



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio:

**O *DEBRIEFING* NO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

DEBRIEFING IN CRITICAL CARE

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Melissa Gonilho Casteleiro

Lisboa, 2023



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio:

**O *DEBRIEFING* NO CUIDADO À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

DEBRIEFING IN CRITICAL CARE

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Melissa Gonilho Casteleiro

Orientador: Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, 2023

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, do então Instituto de Ciências da Saúde, atual Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Este percurso de especialização e mestrado foi realizado ao longo de ano e meio, iniciando-se com a aquisição e desenvolvimento de competências durante a componente teórica integrada no curso, ao que se seguiu uma componente prática sobre a qual recai a maior parte das reflexões aqui desenvolvidas em termos de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica.

O atual relatório tem como objetivo analisar criticamente o percurso desenvolvido e as competências adquiridas em dois contextos de estágio diferentes (Unidade de Cuidados Intensivos e Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos).

Para o desenvolvimento de competências de mestre, foi elaborada uma *scoping review* sobre o tema “O *Debriefing* no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”, que assume especial relevância como elemento-chave para a melhoria na comunicação e performance da equipa, diminuindo a hipótese de erro clínico e assim aumentando a promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

O referencial teórico utilizado neste relatório de estágio, e que surge como linha norteadora do pensamento em Enfermagem durante a prática clínica, é a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Watson defende uma abordagem holística e centrada na pessoa e família, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo e considerando todas as suas dimensões, nomeadamente emocionais, espirituais e sociais. Watson promoveu a prática de um cuidado humanizado, com ênfase nas relações interpessoais, na empatia e compaixão, um ideal que serviu como fio condutor durante a prática clínica em contexto de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; cuidar; pessoa em situação crítica; *debriefing*

ABSTRACT

This internship report is part of the Master's Degree in Nursing, in the area of specialization in Medical Surgical Nursing: Critically Ill Patient, at the Institute of Health Sciences, currently the Nursing School of the Portuguese Catholic University.

This specialization and master's degree was carried out over a year and a half, starting with the acquisition and development of skills during the theoretical component integrated into the course. This was followed by a practical component, on which most of the reflections developed here fall in terms of acquiring specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of Critically Ill Patient.

The current report aims to critically analyse the path taken and skills acquired in two different internship contexts: Intensive Care Unit and the Infection Prevention and Control and Antimicrobial Resistance Program.

For the development of master's skills, a scoping review was conducted on the topic 'Debriefing in Critical Care'. This assumes special relevance as a key element for improving team communication and performance, reducing the chance of clinical errors, and thereby increasing the promotion of safety for the critically ill patient.

The theoretical framework used in this internship report, and which emerges as a guiding line of thought in Nursing during clinical practice, is Jean Watson's Theory of Human Caring. Watson advocates a holistic, person- and family-centred approach, recognizing the uniqueness of each individual and considering all their dimensions, namely emotional, spiritual, and social. Watson promoted the practice of humanized care, emphasizing interpersonal relationships, empathy, and compassion, an ideal that served as a guiding principle during clinical practice in the context of specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Critically Ill Patient.

Keywords: specialist nurse; care; critically ill patient; critical incident stress debriefing

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

eCPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

GCCT - Gabinete Coordenador de Colheita e Transplante

GCS – *Glasgow Coma Scale*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBİ – *Joanna Briggs Institute*

JCI – *Joint Commission International*

MeSH - *Medical Subject Headings*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

PNPRA – Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos

PNSD 2021-2026 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

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

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

START - *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUG – Serviço de Urgência Geral

TAT – Tripulante de Ambulância de Transporte

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. SÍNTESE DO CONHECIMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO.....	17
2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	23
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos.....	26
2.2. Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos.....	28
3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	31
3.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.....	31
3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica.....	36
3.3. Competências Gerais de Mestre.....	50
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	
Apêndice I – <i>Scoping Review</i>	
Apêndice II – Folha de Passagem de Turno de acordo com a Técnica ISBAR.....	
Apêndice III - Auditoria Central de Limpeza.....	
Apêndice IV – Parecer sobre Limpeza e Desinfecção de Colchões Hospitalares.....	
Apêndice V – Norma sobre Flebites.....	
Apêndice VI - Folha de Instrução de Processo – Cateter Venoso Periférico.....	
Apêndice VII - Relatório de Auditoria Interna sobre Flebites.....	
Apêndice VIII – Póster “ <i>Debriefing</i> na Segurança da Pessoa em Situação Crítica: Protocolo de <i>Scoping Review</i> ”.....	

ANEXOS.....	
Anexo I – Guia de Acolhimento às Famílias/Visitas na UCI.....	
Anexo II – Questionário de Satisfação das Famílias na UCI.....	
Anexo III – Certificado de Presença no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	
Anexo IV – Certificado de Apresentação de Póster no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	
Anexo V – Certificado de Presença nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva.....	
Anexo VI – Protocolo de Sedoanalgesia na UCI.....	
Anexo VII – Escala BPS.....	
Anexo VIII – Escala RASS.....	
Anexo IX – Protocolo de Manutenção de Dador de Órgão.....	
Anexo X – Formulário Observação Higiene das Mãos em UCI.....	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserido no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, do então Instituto de Ciências da Saúde, atual Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (UCP). A sua elaboração espelha o percurso formativo para desenvolvimento de competências que visa a obtenção de título de Enfermeira Especialista, e a posterior discussão em prova pública tem como finalidade a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem.

A Enfermagem é ciência, arte, disciplina, e tida pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro como “profissão que (...) tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde”. Enfermagem é cuidar do outro, como refere Jean Watson (2002), “cuidar é a essência e o núcleo da prática de Enfermagem”, e se o ato de cuidar está documentado desde a Antiguidade, pode dizer-se que “a Enfermagem é uma ocupação que surgiu com a própria vida” (Oliveira, 2009).

A profissão de Enfermagem detém um corpo de saberes teóricos e práticos, que fazem “do enfermeiro um agente apto para agir e cuidar” (Ferreira da Rocha et al, 1996). Para a aquisição deste conjunto de conhecimentos e competências, torna-se fundamental a escola enquanto promotora de formação inicial e formação contínua, “numa perspetiva de *lifelong learner*” (Longo & Firmino, 2022). A formação inicial capacita o enfermeiro para “desenvolver atitudes de análise, de resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de Enfermagem” (Tojal, 2011), permitindo a construção da sua identidade profissional; no entanto, este caminho de aprendizagem não cessa no término da formação inicial, é necessário uma atualização contínua de conhecimentos que permite acompanhar o progresso científico e tecnológico da disciplina de Enfermagem, de forma a desenvolver perfis adequados de competências.

O lema “*Let us never consider ourselves finished, we must be learning all of our lives*” (Wilson, 2015, citando Nightingale, 1800) encontra-se presente na minha prática

profissional, sabendo que somos seres em constante aprendizagem e mudança, em busca de evidência científica recente que permita uma prática diária de cuidados de excelência. É o conhecimento que capacita o enfermeiro “como um profissional qualificado para o cuidado pautado no saber, saber-ser e saber-estar” (Farias et al, 2019).

Surge assim a necessidade, cada vez maior, de diferenciação e especialização em Enfermagem, de forma a desenvolver uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007). Após terminar a Licenciatura em 2019, iniciei o meu percurso profissional enquanto enfermeira generalista num Serviço de Urgência Geral (SUG); frequentei vários cursos de formação, como *International Trauma Life Support* (ITLS), Suporte Avançado de Vida (SAV), Curso de Triage de Manchester, sempre numa procura crescente de conhecimento para prestar melhores cuidados à pessoa em situação crítica. Quatro anos após ter finalizado a minha formação inicial, e apesar de procurar formação complementar à minha prática diária, senti que tinha alcançado maturidade a nível pessoal e profissional que me permitisse realizar o curso de especialização em Enfermagem, sabendo que “o êxito de um enfermeiro depende, não só da capacidade de assimilar o conhecimento teórico e técnico relativo à profissão como também do grau de maturidade que atingiu” (Meghie *cit in* Correia, 1997).

A escolha da área de especialização em pessoa em situação crítica relaciona-se com o meu percurso profissional, tendo sempre trabalhado em Serviço de Urgência Geral, em duas instituições hospitalares diferentes, inicialmente numa urgência médico-cirúrgica de um hospital distrital, e atualmente numa urgência polivalente com centro de trauma integrado de um hospital central.

Segundo o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, “pessoa em situação crítica é 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”. Prestar cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica requer o desenvolvimento de competências especializadas e altamente qualificadas, considerando que o cuidar “implica uma interação emocional entre a pessoa doente e o enfermeiro e, simultaneamente, exige conhecimentos, compromissos e valores humanos” (Watson, 2002).

De acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, o especialista em Enfermagem é o enfermeiro que detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem (...) que demonstram níveis elevados

de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

No Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 429/2018, de 16 de julho, encontram-se descritas quatro competências comuns às diferentes áreas de especialidade em Enfermagem, que são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Existe depois um conjunto de competências específicas na área de especialização, neste caso, as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a área de especialização em Pessoa em Situação Crítica são as seguintes:

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

É fundamental exercer uma prática de cuidados de Enfermagem de excelência, na qual o enfermeiro “procura manter a atualização contínua dos seus conhecimentos” e “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados”, de acordo com o Código Deontológico de Enfermagem (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

A Lei de Bases da Saúde, publicada pelo Diário da República (2019), refere que os cidadãos têm direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (base 2).

A qualidade e segurança em saúde tem sido uma preocupação crescente, quer por parte das instituições que providenciam cuidados de saúde, quer por parte dos cidadãos. Pode definir-se qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento profissional corrente” (IOM, 2001). Pisco e Biscaia (2001) referem que a definição de qualidade em saúde difere conforme as perspetivas de cada um,

isto é, conforme as variáveis que assumem maior importância para quem gere a prestação de cuidados, quem presta cuidados, e o recetor dos cuidados de saúde. Não obstante, pode abordar-se várias dimensões da qualidade em saúde, como efetividade e eficiência, eficácia, segurança, prestação de cuidados atempada e centrada nas preferências da pessoa em situação crítica, performance técnica ou gestão de relações interpessoais (Ransom et al., 2008).

A segurança da pessoa em situação crítica é um componente essencial para uma prática de cuidados de qualidade. Dando continuidade a um processo iniciado em 2012, quando foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde pela Direção-Geral da Saúde (DGS), a DGS aprovou em 2021 o “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026” (PNSD 2021-2026), seguindo as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS). O PNSD 2021-2026 tem como objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, e é suportado em cinco pilares, entre os quais: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

A comunicação, “uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional” (Cianciarullo, 2003), é um fator fundamental nas práticas de cuidados seguros, tendo sido um foco de preocupação durante a realização deste mestrado e especialização, quer durante a prática clínica (como um objetivo específico de estágio na unidade de cuidados intensivos), quer como fator desencadeante para a realização de uma *scoping review* sobre o tema de *debriefing* após situações de emergência (como promotor de segurança para a pessoa em situação crítica).

O presente relatório tem como objetivo analisar o percurso de aprendizagem na prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, através de uma abordagem descritiva e análise crítico-reflexiva, fundamentando as atividades desenvolvidas com base em evidência científica recente, para obter a certificação de competências específicas de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

O pensamento em Enfermagem que guiou o meu percurso formativo foi baseado no referencial teórico de Jean Watson. A Teoria do Cuidado Humano surge entre 1975 e 1979, no decorrer do Doutoramento de Watson em Clínica e Psicologia Social. É uma teoria de grande alcance, com pressupostos fenomenológicos existenciais e uma filosofia e ciência centrada no cuidado humano. Watson defende na sua teoria uma abordagem humanística à

pessoa em situação crítica, “a partir do atendimento das questões espirituais e existenciais, deixando de lado os cuidados tradicionais, que se centram apenas na dimensão física e cujo objetivo principal é a cura da doença” (Watson, 2002). Ao pressupor uma visão holística da pessoa e família alvo de cuidados, Watson coloca de lado o modelo biomédico e introduz o modelo biopsicossocial, “um modelo assistencial onde todos os aspetos do ser humano estivessem relacionados ao processo saúde-doença, sendo eles, fisiológicos, psicológicos, espirituais, sociais e ambientais, a fim de que fosse assegurado o cuidado em sua totalidade” (Silva et al., 2020). Esta perspetiva vai ao encontro do conceito de saúde definido pela OMS em 1946, como “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Segundo Watson, o mal-estar pode ser resultado de sofrimento, tristeza, perda ou desespero, e todos estes fatores podem levar ao adoecimento; por outro lado, o grau mais elevado de saúde ocorre quando há um nível elevado de harmonia. Daí a necessidade de “não se limitar a um corpo físico ou à doença, existindo a necessidade de ir além, transcender a matéria, buscar a plenitude do cuidado” (Favero et al., 2009).

A Teoria do Cuidado Humano tem como principal finalidade o cuidado, “no qual a pessoa é vista na sua totalidade, independentemente da enfermidade que venha a possuir” (Watson Caring Science Institute, 2016). Watson cria o conceito de cuidado transpessoal, que consiste “na execução de uma assistência capaz de ultrapassar o tempo, o espaço e a matéria, tornando portanto, o cuidado mais ético e humanizado” (Saviato & Leão, 2016). É a ideia de um cuidado que pressupõe uma dimensão espiritual, ao envolver uma “busca de conexão com o espírito do outro, mediante relação autêntica, cuja união é recíproca e capaz de transcender o momento” (Watson Caring Science Institute, 2016). No momento do cuidado, o enfermeiro e a pessoa em situação de saúde-doença unem-se, ambos influenciam e são influenciados pelo outro (Evangelista et al., 2020), “e o passado, presente e futuro deles fundem-se” (Watson, 2002). A Teoria de Watson, ao defender uma abordagem holística e centrada na pessoa e família, incentiva os enfermeiros a ir além dos procedimentos técnicos, considerando as necessidades emocionais e espirituais da pessoa em situação de saúde-doença. Fortalece a ideia de empatia e respeito na interação com o outro, promovendo um cuidado ético e humanizado, ideais que guiaram o meu percurso formativo.

