – <i>SCOPING REVIEW</i>	81
APÊNDICE III - <i>DEBRIEFING</i>: ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	103
APÊNDICE IV – REFLEXÃO SOBRE UM CASO NA ÁREA DO TRAUMA	115
APÊNDICE V – SESSÃO DE FORMAÇÃO – <i>DEBRIEFING</i>	127
APÊNDICE VI – RESUMO DO POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	137
APÊNDICE VII – POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	143
APÊNDICE VIII – RESUMO DO POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i>	147

APÊNDICE IX – POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i>	153
7. ANEXOS	157
ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	159
ANEXO II –CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO POSTER: OS EFEITOS DO <i>DEBRIEFING</i> NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i>	163

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC). Este documento destaca as aprendizagens e experiências vivenciadas em contexto do Curso de Mestrado em EMC-PSC na Universidade Católica Portuguesa, assim como visa relatar a experiência profissional já detida, integrando uma avaliação e reflexão crítica sobre as competências comuns de Enfermeiro Especialista, de Mestre em Enfermagem e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, adquiridas e desenvolvidas ao longo este percurso.

A enfermagem enquanto disciplina proporciona um vasto leque de conhecimentos que se traduz em conceitos e teorias, sustentando a sua prática. É necessário pensar a profissão a partir da prática dos cuidados, (Hesbeen, 2000), cuja riqueza é pertinente revelar, de modo a aumentar a visibilidade junto dos nossos pares, bem como na sociedade em geral. O exercício da profissão de enfermagem é complexo pelo que se torna crucial manter uma atualização constante dos saberes e das práticas, implicando um percurso de formação e de procura ao longo da vida (Morais, 2004).

No artigo 109º - Da excelência do exercício (OE, 2015a) é exigido ao enfermeiro qualidade e excelência no seu cuidado, e para que o enfermeiro possa atingir essa excelência é essencial que fundamente a sua prática em conhecimento baseado na evidência. O enfermeiro especialista desenvolve e/ou aperfeiçoa a tomada de decisão tendo por base o saber especializado, que se caracteriza por um amplo conhecimento num domínio de competências específicas (Regulamento nº 140/2019, 2019). No entanto cuidar, pressupõe também uma competência relacional de situação que em conjunto com saberes teóricos e saberes práticos, coloca um ser humano profissional em contato com um ser humano que requer cuidados (Hesbeen, 2013).

Para dar consecução a esta UC realizei dois estágios durante o período de 28 de fevereiro a 11 de junho de 2022. O primeiro estágio foi realizado num Serviço de Urgência Central (SUC) e o outro numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), em instituições de saúde distintas, mas ambas no distrito de Lisboa.

Este percurso teve início com a realização de um projeto individual de aprendizagem para cada contexto de estágio onde defini objetivos (geral e específicos) e delineei as atividades a desenvolver em contexto da prática clínica concorrentes para a consecução desses objetivos.

No SUC estabeleci como objetivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência. Os objetivos específicos delineados foram os seguintes: Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de urgência e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito do *debriefing*, em contexto de urgência.

No estágio realizado na UCIP delineei como objetivo geral desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de cuidados intensivos e como objetivos específicos: Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de cuidados intensivos e contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados na pessoa em situação crítica, no âmbito do *debriefing* em contexto de cuidados intensivos.

O *debriefing* é um processo de comunicação entre os elementos da equipa após um evento crítico que permite a discussão e reflexão sobre o desempenho da equipa, mas também de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde é um método através do qual as equipas multidisciplinares conseguem ampliar a sua ação na prática, desenvolver estratégias que melhorem as experiências dos doentes e minimizar os riscos futuros de eventos adversos (Gilmartin et al., 2020). Assim, considerei pertinente incluir a temática nos objetivos específicos em cada contexto de estágio para desenvolver competências na área da segurança e qualidade e ao mesmo tempo dar envolvimento à temática da pesquisa para o trabalho de investigação.

Para a realização deste relatório utilizei as metodologias descritiva e reflexiva, pois explanam a prática de cuidados que fui desenvolvendo através das experiências vivenciadas fundamentando-as na evidência científica.

O presente trabalho encontra-se dividido em capítulos. Inicialmente apresento o relatório numa breve introdução. Posteriormente exponho uma síntese da evidência do fenómeno em estudo no trabalho de investigação – *Scoping Review* intitulada: Os efeitos do *Debriefing* Centrado no Cuidado - Na Equipa Multidisciplinar e na Pessoa em Situação Crítica. De seguida, faço uma referência às competências previamente adquiridas, contextualizo a prática clínica de cada contexto de estágio e analiso criticamente o meu processo de desenvolvimento de competências. Neste processo baseio-me nos objetivos elencados nos projetos de estágio e nas competências comuns de Enfermeiro Especialista, de Mestre em Enfermagem e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC. Por último exponho as minhas conclusões e apresento as referências bibliográficas.

De referir que o relatório segue as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association*, (7ª edição) e integra as normas de elaboração de trabalhos escritos da Universidade Católica Portuguesa. Para garantir o anonimato das instituições e atendendo a questões éticas relacionadas com a proteção de dados e confidencialidade (UCP, 2022), omitiram-se referências bibliográficas no decorrer do relatório. Em apêndice apresento ainda documentação que considero pertinente para o leitor complementar a leitura do meu relatório, anexando informação adicional referente às atividades realizadas.

1. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA DO FENÓMENO EM ESTUDO

Este capítulo remete à síntese do trabalho de investigação realizado, intitulado de: Os efeitos do *Debriefing* Centrado no Cuidado - Na Equipa Multidisciplinar e na Pessoa em Situação Crítica – *Scoping Review*. O protocolo de investigação e o trabalho de investigação completo encontram-se em APÊNDICE I e II respetivamente.

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

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

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

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

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

Para melhor compreender o fenómeno do *debriefing* e quais os seus efeitos no contexto do cuidado crítico, considerámos pertinente a realização de uma *scoping review* subordinada às questões de investigação: “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica” (QI 1) e “Quais os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica?” (QI 2). Para cada questão identificou-se um objetivo geral, QI 1 - “mapear os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica” e QI 2 “mapear os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica”.

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

Procedeu-se a uma pesquisa preliminar, de artigos indexados, sobre o fenómeno *debriefing*, na plataforma científica *EBSCOhost*. Identificaram-se as palavras e termos de indexação mais utilizados, através da leitura do título (TI) e resumo (AB), e validaram-se os mesmos recorrendo à plataforma dos DeCS e dos termos MeSH, e também a termos de utilização de uso comum. Posteriormente, procedeu-se a uma pesquisa mais direcionada ao fenómeno e objetivos definidos com os descritores e seus sinónimos, bem como termos de uso comum, por título (TI) e resumo (AB): “*debriefing*”, “ICU”, “*intensive care*”, “PICU”, “*emergency*”, “*emergency room*”, “*critical care*”, “*emergency care*”, “*patient*”, “*team*”,

“*health professional*”, “*healthcare professional*”, “*health personnel*”, “*multidisciplinary team*”, “*patient care team*”. Cruzaram-se os termos com os operadores booleanos [AND] entre descritores de conceito, e [OR] entre sinónimos, considerando as especificações da EBSCOhost. A pesquisa realizou-se sem restrição temporal e com palavras-chave em inglês, de forma a abranger o maior número de estudos disponíveis. Incluíram-se artigos em português, francês, castelhano e inglês, cujo texto integral estivesse disponível de forma gratuita.

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

Cruzaram-se os dados entre as três revisoras e, do consenso obtido, resultaram os dados representados em diagrama PRISMA-ScR (APÊNDICE I – Fig. 1) com a inclusão de 10 artigos.

Através da leitura dos dados obtidos com a evidência científica analisada, identificámos efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica e efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica.

O *debriefing*, no seio da equipa multidisciplinar, visa ser promotor de autoconhecimento, crescimento e melhoria individual e coletiva, com efeito ao nível do trabalho em equipa. A realização de *debriefing* demonstrou ser estimuladora de partilha, partilha esta que os próprios profissionais consideraram ser útil para a promoção do seu bem-estar (Cantu & Thomas, 2020) traduzido num benefício psicológico (Gilmartin et al., 2020), pelo que se compreende que tem potencial enquanto ferramenta útil para os profissionais na gestão do seu stress em situações de emergência (Rose et al., 2022). Os enfermeiros referiram que o seu nível de conforto em situações de reanimação, após realização de *debriefing*, aumentou (Aponte-Patel et al., 2018), tanto pelo melhor desempenho e conhecimento do reanimador na situação de ressuscitação cardíaca em si (Edelson et al., 2008), como pela melhoria do nível de auto-confiança (Lyman, 2021) e pelo aumento da sua consciência situacional (Lyman, 2021). A equipa multidisciplinar eleva o *debriefing* como promotor de sentimento de pertença na equipa espelhado pela partilha de emoções comuns

que diminuem a sensação de “estar sozinhos” (Rose et al., 2022). A exploração de emoções durante o *debriefing* contribuiu para o reconhecimento emocional positivo por toda a equipa (Rose et al., 2022), com experiência de emoções semelhantes, e manifesto de um sentimento de segurança. Os profissionais de saúde acrescentam ainda que a realização de *debriefing* aumentou a sua capacidade de liderança (Edelson et al., 2008; Lyman, 2021), fundamental em situações de reanimação, por permitir um maior controlo da situação em si e uma maior organização da equipa, com atribuição de funções e promoção de *feedback* aos elementos sobre a sua *performance*, tal como preconiza a *American Heart Association* (Kronick et al., 2015). O *debriefing* promoveu ainda a cooperação entre os profissionais (Lyman, 2021), melhorou a comunicação entre a equipa multidisciplinar (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021) e a relação entre os seus elementos (Rose et al., 2022). Enquanto partilha, o *debriefing* promove a qualidade dos cuidados, bem como a prática clínica (Gilmartin et al., 2020), demonstrando ser um momento relevante para a prática, e útil para os profissionais uma vez que os direciona e orienta a fazer melhor numa situação seguinte, num cuidado futuro (Rose et al., 2022). Compreende-se assim que, espelhando o que os estudos comprovam, a realização de *debriefing* ajudou a promover o trabalho em equipa (Rose et al., 2022; Cincotta et al., 2021) o que, consequentemente, se traduz em melhor cuidado à pessoa em situação crítica.

Ao nível do cuidado à pessoa em situação crítica, o *debriefing* tem contribuído, particularmente, para a melhoria na gestão da via aérea e na qualidade da reanimação cardíaca. A realização de *debriefing* estruturado demonstrou ser eficaz ao nível da segurança do doente, com redução do evento adverso, ao promover uma melhoria mensurável da taxa de entubação orotraqueal pediátrica, sem hipoxia ou hipotensão associadas que, por si só, definem piores *outcomes* neurológicos e potencial morte. Ao nível da manipulação da via aérea, com entubação orotraqueal sem intercorrências hemodinâmicas, verificou-se uma melhoria de 49% para 78% de sucesso (Cincotta et al., 2021). No que respeita à gestão da via aérea, um dos estudos concluiu que a extubação precoce/rápida, até um máximo de 6 horas após admissão numa unidade de cuidados intensivos, num contexto de pós-operatório de cirurgia cardíaca eletiva, atingiu uma taxa de sucesso superior com a realização de *debriefing*, nomeadamente, de 55,6% de sucesso pré intervenção para 75% pós intervenção (Goldhammer et al., 2017). Ao nível da reanimação cardíaca, estudos comprovaram a potencialidade do *debriefing* na melhoria da qualidade da mesma, com consequente aumento das taxas de sobrevivência inicial do doente, uma vez que estão correlacionadas (Edelson et al., 2018; Wolfe et al., 2014). A combinação de *debriefing* com *feedback* audiovisual em

tempo real, melhorou a qualidade da reanimação cardiopulmonar comparativamente ao recurso único ao *feedback* audiovisual, traduzindo-se em melhoria da frequência de ventilação (com diminuição da mesma), e da profundidade e frequência das compressões torácicas (com aumento das mesmas), com conseqüente aumento da taxa de retorno espontâneo da circulação (ROSC) (Edelson et al., 2008). A implementação do *debriefing* demonstrou ainda uma melhoria ao nível da qualidade das compressões torácicas no que respeita à diminuição do tempo de interrupção entre compressões (Edelson et al., 2008; Wolfe et al., 2014). No estudo de Edelson et al. (2008) há referência a uma diminuição das pausas pré e pós choque (em contexto de necessidade de desfibrilhação) e de aumento de administração de choques apropriados (face ao ritmo cardíaco detetado), o que se traduziu em melhoria da ROSC. No estudo de Wolfe et al. (2014) há evidência de uma melhoria com a realização de *debriefing*, de 72% para 81% da taxa de ROSC, bem como uma melhoria de 29% para 50% no *outcome* neurológico do doente, depois de eventos com necessidade de realização de compressões torácicas intra-hospitalares.

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

efeitos se multiplique para que melhor se compreenda a sua dimensão e o seu potencial de melhoria da qualidade na área da saúde.

2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

Exerço funções como enfermeira há cerca de 5 anos e tive oportunidade de iniciar o meu percurso profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com a vertente cardíaca, no entanto este capítulo refere-se às competências adquiridas nos 4 anos que exerci funções como enfermeira num hospital do distrito de Lisboa, numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR).

A UCIR é constituída por 5 salas com capacidade total para 12 doentes. Uma sala em “*open space*” com 4 camas e as restantes 4 salas isoladas, cada uma com 2 camas. Os clientes alvo são maioritariamente adultos e idosos, com maior incidência para as idades compreendidas entre os 50 e 90 anos, em situação crítica. No entanto, a UCIR constitui uma unidade de referência para os doentes com fibrose quística, abrangendo também uma população alvo mais jovem (18-30 anos).

As patologias diagnosticadas nos doentes são diversas, estando as mais frequentes relacionadas com o foro respiratório. Destaco, enquanto entidades nosológicas, fibrose quística, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), neoplasia do pulmão, doentes em choque séptico e hipovolémico, estado pós cirurgia cardio-torácica e pneumonia (viral, bacteriana e de aspiração).

Ao prestar cuidados neste serviço, verifiquei desde cedo que os cuidados de enfermagem eram “(...) altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19362). Destaco os cuidados à pessoa em situação crítica na área da ventilação mecânica invasiva, ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF) em que desenvolvi e adquiri conhecimentos sobre a mecânica ventilatória, os diferentes modos ventilatório assim como as patologias associadas à insuficiência respiratória parcial/global. Aprendi a identificar alterações no equilíbrio ácido-base, compreendendo gasimetrias arteriais e venosas, adaptando posteriormente os parâmetros ventilatório de forma a otimizar a ventilação e oxigenação de cada pessoa.

A montagem frequente dos diferentes tipos de ventiladores e o conhecimento de cada circuito, material de entubação endotraqueal/nasotraqueal e interfaces da VNI e ONAF, demonstra também o domínio na manipulação destes aparelhos/equipamentos.

Dentro da ventilação, enfatizo a ONAF uma vez que tem sido cada vez mais utilizada dado os estudos, neste âmbito, indicarem uma redução significativa da necessidade de intubação orotraqueal em doentes com hipoxemia grave e diminuir o risco de reintubação orotraqueal em doentes extubados nas 72h após a extubação (Baldomero et al., 2021). A ONAF é um suporte respiratório não invasivo que fornece ar aquecido, humidificado e enriquecido em oxigénio, tem como principais benefícios o controlo da fração inspirada de oxigénio (FiO₂) administrada ao doente, a redução do espaço morto, permitindo um efeito de *washout* do ar inspirado, a implementação de pressão positiva nas vias aéreas, otimizando as trocas gasosas, a maior facilidade de drenagem e remoção de secreções brônquicas e ainda a primazia no conforto do utilizador (Ricard et al., 2020).

Na realidade dos cuidados intensivos também é frequente a utilização diária de fármacos sedativos, anestésicos, analgésicos, curarizantes e vasopressores, muitas vezes em perfusão contínua, o que me possibilitou verificar a importância da farmacoterapia no doente crítico, especialmente no controlo da dor. Aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências na preparação deste tipo de terapêutica, os seus mecanismos de ação, as possíveis interações medicamentosas e efeitos secundários. O manuseio destes fármacos requer a manipulação de vias de administração em veias centrais, nomeadamente cateteres venosos centrais e ainda uma vigilância hemodinâmica e elétrica, rigorosa e contínua. Esta monitorização é feita através de eletrocardiograma, dispositivos invasivos como a linha arterial e o *Vigileo*® /*Flo-trac*®.

O *Vigileo*® /*Flo-trac*® é um dispositivo que permite calcular o débito cardíaco através de um algoritmo que analisa a forma da curva da pressão arterial a cada 60 segundos, multiplicando-se a frequência cardíaca pelo volume de ejeção (Pinho, 2020). Este dispositivo permite avaliar o estado cardiovascular do doente, assim como identificar as causas da insuficiência cardiovascular e monitorizar a resposta a terapêuticas específicas (Ochagavía et al, 2014). A interpretação dos diferentes traçados e dos valores dos parâmetros hemodinâmicos (tensão arterial e tensão arterial média, índice cardíaco, débito cardíaco, volume sistólico, pressão venosa central, saturação venosa central de oxigénio e resistência vascular sistémica) e a ação perante alterações nos mesmos, constituem uma competência essencial para a prestação de cuidados no âmbito da pessoa em situação crítica.

A consolidação e aprofundamento de conhecimentos teóricos dentro da área do doente crítico sempre foi uma preocupação pessoal, elevando a prestação de cuidados a um nível mais diferenciado e de excelência. Assim, realizei uma Pós-Graduação em Saúde do Adulto e Cuidado em Situação Crítica na Universidade Católica Portuguesa no ano letivo de 2019/202 que foi fulcral para ampliar o meu conhecimento e melhorar o meu desempenho enquanto enfermeira numa unidade de cuidados intensivos.

Ao longo do meu percurso profissional também tive a oportunidade de orientar alunos de licenciatura e integrar colegas. Este desafio no âmbito da supervisão clínica constitui "(...) um trabalho acrescido que requer experiência, competência e habilidade" (Silva, Pires, & Vilela, 2011, p.120) contribuindo para o exercício da profissão na área da docência, formação e assessoria, melhorando a evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (OE, 2015).

Neste último ano (2022) foi, ainda, possível desempenhar funções de responsável de turno sendo o segundo elemento da minha equipa, contribuindo na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulando com a restante equipa multidisciplinar. Exercer esta função permitiu-me adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61), nesse sentido, sublinho a importância destes anos de experiência na identificação de focos de instabilidade e na antecipação de situações de emergência, assim como na atuação perante as mesmas.

Durante estes anos privilegiei sempre a formação para uma atualização contínua no conhecimento pelo que só fazia sentido continuar este processo e avançar para o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de EMC-PSC.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os estágios constituem momentos ricos em aprendizagem, transformam a experiência em saber, através da reflexão contínua da prática. São oportunidades que colocam “em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha, Macedo & Vieira, 2017, p. 66). Este capítulo pretende analisar de forma crítica e reflexiva os cuidados realizados nos dois campos de estágio a que me propus, de modo a evidenciar o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento das competências de enfermeira especialista, necessárias para alcançar a excelência do cuidado e a certificação do título profissional de enfermeira especialista.