O presente relatório encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma síntese do conhecimento através da elaboração da *scoping review* sobre o *debriefing* no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo que o documento completo encontra-se em Apêndice I. No segundo capítulo é realizada uma breve descrição dos

contextos de estágio, ao que se segue o terceiro capítulo, onde se efetua uma análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências gerais de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica e competências de mestre. Por último, apresento uma análise e reflexão pessoal sobre o percurso de aprendizagem desenvolvido, ao que se segue as referências bibliográficas que suportam este trabalho. De forma a garantir a confidencialidade e proteção de dados, ocultou-se dados que permitissem a identificação de instituições de saúde, e existem algumas referências bibliográficas que se encontram omissas no decorrer do relatório. Em apêndices e anexos apresento alguns documentos que justificam as atividades descritas.

A elaboração deste relatório segue a norma *American Psychological Association 7th Edition* (APA) e o novo acordo ortográfico.

1. SÍNTESE DO CONHECIMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

Neste capítulo apresenta-se uma síntese da *scoping review* realizada: *Debriefing* no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica. O artigo completo encontra-se em Apêndice I.

A prática de *debriefing* surge durante a 2.^a Guerra Mundial, sendo utilizada pelos soldados quando estes regressavam de missões com o intuito de analisar acontecimentos e criar estratégias de melhoria (Bagorrihla, 2020, citando Magyar & Theophilos, 2010). É uma prática que se mantém ao dia de hoje, utilizada por vários grupos profissionais.

O *debriefing* é um processo comunicativo que ocorre numa equipa, uma prática de revisão de acontecimentos com o objetivo de identificar pontos fortes e áreas que possam ser melhoradas, promovendo uma comunicação aberta e eficaz entre todos os elementos da equipa multidisciplinar (Berg et al., 2014).

A prática de *debriefing* apresenta várias vantagens, tais como suporte emocional entre os profissionais, melhoria na coesão e trabalho de equipa, identificação de erros e falhas no sistema de saúde (aumentando a segurança da pessoa em situação crítica ao prevenir futuros erros clínicos). Durante a realização de *debriefing* procura-se aprender com as dificuldades, limitações, erros ou eventos adversos, garantindo melhores resultados na performance da equipa multidisciplinar e na segurança da pessoa em situação crítica (Nadir et al., 2017).

Assim, e utilizando a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), elaborou-se uma *scoping review*, com o objetivo de mapear na evidência científica estratégias de *debriefing* em contexto de emergência para promoção de segurança da pessoa em situação crítica. A questão de pesquisa elaborada foi a seguinte: quais as estratégias de *debriefing* que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência? A questão de pesquisa e os termos de pesquisa organizaram-se segundo o referencial PCC: participantes (P – pessoa em situação crítica), conceito (C – *debriefing* como estratégia promotora de segurança) e contexto (C – contexto de emergência, quer seja em cuidados intensivos, quer seja em Urgência).

Definiu-se como critérios de inclusão: artigos publicados desde 2013 inclusive, artigos escritos em inglês ou português e artigos referentes aos cuidados de enfermagem à pessoa em idade adulta (idade igual ou superior a 18 anos). Definiu-se como critérios de

exclusão artigos relativos a emergências obstétricas; e artigos sobre *debriefing* em práticas simuladas.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada no dia 29 de setembro de 2023, recorrendo às bases de dados PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e EBSCO.

Foram definidas as seguintes palavras-chave e descritores de pesquisa DeCS/MeSH (*Medical Subject Headings*): *debriefing*, emergência/*emergency*, cuidados críticos/*critical care* e segurança do paciente/*patient safety*. Utilizou-se o “OR” (ou) e o “AND” (e) como operadores de pesquisa entre os vários descritores. Assim, a frase booleana utilizada para esta pesquisa foi: “((*debriefing*) OR (critical incident stress *debriefing*)) AND ((*emergency*) OR (emergency room) OR (emergency department) OR (intensive care unit) OR (critical care)) AND (patient safety))”.

Foram obtidos cento e cinquenta e dois artigos de pesquisa, totalizando-se treze artigos após eliminação de artigos duplicados e de acordo com o título e resumo. Após leitura integral destes treze artigos, foram excluídos mais quatro, pelo que se totaliza nove artigos para realização da *scoping review*.

Os benefícios do uso do *debriefing* após situações de emergência são suportados por décadas de literatura, contudo, nem sempre acontece na prática (Arriaga et al., 2020). Mesmo quando usado, a equipa refere não ter formação e treino específico em técnicas de *debriefing* (Nadir et al, 2017).

O *debriefing* apresenta inúmeros benefícios, permitindo refletir sobre os cuidados prestados vs. idealizados (Arriaga et al., 2020), constituindo-se como uma ferramenta de aprendizagem e *feedback*, com melhoria das boas práticas (Nadir et al., 2017). Equipas que desenvolvem práticas de *debriefing* referem ter uma melhor perceção dos papéis de cada um após realização do *debriefing*, o que aumenta o suporte e coesão da equipa (Berg et al., 2014). O *debriefing* também apresenta a vantagem de mitigar o impacto negativo de um evento crítico para a equipa, uma vez que permite o processamento das emoções (Arriaga et al., 2020).

A segurança da pessoa em situação crítica é influenciada por múltiplos fatores, quer sejam fatores individuais, organizacionais, ambientais, e é através da análise dos aspetos organizacionais e dos papéis das equipas que são desenvolvidos sistemas que resultam em

melhores práticas e diminuem a probabilidade de ocorrer eventos adversos (Walker et al., 2020).

São inúmeras as estratégias de *debriefing* que contribuem para a segurança da pessoa em situação crítica. Existem vários modelos de *debriefing* na literatura, todos com o mesmo efeito positivo na sua aplicação (Nadir et al., 2017). Em determinados modelos, é a própria situação que proporciona o momento de *debriefing*, enquanto que noutros modelos, o *debriefing* é implementado no final do turno, constituindo-se como uma prática rotineira e menos intimidante para os elementos da equipa (Servotte et al, 2020). Segundo Walker et. al (2020), os maiores ganhos advêm da análise do trabalho diário, e não de situações de exceção, uma vez que é através da reflexão sobre o trabalho realizado diariamente que se pode efetuar um paralelismo entre normas, políticas e protocolos e o que se faz no dia-a-dia (Nadir et al., 2017; Bentley et al., 2021).

Independentemente do modelo utilizado para a realização de *debriefing*, existem outras estratégias que devem ser adotadas para promover a segurança da pessoa em situação crítica, nomeadamente:

- Há seis questões essenciais a abordar em qualquer *debriefing*: “porquê?”, “o quê?” (analisar o trabalho individual, trabalho de equipa e o próprio sistema), “quem?”, “como?”, “quando?” e “onde?” (Servotte et al., 2020; Silva, 2022)
- O responsável pela realização do *debriefing* deve ser um profissional de saúde com experiência neste tipo de estratégia. Deverá seguir um guião que aborda tópicos como ambiente, ética, segurança da pessoa em situação crítica, família e aprendizagem para a equipa (Berg et al., 2014);
- O líder deve ser alguém que ficou de fora durante o evento, apresentando uma perspetiva mais alargada sobre a ocorrência (Walker et al., 2020);
- Devem ser incluídos todos os profissionais da equipa multidisciplinar que participaram na ocorrência (Arriaga et al, 2020);
- A participação deve ser voluntária (Walker et al, 2020);
- Para garantir a adesão e a participação dos elementos, esta estratégia deve garantir um espaço seguro, sem atribuição de culpa ou consequências negativas para os envolvidos (Berg et al., 2014);

- Pode ser vantajoso realizar o *debriefing* num local diferente de onde ocorreu o evento, por uma questão de conforto para os profissionais de saúde (Silva, 2022);
- O *debriefing* pode ser realizado logo após o evento crítico (*hot debrief*), algumas horas depois (*warm/morno*) ou dias após a ocorrência (*cold/frio*) (Walker et al., 2020). Alguns *debriefings* realizados logo após o evento (*hot debrief*) podem necessitar de *cold debriefing* (Walker et al., 2020);
- Diversos autores mencionam a duração do *debriefing*, sendo que na opinião de Walker et al. (2020) não deve exceder os cinco minutos, enquanto que Servotte et al. (2020) referem que pode ter duração máxima até vinte e cinco minutos;
- Na eventualidade de não haver tempo durante o turno para a realização do *debriefing*, Berg et al. (2014) mencionam a hipótese de os profissionais ficarem além do turno terminar, com pagamento do tempo extra;
- Poderão ser utilizados modelos estruturados de *debriefing*, como PEARLS, DISCERN, STOP5, DISCOVER-PHASE, *Safety II Debriefing Tool* (guiões que se encontram mais detalhados na *scoping review* em anexo);
- A realização do *debriefing* deve ser documentada, para avaliar programas de qualidade relacionados com esta estratégia (Bagorrihla, 2020);
- Deve ser dado treino e formação aos profissionais de saúde sobre *debriefing* (Bagorrihla, 2020). Nadir et al. (2017) referem que simulações de *debriefing* durante os cursos base dos profissionais de saúde seriam uma boa estratégia que facilitaria o processo de aprendizagem sobre *debriefing*. Silva (2022) menciona que seria uma mais-valia ações de formação sobre o tema para os profissionais de saúde.

Garantir qualidade e excelência nos cuidados de saúde é uma preocupação crescente nos dias de hoje (Bagorrihla, 2020), e a implementação do *debriefing* torna-se essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na segurança da pessoa em situação crítica. Uma vez implementado, a eficácia do *debriefing* pode ser medida com dados objetivos, como índices de mortalidade, tempos de internamento ou até de possíveis complicações iatrogénicas (Berg et. al., 2014).

No entanto, existem várias barreiras à implementação do *debriefing*, como o valor atribuído pelas equipas à utilização deste tipo de estratégias, fatores sociais e interpessoais, assim como tempo, espaço e recursos (Arriaga et. al., 2020). Também se encontra descrito como barreira à utilização de *debriefing* a ausência de protocolos claros com uma estrutura definida e guias orientadores (Conoscenti et. al., 2021). O *debriefing* requer assim mudanças organizacionais, que ocorrerão mais facilmente se toda a equipa multidisciplinar reconhecer o potencial do *debriefing* para a melhoria dos cuidados prestados (Berg et. al., 2014).

Com a realização desta *scoping review* pretendeu-se dar resposta à questão de pesquisa formulada. Neste sentido, diversas são as estratégias de *debriefing* descritas na literatura que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência, consoante o momento em que é realizado, o tempo utilizado, o espaço em que se realiza e o modelo que serve como guia orientador para a realização do *debriefing*.

Consideramos que mais pesquisa deveria ser realizada no âmbito desta temática, no sentido de formular um guia orientador universal e de fácil implementação para a estratégia de *debriefing*, com resultados positivos na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Prestar cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica e família pressupõe uma mobilização contínua de conhecimentos e competências. Segundo Benner (1984), citada por Oliveira e Queirós (2015), competência é “a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real”. Para alguns autores, a competência pode ser entendida como um conceito que poderá ser decomposto em várias componentes, tais como comunicação, ensino, gestão, liderança, julgamento crítico, entre outras; tal como referido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, de 6 de fevereiro de 2019, “a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho”.

Ora, os estágios surgem como um componente fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na especialização de Enfermagem. O modelo de aquisição de competências de Benner menciona que é através da aprendizagem experiencial que os enfermeiros adquirem as competências necessárias para a prática de cuidados de excelência (Benner, 2001), percorrendo o caminho desde enfermeiro iniciado a enfermeiro perito. Como refere Watson (2002), “assim como a mente é inseparável do corpo, as atividades escolares de enfermagem não devem ser divorciadas da sua prática clínica”.

O estágio em Enfermagem adquire assim um papel fundamental para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo adquirir novas competências e desenvolver competências previamente adquiridas, assim como desenvolver julgamento crítico e tomada de decisão.

Os estágios incluídos neste Curso de Mestrado encontram-se inseridos em duas Unidades Curriculares (UC): “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica” (180 horas de contacto) e “Estágio Final e Relatório” (com 400 horas de contacto, das quais 360 horas de estágio).

A UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica” pressupõe a frequência em contexto de estágio num SUG. De acordo com o Aviso n.º

3127/2016 de 8 de março de 2016, solicitei creditação a esta UC, tendo como base a minha experiência profissional como enfermeira generalista em contexto de Urgência Geral.

A minha experiência profissional em SUG permitiu-me desenvolver competências técnicas, organizacionais, comportamentais e humanas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família. Adquiri competências na avaliação das necessidades da pessoa e família, assim como no planeamento e execução de intervenções de Enfermagem que correspondam a essas necessidades, tendo sempre por base uma prática profissional, ética e humana.

Enquanto enfermeira generalista numa urgência médico-cirúrgica de um hospital distrital, assegurava todos os postos de Enfermagem, nomeadamente triagem, sala de emergência, balcão (de ambulatório e macas) e Serviço de Observação.

Tive inúmeras oportunidades de aprendizagem neste serviço. Participei em formações desenvolvidas pelas equipas intra-hospitalares sobre protocolos internos, e tive oportunidade de dinamizar uma formação interna para toda a equipa do SUG sobre “Via Verde Acidente Vascular Cerebral”. Era um elo da equipa de Enfermagem no tema “Processo de Enfermagem”, realizando auditorias ocasionais. Contribui para a integração de novos colegas no serviço e realizei supervisão clínica e orientação de estudantes de licenciatura em Enfermagem.

Desde o término da licenciatura que procurei complementar a minha prática diária com formação, tendo não só participado em formações dinamizadas pelo Hospital, mas também formações extra como curso de “Tripulante de Ambulância de Transporte” (TAT), certificado em 2019 pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), curso de trauma “*International Trauma Life Support*” com certificação internacional em 2021, curso teórico e prático de Triagem de Manchester em 2021, e curso de Suporte Avançado de Vida, certificado pela *American Heart Association*, em 2020 e 2022.

Na minha prática atual enquanto enfermeira generalista numa urgência polivalente com centro de trauma integrado, asseguro postos de Enfermagem como balcão (de ambulatório e macas) e serviço de observação, tendo feito recentemente integração às salas de emergência e triagem. Sou elo de ligação da equipa no tema “comunicação”, um dos pilares identificados no PNSD 2021-2026 pela DGS como essencial para consolidação e evolução da segurança da pessoa em situação crítica.

Tendo por base o que se encontra acima descrito, foi aceite o meu pedido de creditação à UC “A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica”.