Cada subcapítulo corresponde a um contexto de atuação diferente: urgência e cuidados intensivos. Começo por caracterizar o ambiente, a equipa, o tipo de cuidados prestados, a missão, os valores e objetivos de cada instituição e de seguida, exponho as atividades desenvolvidas tendo em conta a concretização dos objetivos definidos, bem como as reflexões inerentes aos mesmos e as competências adquiridas e desenvolvidas.

3.1 NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA CENTRAL

O primeiro estágio decorreu num SUC, de um hospital no distrito de Lisboa. Este serviço tem como principal missão prestar cuidados de saúde à pessoa e à sua família com critérios de doença emergente/urgente. Entenda-se como emergências “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” e urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p. 7). Assim, como objetivo principal este SUC pretende prestar cuidados de saúde de qualidade, permitindo o rápido e correto diagnóstico e tratamento das situações emergentes/urgentes dos que a ele recorrem.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2014 o SUC supracitado integra o nível mais diferenciado da rede nacional de Serviço de Urgência (SU), o serviço de urgência polivalente. Este tipo de serviço dá “resposta às situações de Urgência e Emergência, e oferece resposta de proximidade à população da sua área” (Ministério da Saúde, 2014, p.20674). Engloba valências específicas como Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva. Este SUC conta ainda com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, com uma equipa que assegura a atividade extra-hospitalar e integra um centro de trauma dedicado aos doentes politraumatizados.

Relativamente à estrutura física, fica localizado no piso 0 do edifício principal do hospital e funciona 24 horas por dia durante todos os dias do ano. É constituído por diversos sectores: Triagem, com duas salas atualmente operacionais: Sala de Tratamentos 1 e 2, onde são realizados diversos tipos de cuidados de Enfermagem. Vários gabinetes de atendimento médico, bem como áreas específicas para a realização de exames complementares de diagnóstico (análises clínicas, eletrocardiograma e radiografias); Uma sala de Pequena Cirurgia; Um Serviço de observação, com uma lotação de 16 camas;

Duas salas de reanimação, com um total de 3 unidades individuais equipadas com ventilador mecânico invasivo, monitorização hemodinâmica e equipamento para exames imagiológicos; Gabinetes da assistente social, enfermeira Chefe e secretárias de unidade. O laboratório 3; Salas para reunião; Copa; Salas de arrumações de material e diversos sanitários e casas de banho dispersos ao longo do Serviço. Com o início da pandemia, foi ainda contruído um sector específico para doentes com sintomatologia respiratória (suspeitos e positivos para o vírus SARS COV 2), com respetivas salas de triagem e serviço de observação. O SUC deste hospital articula-se com outros hospitais do país que necessitem do apoio, centros de saúde e todos os serviços que fazem parte desta instituição.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, enfermeiros especialistas, médicos de clínica geral, assistentes técnicos, assistentes operacionais, médicos de especialidades, técnicos de eletrocardiografia, farmacêuticos e técnicos de limpeza. Durante cada turno estão sempre disponíveis 2 seguranças e uma equipa de agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP), que dão apoio a todo o hospital.

O sistema informático utilizado para a realização dos registos é o ALERT® permitindo documentar, rever e integrar toda a informação clínica dos doentes relativamente a episódios anteriores e atuais naquele serviço de urgência. Disponibiliza uma visão geral de todos os sectores do serviço e é acessível a todos os elementos da equipa multidisciplinar através do seu número mecanográfico e a palavra-passe individual, facilitando os cuidados ao doente e respeitando as políticas de privacidade.

A experiência clínica neste contexto constituiu um desafio, não só por apresentar uma vasta variedade e complexidade de situações de saúde/doença, abranger diversas faixas etárias, culturas, classes socioeconómicas, integrar espaços físicos e circuitos organizados e interligados, mas também dada a exposição ao exterior e a responsabilidade acrescida naquelas que são as competências do enfermeiro especialista de EMC-PSC, nomeadamente na avaliação da pessoa e da sua família, naquele que é o seu primeiro contacto hospitalar.

Atendendo à diversidade das problemáticas de saúde e à sua complexidade num serviço de urgência, a preocupação com a melhoria continua dos cuidados esteve sempre presente no dia a dia. As instituições de saúde estão mais atentas a essa temática e exigem cada vez mais dos seus profissionais na melhoria da qualidade nos cuidados prestados. Assim, “(...) o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (Diário da República, nº 123/2015, p. 17241). Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros criou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem enfatizando a importância desta temática, onde definiu enunciados descritivos como a satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Acrescentou depois em 2015, a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados dos enunciados enumerados em cima e publicou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Para desenvolver as competências de enfermeira especialista neste domínio, consulte também o atual Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 aprovado pelo despacho 9390/2021, que estabelece 5 pilares (Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de incidentes de Segurança do doente e Práticas Seguras em Ambientes Seguros) tendo por base os padrões de qualidade já supracitados. Sob a orientação destes padrões, guiei as minhas intervenções, mobilizando conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional.

Aspetos como a pontualidade, a assiduidade, a validação das intervenções com as enfermeiras orientadoras e a discussão/reflexão de ideias com a equipa foram uma constante ao longo do estágio, demonstrando a responsabilidade profissional inerente.

Abordei a pessoa em situação crítica e a sua família, sempre com cordialidade, apresentando-me, respeitando as suas crenças, desejos e valores aplicando os princípios éticos e deontológicos, como o respeito pela dignidade humana, a privacidade do cliente e o acesso à informação e ao consentimento em saúde. Para tal mobilizei conhecimentos adquiridos nas disciplinas teóricas de Ética de Enfermagem e Direito de Enfermagem e revi documentos em vigor na legislação portuguesa que fundamentassem as minhas intervenções. No âmbito do consentimento em saúde, a consulta da lei da “Convenção internacional Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, ratificada para o direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro (artigos 5º, 6º e 8º) foi frequente, dada a diversidade, o envolvimento de diversas faixas etárias, complexidade e gravidade das situações. Também relativamente à informação em saúde foi importante rever a legislação, nomeadamente a Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro (alterada pela Lei nº 26/2016 de 22 de Agosto) mais especificamente o artigo 3º, alínea 1, 2, e 3 que diz respeito à propriedade da informação de saúde utilizando o valor da verdade na sua transmissão e garantindo a sua confidencialidade.

Dado o contexto de urgência e a rapidez das decisões e das intervenções, tive de integrar conhecimentos para uma tomada de decisão e gestão de situações complexas consciente, ponderando sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais (Diário da República nº 121/2008, artigo 15º p.3842), competência de mestre que se insere neste domínio.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de ficar alocada, maioritariamente, às salas de reanimação, onde verifiquei desde logo a preocupação em todos os turnos, com a organização das salas, a testagem dos ventiladores e desfibriladores, o fecho dos carros de emergência, a montagem das macas de plano duro e pluma, a certificação da bateria dos monitores e do sistema mecânico de compressões (LUCAS®), a limpeza das macas, a certificação dos *kits* de colheita de sangue prontos na mesa de apoio de cada doente e a limpeza da sala, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, pronto a ser utilizado a qualquer momento.

Compreendi que as intervenções em caso de situação da pessoa dadora de órgão, a existência de circuitos organizados com procedimentos protocolados como as vias verdes (via verde de acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, trauma e sepsis) e mesmo a atuação nos diferentes algoritmos de SAV (Suporte Avançado de Vida), constituem estratégias previamente implementadas que aumentam a eficácia da atuação das equipas, minimizam e previnem o erro, promovem a segurança do doente, melhorando a qualidade dos cuidados.

Ao ficar a observar/colaborar com a equipa da sala de triagem validei a importância da identificação inicial da pessoa com a pulseira de cor correspondente à gravidade da situação.

Ao colaborar nos cuidados aos doentes em sala de reanimação identifiquei que o *debriefing* após situações críticas não era uma prática comum, razão pela qual delineei o meu segundo objetivo específico. No sentido de sensibilizar a equipa a refletir sobre os benefícios da utilização do *debriefing* e relacionando-o com programas de melhoria contínua dos cuidados, realizei uma revisão da literatura sobre a temática enquanto estratégia, para melhorar a qualidade e segurança nos cuidados à pessoa e à sua família em contexto de urgência (APÊNDICE III). Ao partilhar os resultados da minha pesquisa com a equipa de enfermagem e elementos de chefia também foi possível contribuir, para a disseminação de investigação promovendo a prática de enfermagem baseada na evidência e dar consecução às competências de mestre.

Neste contexto clínico, e relativamente à gestão dos cuidados e gestão do serviço, também pude refletir e interiorizar sobre a importância do chefe de equipa como ferramenta essencial para o bom funcionamento de um serviço de urgência, nomeadamente, no que diz respeito à gestão dos recursos humanos e materiais dada a escassez dos mesmos, assim como, na gestão de camas através da constante articulação entre os sectores do serviço. Neste domínio da gestão dos cuidados, sempre que possível, assumi uma postura de liderança e adaptei a cada situação e contexto os recursos disponíveis (materiais e/ou humanos), designadamente, no momento de admissão dos doentes na sala de reanimação, aquando da realização de exames complementares de diagnóstico, na tomada de decisão dos cuidados e na supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Para que a liderança se exerça, a equipa, explícita ou implicitamente, precisa de reconhecer o outro como líder consentir a sua influência e de admitir (a si mesmo) ser influenciado. Exercer influência é, assim, exercer autoridade, influência feita de aceitação voluntária (Lourenço, 2000), pelo que esta competência, apesar de mobilizada ao longo do estágio, ficou mais evidente o seu desenvolvimento no final do mesmo, dada a confiança e segurança da equipa nas minhas intervenções.

No que diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, utilizei o processo reflexivo para desenvolver o autoconhecimento e a assertividade assim como basear a praxis clínica especializada em evidência científica. A Deontologia Profissional refere no artigo 109º, que o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p.86), tendo sido a conduta adotada ao longo do estágio, através de autorreflexão e de reflexões constantes com as enfermeiras orientadoras e restante equipa multidisciplinar.

Experienciar situações críticas dado a imprevisibilidade dos acontecimentos e o fraco controlo sobre os mesmos são fatores que provocam stress quer na pessoa, quer na família/cuidador (Pinho, 2020). A espera de notícias “é marcada por choque, stress e desespero, durante a qual existe uma procura contínua de espera e apoio (...)” (Pinho, 2020, p.312). Tais momentos são de grande fragilidade para os doentes e familiares pelo que o fornecimento da informação deve ser ponderado e adequado, dando espaço para a sentimentos de esperança e segurança.

Destaco uma situação que foi objeto de reflexão por escrito, sobre a gestão de emoções e a transmissão de más notícias (APÊNDICE IV). Buckman, (2005) define más notícias como qualquer informação que envolva mudança drástica na perspetiva do futuro num sentido negativo, o que está evidente neste caso. O mesmo autor sugere a utilização de

6 passos para a transmissão deste tipo de notícias, atualmente conhecido como protocolo SPIKES¹

Este inicia-se com a preparação da situação, em que se estabelece uma relação de ajuda com o membro da família para facilitar a troca de informações (procurando um espaço reservado, colocando-o sentado se possível e mantendo sempre contacto visual). Seguidamente, perceber o que o familiar sabe sobre a situação para determinar o que entenderam e avaliar uma possível negação, bem como expectativas e preocupações. Depois, pedir permissão para dar a informação, determinando quanta informação a pessoa deseja ou está preparado para receber. Fornece-la, iniciando com um aviso de más notícias, seguido de uma transmissão faseada da mesma, sem detalhes técnicos e falsas esperanças. Abordar dúvidas ou perguntas que possam surgir e no final certificar-se que o familiar entendeu o que foi transmitido. Pretende-se ainda responder às emoções do familiar, abordando as respostas emocionais, facilitando a sua recuperação emocional e reconhecer as próprias emoções através de estratégias como a escuta-ativa, empatia, validação e exploração de sentimentos. Por fim, o autor sugere a organização e o planeamento da ação, com o objetivo de garantir que o que se falou foi claro e abordar possibilidades e alternativas para o futuro. Assim, é evidente pelo exposto acima, que cuidei da pessoa família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, constituindo-se esta como uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Penso que ao instigar alguma reflexão na equipa, permitiu a discussão sobre as ações efetuadas, através de um *debriefing*, (temática aprofundada ao longo do estágio), contribuindo para a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no âmbito do trabalho (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Dada a frequência de situações de trauma (*minor e major*) existentes num serviço urgência e a preocupação em suportar a minha prática na evidência científica, senti necessidade de pesquisar e aprofundar o conhecimento sobre essa área temática. Uma vez que a prática reflexiva também constitui “um importante meio de capacitação dos estudantes de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento de saberes e das suas práticas” (Santos e Fernandes, 2004, p. 59), realizei uma reflexão sobre um caso em que evidenciasse o trauma como problemática e a abordagem deste tipo de doentes (APÊNDICE IV). O Traumatismo cranioencefálico define-se como “uma lesão do crânio ou das estruturas do

¹ (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize*).

sistema nervoso central por ele contidas, que resulta da aplicação de uma força mecânica extrínseca, com sintomas associados atribuíveis a essa lesão” (Santiago & Cunha e Sá, 2006, p. 248). A fisiopatologia desta lesão cerebral pode dividir-se em duas categorias: a lesão primária em que ocorre no momento do impacto, destacando-se a contusão, laceração, lesões de cisalhamento e as hemorragias, e a lesão secundária, em que se evidencia a resposta bioquímica e celular ao trauma inicial como é o caso de isquemia, hipercapnia, edema cerebral, hipertensão prolongada, toxicidade de cálcio ou perturbações metabólicas (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Segundo Campbell, Han & Alson (2020) a primeira avaliação da vítima de trauma deve ser feita de acordo com o método CABCADE (Circulation, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Prioriza-se o controlo hemorrágico e seguidamente a permeabilização da via aérea com estabilização da coluna cervical (imobilizar a cabeça em posição neutra, assumindo sempre a possibilidade de coexistir traumatismo vertebro-medular). Posteriormente, ventilar e oxigenar, garantir a circulação e controlo de hemorragia, avaliar disfunção neurológica e sinais focais e por fim, expor a área corporal para a observação de lesões e sinais de hemorragia interna. Verifiquei que esta foi a metodologia adotada pela equipa multidisciplinar nomeadamente no momento de admissão do jovem e após a alteração de alguns dos parâmetros já avaliados, como foi o caso do estado de consciência do jovem. Constatei uma resposta coordenada e eficaz por parte da equipa multidisciplinar, em que cada membro, trabalhou para um objetivo em comum, o rápido diagnóstico e atuação terapêutica/cirúrgica, tentando minimizar fenómenos de hipoperfusão e consequente isquemia cerebral (Santiago & Cunha e Sá, 2006).

Tendo como características pessoais a vontade de querer ver e aprender, humildade, proatividade, capacidade de escuta ativa, organização, responsabilidade e disponibilidade, estas foram facilitadoras para a aquisição e desenvolvimento das competências no domínio das aprendizagens profissionais.

Durante este estágio tive oportunidade de colaborar nos cuidados à pessoa em situação crítica nomeadamente na sala de reanimação, triagem e serviço de observação (SO). Definindo a pessoa em situação crítica como “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19362), foi possível identificar, independentemente do sector alocada, focos de instabilidade que exigissem do enfermeiro especialista uma abordagem rápida e antecipatória, sendo que a sobrevivência das mesmas depende muitas vezes dessa resposta.

Elenco também os cuidados prestados a pessoas com edema agudo do pulmão, com síndromes coronárias agudas, acidentes vasculares cerebrais, hipoglicémias graves, alterações elétricas e iônicas e trauma por perfurações com armas brancas. Nas situações descritas e vivenciadas, foi necessária a avaliação inicial segundo o método ABCDE, que integra a mobilização de doentes em plano duro, a monitorização hemodinâmica e elétrica, a vigilância de débitos urinários e a utilização dos diferentes algoritmos de suporte avançado.

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto de urgência permitiram também a mobilização de protocolos terapêuticos complexos e a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica através da aplicação de técnicas como bloqueio do plexo braquial e a utilização diária de fármacos sedativos, anestésicos, analgésicos, curarizantes, muitas vezes em perfusão contínua.

Define-se catástrofe como um acontecimento natural ou provocado pelo homem, cuja ameaça pode justificar a necessidade de socorros de emergência e no qual os grandes danos são acompanhados de trágicas perdas de vidas humanas e grande número de vítimas, invariavelmente feridas com gravidade (OMS & ICN, 2009). Apesar de durante o estágio não ter vivenciado nenhuma situação de catástrofe, foi possível consultar o plano de emergência e de catástrofe institucional. Também assegurei a eficácia dos cuidados de enfermagem em situações de exceção preservando os vestígios de indícios de prática crime em casos de suspeita de suicídio/homicídio, através do protocolo do serviço.

Relativamente à última competência regulamentada, “maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19364) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, constitui um desafio ao enfermeiro especialista. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), (2007), define IACS como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” p.4., sendo que, priorizei desde o início do estágio a redução e prevenção destas, devido ao risco elevado associado.

Refira-se, não só a vulnerabilidade clínica dos doentes, mas também a utilização frequente de dispositivos invasivos para monitorização, intervenção e suporte e manutenção de órgãos. Perante esta premissa, regi a minha conduta nas precauções básicas de controlo de infeção estipuladas pela Direção Geral de Saúde (2013) nomeadamente no que diz respeito à colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de

equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no serviço de urgência. Também detive um papel importante na supervisão do cumprimento destes enunciados alertando, sempre que necessário, todos os grupos profissionais incluídos no plano de cuidados da pessoa em situação crítica.

3.2 NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A “Medicina Intensiva é uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Paiva et al., 2017, p.6), o que responsabiliza as equipas das unidades de cuidados intensivos pelas decisões relacionadas com o doente crítico, independentemente do local em que este esteja no hospital, incluindo salas de emergência nos serviços de urgência.

O último estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) num hospital no distrito de Lisboa. O seu edifício principal, fazia parte de uma clínica privada, mas devido às necessidades de saúde da população da área, o Ministério da Saúde adquiriu esse edifício que é hoje o atual hospital.

A referida UCIP classifica-se numa unidade de cuidados intensivos de nível III, destinada a “doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (Paiva et al., 2017, p.7). Atualmente a unidade é constituída por 8 camas, distribuídas por duas salas em modelo de “*open space*”, sendo que uma das salas é destinada a doentes positivos para o vírus do SARS COV 2. Ambas têm pressão negativa e todas as unidades estão equipadas com monitores, ventiladores, seringas e bombas de infusão, ligadas a uma central de monitorização com acesso direto ao processo clínico informático do doente. A UCIP, por se caracterizar polivalente, recebe doentes do foro médico e cirúrgico. O sistema informático utilizado é o *B - Simple*, e os diagnósticos de enfermagem são baseados na nomenclatura de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).