A UC “Estágio Final e Relatório” é composta por dois contextos de estágio com 360 horas de estágio. Os estágios foram realizados no período entre setembro e dezembro de 2023, numa unidade de cuidados intensivos de um hospital central, e no Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) de um hospital distrital.

Para contexto de estágio, optei por duas instituições diferentes com missões e valores distintos, que abrangem uma área populacional culturalmente diferente, o que me deu a oportunidade de cuidar de pessoas em situação crítica e famílias com culturas e perspetivas diferentes sobre a condição saúde-doença, tornando a minha visão clínica mais vasta.

Ao efetuar a minha área de especialização em pessoa em situação crítica, queria ter a oportunidade de estagiar numa unidade de cuidados intensivos (UCI) polivalente e de referência a nível nacional. Trabalho no mesmo centro hospitalar, desempenhando funções como enfermeira generalista no SUG, e considerava que realizar o estágio na UCI seria benéfico a nível de aquisição e consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas nesta área de especialização, bem como uma mais-valia na minha prática clínica diária, uma vez que ao acompanhar a pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos (após a “estabilização inicial” no serviço de urgência), conseguiria adquirir uma perspetiva diferente a nível de continuidade de cuidados.

Pretendia também estagiar num PPCIRA, por ter interesse e vontade de aprender mais sobre a prevenção e controlo de infeção no ambiente hospitalar, indo de encontro a uma das competências específicas do enfermeiro especialista (descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº429/2018 de 16 de julho), “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos

Esta primeira fase de estágio decorreu no período entre 04 de setembro e 22 de outubro de 2023, num total de 180 horas de contacto. O horário realizado foi de turnos rotativos (manhãs, tardes ou noites), conforme o horário atribuído ao enfermeiro orientador da prática (enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica).

Segundo o Ministério da Saúde, as unidades de cuidados intensivos “destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (Ministério da Saúde, 2013).

A UCI onde estagiei é uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível II e III, de acordo com a classificação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Uma unidade de nível II permite a monitorização invasiva e suporte monovalente de falência de órgãos (com capacidade para técnicas de suporte avançado de vida, cateterização venosa central e arterial, ventilação mecânica invasiva e técnicas de substituição renal intermitente), pressupondo um rácio de um enfermeiro para três camas. Já uma unidade de nível III tem capacidade para receber pessoas em situação de falência multiorgânica, com necessidade de suporte de vários órgãos (incluindo ventilação mecânica invasiva, técnicas de suporte hemodinâmico e técnicas de substituição renal contínua) (Paiva et al., 2017), para um rácio de um enfermeiro para duas camas.

A UCI localiza-se no primeiro piso do centro hospitalar (entre o SUG, no piso 0, e o Bloco Operatório, no piso 2), com acesso direto ao exterior. Recebe pessoas em situação de falência multiorgânica com necessidade de suporte de órgão, pessoas politraumatizadas ou em pós-operatórios complicados. Aceita pessoas em situação crítica transferidas de qualquer local do território nacional e ilhas, uma vez que é considerado como um centro de referência. Desde 2017 que se constitui também como um centro de referência para ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*), tendo uma equipa de resgate que se desloca a qualquer serviço hospitalar para realizar a transferência do utente em ECMO até esta UCI.

A unidade é constituída por cinco salas com capacidade para receber pessoas em situação crítica, num total de vinte e duas camas. Apresenta uma sala de hemodiálise, uma sala de técnicas e procedimentos (para colocação de eletrocáteter, fibroscopia, colocação de

PEG) e uma sala com capacidade para receber uma pessoa em situação crítica do exterior com necessidade de técnicas imediatas de suporte avançado de vida (nomeadamente, reanimação cardiopulmonar com circulação extracorporeal (eCPR)).

A UCI é uma unidade composta por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais. Os enfermeiros são distribuídos em cinco equipas, cada uma com cerca de vinte elementos. Os turnos são realizados com uma média de dezasseis elementos da equipa de Enfermagem, sendo dois a três elementos de chefia. O método de trabalho da equipa de Enfermagem é o método individual, em que cada enfermeiro fica responsável por prestar cuidados de enfermagem às pessoas em situação crítica (e famílias) que lhe são atribuídos no início do turno.

Sendo a família um elemento fundamental durante toda a prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, a UCI tem uma sala própria para efetuar o acolhimento à família no momento de entrada e para transmissão de informação clínica. À entrada da pessoa em situação crítica à UCI, regista-se o contacto do familiar de referência, a quem é entregue um guia de acolhimento (Anexo I) e um questionário de satisfação (Anexo II), que deve ser preenchido e entregue três dias após entrada. O preenchimento do questionário é anónimo e as respostas permitem a melhoria contínua dos cuidados prestados à família.

No serviço, é realizado uma consulta de *follow up* três meses após saída da pessoa em situação crítica da UCI. Esta consulta permite efetuar o seguimento da pessoa e família após permanência na unidade de cuidados intensivos, e envolve também o preenchimento de um questionário sobre como foram recebidos na UCI, quais as memórias que têm mais presentes, o que correu melhor e pior na perspetiva da pessoa e família, permitindo à equipa analisar e refletir sobre os cuidados prestados, numa perspetiva de melhoria contínua de cuidados.

Existem inúmeros protocolos no serviço, tais como protocolo de sedoanalgesia, insulinoaterapia, anticoagulação, manutenção do dador multiorgânico e colheita de órgãos, e alguns projetos dentro da equipa multidisciplinar, que abordam segurança da pessoa em situação crítica, dor, infeção, quedas, entre outros.

Para a concretização deste estágio, foi definido um objetivo geral e dois objetivos específicos, nomeadamente:

Objetivo geral:

1. Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito do cuidado especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em contexto de situação crítica em unidade de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, família e cuidador em contexto de cuidados intensivos;
2. Contribuir na promoção de boas práticas na transmissão de informação relativamente à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos.

Irei abordar estes objetivos gerais e específicos no capítulo seguinte, durante a análise das competências desenvolvidas, unindo as competências específicas do enfermeiro especialista com os objetivos que delinee durante a realização do estágio.

2.2. Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

A segunda fase do estágio decorreu no período entre 23 de outubro e 16 de dezembro de 2023, num total de 180 horas de contacto. O horário realizado foi de manhãs de dias de semana, conforme o horário atribuído ao enfermeiro orientador da prática (enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

O conceito de infecção, do latim “*infectio*” está presente desde a Antiguidade, sendo possível encontrar na Bíblia as primeiras referências ao controlo de doenças, como o isolamento de casais com gonorreia (Gonçalves, 2012). Em Portugal, o conceito de infecção hospitalar é abordado pela primeira vez apenas em 1930, sendo mais tarde denominado como “infecção associada aos cuidados de saúde” (IACS), uma “infecção adquirida pelo doente em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que pode, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007).

As IACS constituem-se como uma ameaça à segurança dos doentes, estando associadas ao “aumento da morbilidade e da mortalidade, (...) prolongamento de estadia no hospital e aparecimento potencial de incapacidades” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

A criação do PPCIRA surge em 2013 através do Despacho nº2902/2013 de 22 de fevereiro, unindo dois programas existentes anteriormente, o Programa Nacional de

Controlo de Infecção (PNCI) e o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA). O PPCIRA foi atualizado pelo Despacho nº 10901/2022 de 8 de setembro, adaptando a sua estrutura aos desafios crescentes e emergentes no Serviço Nacional de Saúde, e apresentava como objetivos gerais: “redução da incidência de infeção associada aos cuidados de saúde, promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos”.

O hospital distrital onde realizei este estágio tem duzentas e setenta e quatro camas hospitalares. A Unidade Local do PPCIRA (UL-PPCIRA) deste hospital apresenta como missão: “promover a cultura de segurança e minimizar riscos para doentes, profissionais, visitantes e colaboradores dos subcontratos, através da execução do Plano Operacional do PPCIRA e implementação de boas práticas de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos”.

Apresenta natureza multidisciplinar, sendo constituído por: dois médicos (uma médica de Medicina Interna, com 28 horas semanais; e um médico de Medicina Intensiva, com 12 horas semanais, que é o coordenador do programa); um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (com totalidade do seu horário), um farmacêutico e um técnico de diagnóstico e terapêutica.

O grupo de PPCIRA tem acesso a algumas ferramentas informáticas para obtenção e avaliação de dados, como as plataformas SimpleQI e Hepic (que integra a informação dos vários sistemas de Gestão Hospitalar, permitindo uma análise cruzada de dados em tempo real).

Para a concretização deste estágio, foi definido um objetivo geral e dois objetivos específicos, que são os seguintes:

Objetivo geral:

1. Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver competências na área de prevenção e controlo de infeção;
2. Contribuir para a adoção das práticas recomendadas no âmbito da prevenção das principais infeções associadas aos cuidados de saúde.

À semelhança do que descrevi no ponto 2.1., irei desenvolver os objetivos gerais e específicos no capítulo seguinte, indo de encontro às competências adquiridas enquanto futura enfermeira especialista.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo irei efetuar uma análise crítica do trabalho que foi sendo desenvolvido ao longo dos estágios, tendo como fio condutor as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e os objetivos que tinha delineado para o meu percurso académico que me permitiram desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e competências de mestre.

3.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº140/2019 de 6 de fevereiro, competências comuns são

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Entende-se como competências comuns ao enfermeiro especialista as seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante a realização deste curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram-me proporcionadas inúmeras oportunidades de aprendizagem, não só durante os estágios, mas também durante as aulas teóricas no decorrer do primeiro ano de curso, que me permitiram olhar de uma perspetiva diferente para as práticas diárias no meu contexto profissional. Assim, não posso falar em competências comuns ao enfermeiro especialista sem referir algumas ações e atividades desenvolvidas na minha prática profissional diária, uma vez que considero ter conseguido atingi-las tendo em consideração o “olhar diferenciado” que a especialização em Enfermagem me trouxe.

Ao longo de todos os estágios mantive uma prática regida pelos princípios éticos, legais e deontológicos da profissão de Enfermagem, dirigindo a minha intervenção com a

preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (segundo o artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Durante a prática clínica, ao prestar cuidados de Enfermagem com as cortinas fechadas, ao cobrir a pessoa sem exposição do seu corpo quando não seria necessário, ao não divulgar informação relativa ao estado de saúde da pessoa sem o desejo manifesto desta à sua família, respeitei a dignidade e privacidade da pessoa em situação crítica.

Na relação profissional, estabeleci valores universais como igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade.

A tomada de decisão em Enfermagem, “escolha que decorre de um período prévio de reflexão e de procura de contributos externos, mas que se situa como atividade mental própria” (Deodato, 2010), foi realizada com base em princípios orientadores da minha atividade enquanto enfermeira (responsabilidade, excelência no exercício da profissão, respeito pelos direitos humanos), construída em equipa (com os enfermeiros orientadores da prática) e tendo em consideração fundamentos éticos, deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e socioculturais.

Os contextos de estágio proporcionaram-me diferentes contextos éticos e sociais, permitindo-me adequar a minha prática clínica ao contexto sociocultural da pessoa em situação crítica e família, numa perspetiva holística do cuidado, como refere o artigo 110º do Código Deontológico de Enfermagem: “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de Enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”.

Para avaliar a unidade de competência “melhoria contínua da qualidade”, importa referir o que se considera qualidade em saúde, como definido no Despacho nº5613/2015 de 27 de maio do Ministério da Saúde: “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão”.

Considero que esta unidade de competência foi desenvolvida tanto a nível do meu contexto profissional como de estudante em contexto de estágio.

A nível profissional, no início de junho de 2023 foi instituído novamente no SUG a utilização de atmosfera húmida não aquecida para pessoas submetidas a oxigenoterapia. Após esta prática ter sido descontinuada na época de pandemia, por se considerar que

aumentava a transmissibilidade de infecções respiratórias, questionei a minha chefia de equipa do porquê de voltarmos a utilizar humificação de oxigénio, tendo em conta que “a enfermagem, ao avançar continuamente como uma ciência humana através da teoria e da investigação, tem de continuar a questionar os seus velhos dogmas” (Watson, 2002).

Foi-me proposto que realizasse uma revisão de literatura com base em evidência científica recente para apresentar ao chefe de Enfermagem do SUG e equipa de PPCIRA. Após apresentação do trabalho desenvolvido, a equipa de PPCIRA do meu centro hospitalar emitiu um parecer com base nos pressupostos que tinha referido na minha revisão de literatura, tendo sido alterada a prática diária pela melhor evidência. Considero ter tido um papel dinamizador nas práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa em situação crítica. Penso que este ato de questionar as práticas e procurar evidência científica recente que sustente a prática diária foi estimulado pelo curso de especialização em Enfermagem, que me fez olhar de uma perspetiva diferente, pensando no caminho que quero percorrer enquanto futura enfermeira especialista, ao ser exemplo de um elemento de mudança rumo às boas práticas de cuidados em saúde.

Em contexto de estágio considero ter tido algumas oportunidades de desenvolver esta unidade de competência. Na UCI, através de reflexão com o enfermeiro orientador da prática clínica, identifiquei algumas oportunidades de melhoria no serviço, como por exemplo a colocação de doentes, uma das dez precauções básicas de controlo de infeção: pessoas com infeção a *Acinetobacter baumannii* eram colocadas num quarto partilhado, onde se assegurava o afastamento dos restantes doentes, mas havendo disponibilidade de quartos livres, e tendo em consideração que numa unidade de cuidados intensivos existem internamentos prolongados e pessoas imunodeprimidas, talvez o mais adequado fosse a utilização de um quarto livre, ou isolar por coorte todas as pessoas com esta infeção. Também foi verificado que não existia nenhum documento padronizado de transmissão de informação na transição de cuidados. Sendo um dos meus objetivos específicos na UCI “contribuir na promoção de boas práticas na transmissão de informação relativamente à pessoa em situação crítica”, realizei pesquisa com base em evidência científica recente sobre a técnica mais adequada para transmissão de informação durante a transição de cuidados, e elaborei uma folha de passagem de turno de acordo com a técnica ISBAR (Apêndice II), que foi apresentada à enfermeira orientadora e à equipa de Enfermagem nos momentos de passagem de turno. Tendo realizado a *scoping review* no tema de *debriefing* após situações de

emergência, constatei que na UCI a equipa não se reunia após situações emergentes para discussão e análise das ações realizadas, pelo que em momentos informais fui discutindo com os elementos da equipa de Enfermagem quais os benefícios da realização de *debriefing*, e como isso poderia contribuir para aumentar a segurança da pessoa em situação crítica.