A equipa multiprofissional é constituída por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos intensivistas, médicos em regime de internato, fisioterapeuta, secretária e equipa de limpeza.

Existe ainda a colaboração do serviço de farmácia, serviço de nutrição e várias especialidades médicas. A equipa de Enfermagem é constituída por 39 Enfermeiros, onde se inclui o Enfermeiro Gestor, o Enfermeiro Coordenador, 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. De ressaltar que os enfermeiros da UCIP, de dois em dois meses constituem parte da equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI), que se mantém operacional 24h.

Com o intuito de diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo, em 2010 a Direção Geral da Saúde (DGS), criou e implementou a nível nacional as equipas de EEMI. Estas equipas são constituídas por um enfermeiro e por um médico com competências avançadas na abordagem à pessoa em situação crítica e em técnicas de reanimação tendo como objetivo uma intervenção precoce aos doentes hospitalizados em momentos de significativa deterioração fisiológica aguda incluindo situações de paragem cardiorrespiratória (Ministério da Saúde, 2018, p. 27533).

Escolhi esta UCIP como contexto para este último estágio por ser uma unidade polivalente e desse modo, apresentar outras oportunidades de aprendizagem, com aparelhos de suporte de órgão altamente diferenciados assim como de monitorização, constituindo um local rico para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família.

Neste contexto clínico procurei explorar temáticas que divergissem da minha realidade laboral, que fossem ao encontro dos meus objetivos e ao mesmo tempo desenvolver/ adquirir competências comuns de Enfermeiro Especialista, de Mestre em Enfermagem e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC. Neste sentido, verifiquei a importância dada pelos enfermeiros na monitorização e avaliação do estado neurológico da pessoa em situação crítica, assim como nas complicações associadas ao sistema nervoso central. O *delirium* constitui uma das complicações mais frequentes, no entanto é das mais desvalorizadas no que respeita o meio envolvente de uma UCI (Vieira et al., 2020).

O *delirium* é definido como uma alteração aguda na cognição que se manifesta em flutuações de consciência, atenção, memória, pensamento, perceção e distúrbios comportamentais (American Psychiatric Association, 2013). A sua fisiopatologia ainda é discutida sendo que as hipóteses se centram no desequilíbrio neuroquímico, no processo inflamatório, na diminuição do metabolismo oxidativo e na biodisponibilidade de

aminoácidos neutros de cadeia longa (Girard, Pandharipande & Ely, 2008). O *delirium* pode ser classificado quanto ao tempo de evolução em prevalente (à entrada da UCI), incidente (durante o internamento) e persistente (sintomas mantidos ao longo do tempo) e de acordo com o padrão psicomotor instalado, em hiperativo (agitação), hipoativo (letargia e lentificação psicomotora) e misto (Faria & Moreno, 2013).

Na UCIP os enfermeiros realizam a avaliação e monitorização de doentes com risco de desenvolver a supracitada patologia, nomeadamente a doentes com história de alcoolismo, sépsis choque, em VMI e sedados e analgesiados por via endovenosa (Vieira et al., 2020). Essa monitorização é feita através da escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) que avalia quatro características na pessoa: a alteração súbita/flutuação do estado mental em relação ao estado anterior, a desatenção, o nível de consciência alterado e a desorganização no pensamento. É considerado *delirium* se os primeiros dois parâmetros estiverem presentes independentemente da ausência dos últimos dois (Ely et al., 2001). No entanto, para a aplicação da CAM-ICU é sempre necessária uma avaliação prévia do estado de consciência do doente e em caso de sedação, verificar a qualidade e a profundidade da mesma (Ely et al., 2003). Esta avaliação é feita por outro instrumento a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e a sua classificação pode variar entre -5 (o doente não desperta a nenhum estímulo) e +4 (o doente está num estado de agressividade e violência). Assim, é aplicada a CAM-ICU se o doente se apresentar despertável ao estímulo verbal, o que corresponde ao *score* mínimo de -3 na RASS (Barr et al., 2013).

Enquanto enfermeira especialista pretendo elevar a prestação de cuidados a uma prática de excelência especializada, garantindo um ambiente terapêutico e seguro assim como a gestão diferenciada do bem-estar da pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, otimizando as respostas. Vieira et al., em 2020, destacam como um fator-chave, nesse âmbito, a prevenção do *delirium* em doentes internados em UCI. Os mesmos autores referem que o foco está nos fatores potencialmente modificáveis incidindo em protocolos de intervenção baseados em três condições transversais a todos os doentes em UCI: A sedação/controlo da dor, a necessidade de imobilização e privação de sono. Deste modo a utilização de estratégias não farmacológicas para controlo da dor e a diminuição de estímulos ambientais como a luz e o ruído, constituem intervenções de enfermagem essenciais para o controlo da dor e a melhoria da qualidade do sono e conseqüentemente, a diminuição do risco de desenvolver *delirium* (Barr et al., 2013).

Numa UCI o enfermeiro necessita de aliar as suas qualificações com a capacidade de mobilização de competências profissionais. Assume uma prática baseada na evidência, unindo os conhecimentos técnicos e científicos. Uma situação que suscitou interesse em aprofundar e sustentar a aquisição de conhecimentos baseados em evidência científica foi a utilização de técnicas depurativas em doentes com disfunção multiorgânica.

A insuficiência renal aguda (IRA) é caracterizada por uma perda súbita da função renal que pode ser potencialmente reversível. Independentemente dos mecanismos ou da etiologia, verifica-se uma acumulação de ureia e creatinina que acompanhada ou não pela diminuição de diurese, provoca uma diminuição rápida da filtração glomerular, retendo toxinas urémicas incapacitando o equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base (Pinheiro & Madureira, 2020).

A IRA em doentes que apresentem disfunção multiorgânica, está associada a elevadas taxas de mortalidade e constitui um problema comum numa UCI. Neste sentido grande percentagem destes doentes necessitam de técnicas de substituição renal (TSR) (Araújo, 2009). As indicações para a realização deste tipo de técnicas englobam a gestão do volume em doente oligúrico, a hipercaliemia, a acidose grave, algumas intoxicações, a falência hepática e a rabdomiólise (Ponce, 2015; Pinheiro & Madureira, 2020). A escolha da modalidade para a realização da TSR, depende das necessidades do doente assim como da sua estabilidade hemodinâmica e cardíaca. As TSR utilizadas na UCIP são as Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC) e *Sustained Low Eficiente Dialysis* (SLED). A primeira trata-se de uma técnica em que o tratamento é contínuo possibilitando a remoção de elevadas quantidades de líquido acumulado e de produtos de retenção azotada. A *clearance* de solutos é feita por mecanismos de difusão e convecção, utilizando o dialisante em contracorrente e a ultrafiltração para controlo de volume (Pinheiro & Madureira, 2020). Esta técnica permite maior estabilidade hemodinâmica do doente, sem alterações eletrólíticas brutas e a manutenção de perfusão cerebral (Silva, 2014). No entanto é uma técnica com custos elevados, em que é necessária uma hipocoagulação elevada e/ou contínua e exige menor mobilidade do doente, “obrigando à interrupção da técnica para realização de exames auxiliares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas (...)” (Pinheiro & Madureira, 2020, p.179).

A SLED é uma técnica híbrida em que é realizada de forma intermitente e utiliza mecanismos de difusão, ultrafiltração e convecção. Nesta técnica o doente é submetido a uma diálise lenta de baixa eficácia (6-10h) minimizando o impacto hemodinâmico e eletrólítico. Este tempo prolongado de tratamento, permite uma dose de diálise adequada e

no momento de pausa do tratamento facilita a mobilidade dos doentes, assim como na realização de exames auxiliares de diagnóstico, constituindo uma alternativa à HDFVVC (Pinheiro & Madureira, 2020).

Para iniciar qualquer uma destas técnicas é necessário a colocação de um acesso venoso provisório, que consiste na inserção de um cateter venoso central (CVC). Estes são colocados em veias de grande calibre como jugular e femoral, com algum distanciamento anatómico dos restantes CVC, minimizando o erro. Assim que introduzido, está apto a ser utilizado ao contrário dos acessos vasculares permanentes, que normalmente necessitam de um período de 30 dias de cicatrização para a sua manipulação (Fresenius Medical Care, 2011). Posteriormente, é colocado o sistema na máquina e feita a conexão deste aos lumens do CVC implantado no doente.

Tive a oportunidade de operacionalizar a máquina disponível na UCIP para realizar HDFVVC em que a anticoagulação foi feita com citrato trisódico isosmótico. Este é adicionado ao sistema imediatamente antes do sangue entrar no dialisador e é colocado em perfusão contínua permitindo que a anticoagulação seja locoregional e não sistémica. O mecanismo responsável por esta anticoagulação é a redução da concentração de cálcio livre plasmático, induzida pela união ao citrato, uma vez que bloqueia a progressão da cascata da coagulação (Fresenius Medical Care, 2011). Pela redução da concentração de cálcio é necessário a sua monitorização rigorosa, através da comparação de gasimetrias (no sistema de TSR e arteriais) ajustando a administração deste ião conforme as necessidades da pessoa.

Após a montagem do circuito da técnica de HDFVVC, verifiquei se a programação do monitor estava de acordo com a prescrição e liguei o circuito ao doente. Uma vez que as complicações mais frequentes neste tipo de técnicas são a hipotensão, hiper/hipotermia, taquicardia, cianose e edema localizado ou generalizado (Daugirdas, et al., 2015), as minhas intervenções incidiram na monitorização de parâmetros e intercorrências da técnica, resolução de problemas técnicos no decorrer do tratamento, vigilância de hemorragias, manutenção da normotermia, avaliação da existência de edemas e identificação de qualquer alteração hemodinâmica e cardíaca no doente.

No decorrer deste estágio também tive a oportunidade de integrar parte da Equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI). Apesar desta equipa não ter sido ativada em nenhum dos turnos que realizei, considero de extrema importância as intervenções realizadas para garantir uma atuação eficaz e com a maior segurança. Nesse sentido era realizada no início de cada turno a verificação da selagem da mala de emergência, o teste do desfibrilhador, o teste do ventilador de transporte e do aspirador de secreções. Mensalmente

era feita a verificação com a *Check list*, da validade, acondicionamento dos fármacos e material, e registado posteriormente na folha de abertura da mala. Eram também trocados os fármacos ou outro material, três meses antes da data de fim da validade (DSG, 2011).

A composição, organização e manutenção da mala de emergência é da responsabilidade do enfermeiro que integra a EEMI naquele turno e a disposição do material segue uma abordagem ABCDE como preconizado pelas orientações da norma da DGS em 2011. Esta norma apesar de se referir ao carro de emergência, destaca no ponto 5 que “em certas circunstâncias poderá recorrer-se a um equipamento transportável cujo conteúdo e arrumação de material deve seguir as mesmas regras, incluindo desfibrilhador automático externo” (p. 1), apontando neste caso para a mala de emergência.

Foi também num dos turnos realizados em EEMI que questionei pela primeira vez a realização de *debriefing*, pois segundo as *guidelines* da *American Heart Association* para a ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência cardiovascular (2020), este constitui a última etapa do algoritmo da ressuscitação. Verifiquei que, tal como no contexto anterior, também não eram realizados *debriefings* quer no âmbito de saídas em EEMI, quer em situações críticas na prestação de cuidados na UCI.

Posteriormente, em reflexão com a enfermeira orientadora e com vários enfermeiros da equipa, também me apercebi do desconhecimento do conceito por muitos, assim como, dos seus benefícios, pelo que decidi realizar uma sessão formativa da temática (APÊNDICE V). Nesta sessão expus a definição do conceito segundo diferentes autores, destaquei aspetos importantes na realização do *debriefing*, identifiquei diversos documentos de registo já em utilização noutros países, elenquei os benefícios da aplicação do *debriefing* e no final refleti em conjunto com os presentes sobre as principais barreiras à realização do *debriefing*.

A equipa esteve sempre disponível e interessada na temática tendo ficado sensibilizada a uma futura adesão de momentos de reflexão/*debriefing* após situações que achassem pertinente discutir, uma vez que este processo melhora o desempenho das equipas e capacita os profissionais a antecipar ameaças latentes à segurança do doente (Gilmartin et al., 2020). Assim, mobilizei conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e desenvolvi práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140, 2019).

Como exposto atrás, a UCIP vincula um regime híbrido em que metade do espaço físico está destinado a doentes positivos ao vírus SARS-COV 2. Como tal, essa sala está mais isolada e com o intuito de controlo de infeção, todo o material que aí entrar e não for utilizado, muitas vezes é desperdiçado. Destaco o material do carro de emergência que era

retirado com intuito de antecipar intervenções e que, posteriormente, não era utilizado. Com o objetivo de prevenir esse desperdício e permitir uma maior acessibilidade ao material colaborei na realização de uma *check-list* com material/medicação de emergência mais utilizados numa primeira abordagem nas emergências respiratórias. Este tipo de intervenções dinamizam a resposta em situações de emergência e exceção, assim como, adaptam a liderança e a gestão de cuidados às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 429/ & Regulamento nº 140/2019).

Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica, são uma prioridade numa UCI devido ao elevado risco associado. Refira-se, não só a vulnerabilidade clínica dos doentes, à utilização frequente de dispositivos invasivos para monitorização, intervenção e suporte de órgãos, mas também ao facto de ser uma unidade com doentes em isolamento pelo vírus SARS COV 2. Sempre que fiquei alocada na sala de isolamento planeei e priorizei as minhas intervenções com o objetivo de entrar e sair o mínimo de vezes da sala, supervisionar e cumprir de forma rigorosa as precauções básicas: higienização correta das mãos, etiqueta respiratória, colocação/remoção de EPIs (equipamento de proteção individual).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), (2007), define IACS como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” p.4. As infeções mais frequentes em UCI são a Pneumonia Associada à Intubação (PAI), a bacteriemia associada ao CVC, a infeção urinária associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico (Hughes, Taylor, Cerda & de la Cal, 2005). Com o intuito de prevenir e diminuir as IACS, sugeri que se retomasse a exposição de “feixes de intervenções” em locais estratégicos sobre colocação e manutenção do CVC, inserção e manutenção do cateter vesical, prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

Destaco a prevenção da PAI, dada a sua elevada taxa de mortalidade, o prolongamento do internamento e os custos (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010), enumerando um conjunto de intervenções específicas com o intuito de diminuir o número de episódios. Entre elas: rever, reduzir e, se possível, parar a sedação todos os dias para que esta seja a mínima necessária, avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, manter cabeceira elevada a 30° ou mais, executar a higiene oral com clorexidina 0,2% pelo menos 3 vezes por dia, manter circuitos ventilatórios limpos,

substituindo-os quando sujos ou disfuncionais e medir pressão do *cuff*, mantendo-a geralmente entre 20 e 30 cm H₂O (DGS, 2017).

Ao longo do tempo e no próprio desenvolvimento da medicina intensiva a família foi muitas vezes afastada das UCI, devido ao estado crítico dos doentes, às próprias infraestruturas não estarem adequadas e à intensa atividade das equipas multidisciplinares (Camponogara, Dezori & Vieira, 2002). No entanto, no exercício da disciplina de enfermagem, o cuidar implica uma abordagem holística e definindo família como “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (Pinho 2020, p.312), o cuidado a esta não pode ser negligenciado. A própria Ordem dos Enfermeiros em 2018, corrobora a afirmação acima ao incluir a família no processo de cuidados, estabelecendo como primeira competência específica do enfermeiro Especialista em EMC-PSC, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica. Assim, torna-se necessário ao enfermeiro especialista identificar e avaliar as necessidades da pessoa e família estabelecendo uma relação terapêutica perante essa díade, gerindo a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica e assistindo a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação críticas de saúde/doença experienciadas (Regulamento nº 429, 2018).

Molter (1979), desenvolve um instrumento que expressa as necessidades específicas da família do doente internado em UCI, o *Critical Care Family Needs Inventory*. Este questionário já foi aplicado em diversos estudos e os fatores identificados como principais necessidades dos familiares englobam a informação, a segurança, a necessidade de se sentirem apoiados, a esperança e a proximidade com o doente (Holden, Harrison & Johnson, 2002), devendo ser esses os focos de intervenção.

Durante o estágio na UCIP constatei haver preocupação e vontade da equipa de enfermagem em suprimir estas necessidades dos familiares. Na admissão de cada doente era feito o contacto telefónico com o familiar de referência transmitindo a informação clínica de enfermagem de forma ponderada e combinado desde logo, o horário da visita de acordo com as disponibilidades do familiar e dinâmicas do serviço. Na primeira visita encaminhava-se o familiar de referência para uma sala com um ambiente calmo, sem grandes estímulos exteriores, e juntamente com um elemento da equipa médica explicava-se a situação de doença/saúde do ente-querido, transmitindo sentimentos de segurança e esperança à pessoa que recebe a informação (Verhaeghe et al, 2005). Ao longo do internamento contactava-se

a família diariamente para acordar o horário da visita e em caso de indisponibilidade de deslocação ou outro motivo, era possível a realização de uma videochamada numa hora acordada com a equipa de enfermagem. A opção da videochamada tornava-se mais frequente no caso dos doentes em isolamento por SARS COV 2, no entanto a norma do hospital em questão permitia a visita presencial dos familiares, desde que devidamente equipados e que seguissem as orientações da equipa de saúde.

Muitos dos internamentos em UCI são inesperados constituindo momentos de preocupação, stress e angústia para a família. Com o intuito de minimizar essas emoções Defloor et al., em 2005, elencam a importância do envolvimento da família no plano de cuidados, ao sentir que constituem parte integrante do processo de recuperação do doente contribuindo para o seu bem-estar.

Em suma, numa UCI o enfermeiro especialista precisa de ter a capacidade de unir as suas competências teórico-práticas dominando a tecnologia, nunca esquecendo a humanização do cuidado e encarando de forma holística a pessoa (Teixeira & Vieira, 2020, p.21).

CONCLUSÃO

A constante evolução do conhecimento científico e de novas tecnologias no âmbito da saúde contribuem para o aumento do tempo de sobrevivência e da qualidade de vida da população. A enfermagem acompanha esse desenvolvimento e exige cada vez mais cuidados diferenciados e atualizados, baseados sempre na mais atual evidência científica.

Para responder às necessidades desta sociedade moderna, “(...) os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (Benner, 2001, p.33). É essencial que os enfermeiros atualizem e aprofundem os seus conhecimentos teórico-práticos uma vez que os cuidados de enfermagem englobam tomadas de decisões complexas, humanizadas que através da perícia do enfermeiro possibilita a interpretação de cada situação clínica.

Considero que todas as experiências de aprendizagem são úteis e válidas para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional desde que sujeitas a reflexão, a crítica e tenhamos abertura para a mudança. A realização dos estágios e a concretização deste relatório explana essa premissa, uma vez que através da enumeração e análise crítica de todas as estratégias e atividades delineadas e aplicadas, foi possível consciencializar-me das competências, habilidades e atitudes adquiridas e desenvolvidas neste percurso.