Na equipa de UL-PPCIRA tive oportunidade de desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, através de realização de auditorias à central de limpeza (Apêndice III), elaboração de um parecer sobre limpeza e desinfeção de colchões (Apêndice IV) e também a execução de uma norma de procedimento relativo a flebites (Apêndice V), uma folha de instrução de processo sobre cateterismo venoso periférico (Apêndice VI) e uma auditoria ao serviço de internamento de Medicina (Apêndice VII), atividades que irei desenvolver com mais pormenor no subcapítulo seguinte.

Acredito ter desenvolvido competências a nível da gestão de cuidados durante os estágios, colaborando nas decisões da equipa de saúde e reconhecendo quando devia “referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde”, como por exemplo, a referenciação de pessoas em situação crítica na UCI para a equipa de fisioterapia.

Ao longo dos estágios, supervisionei as tarefas delegadas, tendo em consideração que “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente” (artigo 10º, Decreto-Lei 161/96 do Ministério da Saúde de 4 de setembro) e devem “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 79). Na UCI deleguei tarefas aos técnicos auxiliares de saúde, como a limpeza e desinfeção de dispositivos médicos e das unidades e o auxílio na alimentação da pessoa em situação crítica, usando a demonstração prática como técnica de instrução para a tarefa delegada.

Desenvolvi competências a nível da liderança e gestão de recursos às situações e ao contexto, visando sempre a garantia da qualidade dos cuidados. Na equipa da PPCIRA acompanhei o enfermeiro orientador nas reuniões com delegados de informação médica, onde estes nos davam a conhecer produtos que estariam em fase de desenvolvimento e divulgação nas unidades de saúde, como gel de desinfeção de mãos, toalhetes de limpeza e desinfeção de superfícies, pensos de cateter venoso periférico/central impregnados em clorohexidina, entre outros. Aqui fui capaz de desenvolver a capacidade de negociar recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, tendo em conta o preço do produto a adquirir e o benefício que traria para as pessoas que utilizam os cuidados de saúde do

Hospital. Os recursos foram negociados e utilizados de modo eficiente para promover a qualidade dos cuidados de saúde: por exemplo, considerou-se que não seria vantajoso adquirir pensos de cateter venoso periférico impregnados em clorhexidina, mas que os pensos de cateter venoso central seriam uma mais valia para reduzir as infeções associadas aos cateteres venosos centrais (que ao momento do estágio estavam a aumentar na UCI), e aproveitou-se a introdução deste novo produto para marcar uma formação com os colaboradores da UCI (médicos e enfermeiros) sobre o “feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com o cateter venoso central, negociando com a delegada médica a possibilidade de vir divulgar o produto durante as sessões de formação.

Durante a realização do curso de Mestrado, sinto que fui capaz de desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade, sendo para isso fundamental os contextos de estágio.

De acordo com o modelo de aquisição de competências de Benner (2001), o enfermeiro inicia a prática como “iniciado” e à medida que vai adquirindo competências vai progredindo gradualmente para iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Mas o inverso também pode ocorrer, quando o enfermeiro é confrontado com contextos diferentes da prática clínica, regredindo um estadio (Benner, 2001). Ora, trabalhando num serviço de urgência há mais de quatro anos, posso dizer que me considero no estadio de competente, estando à vontade na prática do dia-a-dia, mesmo sabendo que não sou perita na área e ainda tenho um longo percurso pela frente. No entanto, quando efetuei o estágio na unidade de cuidados intensivos, e nunca tendo tido experiência em contexto de UCI (quer em estágio durante a licenciatura, quer em contexto profissional), deparei-me com técnicas e procedimentos com os quais nunca tinha tido contacto, sentindo que estaria a voltar ao estadio de “iniciado”, reconhecendo os meus limites enquanto profissional. Após reflexão sobre este tema, e tendo em conta o modelo de competências de Benner, consegui atribuir significado a esta experiência e sensação de normalidade no sucedido, isto é, consegui entender que efetivamente a mudança de contexto altera os estadios de competências, o que me permitiu deter consciência de mim enquanto enfermeira.

Ao longo dos estágios baseei a minha prática em evidência científica, procurando sempre informação quando reconhecia necessidades formativas individuais. Fiz pesquisa na área do *debriefing* como promoção de segurança para a pessoa em situação crítica para a *scoping review*; procurei artigos científicos sobre transmissão de informação durante o momento de transição de cuidados, indo de encontro a um dos meus objetivos específicos

do estágio em contexto de UCI; e procurei sempre por saber mais quando me deparei com algum tema que não me sentia tão confortável (nos cuidados intensivos, pesquisei sobre alguns temas discutidos com a enfermeira orientadora, como a tosse induzida por fentanil, ECMO, ventilação mecânica invasiva, entre outros). Também no estágio de PPCIRA realizei pesquisa bibliográfica sobre a evolução do conceito de infeção em Portugal e a evolução da legislação sobre prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde, bem como pesquisa para elaborar o parecer sobre limpeza e desinfeção de colchões; e ainda procurei informação sobre flebites para realizar uma ficha de instrução de processo com auditoria ao serviço de internamento de Medicina, atividades que me permitiram promover a implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Tive oportunidade de participar no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem dinamizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa (certificado de presença em Anexo III), e de apresentar um poster científico sobre “*Debriefing* na segurança da pessoa em situação crítica: protocolo de *scoping review*” (poster apresentado em Apêndice VIII; certificado de apresentação de póster em Anexo IV). Participei também nas VII Jornadas de Medicina Intensiva, com o tema “Ressuscitação – Objetivos Terapêuticos para o Doente Crítico” (certificado de presença em Anexo V). Estes momentos de aprendizagem foram essenciais para adquirir conhecimentos e desenvolver competências, indo de encontro à unidade de competência comum ao enfermeiro especialista “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

3.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Como referido acima, o presente relatório visa descrever e analisar criticamente as competências específicas de enfermeiro especialista adquiridas em contexto de estágio. De acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº140/2019 de 6 de fevereiro, competências específicas são

Competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

O primeiro domínio de competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica é “cuida

da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 429/2018 de 16 de julho).

Como refere Jean Watson (2002), “o processo simples e, no entanto, complexo do cuidar, é uma fundação básica e um ponto de partida no qual uma relação transpessoal harmonizante pode ocorrer”. Na teoria de Jean Watson, o cuidar do outro é visto como um moral ideal de Enfermagem, onde figura uma grande preocupação com a dignidade e humanidade. O ato de cuidar em Enfermagem requer que o profissional possua “intenções específicas, uma vontade, valores e um compromisso com um ideal de transação do cuidar intersubjetivo que é dirigido para a preservação do ser pessoa e da humanidade” (Watson, 2002).

Durante o estágio na UCI, tive oportunidade de prestar cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, realizando diariamente o plano de cuidados de Enfermagem adaptado à pessoa, que me permitia antever focos de instabilidade e responder de forma antecipatória aos mesmos.

Através de um exemplo concreto, efetuei o transporte de uma pessoa internada na UCI com hemorragia subaracnoide ao serviço de Radiologia para realização de TAC-CE de controlo, tendo o cuidado de identificar possíveis focos de instabilidade fora do ambiente controlado da unidade de cuidados intensivos, e agindo de forma a minimizá-los. Assim, antes de sair da UCI efetuei uma chamada telefónica com a Radiologia a interrogar se seria possível descer naquela altura para realização do exame de imagem, de forma a minimizar tempos de espera com a pessoa em situação crítica no corredor da Radiologia. De acordo com Fernandes (2019), no transporte da pessoa em situação crítica, a “maioria dos eventos adversos estão relacionados com (...) deslocações dos doentes após o cancelamento dos exames/procedimentos por comunicação inadequada com o serviço recetor”.

Preparei a pessoa em situação crítica para o transporte intra-hospitalar, fazendo a monitorização eletrocardiográfica com o monitor de transporte (assegurando-me que tinha bateria, mesmo assim levando o cabo para carregar se necessário); e tive em consideração a medicação que a pessoa estaria a realizar, nomeadamente perfusões (se alguma ia acabar entretanto, de modo a substituir antes de sair para o transporte ou a levar já preparado para rápida substituição) ou medicação que fosse necessário em caso de agudização durante o transporte, levando também a mala de transporte de forma a minimizar a possibilidade de

ocorrência de eventos adversos, como referem Brunsveld-Reinders et al. (2015), a “falha na mala de transporte como vínculo para a ocorrência de eventos adversos”.

A equipa de Enfermagem é um elemento chave para a realização de transportes intra-hospitalares de pessoas em situação crítica. É da sua responsabilidade “manter os doentes seguros durante todo o transporte, uma vez que os seus cuidados e monitorizações são uma constante durante todo o processo” (Oliveira, 2022).

A realização de vigilância epidemiológica em contexto de estágio na PPCIRA também se constitui como um fator importante para cuidar da pessoa em situação crítica e família/cuidador, garantindo a segurança dos cuidados, um indicador de qualidade em saúde, sendo esperado que o enfermeiro especialista “desenvolva uma prática de qualidade” (Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Na UCI tive oportunidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade, com pessoas em situação crítica submetidas a oxigenoterapia de alto fluxo, ventilação mecânica invasiva, ECMO, terapia de substituição da função renal, entre outros.

Consegui demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida (tendo tirado o curso de SAV com a AHA em 2020 e 2022, como referido anteriormente) em duas situações distintas, nomeadamente: o caso de uma entubação de via aérea difícil e o caso de uma pessoa internada com taquicardia com sinais de gravidade.

No primeiro caso descrito, entubação de via aérea difícil, mantive-me afastada da pessoa em situação crítica e do procedimento em si para ter uma melhor perceção do funcionamento e dinâmica enquanto equipa (médica e de Enfermagem), por indicação da minha enfermeira orientadora. Realizando uma reflexão com a enfermeira orientadora no final da ocorrência, consegui entender que tinha tido uma perceção muito diferente do que aconteceu do que se tivesse sido interveniente na situação. Considerei existirem uma série de fatores inerentes à pessoa em situação crítica que iriam dificultar o procedimento de entubação orotraqueal, como o facto de ter sido retirada entubação há pouco tempo e anatomicamente (por a pessoa em situação crítica ter obesidade) ser considerada uma via aérea difícil: “comorbilidades como idade, obesidade, hipertensão arterial, gestação, história anterior de via aérea difícil, apneia obstrutiva do sono e história de ronco (...) relaciona-se com entubação traqueal difícil” (Junior et. al, 2021). A inexistência de um “líder” junto da ocorrência também foi um fator dificultador do procedimento, uma vez que não havia ninguém que liderasse a ocorrência, e tanto os elementos da equipa médica como de

Enfermagem ouviam várias “vozes” distintas a dar indicações sobre a situação. Sinto que esta ocorrência foi enriquecedora para mim enquanto futura enfermeira especialista, pois aprendi que por vezes precisamos de nos distanciar um pouco da situação para termos uma melhor percepção do ocorrido. Na reflexão posterior realizada com a enfermeira orientadora consegui demonstrar conhecimentos sobre suporte avançado de vida, nomeadamente sobre como reagir em caso de paragem cardiorrespiratória da pessoa em situação crítica.

No segundo caso descrito, pessoa em situação crítica que apresentava taquicardia com sinais de gravidade (hipotensão e alteração do estado de consciência), a decisão da equipa médica foi efetuar cardioversão sincronizada. Ora, no meu dia-a-dia enquanto enfermeira do serviço de Urgência Geral, já assisti várias vezes a este procedimento. No meio da unidade de cuidados intensivos, com técnicas e procedimentos aos quais não estou habituada no meu dia-a-dia, posso dizer que este procedimento era “confortável” para mim, na medida em que sabia onde me posicionar e o que fazer para assistir à técnica. Fiquei perto do monitor desfibrilhador, garanti que a pessoa em situação crítica tinha sido sedada para não sentir desconforto, verifiquei que os elétrodos estavam bem colocados e que o monitor tinha o botão “sincronizado” premido, garantindo a segurança da pessoa em situação crítica previamente à cardioversão. No final do procedimento, a minha enfermeira orientadora comentou que neste procedimento eu, enquanto aluna, estava confiante e segura, adotando uma postura tranquila. Considero assim ter conseguido demonstrar conhecimentos e habilidades sobre suporte avançado de vida.

Durante a realização do estágio na UCI garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos, como protocolo de avaliação de glicemia e administração de insulina, protocolo de anticoagulação e protocolo de sedoanalgesia.

Apliquei o protocolo de sedoanalgesia (Anexo VI), sendo capaz de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, uma vez que a avaliação da dor em pessoas em situação crítica sedadas não pode ser realizada com base em escalas como a escala visual analógica, escala numérica ou escala qualitativa.

A dor, instituída como o quinto sinal vital, é “um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2003) e por isso, deve ser “avaliada e registada pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas” (DGS, 2003).

A avaliação da dor em pessoas com sedoanalgesia era realizada de acordo com a Behavioral Pain Scale (BPS), em Anexo VII, que engloba três itens: expressão facial, movimentos de membros superiores e conforto com ventilação mecânica invasiva. O preenchimento da escala pode dar três resultados diferentes, nomeadamente, dor ligeira, dor moderada ou dor intensa, e conforme o resultado obtido, eram tomadas diferentes medidas. Executei algumas medidas não farmacológicas para alívio da dor, como estratégias ambientais (diminuir a luz e ruído, uma temperatura da sala mais agradável), físicas (aplicação de frio ou calor em determinadas situações, para diminuir a intensidade do estímulo doloroso) e de suporte emocional, permitindo e facilitando a visita de familiares como forma de proporcionar conforto. No entanto, “o sofrimento frequentemente traduzido em dor física intensa (...) não é hoje um mal não evitável” (Deodato, 2010), pelo que sempre que avaliava dor (fosse ligeira, moderada ou intensa), e mesmo tentando medidas não farmacológicas, seguia o protocolo de analgesia do serviço, administrando os fármacos protocolados, tendo em consideração que “tratar a dor diminuindo fortemente a sua intensidade ou mesmo eliminando-a é hoje possível e constitui um avanço terapêutico com a maior relevância ética” (Deodato, 2010).

A sedação da pessoa em situação crítica também era avaliada, de acordo com a escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), em Anexo VIII, sendo realizada alteração no ritmo das perfusões de fármacos sedativos conforme o RASS alvo para a pessoa internada, de acordo com o protocolo de sedação da UCI.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica foi também efetuada durante o estágio na UL-PPCIRA, através do trabalho desenvolvido sobre flebites. Durante a auditoria realizada ao serviço de internamento de Medicina, utilizou-se a escala numérica da dor para que as pessoas pudessem classificar a intensidade da sua dor, numa escala de 0 a 10, junto do local de cateterização venosa; e em pessoas internadas com incapacidade para verbalizar a sua dor, foi usada uma escala de heteroavaliação. Assim, foi possível avaliar e valorizar a dor da pessoa em situação crítica numa estratégia de mudança de boas práticas.

Durante o estágio na UCI tive também oportunidade de aplicar o protocolo de “Manutenção do Dador Multiorgânico e Colheita de Órgãos em ambiente de Medicina Intensiva”, em Anexo IX.

Foi no caso de uma pessoa em situação crítica, 60 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, que tinha sofrido uma cefaleia intensa durante uma aula de ginástica com posterior paragem cardiorrespiratória em assistolia, submetida a quatro ciclos de SAV, entubada orotraquealmente pela equipa de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e trazida à UCI, foi-me possível acompanhar um caso que me permitiu adquirir e demonstrar conhecimentos numa situação possível de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. De acordo com Fonseca (2011), “o diagnóstico de morte cerebral é um diagnóstico efetuado clinicamente, através de uma exploração rigorosa, completa e objetiva efetuada à cabeceira do doente (...) que evidencie a ausência irreversível das funções do tronco cerebral”.

A pessoa em situação crítica tinha sofrido um extenso acidente vascular cerebral hemorrágico, apresentando nível 3 na Escala de Coma de Glasgow (GCS) e um RASS de -5, midríase fixa, entubada orotraquealmente em modo de pressão controlada, e suspeitando-se de morte cerebral, foi considerada como potencial dadora de órgãos e tecidos. Sendo uma cidadã portuguesa que não se encontrava inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), e não tinha antecedentes pessoais de saúde-doença, foi sinalizada ao Gabinete Coordenador de Colheita e Transplante (GCCT), tendo em conta que, de acordo com o protocolo “Manutenção do Dador Multiorgânico e Colheita de Órgãos em ambiente de Medicina Intensiva”, o GCCT deve ser contactado “sempre que haja um doente em suspeita de morte cerebral, de preferência após as primeiras provas clínicas, de modo a programar atempadamente o ato de colheita, os órgãos a colher, a sua alocação e otimizar assim os resultados da transplantação”.

Foi-me permitindo observar as segundas provas de morte cerebral, efetuadas por um médico da equipa de Neurocirurgia (sendo que um médico de Medicina Intensiva também se encontrava presente na sala). Acompanhei a presença de um elemento do GCCT na UCI, que recolheu análises sanguíneas da pessoa em situação crítica para testes de compatibilidade futura.

Todos os cuidados de Enfermagem prestados tiveram em consideração a pessoa e família enquanto alvo de cuidados. Em conjunto com a enfermeira orientadora, recebi os familiares (marido, mãe e pai) na unidade de cuidados intensivos, que manifestaram vontade em ver a pessoa em situação crítica. Foi clarificado que, se assim fosse do seu desejo, poderiam tocar, beijar e falar com a pessoa, sabendo que “o toque deverá ser uma medida

facilitadora de luto permitida pelo enfermeiro” (Scott, 2013). Foi proporcionado um ambiente calmo e privado para o momento de despedida, fechando as cortinas individuais da unidade e fornecendo cadeiras para que os familiares se pudessem sentar e estar ao nível da pessoa em situação crítica.

A equipa (médica e de Enfermagem, bem como os elementos da GCCT) discutiu com a família sobre a possibilidade de a pessoa em situação crítica ser dadora de órgãos, na sala privada de acolhimento à família, garantindo “a permanência lado a lado com a família” (Walker, 2010; Fridh & Akerman, 2020) e ausência de fatores externos, criando um ambiente “propício à expressão de sentimentos e à colocação de dúvidas” (Krimshstein et al., 2011), numa perspetiva de integrar a família no plano de cuidados.

As reações à morte inesperada diferem de pessoa para pessoa, e como refere Walker (2010), o enfermeiro deve estar preparado para atitudes físicas e emocionais díspares, como choque, raiva, negação, isolamento, descrença ou culpa, e deverá atuar em conformidade, escutando e intervindo com ações sensíveis, bem como “respeitar as manifestações de luto dos familiares em situação de morte de um seu ente querido” (Deodato, 2010). Neste caso, a mãe da pessoa em situação crítica encontrava-se em choque e negação, repetindo múltiplas vezes “eu sou mais velha, porque é que Deus não me levou a mim?” (*sic*). Sabendo que o enfermeiro assume um papel fundamental para o processo do luto, efetuei uma escuta ativa, respondendo a todas as questões colocadas pela família e validando se a resposta ia sendo recebida e compreendida. Sabendo que “a caracterização cultural da família e exploração das suas preocupações é uma intervenção primordial” (Zalenski et al., 2006), pratiquei um cuidado culturalmente sensível, assumindo “o respeito pelas crenças de algumas pessoas, integradas num determinado contexto sócio-cultural” (Deodato, 2010), incentivando as práticas religiosas e culturais da família perante este momento de luto.

Segui o protocolo para manutenção do dador multiorgânico e colheita de órgãos durante o turno realizado, tendo em atenção a manutenção da pressão de perfusão (com necessidade de utilização de noradrenalina para pressão arterial sistólica superior a 100mmHg), vigilância da diurese (para alvo de 0,5ml/kg/hora), manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico e metabólico (neste caso, com necessidade de reposição de potássio por valores gasimétricos de 2,8 mEq/L), manutenção da oxigenação de órgãos e tecidos (com necessidade de realizar gasimetrias arteriais recorrentes) e manutenção da temperatura (de forma a evitar a hipotermia).

Neste caso, e diariamente durante o estágio na unidade de cuidados intensivos, tive a oportunidade de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa e família em situação crítica.

Na UCI, a relação com a família, cuidador e pessoas significativas era priorizada: numa primeira abordagem, os familiares eram recebidos pelo enfermeiro atribuído à pessoa em situação crítica que os encaminhava para a unidade da pessoa, realizando uma preparação prévia dos familiares para o primeiro contacto, onde provavelmente veriam o seu ente querido submetido a técnicas invasivas e visualmente agressivas para alguém leigo na área da saúde. O contacto do familiar de referência era registado e era entregue um guia de acolhimento à família (Anexo I), indicando os horários de visitas (que alternavam entre quartos, para que a unidade de cuidados intensivos não tivesse as visitas todas no mesmo período), bem como um questionário de satisfação sobre o serviço (Anexo II), sendo preenchido de forma anónima.

Durante os turnos na UCI, efetuei esta primeira receção aos familiares de pessoas em situação crítica. De acordo com Schmidt & Azoulay (2012), uma grande percentagem de familiares de pessoas internadas em UCI sofre ansiedade e depressão, sendo para isso essencial a utilização de estratégias de comunicação para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família. Realizei uma abordagem sistémica da família enquanto alvo de cuidados, desenvolvendo técnicas de comunicação verbais e não-verbais, como a postura, o toque, a escuta ativa e perguntas abertas como convite para diálogo (Chalifour, 2009).

Com o anterior exposto, concluo que adquiri a competência de cuidar da pessoa, família e/ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em consideração que “o processo de cuidar entre um enfermeiro e outro indivíduo é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada” (Watson, 2002).

A segunda competência específica para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica é “dinamiza a resposta às situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Antes de justificar a aquisição desta competência, é essencial definir alguns conceitos, nomeadamente emergência, exceção e catástrofe. Ora, emergência, é o “caso em que a falta de assistência conduziria à morte em minutos” (Garza, 2017); exceção pode ser definida como uma “situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um

desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012) e catástrofe um “acontecimento súbito quase sempre imprevisível” (INEM, 2012), suscetível de provocar “elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei nº27/2006, de 3 de julho).

Não sendo possível antever momentos de emergência, exceção ou catástrofe, deve salvaguardar-se sempre as condições de segurança, no momento de exceção, mas também antes deste acontecer. Durante os turnos efetuados na unidade de cuidados intensivos, era uma rotina diária a verificação das condições de segurança nas salas que se encontravam fechadas para receber pessoas em situação crítica, validando a existência e funcionamento de todo o material (monitor, ventilador, rampas de oxigénio, seringas para perfusões, etc.). Foi-me proporcionado a abertura do carro de emergência para conhecer a distribuição do material, aproveitando para o testar (como por exemplo, os laringoscópios) e verificar as datas de validade das medicações e consumíveis. Por diversas vezes tive a oportunidade de conhecer a sala utilizada para receber pessoas em situação crítica com necessidade de eCPR, e num dos turnos, em conjunto com a enfermeira responsável de turno, repus as mochilas que estão preparadas para as ativações de ECMO, salvaguardando as condições da segurança ao garantir a presença do material necessário para nova ativação.

Para cuidar da pessoa e gerir os cuidados em situações de emergência, catástrofe e exceção, é fundamental conhecer o Plano de Catástrofe do centro hospitalar onde trabalho e onde realizei o estágio na unidade de cuidados intensivos, que contempla três níveis de emergência, consoante o número de vítimas: nível I (reduzida dimensão, menos de vinte vítimas), nível II (razoável dimensão, de 21 a 40 vítimas) e nível III (com mais de quarenta vítimas).

Trabalhando diariamente no serviço de Urgência, tenho a obrigação de conhecer o plano de catástrofe implementado, sendo que a partir do nível II a urgência é reorganizada em diversas áreas (área de triagem, área vermelha, área amarela, verde e negra) e a triagem das vítimas é efetuada segundo o esquema de triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), conforme Orientação nº 007/2010 da DGS. A cada pessoa em situação crítica é entregue, na triagem, uma bolsa individual com cartão de prioridade, ficha de registo clínico sumário e requisições de exames complementares de diagnóstico (de forma a registar a

informação clínica pelos meios disponíveis, garantindo a continuidade de cuidados) e uma folha de catástrofe para posterior avaliação secundária.

O plano interno de catástrofe da instituição foi revisto e atualizado em julho de 2023, como preparação para as Jornadas Mundiais da Juventude. Nesta fase ainda não me encontrava em contexto de estágio, mas já a frequentar este curso de Mestrado, e talvez por isso mais desperta para este tema. Discuti com o meu chefe de equipa sobre a atualização do plano de catástrofe, e este apresentou-me a sala onde se guarda o material necessário para dar resposta a uma situação desta dimensão. Antes do início dos turnos, discutia informalmente com alguns elementos da minha equipa sobre o plano de catástrofe interno e a reorganização que seria efetuada no serviço de urgência em caso de ativação.

Também os circuitos internos e externos são redefinidos em caso de catástrofe, com dois circuitos de entrada e três circuitos de saída distintos para assegurar evacuação das unidades de internamento para outros hospitais do centro hospitalar.

A nível dos cuidados intensivos, o plano menciona que numa primeira fase, cada unidade de cuidados intensivos do hospital deve reorganizar-se internamente, transferindo para a enfermaria pessoas em situação crítica cuja condição clínica o permita, para posteriormente conseguirem gerir o espaço disponível conforme as solicitações.

No estágio efetuado em contexto de UL-PPCIRA, conheci o “Plano de Intervenção na Possibilidade ou Suspeita de Surto”, elaborado pela instituição, definindo-se surto como “um número de ocorrências indesejadas (infecções com o mesmo agente) acima do esperado, num determinado período de tempo e espaço”, uma situação de exceção. Tive oportunidade ainda durante o estágio realizado e considerando a doença *monkeypox* uma emergência de saúde pública global definida pela OMS, de colaborar na elaboração do plano de resposta a esta doença de notificação obrigatória, tendo sido definido que o plano seria primeiramente apresentado ao SUG, por ser “a porta de entrada” para esta situação de emergência. Foi preparada uma apresentação em PowerPoint para os colaboradores, e definido com o enfermeiro chefe da Urgência quais os dias adequados para marcação da sessão de apresentação. Em conjunto com o enfermeiro orientador do estágio, fomos ao SUG observar as condições físicas do serviço para implementação de diferentes circuitos, tendo em consideração a necessidade de isolamento da pessoa em situação crítica com esta doença. Discutiu-se também a hipótese de realizar um treino de ativação do plano de emergência, com um ator que se dirigisse ao SUG e pudesse simular sintomas da doença, de forma a

validar a eficácia do plano de contingência e do nível de resposta dos profissionais de saúde, mas que acabou por ficar sem efeito. Considero que o desenvolvimento deste plano de resposta me capacitou para conceber e planear resposta à situação de emergência e catástrofe.

A terceira competência específica para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica é “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Para a realização do estágio em contexto de UL-PPCIRA, foi-me solicitado pelo meu enfermeiro orientador, durante as duas primeiras semanas de estágio, que realizasse uma breve pesquisa sobre a evolução do conceito de infeção em Portugal (que é abordado pela primeira vez em 1930 pela DGS) e as alterações legislativas relativamente às IACS (desde a criação da Comissão de Controlo de Infeção (CCI), o PNCI, o PNPR e posteriormente o PPCIRA).

O programa PPCIRA surge em 2013 através do Despacho nº15423/2013 de 26 de novembro, sendo uma fusão dos programas PNCI e PNPR; e posteriormente é atualizado em 2022, pelo Despacho nº10901/2022 de 8 de setembro, considerando os desafios crescentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apresenta como objetivos gerais: redução da incidência de IACS, promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos.

A iniciativa STOP Infeção Hospitalar surge em 2015, como parceria entre a DGS e a Fundação Calouste Gulbenkian, com a participação de dez instituições de saúde que tinham como objetivo reduzir em 50% quatro tipos de infeções hospitalares, num prazo de três anos. Esta iniciativa é renovada em 2022, expandindo-se a mais doze instituições hospitalares, incluindo a UL-PPCIRA onde desenvolvi este estágio, e tem como objetivo reduzir em 50% cinco tipos de infeções hospitalares, num prazo de três anos.