Ao longo dos estágios tive sempre em consideração as respostas humanas aos processos de saúde/doença, apresentando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, assim como de resolução de problemas (Decreto-Lei n.º 74, 2006). O que traduz o desenvolvimento de competências de mestre na área especializada relativa à EMC.

Atingi todos os objetivos a que me propus nesta UC e destaco como principais atividades desenvolvidas: o exercício de uma prática baseada na evidência científica, a participação de forma dinâmica e autónoma nos cuidados de enfermagem, a colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição, a participação e observação na gestão de recursos humanos e materiais, a observação e compreensão da ação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área: da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre o controlo de infeção, a melhoria da qualidade e

segurança dos cuidados na pessoa em situação crítica no âmbito do *debriefing*, e, por fim, a prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica.

O acompanhamento por um supervisor que desempenhe atividades como ensinar, treinar, aconselhar, avaliar e dar suporte emocional ao supervisionado é indispensável para o processo de formação clínica (Silva, Pires, & Vilela, 2011). Saliento os conhecimentos, a perícia e profissionalismo, experiência e disponibilidade das enfermeiras orientadoras clínicas e docente orientadora pedagógica, que em ambos os contextos assumiram o papel de supervisor nas vertentes de orientador clínico, na de docente e na de pessoa (Nascimento, 2007), acompanhando assim a construção deste processo formativo com sucesso e de um modo tão confortador.

A identificação da rara utilização do *debriefing* após situações críticas conduziu à realização de uma *scoping review* permitindo o desenvolvimento de competências de mestre e contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A divulgação dos resultados deste trabalho de investigação tem como intenção subjacente sensibilizar e influenciar a utilização do *debriefing* em contextos de cuidado à pessoa em situações crítica. A participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ANEXOS I e II), com a apresentação de dois posters no âmbito do *debriefing* (APÊNDICES VII e IX), contribuiu para o início do processo de divulgação de resultados.

Pelo exposto neste relatório penso que ficou evidente como os estágios tiveram a particularidade de me mobilizar para a participação ativa no terreno como parte integrante das equipas multidisciplinares, de explorar a minha atitude crítica e reflexiva, que se formalizou nos trabalhos apresentados e, naturalmente, no meu desenvolvimento profissional, pessoal e social.

Gostaria ainda de reiterar que, paralelamente com a aprendizagem profissional que os estágios me proporcionaram, a nível pessoal, o meu desenvolvimento foi um crescente de vivências, sentimentos e emoções que nunca pensei vir a sentir. A conclusão desta etapa associada às situações que experienciei, ao conhecimento e às competências adquiridas e desenvolvidas encorajou-me à mudança, pelo que recentemente integrei um novo desafio profissional, num centro hospitalar diferente, numa unidade de cuidados intensivos na vertente cirúrgica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem.” (2015, p.22). Pelo que após a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e mestre em enfermagem fiquei apta a um nível distinto e especializado de prestar cuidados à pessoa em situação crítica.

Por tudo isto, considero que me tornei uma futura enfermeira especialista responsável, mais consciente da importância do trabalho em equipa, mais competente a nível técnico, científico, comunicacional e relacional e mais atenta para os princípios ético-deontológicos da profissão. No entanto, sei que não é um processo acabado, aguarda-se um novo ciclo de desafios profissionais e descobertas que requerem muito trabalho, empenho e formação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5^a ed.) American Psychiatric Publishing. Disponível em: <https://tinyurl.com/rxqd983>

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

Araújo, A. V. R. (2009). *Técnicas de Substituição Renal em Cuidados Intensivos*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20940/2/Ana%20Virginia%20Arajo.pdf>

Baldomero, A. K., Melzer, A. C., Greer, N., Majeski, B. N., MacDonald, R., Linskens, E. J., & Wilt, T. J. (2021). Effectiveness and Harms of High-Flow Nasal Oxygen for Acute Respiratory Failure: An Evidence Report for a Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 174(7), 952–966. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M20-4675>

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263–306. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b7>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Berg, K. M., Cheng, A., Panchal, A.R., Topjan, A.A., Aziz, K., Bhanji, F., Bigham, B.L., Hirsch, K. G., Hoover, A. V., Kurz, M. C., Levy, A., Lin, Y., Magid, D.J., Mahgoud, M., Peberdy, M. A., Rodriguez, A. L., Sasson, C. & Lavonas, E. J. (2020). Part 7: Systems of Care. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142, 580-604. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/circ>

Buckman, R. (2005). *Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy*. *Community Oncology* 2, (2), 138-142. Acedido a 24-03-2022. Disponível em: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

Campbell, J. E., Han, K. & Alson, R.L. (2020). *Trauma Life Support for Emergency Care Providers*. (9ª ed). Pearson Education.

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 Emerg Med* 20, 82. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00372-5>

Cincotta, D.R., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emergency Medicine Australasia*. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>

Coggins, A., De los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20 (79), 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Cunha, C. M., Macedo, A. P., & Vieira, F. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, Série, 12, 65-74.

Daugirdas, J. T., Blake, P. G. & Ing. T. S. (2015). *Handbook of Dialysis*. (5ª ed.). Wolters Kluwer. Disponível em: https://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_91444_8.pdf

Decreto-Lei n.º 74/2006. De 24 de Março. Diário da República. Série I – N.º 60. Lisboa: Ministério da Ciência, tecnologia e ensino superior. (2242-2257). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Decreto-Lei n.º 107/2008. De 25 de Junho. Diário da República. Série I – N.º 12. Lisboa: Ministério da Ciência, tecnologia e ensino superior. (3835-3853). Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>

Despacho n.º 10319/2014. De 11 de Agosto. Diário da República. Série II – N.º153. Governo e Administração direta e indireta do Estado. 20673 – 20678. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 9639/2018. De 15 de Outubro. Diário da República. Série II. Governo e Administração direta e indireta do Estado. 27533-27533. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf>

Despacho n.º 9390/2021, de 24 de Setembro. Diário da República. Série II – N.º 187. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 96-103.

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano de referenciação hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa. 1-24. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2001). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Disponível em: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf

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

Edwards Lifesciences. (2021). The practical solution for managing perfusion. Nyon, Edwards Lifesciences. Disponível em: <https://edwardsprod.blob.core.windows.net/media/Gb/devices/monitoring/hemodynamic%20monitoring/flotrac%20brochure.pdf>

Ely, E. W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., Speroff, T., Gautam, S., Bernard, G. R., & Inouye, S. K. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care medicine*, 29(7), 1370–1379. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>

Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Sessler, C. N., Dittus, R. S., & Bernard, G. R. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983–2991. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>

Faria, R., & Moreno, R. P. (2013). Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 25(2), 137–147. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

Fresenius Medical Care. (2011). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. (1ªed.). Edições Almedina.

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9, 1-5. Disponível em: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000913>

Girard, T. D., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical care (London, England)*, 12 Suppl 3(Suppl 3), S3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc6149>

Goldhammer, J. E., Dashiell, J. M., Davis, S., Torjman, M. C., & Hirose, H. (2018). Use of Provider Debriefing to Improve Fast-Track Extubation Rates Following Cardiac Surgery at an Academic Medical Center. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 33(2), 172–176. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1062860617712859>

Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência

Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano: À descoberta do sentido do cuidado de saúde*. Loures, Portugal: Lusociência.

Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 11(2), 140–148. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00581.x>

Hughes, J., Taylor, N., Cerda, E. & De La Cal, M. A. (2005). Evidence-Based Infection Control in the Intensive Care Unit. In Saene, H.K.F., Silvestri, L. & De La Cal, M.A. (Eds.), *Infection Control in the Intensive Care Unit*. (2ª ed., pp. 191-211). Springer. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/b139061.pdf>

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

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

Kronick, S. L., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., Cabanas, J. G., Cone, D. C., Diercks, D. B., Foster, J. J., Meeks, R. A., Travers, A. H., & Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, *132* (18 Suppl 2), S397–S413. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000258>

Lei nº 80/2015, de 3 de agosto, que substitui Lei nº 27/2006, de 3 de julho. Diário da República. Série I, nº 149/2015. Lisboa: Assembleia da república. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>

Lei nº 26/2016, de 22 de Agosto, que substitui a Lei nº 12/200, de 26 de Janeiro. Diário da República. Série I. nº 160/2016. Lisboa: Assembleia da república. (2777-2788). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/26-2016-75177807>

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

Lourenço, P. R. (2000). Liderança e eficácia: uma relação revisitada. *Psychologica*, *23*, 119-130.

Malik, A. O., Nallamotheu, B. K., Trumpower, B., Kennedy, M., Krein, S. L., Chinnakondepalli, K. M., Hejjaji, V., & Chan, P. S. (2020). Association Between Hospital Debriefing Practices With Adherence to Resuscitation Process Measures and Outcomes for In-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, *13*(11), e006695. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006>

Manilha, R., Santiago, B. & Cunha e Sá, M. (2015). Traumatismo Cranioencefálico e Vertebro-medular. In Ponce, P & Mendes, J. J. *Manual de Medicina Intensiva*. 39-54. Lisboa: LIDEL.

Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive Study. *Heart and Lung*, (8), 332- 339.

Morais, C. M. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 188.

N 029/2012 (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção. Lisboa, Portugal. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

N 021/2015 (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa, Portugal. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In: A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M.G. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, R. Canário, & V. Lopes. *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (2-46). Loures: Lusociência.

Ochagavía, A., Baigorri, F., Mesquida, J., Ayuela, J. M., Ferrándiz, A., García, X., Monge, M. I., Mateu, L., Sabatier, C., Clau-Terré, F., Vicho, R., Zapata, L., Maynar, J., Gil, A., & Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la SEMICYUC. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias *Medicina intensiva*, 38(3), 154–169. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.10.006>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf

Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referência de Medicina*

Intensiva. Disponível em: <https://stg.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

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

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 27-39.

Pinheiro, P.A. & Madureira, A. (2020). Técnicas de Substituição Renal nas Unidades de Cuidados Intensivos. In Pinho, J.A (Eds.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed., pp 175-186). LIDEL.

Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed.). LIDEL.

Resolução nº 1/2001, de 03 de janeiro. Convenção da Biomedicina e Protocolo Adicional. Assembleia da República. Disponível em https://moodle.lisboa.ucp.pt/pluginfile.php/768431/mod_resource/content/1/___Resol.%20da%20AR%20n.%201_2001%2C%20de%2003%20de%20Janeiro.pdf

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, nº 26, Série II. (4744-4750) de 06-02-2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/0474404750.pdf>

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 enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República, nº 135, Série II. (19359- 19370) Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>

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

Ricard, J. D., Roca, O., Lemiale, V., Corley, A., Braunlich, J., Jones, P., Kang, B. J., Lellouche, F., Nava, S., Rittayamai, N., Spoletini, G., Jaber, S., & Hernandez, G. (2020). Use of nasal high flow oxygen during acute respiratory failure. *Intensive care medicine*, 46(12), 2238–2247. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06228-7>

Santiago, B. & Chunha e Sá, M. (2006). Traumatismo Cranioencefálico. In Ponce, P. *Manual de Urgências e Emergências*. 248-253. Lisboa: LIDEL.

Santos, E. e Fernandes, A. Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 2004, 11, 59 – 62.

Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.03*, pp. 113-122.

Teixeira, A.C. & Vieira. (2020). O perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. In Pinho, J.A (Eds.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed., pp 21-24). LIDEL.

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

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

Universidade Católica Portuguesa. 2022. *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”*. Mestrado em Enfermagem. Lisboa.

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Gryndonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a

review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 501–509. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>

Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, A. & Lima, R. A. (2020). *Delirium: Uma Problemática Atual*. In Pinho, J.A (Eds.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. (1ª ed., pp 81-92). LIDEL.

Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A. A., Nishisaki, A., Niles, D. E., Meaney, P. A., Boyle, L., Giordano, R. T., Davis, D., Priestley, M., Apkon, M., Berg, R. A., Nadkarni, V. M., & Sutton, R. M. (2014). Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes*. *Critical care medicine*, 42(7), 1688–1695. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000327>

World Health Organization & International Council of Nurses (Eds.). (2009). *ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: ICN & WHO.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*



Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem

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

PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW* -

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

Marta Sofia da Silva Oliveira

Cristina Santos da Fonte

Ana Verónica da Fonseca Lino

Prof^ª. Doutora Maria Manuela Madureira

Prof^ª. Doutora Filipa Veludo

Lisboa, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

JBI - *Joanna Briggs Institute*

ICU - *Intensive Care Unit*

MeSH - *Medical Subject Headings*

OSF - *Open Science Framework*

PCC - População, Conceito, Contexto

PICU - *Pediatric Intensive Care Unit*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

1. PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

1.1 TÍTULO

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

1.3. INFORMAÇÃO DOS AUTORES

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

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

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

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

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

1.4. CORPO PRINCIPAL

1.3.1. Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.1.1. Objetivos

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

1.3.2. Questão de Investigação

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

1.3.2.1. Questão Detalhada PCC

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

P – Equipa multidisciplinar

C – Efeitos do *debriefing*

C – Cuidado crítico

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

P – Pessoa em situação crítica

C – Efeitos do *debriefing*

C – Cuidado crítico

1.3.3. Critérios de Inclusão

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

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

1.3.4. Tipo de fontes de evidência

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

1.3.5. Estratégias de Pesquisa

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

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

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

1.3.6. Seleção de Fontes de Evidência

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

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

1.3.7. Extração de Dados

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

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

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

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

1.3.8. Síntese dos Dados

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

1.4. Referências Bibliográficas

Coggins, A., De los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). *Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes*. *BMC Emergency Medicine*, 20 (79), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). *Promoting hot debriefing in an emergency department*. *BMJ Open Quality*, 9, 1-5. <https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000913>

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

Kronick, S. L., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., Cabanas, J. G., Cone, D. C., Diercks, D. B., Foster, J. J., Meeks, R. A., Travers, A. H., & Welsford, M. (2015). **Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. *Circulation*, 132 (18), 397–413

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

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Manual JBI para Síntese de Evidências, JBI (Capítulo 11: Scoping Reviews). Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>; <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

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

Twigg, S. (2020). *Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives*. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337–342

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

Histórico/alertas de busca

[Ver histórico de busca](#) [Reconstruir busca](#) [Reconstruir alertas](#) [Salvar buscas / alertas](#)

Selecionar/desmarcar todos **Buscar com AND** **Busca com OR** **Excluir buscas** **Atualizar resultados de busca**

	Buscar	Termos de busca numero de ID	Opções de busca	Ações
<input type="checkbox"/>	549	53 AND 525 AND 548	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,199) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	548	528 OR 547	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,804,419) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	547	531 OR 534 OR 537 OR 540 OR 543 OR 546	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (801,840) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	546	544 OR 545	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (950) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	545	AB patient care team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (108) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	544	TI patient care team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (188) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	543	541 OR 542	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (38,487) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	542	AB multidisciplinary team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (36,028) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	541	TI multidisciplinary team	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,194) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	540	538 OR 539	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (7,568) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	539	AB health personnel	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (6,407) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	538	TI health personnel	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,500) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	537	535 OR 536	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (93,821) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	536	AB healthcare professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (88,098) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	535	TI healthcare professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (12,350) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	534	532 OR 533	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (530,352) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	533	AB health professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (122,232) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	532	TI health professional	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (18,203) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	531	529 OR 530	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (303,611) Exibir detalhes Editar

<input type="checkbox"/>	S30	AB loan	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (358,194) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S29	T1 loan	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (68,851) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S28	S26 OR S27	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,502,508) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S27	AB patent	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (10,428,811) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S26	T1 patent	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (3,051,050) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S25	S6 OR S8 OR S12 OR S15 OR S18 OR S21 OR S24	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (825,808) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S24	S22 OR S23	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (20,698) Exibir detalhes Editar
<input type="checkbox"/>	S23	AB emergency care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (75,776) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S22	T1 emergency care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (7,360) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S21	S19 OR S20	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (68,864) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S20	AB critical care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (52,194) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S19	T1 critical care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (25,514) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S18	S16 OR S17	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (35,679) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S17	AB emergency room	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (32,941) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S16	T1 emergency room	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (5,822) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S15	S13 OR S14	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (595,550) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S14	AB emergency	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (406,980) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S13	T1 emergency	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (210,892) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S12	S10 OR S11	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (12,131) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S11	AB ICU	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (11,160) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S10	T1 ICU	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (2,173) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S9	S7 OR S8	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (293,243) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S8	AB intensive care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (261,122) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S7	T1 intensive care	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (66,301) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S6	S4 OR S5	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (141,726) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S5	AB ICU	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (120,852) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S4	T1 ICU	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (27,586) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S3	S1 OR S2	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (9,551) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S2	AB debriefing	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (8,888) Exibir detalles Editar
<input type="checkbox"/>	S1	T1 debriefing	Expansores - Aplicar asuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Exibir resultados (1,672) Exibir detalles Editar

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



“OS EFEITOS DO *DEBRIEFING* CENTRADO NO CUIDADO: NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - *SCOPING REVIEW*”

“**THE EFFECTS OF CARE-CENTERED *DEBRIEFING*: ON THE MULTIDISCIPLINARY TEAM AND ON THE PERSON IN A CRITICAL SITUATION - *SCOPING REVIEW*”**

Oliveira, Marta¹

Fonte, Cristina²

Lino, Ana³

Madureira, Manuela⁴

Veludo, Filipa⁵

¹ RN (ORCID ID: 0000-0001-8380-9152), Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP); Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE – Hospital Dona Estefânia. Lisboa. Portugal. martassoliveira@gmail.com

² RN (ORCID ID: 0000-0002-9223-0561), Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP); Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE – Hospital Dona Estefânia. Lisboa. Portugal. cristinasdafonte@gmail.com

³ RN (ORCID ID: 0000-0001-5725-566X), Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP); Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE – Hospital Curry Cabral. Lisboa. Portugal. veronicafonsecalino@gmail.com

⁴ PhD, MSc, RN (ORCID ID: 0000-0002-6444-3770), Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Lisboa, Portugal. madureira@ucp.pt

⁵ PhD, MsEC, RN (ORCID ID: 0000-0001-8749-0193), Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Lisboa, Portugal. fveludo@ucp.pt

RESUMO

Introdução: O *debriefing* é um processo de comunicação em equipa, após um evento crítico, que permite a discussão e reflexão do desempenho da equipa, mas também de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde, o *debriefing* clínico, permite que as equipas multidisciplinares ampliem a sua ação na prática, desenvolvam estratégias que melhorem as experiências dos doentes e minimizem os riscos futuros de eventos adversos, contudo, a evidência diz-nos que o *debriefing* raramente acontece.

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

Metodologia: Realizou-se uma *scoping review* através da plataforma científica, e motor de busca, organizando os termos de indexação validados de acordo com a estrutura PCC (População, Conceito e Contexto). Revisão cega.

Resultados: Obtiveram-se 10 artigos para análise integral. A realização de *debriefing*, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica demonstrou efeitos tanto ao nível da equipa multidisciplinar, como ao nível da pessoa em situação crítica. Dos efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar destacam-se: bem-estar com benefício psicológico, gestão de *stress* e aumento do conforto em situações de emergência, melhoria do trabalho em equipa e da capacidade de liderança, melhoria do desempenho e conhecimento, aumento da cooperação, comunicação e relação entre os elementos da equipa. Relativamente aos efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica, ressalva-se a melhoria no procedimento de entubação e de extubação precoce, e melhoria da qualidade do desempenho em ressuscitação cardíaca, nomeadamente, ao nível da qualidade das compressões torácicas e ventilações, com melhores taxas de retorno da circulação espontânea e *outcomes* neurológicos.

Conclusão: O *debriefing* demonstra ser uma oportunidade de crescimento e melhoria tanto para a equipa multidisciplinar, como no cuidado prestado pela mesma à pessoa em situação crítica. Os efeitos positivos na equipa multidisciplinar são espelhados na qualidade dos cuidados por ela prestados, com consequente melhoria no *outcome* da pessoa em situação crítica. É fundamental mais investigação para maior evidência sobre os benefícios do *debriefing*, motivando assim as equipas multidisciplinares para a realização do mesmo.

Palavras-chave: *Debriefing*, equipa multidisciplinar, pessoa em situação crítica, cuidado crítico

ABSTRACT

Introduction: Debriefing is a team communication process after a critical event that allows for the discussion and reflection on the team's performance, as well as on the performance of each individual. In health care, clinical debriefing allows multidisciplinary teams to expand their action in practice, develop strategies that improve patients' experiences and minimize future risks of adverse events; however, evidence tells us that debriefing rarely happens.

Objectives: To map the effects of debriefing on the multidisciplinary team in critical care settings; and to map the effects of debriefing on critically ill patients.

Methodology: A scoping review was conducted through the scientific platform, and search engine, organizing the validated indexing terms according to the PCC (Population, Concept, and Context) structure. Blind review.

Results: Ten articles were obtained for full analysis. The use of debriefing in critical care settings demonstrated effects both at the multidisciplinary team level and at the level of the critically ill patient. The effects of debriefing on the multidisciplinary team included: well-being with psychological benefits, stress management and increased comfort in emergency situations, improved teamwork and leadership skills, improved performance and knowledge, increased cooperation, communication, and relationship between team members. Regarding the effects of debriefing in critically ill patients, we highlight the improvement in intubation and early extubation procedures, and the improvement in the quality of cardiac resuscitation performance, namely regarding the quality of chest compressions and ventilations, with better rates of return of spontaneous circulation and neurological outcomes.

Conclusion: The debriefing proves to be an opportunity for growth and improvement for both the multidisciplinary team and the care provided by the team to the critically ill patient. The positive effects on the multidisciplinary team are mirrored in the quality of care provided, with consequent improvement in the outcome of the critically ill person. Further research is essential for more evidence on the benefits of debriefing, thus motivating the multidisciplinary teams to carry it out.

Keywords: Debriefing, multidisciplinary team, critically ill person, critical care

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

MATERIAIS E MÉTODOS

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

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

português, francês, castelhano e inglês, cujo texto integral estivesse disponível de forma gratuita.

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

RESULTADOS

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

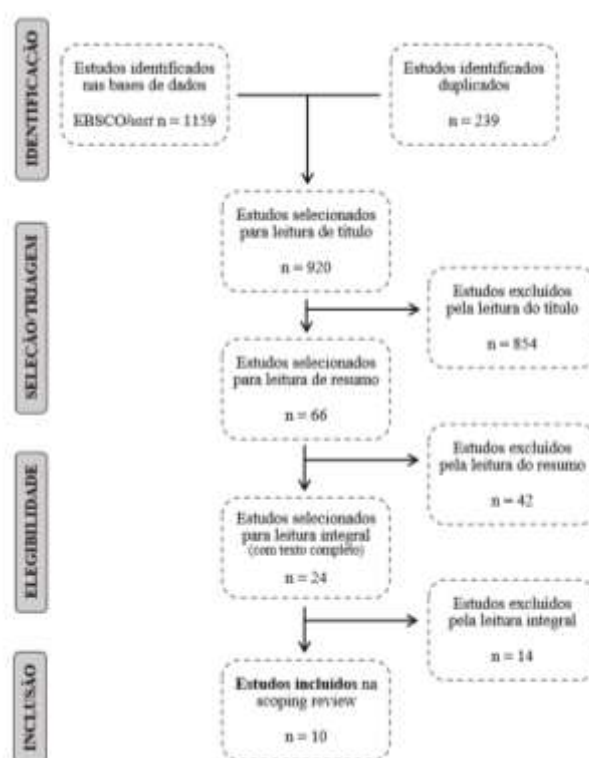


Figura 1 – Processo de identificação e seleção dos estudos: PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Review* (Tricco et al., 2018)

Da análise e seleção dos estudos, foram incluídos 10 artigos na *scoping review*: 7 que respondem à questão “Quais os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto

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

Dos sete (n=7) artigos selecionados para os efeitos *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica, representados no Quadro 1, 4 artigos identificam a melhoria do conforto e confiança em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, após a implementação do *debriefing* (Aponte-Patel et al., 2018; Edelson et al. 2008; Lyman, 2021; Gilmartin et al., 2020); 2 referem-se a uma melhoria no desempenho (Edelson et al. 2008; Rose et al., 2022), 2 relatam uma melhor capacidade de liderança (Edelson et al. 2008; Lyman, 2021), 3 referem-se a uma melhoria ao nível do trabalho em equipa (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021; Rose et al., 2022) e 3 reforçam o *debriefing* como promotor de uma melhoria comunicacional (Cincotta et al., 2021; Gilmartin et al., 2020; Lyman, 2021).

Aliando os efeitos benéficos e a sua relação com a melhoria na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, emergem quatro (n=4) artigos que evidenciam os efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica. No Quadro 2 evidenciamos 1 artigo que revela uma melhoria na diminuição do efeito adverso em contexto de entubação orotraqueal (Cincotta et al., 2021), 1 artigo que associa a realização de *debriefing* a uma melhoria na taxa de sucesso da extubação precoce (Goldhammer et al., 2017), e 2 artigos que demonstram a eficácia do *debriefing* ao melhorar a qualidade das compressões torácicas realizadas com consequente melhoria da taxa de retorno da circulação espontânea (Edelson et al., 2018; Wolfe et al., 2014).

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

Título	Autor e Ano de publicação	Desenho do estudo e nível de evidência (JBI, 2014)	Objetivo do estudo	Resultados
<i>Improving In-Hospital Cardiac Arrest Process and Outcomes With Performance Debriefing</i>	Edelson, D., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D., Vanden Hoek, T., Becker, L. & Abella, B. (2008)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	Avaliar os efeitos combinados da realização de <i>feedback</i> audiovisual e de <i>debriefing</i> , na qualidade da RCP e <i>outcomes</i> para os pacientes.	- O <i>debriefing</i> em equipa multidisciplinar melhora a compreensão das diretrizes, aumenta o nível de conforto e desempenho com reanimações e melhora a capacidade de liderança.
<i>Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study</i>	Cantu, L., & Thomas, L. (2020)	Nível 4.b <i>Cross-sectional study</i>	- Descrever o bem-estar da equipa clínica do serviço de emergência do hospital comunitário de Connecticut, imediatamente antes do início da COVID-19. - Identificar as perceções sobre incidentes críticos e intervenções baseadas em <i>debriefings</i> pós-evento.	- Os profissionais vivenciaram ansiedade, <i>burnout</i> , e <i>stress</i> traumático secundário a níveis previamente identificados como prejudiciais à saúde pessoal e pública. - Todos os inquiridos que realizaram o <i>debriefing</i> de um incidente crítico com a sua equipa consideraram uma experiência útil para o seu bem-estar.
<i>The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses</i>	Lyman, K. (2021)	Nível 3.e <i>Observational study without a control group</i>	Examinar a relação entre os <i>debriefings</i> pós-ressuscitação e as perceções do trabalho em equipa dos enfermeiros do serviço de urgência.	- Relação positiva entre os <i>debriefings</i> e as perceções do trabalho em equipa. - 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.

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

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

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

Título	Autor e Ano de publicação	Desenho do estudo e nível de evidência (JBI, 2014)	Objetivo do estudo	Resultados
<i>Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety</i>	Cincotta, D., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um processo viável de <i>debriefing</i> imediato e de <i>feedback</i> para a gestão emergente das vias aéreas. - Contribuir para a diminuição da frequência de eventos adversos relacionados com a intubação. - Implementar melhorias qualitativas na segurança do doente através da reflexão e <i>feedback</i> da equipa (<i>debriefing</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Viabilidade de realização do <i>debriefing</i> imediato com duração média de 5 minutos. - O <i>debriefing</i> contribuiu para a diminuição do efeito adverso durante a entubação orotraqueal: 78% das crianças submetidas a entubação orotraqueal não demonstraram sinais de hipoxia ou hipotensão em comparação com 49% na coorte de pré-intervenção.
<i>Improving In-Hospital Cardiac Arrest Process and Outcomes With Performance Debriefing</i>	Edelson, D., Litzinger, B., Arora, V., Walsh, D., Kim, S., Lauderdale, D., Vanden Hoek, T., Becker, L. & Abella, B. (2008)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	Avaliar os efeitos combinados da realização de <i>feedback</i> audiovisual e de <i>debriefing</i> , na qualidade da RCP e <i>outcomes</i> para os pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do <i>debriefing</i> é eficaz na melhoria objetiva e mensurável da qualidade da RCP e sobrevivência inicial do paciente que sofre paragem cardíaca intra-hospitalar. - Efeitos específicos da realização do <i>debriefing</i> na qualidade da RCP e nos <i>outcomes</i> para o paciente: diminuição da frequência de ventilação, aumento da profundidade das compressões torácicas, aumento na taxa de retorno da circulação espontânea (ROSC).
<i>Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes</i>	Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A., Nishisaki, A., Niles, D., Meaney, P., Boyle, L., Giordano, R., Davis, D., Priestley, M.,	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	- Avaliar a eficácia e efeitos de um programa interdisciplinar, de <i>debriefing</i> quantitativo, pós-evento, para melhorar os <i>outcomes</i> de sobrevivência, e a qualidade das compressões torácicas, após eventos de compressão torácica pediátrica intra-hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - O <i>debriefing</i> após RCP foi associado a melhoria da sobrevivência, com melhoria de 29% para 50% relativa ao <i>outcome</i> neurológico. - A qualidade das compressões torácicas

	Apkon, M., Berg, R., Nadkarni, V., & Sutton, R. (2014)			foi superior durante o período de intervenção comparado com o período pré-intervenção: melhoria da frequência, profundidade, fração de RCP (tempo de realização e interrupção das compressões). Verificou-se melhoria da ROSC de 72% para 81%.
<i>Use of provider Debriefing to Improve Fast-Track Extubation Rates Following Cardiac Surgery at an Academic Medical Center</i>	Goldhammer, J., Dashiell, J., Davis, S., Torjman, M., & Hirose, H. (2017)	Nível 3.c <i>Cohort study with control group</i>	Validar se a realização de debriefing e feedback clínico sobre o sucesso ou fracasso da FTE (<i>fast-track extubation</i>), melhora a taxa de sucesso da FTE	- A implementação do <i>debriefing</i> aumentou a taxa de sucesso da FTE, em doentes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva, de 55,6% pré-intervenção para 75% pós intervenção.

DISCUSSÃO

Através da leitura dos dados obtidos com a evidência científica analisada, identificaram-se efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica e efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica.

Efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar, em contexto de cuidado à pessoa em situação crítica

O *debriefing*, no seio da equipa multidisciplinar, visa ser promotor de autoconhecimento, crescimento e melhoria individual e coletiva, com efeito ao nível do trabalho em equipa. A realização de *debriefing* demonstrou ser estimuladora de partilha, partilha esta que os próprios profissionais consideraram ser útil para a promoção do seu bem-estar (Cantu & Thomas, 2020) traduzido num benefício psicológico (Gilmartin et al., 2020), pelo que se compreende que tem potencial enquanto ferramenta útil para os profissionais na gestão do seu stress em situações de emergência (Rose et al., 2022). Os enfermeiros referiram que o seu nível de conforto em situações de reanimação, após realização de *debriefing*, aumentou (Aponte-Patel et al., 2018), tanto pelo melhor desempenho e conhecimento do reanimador na situação de ressuscitação cardíaca em si (Edelson et al., 2008), como pela melhoria do nível de auto-confiança (Lyman, 2021) e pelo aumento da sua

consciência situacional (Lyman, 2021). A equipa multidisciplinar eleva o *debriefing* como promotor de sentimento de pertença na equipa espelhado pela partilha de emoções comuns que diminuem a sensação de “estar sozinhos” (Rose et al., 2022). A exploração de emoções durante o *debriefing* contribuiu para o reconhecimento emocional positivo por toda a equipa (Rose et al., 2022), com experiência de emoções semelhantes, e manifesto de um sentimento de segurança. Os profissionais de saúde acrescentam ainda que a realização de *debriefing* aumentou a sua capacidade de liderança (Edelson et al., 2008; Lyman, 2021), fundamental em situações de reanimação, por permitir um maior controlo da situação em si e uma maior organização da equipa, com atribuição de funções e promoção de *feedback* aos elementos sobre a sua *performance*, tal como preconiza a *American Heart Association* (Kronick et al., 2015). O *debriefing* promoveu ainda a cooperação entre os profissionais (Lyman, 2021), melhorou a comunicação entre a equipa multidisciplinar (Cincotta et al., 2021; Lyman, 2021) e a relação entre os seus elementos (Rose et al., 2022). Enquanto partilha, o *debriefing* promove a qualidade dos cuidados, bem como a prática clínica (Gilmartin et al., 2020), demonstrando ser um momento relevante para a prática, e útil para os profissionais uma vez que os direciona e orienta a fazer melhor numa situação seguinte, num cuidado futuro (Rose et al., 2022). Compreende-se assim que, espelhando o que os estudos comprovam, a realização de *debriefing* ajudou a promover o trabalho em equipa (Rose et al., 2022; Cincotta et al., 2021) o que, conseqüentemente, se traduz em melhor cuidado à pessoa em situação crítica.

Efeitos do *debriefing* na pessoa em situação crítica

Ao nível do cuidado à pessoa em situação crítica, o *debriefing* tem contribuído, particularmente, para a melhoria na gestão da via aérea e na qualidade da reanimação cardíaca. A realização de *debriefing* estruturado demonstrou ser eficaz ao nível da segurança do doente, com redução do evento adverso, ao promover uma melhoria mensurável da taxa de entubação orotraqueal pediátrica, sem hipoxia ou hipotensão associadas que, por si só, definem piores *outcomes* neurológicos e potencial morte. Ao nível da manipulação da via aérea, com entubação orotraqueal sem intercorrências hemodinâmicas, verificou-se uma melhoria de 49% para 78% de sucesso (Cincotta et al., 2021). No que respeita à gestão da via aérea, um dos estudos concluiu que a extubação precoce/rápida, até um máximo de 6 horas após admissão numa unidade de cuidados intensivos, num contexto de pós-operatório de cirurgia cardíaca eletiva, atingiu uma taxa de sucesso superior com a realização de *debriefing*, nomeadamente, de 55,6% de sucesso pré intervenção para 75% pós intervenção

(Goldhammer et al., 2017). Ao nível da reanimação cardíaca, estudos comprovaram a potencialidade do *debriefing* na melhoria da qualidade da mesma, com consequente aumento das taxas de sobrevivência inicial do doente, uma vez que estão correlacionadas (Edelson et al., 2018; Wolfe et al., 2014). A combinação de *debriefing* com *feedback* audiovisual em tempo real, melhorou a qualidade da reanimação cardiopulmonar comparativamente ao recurso único ao *feedback* audiovisual, traduzindo-se em melhoria da frequência de ventilação (com diminuição da mesma), e da profundidade e frequência das compressões torácicas (com aumento das mesmas), com consequente aumento da taxa de retorno espontâneo da circulação (ROSC) (Edelson et al., 2008). A implementação do *debriefing* demonstrou ainda uma melhoria ao nível da qualidade das compressões torácicas no que respeita à diminuição do tempo de interrupção entre compressões (Edelson et al., 2008; Wolfe et al., 2014). No estudo de Edelson et al. (2008) há referência a uma diminuição das pausas pré e pós choque (em contexto de necessidade de desfibrilhação) e de aumento de administração de choques apropriados (face ao ritmo cardíaco detetado), o que se traduziu em melhoria da ROSC. No estudo de Wolfe et al. (2014) há evidência de uma melhoria com a realização de *debriefing*, de 72% para 81% da taxa de ROSC, bem como uma melhoria de 29% para 50% no *outcome* neurológico do doente, depois de eventos com necessidade de realização de compressões torácicas intra-hospitalares.

Considerámos algumas limitações na presente *scoping review* nomeadamente no que respeita a diversidade de evidência encontrada. A utilização de outras bases de dados, o recurso a literatura cinzenta e a inclusão de artigos disponibilizados de forma não gratuita, poderiam ter representado um aumento na abrangência dos resultados do fenómeno em estudo encontrados e consequente análise.

CONCLUSÃO

O *debriefing* apresenta-se como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, individual e coletivo, no seio de uma equipa multidisciplinar, espelhando uma oportunidade de melhoria no cuidado à pessoa em situação crítica. Compreende-se que o aumento do bem-estar psicoemocional dos profissionais, o aumento da confiança e do conforto em situações de cuidado crítico, e a otimização da capacidade de trabalho em equipa com comunicação e liderança eficazes, decorrentes da realização de *debriefing*, traduzem melhorias significativas na equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica.