Em 2021, através do Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro, é aprovado o PNSD 2021-2026, que apresenta várias estratégias para fomentar a segurança das pessoas em situação de doença no SNS; um dos pilares principais é “práticas seguras em ambientes seguros”, com um objetivo estratégico na área de infeção, nomeadamente “reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e resistências aos antimicrobianos”. Também o

Plano Nacional de Saúde 2021-2030 inclui várias estratégias de intervenção que podem ser foco de atenção das equipas de PPCIRA, como vacinação, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, vigilância de riscos ambientais e investimento na segurança da pessoa em situação de doença.

Considero que este trabalho de pesquisa foi essencial para uma visão crítica sobre os cuidados de saúde, servindo como base teórica para demonstrar conhecimento sobre as diretivas da legislação referente a IACS. Permitiu-me saber qual deve ser a composição das unidades locais de PPCIRA (UL-PPCIRA) e quais as suas funções, bem como, tendo em consideração a iniciativa STOP Infecção Hospitalar, o PNSD 2021-2026 e o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, quais as principais preocupações e objetivos nas equipas de PPCIRA, o que facilitou o meu acompanhamento do trabalho desenvolvido no local onde estagiei. Tive oportunidade de assistir a reuniões do grupo STOP Infecção Hospitalar, permitindo-me conhecer e ter uma perspetiva abrangente sobre o trabalho a ser desenvolvido pelas várias equipas de PPCIRA das instituições do SNS.

Tendo em consideração a iniciativa STOP Infecção Hospitalar, o programa PNSD 2021-2026 e o regulamento interno da UL-PPCIRA, foi-me possível conhecer os objetivos da UL-PPCIRA para o ano de 2023.

Não obstante, ao longo do estágio fui capaz de diagnosticar as necessidades que iam surgindo em matéria de prevenção e controlo de infeção. O Serviço de Logística do hospital onde estagiei colocou uma questão à UL-PPCIRA relativamente ao modo correto de limpeza e desinfeção de colchões, por considerarem que o desgaste dos mesmos era elevado e apontarem como causa provável a limpeza e desinfeção realizados nos serviços. Aproveitei esta oportunidade para procurar evidência científica sobre o tema, ler as fichas técnicas e instruções dos fabricantes, e posteriormente elaborei um parecer técnico sobre o modo correto para a limpeza e desinfeção dos colchões hospitalares (em Apêndice IV). O parecer foi aprovado pelo enfermeiro orientador e enviado como resposta ao Serviço de Logística. Foi também colocado na Gestão Documental do site interno hospitalar, de forma a estar acessível a todos os colaboradores, e foi divulgado junto dos coordenadores e responsáveis de Enfermagem das diversas unidades funcionais.

Durante o estágio surgiu necessidade de abordar o tema de infeção associada ao cateter venoso periférico, por ter sido documentado um aumento do número de flebites associadas ao cateterismo venoso periférico. Assim, elaborei uma norma sobre flebites e

causas prováveis (em Apêndice V), bem como uma folha de instrução de processo sobre a técnica de punção venosa para colocação de cateter venoso periférico (em Apêndice VI). Após validação do enfermeiro orientador, foi realizada uma auditoria ao internamento de Medicina, recorrendo a um formulário elaborado em Google Forms para preenchimento dos dados observados. Os dados recolhidos foram analisados em Excel em conjunto com o enfermeiro orientador, e posteriormente elaborei um relatório com os resultados (em Apêndice VII), que foi divulgado junto da Enfermeira Chefe do Internamento.

Considero que através destas atividades desenvolvidas fui capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, estabelecendo estratégias pró-ativas para responder às necessidades identificadas. Realizei pesquisa com base em evidência científica recente, que me permitiu elaborar o parecer técnico sobre limpeza e desinfeção de colchões e a norma de funcionamento sobre flebites, atualizando o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos da instituição onde estagiei.

Ao longo das primeiras semanas de estágio, o enfermeiro orientador apresentou-me vários serviços do hospital, de área clínica (unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intensivos pediátricos, farmácia, serviço de sangue, anatomia patológica) e de área não clínica, como central de esterilização, lavandaria hospitalar, central de gestão de resíduos, cozinha, central de limpeza, entre outros. Não só conheci as estruturas dos vários serviços, como me foi explicado o funcionamento interno de cada serviço. Aprendi sobre prevenção e controlo de infeção na cozinha da instituição; medidas de limpeza, desinfeção e esterilização na central de esterilização; higiene hospitalar na central de limpeza; circuitos de roupa limpa vs. usada na lavandaria; gestão de resíduos produzidos dentro do hospital, entre outros. Sinto que toda esta aprendizagem foi essencial para uma sensibilização sobre o trabalho diário de um enfermeiro na área de prevenção e controlo de infeção, tendo em atenção, não só a área clínica (os vários serviços de internamento, hospital de dia, urgência), mas também a área não clínica, detendo conhecimentos específicos na área de higiene hospitalar que permitem ser uma referência para as equipas que cuidam da pessoa em situação crítica.

Na altura de realização do estágio na UL-PPCIRA, a instituição hospitalar estava a receber novos colaboradores, efetuando várias sessões de apresentação do hospital, ao que foi solicitado à UL-PPCIRA que realizasse uma apresentação em PowerPoint de forma a dar

a conhecer aos novos colaboradores (técnicos auxiliares de ação médica, enfermeiros e médicos) o trabalho desenvolvido diariamente pela equipa, aproveitando para abordar também algumas questões como IACS, precauções básicas de prevenção e controlo de infeção (PBCI) e feixes de intervenção (“bundles” definidas pela DGS no projeto STOP Infeção Hospitalar).

Cooperei com o enfermeiro orientador na realização da sessão de apresentação, onde se abordou algumas das precauções básicas de controlo de infeção, como higiene das mãos, etiqueta respiratória, equipamentos de proteção individual e isolamentos com base na via de transmissão (isolamento de contacto, gotículas ou via aérea).

Com rondas realizadas nos serviços, salvaguardava-se que estes procedimentos eram cumpridos. Juntamente com o enfermeiro orientador, foi realizada uma observação no serviço de Urgência sobre higiene das mãos e uso de luvas; no serviço de internamento de Medicina confirmou-se que as pessoas em situação de doença que necessitavam de isolamento estavam num quarto com condições para tal, e com a devida sinalização para que a equipa (médica, de Enfermagem, de limpeza) soubesse o tipo de isolamento; após saída da pessoa em situação de doença dos quartos, era efetuada limpeza do quarto, tendo tido a oportunidade de ver como é efetuada a limpeza e desinfeção com UV-C.

Nos dois estágios efetuados, foi-me permitido monitorizar, registar e avaliar medidas de prevenção e controlo implementadas. No estágio de unidade de cuidados intensivos, realizei alguns turnos com um enfermeiro da área de gestão responsável pela área de prevenção e controlo de infeção, tendo-me sido apresentada a casuística da unidade em termos de infeções relativas a cateteres venosos centrais (CVC), algaliação e ventilação; tive ainda a possibilidade de efetuar uma observação e registo da lavagem das mãos dos profissionais de saúde, conforme formulário em Anexo X. No estágio de UL-PPCIRA, efetuei, em conjunto com o enfermeiro orientador, uma auditoria à central de limpeza da instituição, em Apêndice III; assim como uma auditoria sobre a prevenção de infeção associada à ventilação na unidade de cuidados intensivos. Também a auditoria sobre flebites, no serviço de internamento de Medicina (Apêndice VII), constituiu-se como uma excelente oportunidade para registar e avaliar medidas de prevenção implementadas, com a possibilidade de sugerir algumas hipóteses de melhoria no serviço.

Assim, considero ter correspondido aos objetivos específicos a que me propus no estágio de PPCIRA, bem como ter adquirido as competências expectáveis para um

enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica em matéria de prevenção e controlo de infeção.

3.3. Competências Gerais de Mestre

De acordo com o artigo 15º do Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março do Diário da República, referente ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A maioria das competências de mestre acima citadas foram adquiridas durante a realização deste Mestrado, quer na componente teórica, quer na componente prática, permitindo-me desenvolver e aprofundar conhecimentos previamente obtidos durante a licenciatura e na minha prática diária enquanto enfermeira no SUG. Acredito também que a participação nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (certificado de presença em Anexo V) e no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (certificado de presença em Anexo III) foi uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional, permitindo-me adquirir conhecimentos e assistir a palestras sobre temas bastante atuais da prática clínica.

A realização da *Scoping Review* no tema “Debriefing no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica” permitiu-me adquirir competências de investigação, procurando basear a prática na evidência científica, visto que “uma das características da profissão é o aumento do seu corpo de conhecimento próprio, resultante da investigação (...) que lhe permitirá fundamentar cada vez mais as suas práticas” (Vieira, 2017). Acredito que a publicação do *poster* “Debriefing na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica: Protocolo de *Scoping Review*” no VI Seminário Internacional do Mestrado de Enfermagem (em Apêndice III) foi essencial para divulgação da investigação realizada, promovendo uma cultura científica e de inovação, e garantindo assim a excelência dos cuidados de Enfermagem.

Ao longo dos estágios foi-me possibilitado a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos e estimulada a resolução de problemas em situações novas (como na elaboração do parecer técnico sobre limpeza e desinfeção de colchões; e na realização da auditoria ao serviço de internamento de Medicina sobre flebites), refletindo com os enfermeiros orientadores da prática sobre eventuais implicações que adviessem destas soluções. A elaboração e escrita destas normas internas permitiram-me adquirir competências na comunicação de conclusões de forma clara e explícita, a pessoas que sejam ou não da área clínica.

Promovi a investigação neste caminho de especialização, e adquiri aprendizagens profissionais, através da prática clínica diária e da reflexão entre pares, tendo tido sempre a preocupação de aliar competências de investigação a uma prática baseada em evidência científica, de forma a garantir cuidados de Enfermagem de qualidade e excelência. Assim, acredito ter desenvolvido as competências de mestre acima descritas.

CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Pessoa em Situação Crítica, do então Instituto de Ciências da Saúde, atual Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

A entrada neste ciclo de estudos foi impulsionada pela minha vontade em aprender mais, numa perspetiva de atualização de conhecimentos que me permita prestar cuidados de saúde de qualidade à pessoa em situação crítica, indo de encontro ao definido na Lei de Bases da Saúde (base 28, número 3).

A necessidade de desenvolvimento profissional surge como componente essencial para a prestação de cuidados de saúde, com “impacto positivo nos cuidados diretos aos doentes, nos profissionais e na própria instituição” (Queirós & Fernandes, 2021).

A Enfermagem é uma ciência que se encontra em constante mudança, sendo por isso fundamental a formação contínua, não só para complementar a formação inicial, mas também para permitir a atualização de conhecimentos de acordo com evidência científica mais recente, e pela necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências, gerados pelo desenvolvimento científico e tecnológico progressivo (Vásquez-Calatayud et al., 2021). À medida que adquiro experiência e consciência profissional, aprimoro o meu *eu profissional*, articulando o saber-fazer, saber-estar e saber-ser, “cujo resultado será o saber transformar-se, (...) que promove sem dúvida transições enquanto pessoa e profissional, no âmbito do desenvolvimento de competências profissionais” (Silva, 2011).

Este Curso de Mestrado concilia componente teórica (aulas) e componente prática (contexto de estágio em dois serviços diferentes), que assume especial relevância uma vez que “a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local de aplicação intervém na produção de competências” (Silva & Silva, 2004).

Transversal aos dois contextos de estágio foi o cuidar da pessoa em situação crítica e a prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde. A arte de cuidar como “interação entre seres humanos através da intersubjetividade, permitindo um encontro real e autêntico

entre quem cuida e é cuidado, transcendendo o mundo meramente físico e material” (Grencho, 2012), conforme a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Ao aplicar a teoria de Watson, promove-se uma abordagem holística da pessoa (e família) em situação crítica, com destaque para a importância das relações interpessoais, da empatia e da compaixão no cuidado em Enfermagem, ideais que exerci durante os contextos de estágio e nos quais fundamento a minha prática clínica diária.

Para além da aquisição de competências em contexto teórico e prático, é importante refletir sobre o percurso formativo, considerando que “não é suficiente que a situação possua um potencial formativo. É preciso, também, que a interação das pessoas com esta situação faça sentido para elas” (Courtois, 1992).

Assim, o presente Relatório de Estágio apresenta uma análise reflexiva de todas as atividades desenvolvidas, durante a componente teórica e prática do Mestrado, que me permitiram a aquisição de competências gerais de Enfermeira Especialista e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, bem como as competências de Mestre.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Inúmeros estudos demonstram a necessidade e impacto de enfermeiros especialistas nos cuidados de saúde, com melhoria “na satisfação dos clientes, nos diversos indicadores de saúde e bem-estar, na qualidade dos serviços prestados, nos custos associados à prestação de serviços e à realização e compromisso dos profissionais de Enfermagem” (Lopes et al., 2018). O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica adquire um papel fundamental, ao integrar conhecimentos específicos que permitem prestar cuidados altamente especializados à pessoa em situação crítica, desempenhando um papel essencial para a promoção de segurança, qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados.

Ao longo do percurso de especialização, exerci uma prática baseada na evidência científica e promovi a investigação e formação, participando em congressos científicos como “VII Jornadas de Medicina Intensiva” e “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”, onde tive a oportunidade de apresentar um poster sobre o protocolo da *scoping review* desenvolvida no âmbito deste Mestrado (Apêndice VIII). A elaboração da

scoping review sobre o tema *Debriefing* no cuidado à pessoa em situação crítica permitiu-me produzir conteúdo relevante e pertinente em cuidados de saúde, contribuindo para a expansão da base de conhecimento em Enfermagem, com foco a uma melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados.

Considero que consegui atingir os objetivos propostos e demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, bem como de mestre em Enfermagem.

Foi um percurso enriquecedor e repleto de aprendizagens, que se constituiu como um enorme desafio, sobretudo na altura de estágio com a necessidade de conciliar o trabalho diário com as horas exigidas em contexto de estágio, além dos trabalhos académicos. Foi também um percurso dinâmico, dado que de acordo com as experiências vivenciadas e com novas necessidades que iam sendo identificadas ao longo do estágio, os projetos de estágio iam sendo atualizados; não obstante estas alterações, considero que, no final, atingi os objetivos a que me propus nos dois contextos de estágio.