O *debriefing*, ao encorajar a reflexão e permitir a discussão sobre a ação, melhora a *performance* das equipas, com aumento das taxas de sucesso em ressuscitação cardiopulmonar, contribuindo assim para melhorias mensuráveis e qualitativas na segurança da pessoa em situação crítica, reduzindo efeitos adversos, antecipando ameaças latentes e otimizando o *outcome* clínico. O *debriefing* revela-se assim fulcral na área da saúde, de fácil acesso e de baixo custo. Torna-se óbvio assumir que é imperativo que as equipas multidisciplinares se familiarizem com o conceito de *debriefing*, pesquisem qual a ferramenta que mais se adequa ao seu contexto específico de cuidado e, com a formação adequada, introduzam a reflexão partilhada na sua prática clínica. A implementação do *debriefing* visa um cuidado refletivo, com benefício tanto para quem cuida, como para quem é cuidado. É fulcral que se registem os momentos de *debriefing* em equipa, que se registem de forma rigorosa os cuidados prestados e que a investigação sobre o *debriefing* e os seus efeitos se multiplique para que melhor se compreenda a sua dimensão e o seu potencial de melhoria da qualidade na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Cantu, L., Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00372-5>

Cincotta, D.R., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emergency Medicine Australasia*, 33(5), 780-787. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>

Coggins, A., De Los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20(79), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

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

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

Goldhammer, J. E., Dashiell, J. M., Davis, S., Torjman, M. C., & Hirose, H. (2017). Use of Provider Debriefing to Improve Fast-Track Extubation Rates Following Cardiac Surgery at an Academic Medical Center. *American journal of medical quality: the official*

journal of the American College of Medical Quality, 33(2), 172–176.
<https://doi.org/10.1177/1062860617712859>

Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. *Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

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

Kronick, S. L., Kurz, M. C., Lin, S., Edelson, D. P., Berg, R. A., Billi, J. E., Cabanas, J. G., Cone, D. C., Diercks, D. B., Foster, J. J., Meeks, R. A., Travers, A. H., & Welsford, M. (2015). Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132 (18), 397–413.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000258>

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

Malik, A. O., Nallamotheu, B. K., Trumpower, B., Kennedy, M., Krein, S. L., Chinnakondepalli, K. M., Hejjaji, V., & Chan, P. S. (2020). Association Between Hospital Debriefing Practices With Adherence to Resuscitation Process Measures and Outcomes for In-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(11).
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006>

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

Rose, S. C., Ashari, N. A., Davies, J. M., Solis, L., & O'Neill, T. A. (2022). Interprofessional clinical event debriefing - Does it make a difference? Attitudes of

emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 695–701. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>

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

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

Wolfe, H., Zebuhr, C., Topjian, A. A., Nishisaki, A., Niles, D. E., Meaney, P. A., Boyle, L., Giordano, R. T., Davis, D., Priestley, M., Apkon, M., Berg, R. A., Nadkarni, V. M., & Sutton, R. M. (2014). Interdisciplinary ICU cardiac arrest debriefing improves survival outcomes. *Critical Care Medicine*, 42(7), 1688–1695. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000327>

**APÊNDICE III - *DEBRIEFING*: ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A
QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS**

Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem

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

Debriefing:

Estratégia para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados

Docente: Prof^a. Dr.^a Maria Manuela Madureira

Orientadores Clínicos: Enf^{ts} Sónia Lima e Cláudia Jesus

Discente: Ana Verónica da Fonseca Lino,

Nº 192021048

Lisboa

Abril, 2022

Este trabalho surge após a realização do projeto individual de aprendizagem proposto na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Nele estabeleci como objetivo principal: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência e destaquei como objetivo específico: Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados no âmbito de *debriefing*. Para atingir estes objetivos sugeri a realização de uma revisão da literatura em que apresentasse a minha pesquisa sobre a importância do *debriefing* enquanto estratégia, para melhorar a qualidade e segurança nos cuidados à pessoa e à sua família em contexto de urgência.

Assim, a revisão que se segue explana várias aplicações do *debriefing*, alguns dos seus benefícios, diversas ferramentas de registo e modelos facilitadores do processo, validados e utilizados na comunidade científica atualmente.

O *debriefing* é um processo de comunicação entre equipa após um evento crítico que permite discussão e reflexão do desempenho da equipa, mas também de cada indivíduo que a constitui. Na área da saúde é um método através do qual as equipas multidisciplinares conseguem analisar a sua ação na prática, desenvolver estratégias que melhorem as experiências dos doentes e minimizar riscos futuros de eventos adversos Gilmartin et al., (2020). Segundo as *guidelines* da *American Heart Association* para a ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência cardiovascular (2020) o *debriefing* constitui também uma etapa do algoritmo da ressuscitação. É feito no final do evento crítico através do *feedback* da equipa sobre o sucedido, com o objetivo de melhorar o desempenho da equipa e a atuação da mesma em situações subsequentes.

Dufrene e Young (2014) referem-se ao *debriefing* como uma reflexão guiada utilizada na área da saúde no âmbito de aprendizagem em prática simulada. Na sua revisão estudaram a eficácia do *debriefing* através da análise de estudos que comparam as diferentes estratégias de *debriefing* e a perceção de um grupo de enfermeiros, médicos anestesistas, estudantes de enfermagem e medicina, da sua utilidade. Os resultados indicaram que o processo é eficaz verificando evolução no desempenho dos indivíduos em estudo, assim como na auto-perceção das suas competências. Referem ainda que todas as formas de *debriefing* analisadas são válidas, não havendo influência da utilização de uma em específico, no entanto existem resultados positivos ao alternar diversos métodos.

Kessler et al. (2015) vieram corroborar as definições acima descritas e classificam o *debriefing* em 3 momentos: “quente (*hot*)”, “morno (*warm*)” e “frio (*cold*)”. O primeiro

realiza-se imediatamente após a emergência/urgência, o segundo algumas horas após e o último, semanas depois. Há evidência da utilização do “*hot debriefing*” como estratégia vantajosa para melhorar a qualidade dos cuidados, uma vez que é realizado logo após o evento crítico, antecipando intervenções, criando um ambiente de maior adesão da equipa e consequentemente melhorando o desempenho da mesma nos próximos eventos (Gilmartin et al., 2020). A função do *debriefing* é destacar aspetos positivos da situação em análise e identificar aqueles que podem ser melhorados otimizando a performance individual e multidisciplinar contínua (Kessler et al., 2015). No entanto, os mesmos autores alertam para o foco da análise não passar apenas por situações de carácter técnico, mas também incluir questões interpessoais que possam ser consideradas disfuncionais, comportamentos e/ou emoções. Assim, o *debriefing* pode ser dividido em duas etapas: observação reflexiva dos profissionais e conceptualização da ação, identificando novos conceitos que possam ser desenvolvidos em práticas futuras (Mullan et al., 2014). Pretende-se que este processo seja feito num ambiente seguro, privado, confortável, com o mínimo de estímulos externos e adaptado ao número de pessoas da equipa. Em, 2015 os mesmos autores evidenciam a importância da documentação deste processo para a avaliação de benefícios futuros em saúde e propõem uma ferramenta de registo. Esta teria que se realizar imediatamente após o evento crítico e no local onde este ocorreu, nomeando-a de DISCERN (*Debriefing In Situ Conversation in Emergency Room Now* - Anexo I).

Rose e Chang em 2018, apresentaram um novo mecanismo de intervenção na área do *debriefing* que pretendia facilitar a utilização do mesmo, em contexto de emergência, o INFO (*Immediate. Not for personal assessment. Fast/feedback/facilitated. Opportunity* – Anexo II). A realização deste deve ser feita também no imediato após o evento crítico ou assim que possível, não pretende avaliar/criticar um individuo em particular, proporcionando um ambiente seguro para a reflexão, deve ser rápido (10- 15 minutos no máximo), espera-se um *feedback* de toda equipa sobre o que correu bem e o que podia ser melhorado, é facilitado/mediado pelo enfermeiro responsável pelo turno e constitui uma oportunidade para colocar questões e clarificar/identificar áreas para melhorar o cuidado ao doente. Atualmente este modelo é utilizado pelo departamento de urgência do Hospital General Rockyview em Calagry no Canadá e foi implementado em 4 serviços de urgência para adultos em Calgary, no Hospital pediátrico de Alberta, no Canadá e no serviço de urgência do Hospital comunitário em Aidrie, também no Canadá (Rose et al., s.d).

Apesar da literatura evidenciar contributos para a qualidade e segurança nos cuidados, verificam-se algumas barreiras na realização de *debriefings*. A falta de um espaço

apropriado, de pessoas com formação para liderar as sessões, de tempo e fatores como a falta de interesse de alguns profissionais, o medo da crítica e ainda a descrença nos seus benefícios são das mais apontadas (Sandhu et al., 2014).

Durante este estágio percebi que não é habitual realizarem-se *debriefings* após situações críticas e ao longo do mesmo questioneei a equipa de forma informal sobre o motivo de não o fazerem. Muitos responderam falta de formação ou conhecimento sobre o tema, falta de recursos humanos e o mais frequente foi mesmo a falta de tempo. Walker, et al. (2020) sugerem o modelo STOP5 (Anexo III), para tentar colmatar esta limitação temporal. Neste modelo qualquer membro da equipa envolvida na situação crítica pode liderar e começa por agradecer à equipa o seu desempenho, certificando-se do bem-estar de todos. Dá continuidade ao processo informando que o *debriefing* que se sucede terá a duração de 5 minutos e o seu propósito será apenas melhorar a qualidade dos cuidados do doente não tendo qualquer tipo de punição ou crítica individual. A participação de todos os membros é bem-vinda, mas não tem carácter obrigatório e é assegurada a confidencialidade da informação discutida na sessão. Depois sumariza-se o caso de forma breve, identifica-se o que correu bem e o que se pode melhorar terminando com o reconhecimento de pontos de ação e responsabilidades.

A melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa e à sua família é uma preocupação constante dos profissionais de saúde e constitui um desafio diário para os mesmos dada a crescente complexidade dos cuidados. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 aprovado pelo despacho 9390/2021, está estruturado em 5 pilares e tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS (Serviço Nacional de Saúde) incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (Despacho nº 9390/2021, 2021, p.98). O *debriefing* ao encorajar a reflexão e permitir a discussão sobre a ação melhorando a performance das equipas, contribui para atingir alguns dos objetivos definidos no PSND nomeadamente no âmbito dos pilares da comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

Em suma, o *debriefing* é uma ferramenta importante, de fácil acesso e de baixo custo que deve ser utilizada na prática clínica. É uma “conversa guiada e reflexiva de aprendizagem” (Coggins et al., 2020, p.1) que visa melhorar a comunicação multidisciplinar,

desenvolver o espírito reflexivo da equipa, capacitar os profissionais de saúde e reconhecer ameaças latentes à segurança do doente, proporcionando oportunidades para intervenções preventivas. Ressalvo ainda a importância do *debriefing* psicológico na promoção da saúde mental dos profissionais de saúde, uma temática ainda pouco desenvolvida, mas que autores como Escudero (2008) e Mitchell et al. (2003) afirmam reduzir distúrbios emocionais e minimizar o impacto de eventos pós-traumáticos.

Referências Bibliográficas

Berg, K. M., Cheng, A., Panchal, A.R., Topjan, A.A., Aziz, K., Bhanji, F., Bigham, B.L., Hirsch, K. G., Hoover, A. V., Kurz, M. C., Levy, A., Lin, Y., Magid, D.J., Mahgoud, M., Peberdy, M. A., Rodriguez, A. L., Sasson, C. & Lavonas, E. J. (2020). Part 7: Systems of Care. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142, 580-604. <https://www.ahajournals.org/journal/circ>

Coggins, A., De los Santos, A., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20 (79), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>

Despacho nº 9390/2021, de 24 de Setembro. Diário da República, 2ª Série – Nº 187. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 96-103.

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

Escudero, J. M. S. (2008). Una revisión acerca del *debriefing* como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés pos traumático). *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 198-205.

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9, 1-5. <https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000913>

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

Mitchell, A. M., Sakraida, T. J. & Kameg, K. (2003). Critical Incident stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, 1(2), 46-51.

Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.

Rose, S. & Cheng, A. (2018). Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *CJEM.JCMU*, 20 (5), 781-785. <https://doi.org/10.1017/cem.2018.369>

Rose, S., Norrena, L. & Leckie, L. (s.d). Info Clinical Debriefing. Consultada a 10 de Abril de 2022. <https://infodebriefing.com/about/>

Sandhu, N., Eppich, W, Mikrogianakis, A., Grant, V., Robinson, T. & Cheng, A. (2014) Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM*, 16(5), 383-392. <https://doi.org/10.2310/8000.2013.131136>

Walker, C. A., McGregor, L. Taylor, C. & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 7(4), 259 – 266. <https://www.ceemjournal.org/journal/view.php?doi=10.15441/ceem.19.086>

ANEXO I - Debriefing In Situ Conversation in Emergency Room Now

Texas Children's Hospital - Debriefing In Situ Conversation in Emergency Room Now (DISCERN) Form		
This info is privileged and confidential pursuant to TX Health & Safety Sections 101.031-033, TX Occupations Code Section 160.007 &/or TRCP 192.8		
ALL patients need this section completed - NURSE must decide with the doctor whether a debrief is necessary for EVERY resuscitation	Fill out this section only if debriefing occurs	Fill out this section during the debriefing [Person writing <u>ops</u> the person leading debriefing] (Write on the back of form if there is not enough space)
<p>Place Patient Sticker Here</p> <p>1. Date (MM/DD/YY) <input type="text"/></p> <p>2. Physician Team Leader <input type="text"/></p> <p>3. 1st Name filling this out: <input type="text"/></p> <p>4. If team leader & 1st nurse together decide not to do a debriefing, state reasoning: <input type="checkbox"/> Too many urgent patient care issues to make time <input type="checkbox"/> Did not feel it was needed. (check one box to the right) <input type="checkbox"/> Other reason: <input type="text"/></p> <p>5. Resuscitation Type (check all that apply) <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Medical (includes stroke) <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Pediatric <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Defibrillation <input type="checkbox"/> Code 3 Trauma Activation <input type="checkbox"/> CME</p> <p>6. Interventions (check all that apply) <input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/> Defibrillation <input type="checkbox"/> Code 3 Trauma Activation <input type="checkbox"/> CME</p> <p>7. Time Resuscitation Ended: <input type="text"/> (Either "time of death" or "time left EC", whichever was lit)</p> <p>8. Patient outcome: <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Expired</p>	<p>1. Members Present [X] box if present during debriefing</p> <p><input type="checkbox"/> Chaplain <input type="checkbox"/> Charge Nurse <input type="checkbox"/> Child Life <input type="checkbox"/> Family Advocate <input type="checkbox"/> Pediatric Emerg Medicine Fellow <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Physician Team Leader <input type="checkbox"/> Primary/Documenting Nurse <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> Respiratory Therapist <input type="checkbox"/> Secondary Nurse <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Other:</p> <p>3. Debriefing Physician Team Leader Name: <input type="text"/></p> <p>5. Debriefing Documenter Name: <input type="text"/> (NOT same as #2 above; can be RN or Dr.)</p>	<p>1. Time Debriefing Started: <input type="text"/></p> <p>2. What went well during our care for the patient? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. What could have gone better during our care for the patient (AND potential solutions if able)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. Was the Physician Team Leader (PTL) the <u>only</u> doctor calling out medication orders? YES NO</p> <p>4. Was anyone confused at any time during the resuscitation about who was the PTL? YES NO</p> <p>5. Time Debriefing Ended: <input type="text"/></p> <p>6. Note: *If anyone wants counseling support, please see referral numbers at the bottom of this form*</p>
<p>Advice for Running A Team Debriefing</p> <p>1. Pick a quiet or isolated space if possible - start by thanking members for being present & encouraging all members to participate.</p> <p>2. State: "The purpose of debriefing is for education, quality improvement, & emotional processing; it is not a blaming session. Everyone's participation is welcome & encouraged."</p> <p>3. State: "These debriefings usually take several minutes and if you have urgent issues to attend to, you are welcome to leave at any time."</p> <p>4. State: "I will briefly review the patient's summary and then we as an entire team can discuss what went well and what could have gone better. Please feel free to ask any questions."</p> <p>5. Proceed as team leader with a brief summary of the patient's course (1-2 minutes) and then proceed to the group discussion. Documenter [not team leader] records on this form.</p> <p>* If anyone needs or requests referral for free counseling, call the appropriate institution at 832-824-3527 (TCH) or 713-560-3127 (BCM) Updated 2/3/2017</p>		

Figure. Sample debriefing instrument: DISCERN.

Fonte: Kessler et al (2015), p. 694

Anexo II - INFO

INFO
DEBRIEFING TOOL

Basic Assumption:
"We believe that everyone participating in patient care is intelligent, capable, cares about doing their best and wants to improve!"
Adapted from Dr. Charles R. Swartz for Medical Resuscitation, Boston

<p style="text-align: center;">SUGGESTED FLOW</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thank group for taking time to gather <input type="checkbox"/> Allocate scribe and timekeeper <input type="checkbox"/> Go through INFO mnemonic i.e. the rules <input type="checkbox"/> Ask each participant for feedback making sure they do both plus and delta before moving on to the next person. <input type="checkbox"/> Document feedback <input type="checkbox"/> Record any recommendations that the group decides on <input type="checkbox"/> Remind group of resources if more support is needed <input type="checkbox"/> Note - INFO does not replace normal process <input type="checkbox"/> Ask if there are any final questions <input type="checkbox"/> Thank group for taking part in INFO 	<p>NB - It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation</p> <p style="text-align: center;">INFO</p> <p>I - Immediate - as soon as possible after the event.</p> <p>N - Not for personal assessment - INFO is a safe environment.</p> <p>F - Fast - 10-15 minutes maximum / Feedback - expected that all members of the team will take part in a "plus / delta" format i.e. plus = what went well / delta = what could be done differently.</p> <p>Facilitated - by the nurse clinician in charge of the unit for the shift.</p> <p>O - Opportunity - to ask questions / clarify events / identify areas to improve patient care.</p>
<p style="text-align: center;">PLEASE REMEMBER</p> <ul style="list-style-type: none"> • INFO does not replace the normal process surrounding critical events • It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation • Try to identify participants who you think would benefit from further counselling and approach them with the details for EFAP or PFSP 	<p style="text-align: center;">FOLLOW UP</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Employee and Family Assistance Program (EFAP) 1-877-275-3134 (KHS Staff) <input type="checkbox"/> The Physician and Family Support Program (PFSP) 1-877-727-4637 (AMA) <input type="checkbox"/> RLS
<p>RECOMMENDATIONS FROM GROUP</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Dr. Stuart Rose

INFO
DEBRIEFING TOOL

<p>PLUS (What went well)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>DELTA (What you would like to do differently)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>FEEDBACK</p> <p>Time INFO session started: _____ (DD:MM format)</p> <p>Choose 1 or 2 topics from above and discuss why it went well or what could be done differently. Please record topics and relevant comments.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Time INFO session ended: _____ (DD:MM format) Total Time: _____</p>	
<p style="text-align: center;">DEMOGRAPHICS</p> <p>Site - RGH FMC SHC PLC</p> <p>Date (YY:DD:MM)</p> <p>Indication for INFO Session</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Level 1 Trauma <input type="checkbox"/> Requested <p>Reason requested _____</p> <p>Location of resuscitation _____</p> <p>Final ER diagnosis _____</p>	<p style="text-align: center;">TEAM MEMBERS</p> <p>RS Facilitator (RNF) _____</p> <p>Physician Team Leader (PTL) _____</p> <p style="text-align: center;">Present at INFO session</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ER MD <input type="checkbox"/> ER RN <input type="checkbox"/> ER NA <input type="checkbox"/> Social worker <input type="checkbox"/> Residents <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Respiratory Therapist <input type="checkbox"/> Other _____ <p>Total number people present _____</p>

Dr. Stuart Rose

Fonte: Rose e Chang (2018), p. 783-784.

Anexo III – STOP 5

STOP for 5 Minutes

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

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

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

Enter E Number Here:

Please **DO NOT** Apply Addressograph Labels

HOT DEBRIEF	Type of Case (tick) <input type="checkbox"/> Medic One <input type="checkbox"/> Enhanced or Code <input type="checkbox"/> Red Trauma Call <input type="checkbox"/> Death in Resus <input type="checkbox"/> Staff Triggered	Please list all staff members present This form completed by: _____
Summarise the case		
Things that went well		
Opportunities to improve		
Points to action and responsibilities		Include staff member to address each point:
<input type="checkbox"/> HOT DEBRIEF not completed Reason: _____		Is a COLD DEBRIEF required? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE

Fonte: Walker et al., (2020). p. 262

APÊNDICE IV – REFLEXÃO SOBRE UM CASO NA ÁREA DO TRAUMA

Universidade Católica Portuguesa

Mestrado em Enfermagem

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

Reflexão sobre um caso na área do trauma

Docente: Prof^ª. Dr.^a Maria Manuela Madureira

Orientadores Clínicos: Enf^ªs Sónia Lima e Cláudia Jesus

Discente: Ana Verónica da Fonseca Lino,

Nº 192021048

Lisboa

Abril, 2022

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

BO – Bloco Operatório

CODU – Centro de Orientação de Dentes Urgentes

DVE – Drenagem Ventricular Externa

EOT – Entubação Orotraqueal

EV - Endovenoso

FiO2 – Fração Inspirada de Oxigénio

GCS – Escala de Coma de Glasgow

████████████████████

PAM – Pressão Arterial Média

PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

SCMV(+) – Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada

SUC – Serviço de Urgência Central

TAC-CE - Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica

TAC- MF - Tomografia Computorizada Maxilo Facial

TAC-TAP - Tomografia Computorizada Toraco-Abdomino-Pélvica

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TOT – Tubo orotraqueal

TVM – Traumatismo Vertebro medular

VC – Volume Corrente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizei um projeto individual de aprendizagem. Nele estabeleci como objetivo principal: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no domínio do cuidado especializado à pessoa em situação crítica e à sua família, em contexto de urgência e destaquei como objetivo específico: Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família em contexto de urgência. Para a concretização destes objetivos propus a realização de várias atividades, entre elas, a mobilização de conhecimentos relativos à área do trauma. O trabalho que se segue pretende expor um caso clínico na área do trauma, em que demonstre conhecimento na abordagem deste tipo de doentes e refletir sobre a gestão de respostas de adaptabilidade individual à situação. Para facilitar o processo de reflexão irei utilizar o ciclo reflexivo de Gibbs.

Descrição

Atualmente encontro-me a estagiar no Serviço de Urgência Central (SUC) do ■■■■■, ficando alocada com mais frequência nas salas de reanimação. Este hospital contempla um centro de referência na área do trauma e tem estruturada uma via verde para este tipo de doentes, a via verde trauma. Esta é iniciada com a chamada do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para a equipa de enfermagem, que informa do transporte do doente, as condições em que vai chegar, assim como, as características do acidente de forma muito sumária.

Num dos turnos que realizei este mês, após informação do CODU esperava-se um jovem de 16 anos, vítima de acidente de bicicleta, politraumatizado com Traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave e traumatismo facial após impacto em pilar de betão. Segundo os bombeiros, aquando chegada ao local, encontrava-se obnubilado, tendo sido presenciado um episódio de vómito hemático. No momento da abordagem da equipa Médica de Emergência e Reanimação, estaria vígil com avaliação de score 15 na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Apresentava-se queixoso, tendo sido administrados 0.10 mg de fentanilo, 500 ml de NaCl e ondasetron 8 mg, Endovenoso (EV). A via verde trauma foi ativada e seguidamente informada a equipa médica de anestesia e cirurgia pediátrica do ■■■■■

Na admissão na sala de reanimação, verificou-se alteração do estado de consciência e aparente crise convulsiva com olhar fixo e mioclonia mandibular. Foram administrados 2 mg de diazepam EV com reversão do quadro convulsivo. Mantendo alteração do estado de consciência com GCS 6 foi realizada Entubação Orotraqueal (EOT) com Tubo orotraqueal

(TOT) nº 7,5 via videolaringoscopia sem intercorrências. Manteve-se a cabeceira elevada, maca com plano duro e colar cervical, à observação, sem aparentes desvios da traqueia. Após hiperoxigenação com ventilação manual conectou-se à prótese ventilatória mecânica em modo Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SCMV +) com Volume Corrente (VC) de 410 ml, Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP) de 5, Frequência Respiratória (FR) de 16 e Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) de 100%. Ficou bem adaptado com saturações periféricas de 100 % e boa curva de capnografia.

Para o procedimento foram administrados bólus de sedação com propofol 1% num total de 200 mg EV e iniciou perfusão de propofol a 2% a 12 cc/h por mobilização de membros inferiores. Curarizou-se com rocurônio, 50 mg EV, e analgesiou-se com fentanilo, 0.05mg EV. Procedeu-se à observação do tórax que se encontrava simétrico, equimóvel e sem aparentes pontos de aplicação e/ou deformações.

Hemodinamicamente apresentou hipotensão transitória após EOT, que foi corrigida com administração de fluidoterapia (500 ml de Lactato de Ringer), mantendo a Pressão arterial média (PAM) superior a 60 mmHg. Eletricamente, bradicárdico antes da EOT, com frequência cardíaca na ordem dos 40 bpm e traçado cardíaco rítmico, que posteriormente à ventilação mecânica invasiva ficou normocárdico (70 bpm). Não tinha discrasia hemorrágica visível no momento. Canalizou-se 2 acessos venosos periféricos (AVPs) de grande calibre (nº 14 e nº 16) um no dorso da mão esquerda e outro no sangradouro à direita, colhendo-se sangue para 5 tubos (hemograma, bioquímica, coagulação, tipagem e tromboelastograma). Observou-se a bacia, que não apresentava sinais de hemorragia e encontrava-se estabilizada. Algaliou-se com sonda vesical *folley* nº 16 e observou-se saída de urina amarelada.

As pupilas estavam isocóricas e isoreactivas na admissão, ficaram mióticas após sedação. Não apresentava abertura ocular espontânea, nem qualquer reação a estímulos externos e ou dolorosos. Indicação da cirurgia pediátrica para a administração de cloruro de sódio (NaCl) hipertónico (3%) em bólus.

Estava hiperglicémico, administrou-se 4 Unidades de Insulina actrapid subcutânea.

O jovem apresentava ainda uma ferida profunda com abaulamento da calote craniana na região frontal direita, ligeiramente sangrante, e escoriações ao longo da face e membros superiores.

Realizou-se Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TAC-CE) que revelou fratura do osso frontal à direita, coleção hemática extra-axial, fratura do teto, parede lateral e interna e pavimento da órbita à direita, fratura alinhada da arcada zigomática e asa do esfenoide direita, Tomografia Computorizada Maxilo Facial (TAC-MF) e Tomografia

Computorizada Toraco-Abdomino-Pélvica (TAC-TAP), que não tinham alterações no momento. Efetuou-se contacto com neurocirurgia que decide intervencionar em Bloco Operatório (BO) para eventual descompressão cerebral através de colocação de uma Drenagem Ventricular Externa (DVE) e monitorização da Pressão Intracraniana PIC.

Informou-se a família da situação e foi permitida à mãe e aos irmãos o encontro com o jovem antes deste entrar no BO. Explicou-se o contexto em que iriam encontrar o familiar, o procedimento e a necessidade de intervenção rápida para minorar qualquer sequela. Verificou-se um encontro muito emotivo. Após transporte do rapaz para o BO, a equipa multidisciplinar conversou com a mãe e os irmãos tentando reconfortá-los e mostrando-se disponível para qualquer dúvida. Direcionou-se depois a família para um espaço mais calmo onde ficaram a aguardar pelo final da cirurgia. Por fim procedeu-se aos registos escritos em sistema informático do sucedido.

Sentimentos

No decorrer deste estágio já tinha contactado com doentes vítimas de acidentes de viação, politraumatizados e com TCE. No entanto, foram sempre pessoas em idade adulta. Ao saber que iríamos receber um rapaz com 16 anos fiquei apreensiva devido à pouca experiência na área da pediatria. O primeiro pensamento foi racional, comecei por relembrar em conjunto com a enfermeira orientadora o algoritmo do Suporte Avançado de Vida (SAV) pediátrico, as doses de terapêutica, tipos de fluidoterapia, (soros hipertónicos), material de EOT, tamanhos de colares cervicais e maca com plano duro, aparelhos de monitorização, tentando estar o máximo preparada na primeira abordagem. Rapidamente também me questionei sobre o que iria ver e a gestão das minhas emoções face a toda a situação dada a idade da criança e sabendo que a rapidez, coordenação e organização da nossa intervenção seria fulcral no sentido de minimizar e prevenir lesões secundárias de um TCE.

Á chegada do rapaz já estava mais segura, apesar de manter algum nervosismo dada a complexidade da situação e à incerteza do decorrer da intervenção. Na abordagem senti-me parte integrante da equipa multidisciplinar, através da participação ativa no terreno, mobilizando conhecimentos teórico/práticos e ao mesmo tempo explorando a minha atitude crítica e reflexiva.

Penso que o mais complexo neste episódio, foi a gestão de emoções do encontro entre a mãe e o filho. Tentar compreender sentimentos e emoções daquela mãe ao saber que o filho corria risco de vida e vê-lo imobilizado numa maca em plano duro, com o colar cervical, rodeado de tubos, monitores em constante alarme, com a face ensanguentada, acompanhado

de enfermeiros, médicos e assistentes operacionais foi uma experiência aflitiva. Apesar da consternação do momento, tenho consciência de que a empatia leva as pessoas a ajudarem-se umas às outras, expressando capacidades altruístas e de entreajuda.

Compreendo que estes momentos são de grande fragilidade para os doentes e familiares pelo que é importante prestar um cuidado humanizado, saber ouvir, explicar com calma e sem muitos detalhes técnicos as orientações, mostrando disponibilidade para ajudar.

Avaliação e Análise

O Traumatismo cranioencefálico define-se como “uma lesão do crânio ou das estruturas do sistema nervoso central por ele contidas, que resulta da aplicação de uma força mecânica extrínseca, com sintomas associados atribuíveis a essa lesão” (Santiago & Cunha e Sá, 2006, p. 248). A fisiopatologia desta lesão cerebral pode dividir-se em duas categorias: a lesão primária em que ocorre no momento do impacto, destacando-se a contusão, laceração, lesões de cisalhamento e as hemorragias, e a lesão secundária em que se evidencia a resposta bioquímica e celular ao trauma inicial como é o caso de isquemia, hipercapnia, edema cerebral, hipertensão prolongada, toxicidade de cálcio ou perturbações metabólicas (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Segundo Campbell, Han & Alson (2020) a primeira avaliação da vítima de trauma deve ser feita de acordo com o método CABCADE (Circulation, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Prioriza-se o controlo hemorrágico e seguidamente a permeabilização da via aérea com estabilização da coluna cervical (imobilizar a cabeça em posição neutra, assumindo sempre a possibilidade de coexistir traumatismo vertebro-medular). Posteriormente, há que ventilar e oxigenar, garantir a circulação e controlo de hemorragia, avaliar disfunção neurológica e sinais focais e por fim a expor a área corporal para a observação de lesões e sinais de hemorragia interna. Verifiquei que esta foi a metodologia adotada pela equipa multidisciplinar nomeadamente no momento de admissão do jovem e após a alteração de alguns dos parâmetros já avaliados, como foi o caso do estado de consciência do jovem. Constatei uma resposta coordenada e eficaz por parte da equipa multidisciplinar, em que cada membro, trabalhou para um objetivo em comum, o rápido diagnóstico e atuação terapêutica/cirúrgica, tentando minimizar fenómenos de hipoperfusão e consequente isquemia cerebral (Santiago & Cunha e Sá, 2006).

Relativamente ao encontro da família com o jovem antes de ser intervencionado, valorizo o cuidado da equipa em proporcionar este momento mesmo sabendo que a rapidez da intervenção cirúrgica era essencial no seu prognóstico. Penso que o método inicial da

transmissão da informação à família poderia ter sido outro, nomeadamente o protocolo SPIKES, minimizando o choque da primeira impressão. Considerei importante o encaminhamento da família para uma local mais calmo permitindo a diminuição de estímulos externos, visuais e sonoros, promovendo um ambiente mais íntimo, de união e esperança. Também o tempo despendido pela equipa multidisciplinar para conforto da família e esclarecimento de dúvidas após o jovem ter sido levado para o BO poderia ter-se prolongado.

Buckman, (2005) define más notícias como qualquer informação que envolva mudança drástica na perspetiva do futuro num sentido negativo, o que está evidente neste caso. O mesmo autor sugere a utilização de 6 passos para a transmissão deste tipo de notícias, atualmente conhecido como protocolo SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summarize). Este inicia-se com a preparação da situação, em que se estabelece uma relação de ajuda com o membro da família para facilitar a troca de informações (procurando um espaço reservado, colocando-o sentado se possível e mantendo sempre contacto visual). Seguidamente, perceber o que o familiar sabe sobre a situação para determinar o que entenderam e avaliar uma possível negação, bem como expectativas e preocupações. Depois, pedir permissão para dar a informação, determinando quanta informação a pessoa deseja ou está preparado para receber. Fornece-la, iniciando com um aviso de más notícias, seguido de uma transmissão faseada da mesma, sem detalhes técnicos e falsas esperanças. Abordar dúvidas ou perguntas que possam surgir e no final certificar-se que o familiar entendeu o que foi transmitido. Pretende-se ainda responder às emoções do familiar, abordando as respostas emocionais, facilitando a sua recuperação emocional e reconhecer as próprias emoções através de estratégias como a escuta-ativa, empatia, validação e exploração de sentimentos. Por fim, o autor sugere a organização e o planeamento da ação, com o objetivo de garantir que o que se falou foi claro e abordar possibilidades e alternativas para o futuro.

Conclusão e Planear a Ação

No caso descrito, verificou-se na TAC-CE, fratura do osso frontal à direita, coleção hemática extra-axial, fratura do teto, parede lateral e interna e pavimento da órbita à direita, fratura alinhada da arcada zigomática e asa do esfenoide direita, podendo indicar alguma compressão a nível cerebral e aumento de PIC. O próximo passo será diminuir a PIC que se gera, e uma das técnicas mais utilizadas para o efeito é a drenagem de liquor através da DVE. Esta consiste na introdução de um catéter no ventrículo cerebral que se encontra conectado

a um sistema de drenagem fechado, com o objetivo de drenar liquor (quando necessário), monitorizar a PIC e a Perfusão de Pressão Cerebral (PCC) (Manilha, Santiago & Cunha e Sá, 2015). É evidente que a partir deste momento a vigilância deste jovem terá de ser feita numa unidade de cuidados intensivos.

Segundo Urden, Stacy & Lough, (2008), numa fase precoce, após a lesão o ambiente tem que ser controlado, pois estímulos externos ou dolorosos geram agitação e desconforto, podendo aumentar a pressão intracraniana. Os mesmos autores sugerem a administração de analgésicos e sedativos para proporcionar períodos de repouso. A gestão hemodinâmica e dos balanços hídricos é vital, pois além da gestão de líquidos, as alterações da função cardiovascular e das catecolaminas circulantes contribuem para a instabilidade hemodinâmica. A tensão arterial deve ser monitorizada, de preferência de forma invasiva com colocação de linha arterial, uma vez que a hipotensão num doente com TCE pode indicar outras lesões e hipertensão pode provocar elevação da PIC. A PCC deve ser mantida a um mínimo de 60 mmHg (nos casos de TCE). A capnografia (monitorização de EtCO₂) é salientada nestes casos, para prevenção de hipocapnia e hipercapnia uma vez que também influenciam a PIC. Devem-se manter os cuidados a uma ventilação mecânica invasiva eficaz, através da aspiração de secreções com técnicas que não provoquem a elevação da PIC. Também o posicionamento da cabeça do cliente, (posição neutra da cabeça e a sua elevação a 30°, alinhada com a coluna), a manutenção de uma temperatura corporal e do suporte nutricional adequados previnem o consumo cerebral de oxigénio devido ao aumento do metabolismo e conseqüentemente o aumento dos valores de PIC.

O “TCE é uma das causas *major* de morbidade e mortalidade em todos os grupos etários, sendo um grave problema de saúde pública” (Manilha, Santiago & Cunha e Sá, 2015, p.4). Dada a complexidade da abordagem do doente vítima de TCE, não só pela compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, pela coordenação da equipa multidisciplinar mas também pelos avanços tecnológicos da neuromonitorização, considero essencial a formação e atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde nesta área, quer através de cursos de trauma com práticas simuladas, formação avançada ou mesmo no *debriefing*² entre equipa

² Dufrene e Young (2014) definem o *debriefing* como uma reflexão guiada, sendo que na área de emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo particular relevância no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências.

após uma abordagem a este tipo de doente.

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica é assistir a “pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19363) pelo que futuramente, tentarei privilegiar estratégias de comunicação, com enfoque no âmbito da transmissão de más notícias e na gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

Reconheço que este estágio está a ser uma etapa desafiante em que constantemente tenho de mobilizar conhecimentos teórico-práticos, estabelecer relações de empatia e ajuda, gerir emoções, identificar os principais problemas, priorizar intervenções e adequá-las às diferentes situações e faixas etárias.

Referências bibliográficas

Buckman, R. (2005). *Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy*. *Community Oncology* 2, (2), 138-142. Acedido a 24-03-2022, disponível em: <http://www.icmteaching.com/ethics/breaking%20bad%20news/spikes/files/spikes-copy.pdf>

Campbell, J. E., Han, K. & Alson, R.L. (2020). *Trauma Life Support for Emergency Care Providers*. (9ª ed). Pearson Education.

Manilha, R., Santiago, B. & Cunha e Sá, M. (2015). Traumatismo Cranioencefálico e Vertebromedular. In Ponce, P & Mendes, J. J. *Manual de Medicina Intensiva*. 39-54. Lisboa: LIDEL.

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 enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República, nº 135, Série II. (19359- 19370) de 16-07-2018. Acedido a 28-03-2022, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>

Rodrigues, C. & Pereira, P. M. (2006). Traumatismo torácico. In Ponce, P. *Manual de Urgências e Emergências*. 58-265. Lisboa: LIDEL.

Santiago, B. & Chunha e Sá, M. (2006). Traumatismo Cranioencefálico. In Ponce, P. *Manual de Urgências e Emergências*. 248-253. Lisboa: LIDEL.

Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. (5ª ed.). Loures: LUSODITACTA.