Este processo foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, refletindo-se uma melhoria na minha prática diária de Enfermagem, com uma procura constante de evidência científica que suporte as práticas, e uma preocupação acrescida com a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Enquanto futura enfermeira especialista e mestre em Enfermagem, terei a responsabilidade acrescida de questionar as práticas realizadas no serviço, com um olhar crítico que me permita contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, bem como continuar a investir na formação e investigação, dando um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem.

A conclusão deste Mestrado não encerra este processo de desenvolvimento, uma vez que mantenho vontade e desejo de continuar a aprofundar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais na área de pessoa em situação crítica, para que continue a prestar cuidados de Enfermagem de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M.L.F., Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.) (2021). *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Almeida R., Lopes M., Rocha N., Coutinho P., Alves D. (1998) Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*. 11: 91-95
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. M. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology clinics*, 38(4), 801–820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Atkinson, S., Ingham, J., Cheshire, M., & Went, S. (2010). Defining quality and quality improvement. *Clinical medicine (London, England)*, 10(6), 537–539. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-6-537>
- Aviso n.º 3127/2016 (2016). Universidade Católica Portuguesa. Diário da República, 2.ª Série, 47, 8340-8342
- Bagorrihla, T. (2020). *Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico*. Mestrado em Enfermagem. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bentley, S. K., McNamara, S., Meguerdichian, M., Walker, K., Patterson, M., & Bajaj, K. (2021). Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Advances in Simulation*, 6(1), 1-6.
- Berg, G. M., Hervey, A. M., Basham-Saif, A., Parsons, D., Acuna, D. L., & Lippoldt, D. (2014). Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 21(5), 201-208.

- Biscaia, J.L. (2000). Qualidade em Saúde: Uma Perspetiva Concetual. *Revista Qualidade em Saúde*. pp. 6-10
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 19(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Cianciarullo, T.I. (2003). *Instrumentos Básicos para o Cuidar – Um Desafio para a Qualidade de Assistência*. 1.^a edição, Atheneu. São Paulo.
- Circular Normativa nº 09/DGCG (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Volume 2: Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, M.F. (2000). *Promover a Vida*. 3.^a edição. Lisboa: Lidel
- Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., Arena, G., Blot, S., Luca, A., Arcadipane, A., & Chiaramonte, G. (2021). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system. *Intensive & critical care nursing*, 63, 102977.
- Correia, T. (1997). A Educação de Valores no Ensino de Enfermagem. *Sinais Vitais*, pp. 15-16
- Costa, A. & Gaspar, P.J.S. (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência In Dixe, M.; Sousa, P. & Gaspar, P. (Coords.) *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica*. 1.^a Edição, pp. 49-67. Unidade de Investigação em Saúde, Instituto Politécnico de Leiria
- Courtois, B. (1992). La formation en situation de travail: une formation expérientielle ambiguë. *Education Permanente*, 112, pp. 95-105
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República: 1.^a Série-A, 205, 2959-2962.

Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril (1998). Ministério da Saúde. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª Série-A, 93, 1739-1757

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República: 1ª Série-A, 60, 2242 – 2257.

Decreto-Lei n.º 220/2007 de 29 de maio (2007). Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª Série, 103, 3513-3516

Deodato, S.J. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.

Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro (2013). Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, 2.ª Série, 38, 7179-7180

Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro (2013). Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde – Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª Série, 229, 34563-34565

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República, 2.ª Série, 102, 13550-13553

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª Série, 187, 96-103

Despacho n.º 10901/2022 de 8 de setembro (2022). Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, 2.ª Série, 174, 93-99

Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Recuperado de: <https://www.anci.pt/>

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação n.º 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

- Evangelista, C.B., Lopes, M.E.L., Nóbrega, M.M.L., Vasconcelos, M.F., Viana, A.C.G. (2020). Análise da Teoria de Jean Watson de acordo com o Modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem de Referência*. Série V, nº4. Doi: 10.12707/RV20045
- Farias, M.S., Brito, L.L.M.S., Santos, A.S., Silva, L.F. & Chaves, E.M.C. (2019). Reflexões sobre o Saber, Saber-fazer e Saber-estar na Formação de Enfermeiros. *Rev Min Enferm*. 23, e-1207. <https://doi:10.5935/1415-2762.20190055>
- Favero, L., Meier, M.J., Lacerda, M.R., Mazza, V.A., Kalinowski, L.C. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Uma Década de Produção Brasileira. *Acta Paul Enferm* 22(2), 213-218
- Fernandes, A. (2015). Capítulo 7: Diagnóstico de Morte Cerebral e Manutenção do dador em morte cerebral In Ponce, P. & Mendes, J.J. (2015) *Manual de Medicina Intensiva*. Lidel
- Fernandes, A.F.D. (2019). *Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ferreira da Rocha, A. et al. (1996). Relação teoria-prática na formação de enfermeiros. *Sinais Vitais*, 8, pp. 29-33
- Fonseca, L.F.S.F. (2011). *Diagnóstico de Morte Cerebral*. Tese de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Fridh, I., & Åkerman, E. (2020). Family-centred end-of-life care and bereavement services in Swedish intensive care units: A cross-sectional study. *Nursing in critical care*, 25(5), 291–298. <https://doi.org/10.1111/nicc.12480>
- Fundação Calouste Gulbenkian (2015). *STOP Infecção Hospitalar – Um Desafio Gulbenkian*. Editor: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Garza, C. (2017). Urgência. *Laboreal*. 13(2), 1-3
- Gonçalves, S.M.F. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Grencho, A.F.T. (2012). *Intervenções do Enfermeiro Especialista durante o Parto e Impacto da Episiotomia na Qualidade de Vida da Mulher, nos Primeiros Três Meses após o Parto*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
- Joshi, M.S.; Ransom, S.C.; Ransom, E.R. & Nash, D.B. (2023). *The Healthcare Quality Book*. 5th Edition. Health Administration Press
- Junior, A.V.; Freire, R.A.; Bezerra, M.M.M (2021). Características anatómicas relacionadas a uma intubação difícil em pacientes pré-operatórios. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (6), pp. 25137-25145 <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-123>
- Krimshtein, N. S., Luhrs, C. A., Puntillo, K. A., Cortez, T. B., Livote, E. E., Penrod, J. D., & Nelson, J. E. (2011). Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. *Journal of palliative medicine*, 14(12), 1325–1332. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0225>
- Lei n.º 27/2006 de 3 de julho (2006). Assembleia da República. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1.ª Série, 126, 4696-4706
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Assembleia da República. Diário da República, 1.ª Série, 181, 8059-8105
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). Assembleia da República. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1.ª Série, 195, 3452-3459
- Longo, J. & Firmino, C. (2022). Formação Inicial em Enfermagem: Mudanças Curriculares para Incrementar as Potencialidades da Prática. *Revista Lusófona da Educação*, 58, 119-134. <https://doi:10.24140/issn.1645-7250.rle58.07>
- Lopes, M.A., Gomes, S.C. & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. *Repositório de Projetos de Pesquisa de Acesso Livre*, acesso a 2 de fevereiro de 2024, <https://repositorio.ecos.unb.br/items/show/35>.

- Loureiro, S., Rabiais, I. C. M., & Macau, L. (2017). *Estratégias de comunicação com a família do doente crítico em contexto de cuidados intensivos (UCI)*. Poster session presented at IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto e XIV Congresso do Arco Iberoatlântico, Matosinhos, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/35917>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Mendes, V.M.P. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução Recente e Perspetivas Futuras*. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde com Especialização em Gestão de Organizações de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.
- Nadir, N. A., Bentley, S., Papanagnou, D., Bajaj, K., Rinnert, S., & Sinert, R. (2017). Characteristics of real-time, non-critical incident debriefing practices in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 146.
- Nightingale, F. (2006). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Oliveira, C.M.F. (2022). *Transferências Inter-hospitalares Urgentes da Pessoa em Situação Crítica com Acompanhamento de Enfermeiro*. Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu.
- Oliveira, D.F.D. (2009). *O Cuidar em Enfermagem: Importância Atribuída pelos Alunos do 4.º Ano de Licenciatura em Enfermagem*. Projeto de Graduação para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem. Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Oliveira, L. & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10: 77-89
- Oliveira, M.S., Meira, L., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S., Brito, B. & Borges, B. (2012). *Situação de Exceção – Manual TAS*. 1.ª Edição, Versão 3.0, INEM
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Edição: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações. Ordem dos Médicos. Disponível em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Paiva, J.A.; Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F.; Ribeiro, J.M.; Nóbrega, J.J.; Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina Intensiva. Grupo de Trabalho Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt>
- Pisco, L. & Biscaia, J.L. (2001). Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, pp. 43-51
- Pita F., Carmona C. (2004). Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Médica Portuguesa*. 17: 70-75.
- Pontes, A.C.; Leitão, I.M.T.A. & Ramos, I.C. (2007). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento Essencial do Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília 2008. 61(3), pp. 312-318
- Queirós, C. & Fernandes, O. (2021). Capítulo VIII Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto de Enfermagem Gerontogeriatrica In *Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado*. pp. 155-164. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 35, 8648-8653
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série, 35, 8656-8657
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e

- na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2ª Série, 135, 19359-19370
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, 26, 4744-4750
- Ribeiro, J.M.S. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Saviato, R.M. & Leão, E.R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma Reflexão sobre a Empatia. *Esc Anna Nery*, 20(1), pp. 198-202
- Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuysen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in simulation (London, England)*, 5(1), 32.
- Soeima, S.J.F. (2021). *Capacidades de Competência Emocional dos Enfermeiros no Cuidar da Pessoa em Situação Crítica*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Schmidt, M.; Azoulay, E (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care* 18(5), 540-547. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357f141>
- Scott T. (2013). Sudden death in emergency care: responding to bereaved relatives. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 21(8), 36–39. <https://doi.org/10.7748/en2013.12.21.8.36.e1237>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* 55(1-2), pp. 11-20.
- Silva, D.M. & Silva, E.M. (2004). Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Revista Millenium/ RE Número 30*, 103-119
- Silva, M.J.R. (2011). *Método da Disciplina de Enfermagem – Educação e Transições no Contexto da Ação*. Candidatura para atribuição do Título de Especialista da Carreira

- Docente do Ensino Superior Politécnico. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Silva, S.L.A., Evangelista, J.S., Silva, L.B., Vicente, R.E.J., Medeiros, F.A.L. (2020). Aplicabilidade da Teoria de Jean Watson em Cuidados com a Pessoa Idosa: uma Revisão Bibliográfica. *Anais do VII Congresso Internacional do Envelhecimento Humano*. Campina Grande: Realize Editora.
- Silva, V.M.J.L. (2022). Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico. Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Universidade de Évora
- Tavares. P. (2020). *Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde. Porto, Portugal.
- Tojal, A.M.A.F. (2011). *Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse education in practice*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- 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.
- Walker W. M. (2010). Sudden cardiac death in adults: causes, incidence and interventions. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987), 24(38), 50–58. <https://doi.org/10.7748/ns2010.05.24.38.50.c7803>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. 1.ª Edição. Lusodidacta

- Watson, J. (2016). Watson Caring Science Institute. Consultado a 18 de janeiro de 2024, <https://www.watsoncaringscience.org/>
- Wilson, C. (2015). The role of nursing professional development in the future of nursing. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(1), 56-57.
- Zalenski, R., Gillum, R. F., Quest, T. E., & Griffith, J. L. (2006). Care for the adult family members of victims of unexpected cardiac death. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 13(12), 1333–1338. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.06.029>
- Zangão, M.O.B. (2014). *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade durante o Processo de Cuidar*. Tese de Doutoramento em Enfermagem na Especialidade de Educação em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.
- Zangão, M.O.B. & Mendes, F. (2014). Aquisição de Competências Relacionais pelos Estudantes de Enfermagem. *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*. Col. Oficinas Temáticas, n.º2. Évora: Ed. Universidade de Évora

APÊNDICES

Apêndice I – “*Debriefing* no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: *Scoping Review*”

RESUMO

Enquadramento: O *debriefing* é um processo comunicativo que ocorre numa equipa multidisciplinar após uma situação clínica, adquirindo uma especial relevância em contexto de emergência, uma vez que apresenta inúmeros benefícios, quer para a pessoa em situação crítica, quer para os profissionais de saúde. Através da reflexão em grupo e partilha de experiências, o *debriefing* proporciona melhoria na comunicação e performance da equipa, o que contribui para diminuir a probabilidade de erro clínico, aumentando a segurança da pessoa em situação crítica.

Objetivo: Mapear o conhecimento relativamente a estratégias de *debriefing* em contexto de emergência para a pessoa em situação crítica.

Metodologia: Realizou-se uma *scoping review*, através da pesquisa de artigos nas bases de dados PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e EBSCO.

Resultados: Foram incluídos nove artigos, dos quais quatro com metodologia qualitativa, dois com metodologia quantitativa e três mistos. O modelo usado como guia orientador para a realização de *debriefing* constitui-se como uma estratégia importante, sendo apresentados vários modelos nesta *scoping review*, como STOP5, *Safety-II Debriefing Tool*, PEARLS ou DISCERN. Independentemente do modelo utilizado, existem questões essenciais a abordar durante a realização de *debriefing*, como: “porquê?”, “o quê?”, “quem?”, “como?”, “onde?” e “quando?”. Outras estratégias passam por garantir um espaço seguro, sem consequências negativas para os envolvidos; e o responsável pelo *debriefing* deve ser um profissional de saúde com experiência neste tipo de estratégia e abordar tópicos como comunicação, ambiente, ética, segurança da pessoa em situação crítica, suporte familiar e aprendizagem para a equipa.

Conclusão: Deve ser realizada mais pesquisa nesta temática, no sentido de se formular um guião universal e de fácil implementação para a realização de *debriefing*, com resultados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: intervenção em crise; emergência; segurança do paciente; estado terminal

ABSTRACT

Background: Debriefing is a communicative process that occurs in a multidisciplinary team after a clinical situation, acquiring special relevance in an emergency context, as it presents numerous benefits, both for the critically ill patient and healthcare professionals. Through group reflection and sharing of experiences, debriefing provides improvements in team communication and performance, which contributes to reducing the likelihood of clinical error, increasing the safety of the person in a critical situation.