APÊNDICE V – SESSÃO DE FORMAÇÃO – *DEBRIEFING*



DEBRIEFING

Maio, 2022

Mestrado em Enfermagem

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

Elaborado por : Enfermeira Verónica Lino
Docente: Prof. Drª Maria Manuela Madureira
Orientador Clínico: Enfermeira Filipa Ferreira

OBJETIVO

Compreender o processo do *debriefing* em contexto de cuidados intensivos

SUMÁRIO

- Definição de *debriefing*;
- Aspetos importantes no *debriefing*;
- Reflexão sobre as barreiras ao *debriefing*;
- Documentos de registo;
- Benefícios da aplicação do *debriefing*;
- Referências Bibliográficas;

DEFINIÇÃO DE DEBRIEFING

É uma reflexão guiada entre equipa multidisciplinar que visa melhorar a performance dos profissionais através da partilha de experiências sobre os cuidados prestados (Dufrene e Young, 2014)

A função do *debriefing* é destacar aspetos positivos da situação em análise e identificar aqueles que podem ser melhorados, otimizando a performance individual e multidisciplinar contínua (Kessler et al., 2015)

Método através do qual as equipas multidisciplinares conseguem analisar a sua ação na prática, desenvolver estratégias que melhorem as experiências dos doentes e minimizar riscos futuros de eventos adversos (Gilmartin et al., 2020)

ASPETOS IMPORTANTES NO DEBRIEFING

PORQUÊ

Identificar o que correu bem
Identificar aspetos a melhorar
Não dar espaço a lamentações

O QUÊ

Situações devem ter em conta as necessidades/ prioridades do serviço e da equipa
Escolher situações de desempenho técnico e não desvalorizar as de relações interpessoais

QUEM

Deve-se encorajar a participação de todos os membros da equipa
Pode considerar-se a presença de elementos externos ao evento, para partilha de experiências
A liderança é de extrema importância

Kessler et al., 2015

ASPETOS IMPORTANTES NO *DEBRIEFING*



Ambiente amigável, privado
Aberto a questões
Diálogo honesto



"Quente" – Imediato à situação
"Morno" – Horas após o evento
"Frio" – dias ou semanas depois da situação



Evitar a sala de emergência, para a mesma estar operacional
Usar uma sala próxima em caso de *debriefing* imediato
Espaço confortável, mínimo de estímulos externos;
Sala adaptada ao número de pessoas

Kessler et al., 2015 & Mullan et al., 2014

REFLEXÃO SOBRE AS BARREIRAS DO *DEBRIEFING*



Mullan et al., 2014 & Sandhu et al., 2014



SOLUÇÕES



Realizar debriefings

- A equipa deve decidir quais os eventos que justificam *debriefings*;
- Apontar oportunidades de aprendizagem que acontecem diariamente na prática clínica;
- Não limitar os *debriefings* a situações emocionalmente perturbadoras e em que o resultado não foi o pretendido;
- Limitar o tempo das sessões a um máximo de 10 minutos;

Reconsiderar o papel de líder das sessões

- É irrealista garantir alguém dentro de cada equipa com formação na área;
- Líderes participantes, melhoram qualidade da performance da sua equipa em futuras situações comparando com alguém exterior formado na área;
- Uso de ferramentas facilitadoras e guiões para *debrief* apontam resultados positivos e captam a atenção dos profissionais de saúde;

Mullan et al., 2014

DOCUMENTOS DE REGISTOS

- DISCERN - (*Debriefing In Situ, Conversation in Emergency Room Now*), Kessler et al., 2015.
- INFO - (*Immediate. Not for personal assessment. Fast/feedback/facilitated. Opportunity*), Rose e Chang 2018.
- STOP5 - Walker, et al. 2020.



Texas Children's Hospital - Debriefing In Situ Conversation in Emergency Room Now (DISCERN) Form
This info is privileged and confidential pursuant to TX Health & Safety Sections 165.031-033, TX Occupations Code Section 160.007 &/or TRCP 192.5

ALL patients need this section completed - NURSE must decide with the doctor whether a debrief is necessary for EVERY resuscitation	Fill out this section only if debriefing occurs	Fill out this section during the debriefing (Person writing out the person leading debriefing [Write on the back of form if there is not enough space])
<p style="text-align: center;">Place Patient Sticker Here</p> <p>1. Date (MM/DD/YY) _____</p> <p>2. Physician Team leader _____</p> <p>3. 1st Nurse filling this out: _____</p> <p>4. If team leader & 1st nurse together decide not to do a debriefing, state reasoning (check one box to the right) (skip #4 if doing debrief)</p> <p><input type="checkbox"/> Too many urgent patient care issues to make time</p> <p><input type="checkbox"/> Did not feel it was needed.</p> <p>Other reason: _____</p> <p>5. Resuscitation type (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory</p> <p><input type="checkbox"/> Medical (includes seizures)</p> <p><input type="checkbox"/> Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsesless</p> <p><input type="checkbox"/> Intubation</p> <p><input type="checkbox"/> Defibrillation</p> <p><input type="checkbox"/> Code 3 Trauma Activation</p> <p><input type="checkbox"/> CPR</p> <p>6. Interventions (check all that apply)</p> <p><input type="checkbox"/> CPR</p> <p>7. Time Resusc Ended _____</p> <p>(Either "time of death" or "time left EC", whichever was last)</p> <p>8. Patient outcome</p> <p><input type="checkbox"/> Alive</p> <p><input type="checkbox"/> Expired</p>	<p>1. Members Present (TV) (use if present during debriefing)</p> <p><input type="checkbox"/> Chaplain</p> <p><input type="checkbox"/> Charge Nurse</p> <p><input type="checkbox"/> Child Life</p> <p><input type="checkbox"/> Family Advocate</p> <p><input type="checkbox"/> Pediatric Emerg Medicine Fellow</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacist</p> <p><input type="checkbox"/> Physician Team Leader</p> <p><input type="checkbox"/> Primary/Documenting Nurse</p> <p><input type="checkbox"/> Resident</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory Therapist</p> <p><input type="checkbox"/> Secondary Nurse</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>2. Debriefing Physician, Team Leader Name _____</p> <p>3. Debriefing Documenter Name _____ (NOT same as #2 above; can be RN or Dr)</p>	<p>1. Time Debriefing Started: _____</p> <p>2. What went well during our care for the patient? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. What could have gone better during our care for the patient (AOD potential solutions if applicable)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. Was the Physician Team Leader (PTL) the only doctor calling out medication orders? YES NO</p> <p>5. Was anyone confused at any time during the resuscitation about who was the PTL? YES NO</p> <p>6. Time Debriefing Ended _____</p> <p>7. State: "If anyone wants counseling support, please see referral numbers at the bottom of this form"</p>
<p>Advice for Running A Team Debriefing</p> <p>1. Pick a quiet or isolated space if possible - start by thanking members for being present & encouraging all members to participate.</p> <p>2. State: "The purpose of debriefing is for education, quality improvement, & emotional processing; it is not a blaming session. Everyone's participation is welcome & encouraged."</p> <p>3. State: "These debriefings usually take several minutes and if you have urgent issues to attend to, you are welcome to leave at any time."</p> <p>4. State: "I will briefly review the patient's summary and then we as an entire team can discuss what went well and what could have gone better. Please feel free to ask any questions."</p> <p>5. Proceed as team leader with a brief summary of the patient's course (<1 minute) and then proceed to the group discussion. Documenter (not team leader) records on this form.</p> <p>* If anyone needs or requests referral for free counseling, call the appropriate institution at 832-824-3327 (TCH) or 713-500-3327 (BCM)</p> <p style="text-align: right;"><small>Updated 2/3/2012</small></p>		

FILL OUT LEFT SECTION BEFORE PATIENT LEAVES EC

DEBRIEFING FORM

Kessler et al, 2015, p. 694

Figure. Sample debriefing instrument: DISCERN.

INFO DEBRIEFING TOOL

Basic Assumption:
"We believe that everyone participating in patient care is intelligent, capable, cares about doing their best and wants to improve"

<p style="text-align: center;">SUGGESTED FLOW</p> <p><input type="checkbox"/> Thank group for taking time to gather</p> <p><input type="checkbox"/> Allocate scribe and timekeeper</p> <p><input type="checkbox"/> Go through INFO mnemonic i.e. the rules</p> <p><input type="checkbox"/> Ask each participant for feedback making sure they do both plus and delta before moving on to the next person.</p> <p><input type="checkbox"/> Document feedback</p> <p><input type="checkbox"/> Record any recommendations that the group decides on</p> <p><input type="checkbox"/> Remind group of resources if more support is needed</p> <p><input type="checkbox"/> Note - INFO does not replace normal process</p> <p><input type="checkbox"/> Ask if there are any final questions</p> <p><input type="checkbox"/> Thank group for taking part in INFO</p>	<p>NB - It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation</p> <p style="text-align: center;">INFO</p> <p>I - Immediate - as soon as possible after the event.</p> <p>N - Not for personal assessment - INFO is a safe environment.</p> <p>F - Fast - 10-15 minutes maximum /</p> <p>Feedback - expected that all members of the team will take part in a "plus / delta" format i.e. plus = what went well / delta = what could be done differently.</p> <p>Facilitated - by the nurse clinician in charge of the unit for the shift.</p> <p>O - Opportunity - to ask questions / clarify events / identify areas to improve patient care.</p>
<p style="text-align: center;">PLEASE REMEMBER</p> <ul style="list-style-type: none"> • INFO does not replace the normal process surrounding critical events • It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation • Try to identify participants who you think would benefit from further counseling and approach them with the details for EFAP or PFSP 	<p style="text-align: center;">FOLLOW UP</p> <p><input type="checkbox"/> Employee and Family Assistance Program (EFAP) 1-877-273-3134 (AHS Staff)</p> <p><input type="checkbox"/> The Physician and Family Support Program (PFSP) 1-877-767-4637 (AMA)</p> <p><input type="checkbox"/> RLS</p>
<p style="text-align: center;">RECOMMENDATIONS FROM GROUP</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Dr. Stuart Rowe

INFO DEBRIEFING TOOL

<p>PLUS (What went well)</p>	<p>DELTA (What you would like to do differently)</p>
<p>FEEDBACK</p> <p>Time INFO session started: _____ (00:00 format)</p> <p>Choose 1 or 2 topics from above and discuss why it went well or what could be done differently. Please record topics and relevant comments.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Time INFO session ended: _____ (00:00 format) Total Time: _____</p>	
<p style="text-align: center;">DEMOGRAPHICS</p> <p>Site - RGH FMC SHC PLC</p> <p>Date (YY/DD/MM) _____</p> <p>Indication for INFO Session</p> <p><input type="checkbox"/> CPR</p> <p><input type="checkbox"/> Intubation</p> <p><input type="checkbox"/> Level 1 Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Requested</p> <p>Reason requested _____</p> <p>Location of resuscitation _____</p> <p>Final ER diagnosis _____</p>	<p style="text-align: center;">TEAM MEMBERS</p> <p>RN Facilitator (RNF) _____</p> <p>Physician Team Leader (PTL) _____</p> <p>Present at INFO session</p> <p><input type="checkbox"/> ER MD</p> <p><input type="checkbox"/> ER RN</p> <p><input type="checkbox"/> ER NA</p> <p><input type="checkbox"/> Social worker</p> <p><input type="checkbox"/> Residents</p> <p><input type="checkbox"/> ER</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory Therapist</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Total number people present _____</p>

Dr. Stuart Rowe

Rose e Chang 2018, p. 783 - 784

STOP 5

Walker, et al. 2020, p. 262

BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO DO *DEBRIEFING*

- ❖ Otimizar a performance individual e multidisciplinar;
- ❖ Melhorar a comunicação multidisciplinar;
- ❖ Desenvolver espírito reflexivo e crítico de equipa;
- ❖ Capacitar os profissionais a antecipar ameaças latentes à segurança do doente
- ❖ Promover a saúde mental dos profissionais de saúde (Escudero, 2008 e Mitchell et al., 2003)
- ❖ Reduzir distúrbios emocionais;
- ❖ Minimizar o impacto de eventos pós-traumáticos;
- ❖ Ferramenta de fácil acesso e baixo custo;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Despacho n° 9390/2021, de 24 de Setembro. Diário da República, 2ª Série – N° 187. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 96-103.
- Dufrene, C. & Young, A. (2014). Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review. *Nursing Education Today*, 34, 372-376.
- Escudero, J. M. S. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés pos traumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 198-205.
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Mitchell, A. M., Sakraida, T. J. & Kameg, K. (2003). Critical Incident stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, 1(2), 46-51.
- Mullan, P. C., Kessler, D. O. & Cheng, A. (2014). Educational Opportunities With Postevent Debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334.
- Rose, S. & Cheng, A. (2018). Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *CJEMJCMU*, 20 (5), 781-785. <https://doi.org/10.1017/cem.2018.369>
- Sandhu, N., Eppich, W., Mikrogianakis, A., Grant, V., Robinson, T. & Cheng, A. (2014) Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM*, 16(5), 383-392. <https://doi.org/10.2310/8000.2013.131136>
- Walker, C. A., McGregor, L. Taylor, C. & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 7(4), 259 – 266. <https://www.ceemjournal.org/journal/view.php?doi=10.15441/ceem.19.086>

APÊNDICE VI – RESUMO DO POSTER: OS EFEITOS DO DEBRIEFING NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

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

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para saude.sede@ucp.pt em formato **WORD**.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

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

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

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

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

Email de correspondência: cristinasdafonte@gmail.com

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

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

Materiais e Métodos: *Scoping Review*, segundo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020); Critérios de inclusão: População (P) - profissionais de saúde no cuidado à pessoa em situação crítica; Conceito (C) “efeitos do *debriefing*”; Contexto (C) “cuidado à pessoa em situação crítica”; estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, sem friso temporal. Critérios de exclusão: Estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação clínica. Descritores: *Debriefing; Brief interventions; Crisis interventions; Patient care team; Health personnel; Team; Critical Care; Intensive Care; Emergencies*, cruzados com os operadores booleanos [AND] entre descritores de conceitos e [OR] entre sinónimos, no título e resumo. Fontes de pesquisa: Bases de dados internacionais, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e referências bibliográficas dos artigos selecionados. Tipo de estudos: qualquer estudo de natureza primária ou secundária, de opinião ou revisões narrativas. Seleção dos dados: seleção por leitura de títulos, resumos e texto integral por três revisores independentes, sendo as divergências discutidas com toda a equipa de investigação. Processo de extração de dados: Tabela adaptada do “*template study details, characteristics and results extraction*” (Peters et al., 2020), com os seguintes itens de análise: nome do artigo, ano e autores; tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados relevantes.

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

compreendeu-se que o *debriefing* é uma partilha que promove a qualidade dos cuidados, assim como a sua prática clínica (Gilmartin et al, 2020). O *debriefing* demonstrou ser um momento relevante para a prática e útil para os profissionais ajudando-lhes e mostrando-lhes como 'fazer melhor' na situação seguinte (Rose et al., 2022).

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

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

Referências Bibliográficas:

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

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

Cincotta, D.R., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emergency Medicine Australasia*. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>

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

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9, 1-5. <https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000913>

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

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

[6](#)

**APÊNDICE VII – POSTER: OS EFEITOS DO DEBRIEFING NA EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**



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

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

1 INTRODUÇÃO

O que é o debriefing?

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

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

2 OBJETIVO

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

3 MATERIAIS E MÉTODOS

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

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

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



American Translators Association (2022)

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

DESCRITORES

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

Fontes de pesquisa

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

Seleção de dados

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

Processo de extração de dados

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

4 RESULTADOS

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

5 CONCLUSÃO

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

6 PALAVRAS-CHAVE

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

7 REFERÊNCIAS



APÊNDICE VIII – RESUMO DO POSTER: OS EFEITOS DO *DEBRIEFING* NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA - PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

25 de novembro 2022

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

Universidade Católica Portuguesa

RESUMO - Posters

Este formulário, após preenchido, e aceites as condições descritas no regulamento dos Posters deve ser enviado para saude.sede@ucp.pt em formato WORD.

Colocar no Assunto do email:

Submissão de Posters – V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

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

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

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

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

Email de correspondência: martassoliveira93@gmail.com

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

melhoria da qualidade em saúde, com crescimento e confiança interdisciplinar, e bem-estar psicoemocional (Kessler et al., 2015).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas:

Gilmartin, S., Martin, L. Kenny, S., Callanan, I. & Salter, N. (2020). *Promoting hot debriefing in an emergency department.* BMJ Open Quality, 9, 1-5.
<https://bmjopenquality.bmj.com/content/9/3/e000913>

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

Kronick et al (2015). Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132 (18), 397–413.

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

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension

for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473

Twigg, S. (2020). *Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives*. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 337–342

**APÊNDICE IX – POSTER: OS EFEITOS DO *DEBRIEFING* NA EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE CUIDADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA - PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW***



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

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

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

1 Introdução

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

2 Objetivo

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

3 Materiais e Métodos

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO -

- P** Equipa multidisciplinar
- C** Todos os conceitos que caracterizem os efeitos do *debriefing* na equipa multidisciplinar (p.e. comunicação, desempenho)
- C** Cuidados críticos

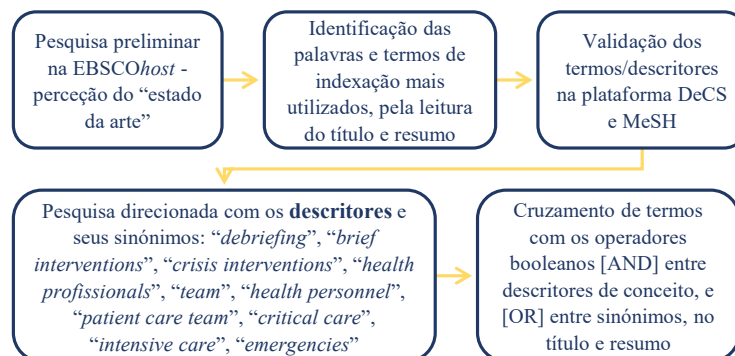
SCOPING REVIEW:
metodologia
Joanna Briggs
Institute

(Peters et al., 2020)

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

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO -

Estudos sobre *debriefing* em contexto de simulação clínica.



4 Resultados

☐ Seleção e análise dos estudos por 3 revisores independentes:

Leitura dos títulos e resumos dos artigos



Análise do texto integral dos artigos selecionados

☐ Cruzamento de dados entre os revisores para consenso dos estudos a incluir; divergências discutir-se-ão com toda a equipa investigadora.

☐ **Processo de seleção dos estudos:** Diagrama de fluxo PRISMA-ScR (PRISMA extension for Scoping Review). (Tricco et al., 2018)

☐ **Processo de extração de dados:** Tabela adaptada do “*template study details, characteristics and results extraction*”.

☐ **Análise dos dados extraídos:** Tabela vertical com descrição do tipo e desenho do estudo, objetivos, população, contexto e resultados.

☐ **Recolha dos dados dos estudos elegíveis:** Apresentada de forma narrativa e descritiva. Recurso a tabelas e/ou diagramas se facilitar a análise dos resultados.

5 Conclusão

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

6 Palavras-Chave

Debriefing, Team, Critical Care

Referências



7. ANEXOS

**ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO POSTER: OS EFEITOS DO
DEBRIEFING NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE
CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

CERTIFICADO

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

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

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


Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

**ANEXO II –CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO POSTER: OS EFEITOS DO
DEBRIEFING NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR EM CONTEXTO DE
CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – PROTOCOLO DE *SCOPING
REVIEW***



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

CERTIFICADO

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

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



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


Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