Objective: To map out scientific evidence debriefing strategies in an emergency context in critically ill patient.

Methodology: A scoping review was carried out by searching for articles in the PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) and EBSCO databases.

Results: Nine articles were included, four of which with qualitative methodology, two with quantitative methodology and three mixed. The model used as a guide for carrying out debriefing is an important strategy, with several models being presented in this scoping review, such as STOP5, Safety-II Debriefing Tool, PEARLS or DISCERN. Regardless of the model used, there are essential questions to address during the debriefing, such as: “why?”, “what?”, “who?”, “how?”, “where?” and when?”. Other strategies include ensuring a safe space, without negative consequences for those involved; and the person responsible for the debriefing must be a healthcare professional with experience in this type of strategy and cover topics such as communication, environment, ethics, safety of the person in a critical situation, family support and learning for the team.

Conclusion: More research should be carried out on this topic, in order to formulate a universal and easy-to-implement guide for carrying out debriefing, with results in promoting the safety of critically ill patients.

Keywords: critical incident stress debriefing; emergency; patient safety; critically ill.

INTRODUÇÃO

O *debriefing* é um processo comunicativo que ocorre numa equipa após uma situação clínica, constituindo-se como uma prática de revisão de acontecimentos e discussão de ideias (Berg et al., 2014). Tem como objetivo assegurar “o nível de segurança dos doentes, dos cuidados de saúde e ao mesmo tempo dos profissionais através do envolvimento de todos, promovendo aprendizagem com os erros e a implementação de estratégias e práticas seguras alicerçadas numa cultura de segurança” (Barroso, Sales & Ramos, 2021).

Garantir qualidade nos cuidados de saúde é cada vez mais uma preocupação, não só pela exigência dos cidadãos, mas também pelas suas expectativas relativamente à prestação de cuidados de saúde (Bagorrihla, 2020). Tendo em ponderação que a segurança da pessoa em situação crítica é influenciada por fatores individuais, organizacionais, ambientais e relacionados com a própria profissão, considera-se que é através da análise dos aspetos organizacionais, dos processos e papéis das equipas, que são desenvolvidos sistemas que resultam em melhores práticas e que diminuem a possibilidade de ocorrência de erros (Walker et al., 2020).

Assim sendo, a prática de *debriefing*, enquanto reflexão sobre os acontecimentos numa dada situação clínica (com identificação dos pontos fortes e das áreas a melhorar), constitui-se como um elemento essencial para a identificação de erros e falhas no sistema de saúde, o que leva à prevenção de erros clínicos futuros, aumentando a segurança da pessoa em situação crítica (Nadir et. al, 2017).

Ao realizar *debriefing* após situações clínicas que possam ter sido desafiantes para a equipa multidisciplinar, permite-se também a existência de uma comunicação aberta e eficaz entre todos os membros da equipa, num ambiente livre de julgamentos e aberto à expressão de sentimentos e preocupações (Berg et al., 2014), o que possibilita suporte emocional entre os profissionais de saúde e melhoria na coesão e trabalho de equipa (Nadir et al., 2017).

Walker et al. (2020) referem que equipas que desenvolvem momentos de reflexão com o objetivo de aprenderem e evoluírem juntos, demonstram maiores níveis de desempenho. A prática do *debriefing* entre a equipa permite aos seus elementos refletirem sobre a performance, identificarem erros e refletirem sobre áreas a melhorar, proporcionando melhorias entre as diferentes disciplinas e o trabalho em equipa (Berg et. al., 2014).

Desta forma, apesar do foco do *debriefing* ser a prevenção de eventos clínicos, este procura aprender com as dificuldades, limitações, erros ou eventos adversos e auditar essas mesmas práticas, garantindo melhores resultados na performance da equipa e na promoção da segurança da pessoa em situação crítica (Nadir et al., 2017).

A presente *scoping review* tem como objetivo mapear na evidência científica as estratégias de *debriefing* em contexto de emergência para a pessoa em situação crítica, num período de dez anos. Não se incluiu nesta *scoping review* artigos relativos a emergências obstétricas ou pediátricas.

A temática apresentada surge do interesse individual dos elementos do grupo relacionado com a segurança da pessoa em situação crítica e na perspetiva de transpor futuramente os dados retirados da *scoping review* para a prática clínica. Consideramos que a prática de *debriefing* após situações clínicas é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na segurança da pessoa em situação crítica (Barroso et al., 2021). Apesar do objetivo inicial desta *scoping review* se encontrar relacionado com o *debriefing* como estratégia promotora da segurança da pessoa em situação crítica, os resultados encontrados não se relacionam exclusivamente com a segurança, pelo que o grupo optou por não se cingir apenas a esta temática.

A presente *scoping review* encontra-se organizada da seguinte forma: metodologia, apresentação das tabelas com os artigos incluídos nesta *scoping review*, discussão e conclusão, seguido das referências bibliográficas que suportam este trabalho.

METODOLOGIA

Uma *scoping review*, como o próprio nome indica, consiste numa ferramenta que permite determinar o escopo de um determinado tema, dando indicação do volume de literatura e de estudos disponíveis sobre o mesmo (Munn et al., 2018).

A *scoping review* proposta será realizada de acordo com a metodologia da JBI para *scoping reviews* (Aromataris & Munn, 2020). Esta organiza-se em várias etapas por forma a estruturar a sua elaboração (Pollock et al., 2023).

Após a definição da temática a abordar, elaborou-se uma questão de pesquisa que permitisse orientar a pesquisa bibliográfica. A questão de pesquisa e os termos de pesquisa estão organizados segundo o referencial PCC: participantes (P), conceito (C) e contexto (C). Nesta revisão, os participantes (P) referem-se à pessoa em situação crítica (*critical illness*), o conceito (C) ao *debriefing* como estratégia promotora de segurança e o contexto (C) emergência (quer em Unidade de Cuidados Intensivos, quer em serviço de Urgência Geral).

Assim sendo, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais as estratégias de *debriefing* que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência?”

Os critérios de inclusão definidos nesta pesquisa foram os seguintes: artigos publicados desde 2013, inclusive (artigos até 10 anos de publicação, de forma a obter evidência científica mais recente), escritos em Inglês ou Português e artigos que se refiram a pessoas com idade igual ou superior a dezoito anos.

Como critérios de exclusão, definimos: artigos relativos a *debriefing* em contexto de práticas simuladas e artigos relativos a emergências obstétricas.

Para a realização da pesquisa bibliográfica, recorreremos às bases de dados PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e EBSCO. A pesquisa bibliográfica foi realizada no dia 29 de setembro de 2023.

Foram definidas as palavras-chave e consequentemente os descritores de pesquisa MeSH: *debriefing*, *Emergência/Emergency*, *Cuidados Críticos/Critical care* e *Segurança do Paciente/Patient Safety*.

Definidos os descritores de pesquisa, foi formulada uma frase booleana, utilizando o “OR” (ou) e o “AND” (e) como operadores de pesquisa entre os vários descritores.

Assim sendo, a frase booleana utilizada para pesquisa nas bases de dados apresentadas foi: “((debriefing) OR (critical incident stress debriefing)) AND ((emergency) OR (emergency room) OR (emergency department) OR (intensive care unit) OR (critical care)) AND (patient safety))”.

Através da pesquisa efetuada nas bases de dados referidas anteriormente, foram obtidos cento e cinquenta e dois artigos de pesquisa. Após eliminar artigos duplicados e eliminar artigos de acordo com o título e resumo, foram totalizados treze artigos. Feita a leitura integral destes treze artigos, foram excluídos mais quatro, totalizando nove artigos para análise e realização desta *scoping review*. Apresentamos em seguida a Figura 1, referente ao fluxograma PRISMA, que resume esta metodologia implementada.

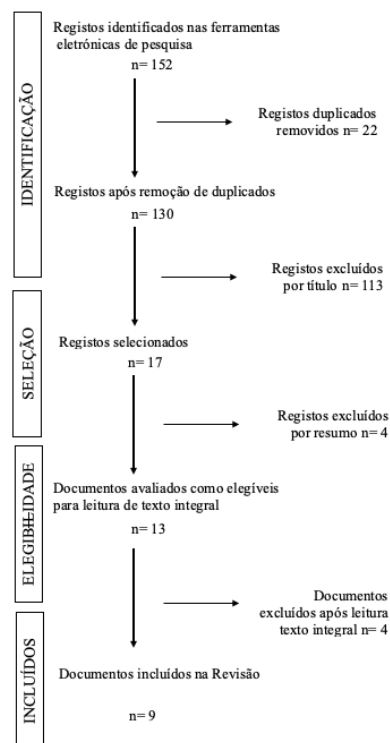


Figura1 – Fluxograma PRISMA

RESULTADOS

Artigo 1	“Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality”.
Autores	Alexander F. Arriaga, Demian Szyld, May C.M. Pian-Smith
Data e fonte da publicação do estudo	2020.Estados Unidos da América
Metodologia	Qualitativa
Instrumentos de colheita de dados	Tipo de estudo: revisão de literatura
Tipo de amostra	-----
Resultados	As estratégias de <i>debriefing</i> apresentadas no artigo são: definir quais os eventos que devem desencadear <i>debriefing</i> (considerar começar nos eventos mais frequentes, ou os que forem mais relevantes para a equipa); usar <i>checklist</i> ou manuais de emergência que suscitem <i>debriefing</i> após evento crítico; utilizar cartões com os itens que devem ser abordados durante a prática de <i>debriefing</i> ; usar modelos de <i>debriefing</i> como PEARLS ou DISCERN; realizar cursos de <i>debriefing</i> (como <i>TALK debrief</i>); considerar alternativas à prática de <i>debriefing</i> em contexto real (como <i>teledebriefing</i>).

Conclusões	A realização do <i>debriefing</i> após eventos críticos apresenta benefícios para o indivíduo, a equipa, o ambiente e para o sistema de saúde no geral. Estratégia pouco utilizada nos cuidados de saúde. Necessidade de evidência da sua segurança, efetividade, praticabilidade, implementação, desenvolvimento e sustentabilidade.
-------------------	---

Tabela1 – Artigo1

Artigo 2	“Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation.”
Autores	Gina M. Berg, Ashley M. Hervey, Angela Basham-Saif, Deanna Parsons, David L. Acuna, Diana Lippoldt.
Data e fonte da publicação do estudo	2014 Estados Unidos da América
Metodologia	Quantitativa
Instrumentos de colheita de dados	Inquéritos aos profissionais de saúde antes e três meses após implementação do <i>debriefing</i> , com perguntas sobre segurança do doente, efetividade do trabalho de equipa e aceitação de <i>debriefings</i> estruturados.
Tipo de amostra	Amostra não-probabilística – amostragem intencional (58 profissionais de saúde do Centro de Trauma Nível I do Wesley Medical Center).

Resultados	A principal estratégia de <i>debriefing</i> apresentada no artigo é a implementação de um modelo estruturado de <i>debriefing</i> após situações de reanimação. É necessário estabelecer “regras básicas”, como a apresentação inicial de todos os elementos, numa atmosfera sem culpa nem julgamento, onde se sintam psicologicamente seguros.
Conclusões	A prática de <i>debriefing</i> é reconhecida como fator promotor da segurança da pessoa em situação crítica. Proporciona crescimento da equipa, clarifica papéis e responsabilidades de cada elemento, identifica oportunidades de melhoria e oferece uma oportunidade para avaliar a segurança da pessoa em situação crítica. Envolve estratégias de mudança organizacionais, que mais facilmente ocorrerão se todos os elementos reconhecerem o potencial de melhoria dos cuidados após implementação do <i>debriefing</i> .

Tabela2 – Artigo2

Artigo 3	“STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department.”
Autores	Craig Andrew Walker, Laura McGregor, Cameron Taylor, Sara Robinson.
Data e fonte da publicação do estudo	2020. Reino Unido
Metodologia	Qualitativa
Instrumentos de colheita de dados	Um “focus group” do Royal Infirmary of Edinburgh criou várias ferramentas para realização de <i>debriefing</i> , utilizando-as e comparando-as, acabando por implementar a estratégia STOP5. O instrumento de colheita de dados

	é as respostas a um inquérito um mês antes de implementar esta estratégia de <i>debriefing</i> e novamente 6 e 18 meses após a implementação do mesmo, avaliando a satisfação da equipa no uso desta ferramenta.
Tipo de amostra	Amostra não-probabilística – amostragem intencional (41 profissionais de saúde do serviço de Urgência do Royal Infirmary of Edinburgh).
Resultados	A estratégia principal de <i>debriefing</i> apresentada neste artigo é a implementação de um modelo estruturado de <i>debriefing</i> logo após a ocorrência (“hot debrief”), designado por “STOP5”. Consideram que o líder do <i>debriefing</i> deve ser alguém que fica de fora durante a situação crítica, e que o <i>debriefing</i> deve ser realizado logo após a mesma, com uma duração ideal de cinco minutos, sendo que alguns <i>debriefings</i> podem ter de ser analisados novamente um tempo depois da ocorrência (“cold debrief”).
Conclusões	Os autores consideram que este modelo é fácil de usar, rápido de preencher e eficaz para várias equipas no Serviço de Urgência, pelo que deverá ser replicado.

Tabela3 – Artigo3

Artigo 4	“Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na Segurança do Doente Crítico.”
Autores	Tiago Bagorriilha. 2020. Portugal

Data e fonte da publicação do estudo	
Metodologia	Misto
Instrumentos de colheita de dados	Observação direta de momentos de <i>debriefing</i> , com recurso a uma grelha de observação. Sessões de formação.
Tipo de amostra	Amostra não-probabilística – amostragem intencional (22 enfermeiros pertencentes ao serviço de urgência do Hospital Santa Luzia de Elvas).
Resultados	Implementação de uma estrutura básica (guião) que facilite a realização do <i>debriefing</i> , bem como uma lista de verificação para garantir que todos os tópicos foram abordados. Define várias estratégias para fomentar a prática de <i>debriefing</i> , como colocar pósteres sobre esta temática na sala de pausa dos profissionais de saúde, atualizar <i>guidelines</i> e promover formação e treino sobre <i>debriefing</i> .
Conclusões	O <i>debriefing</i> é uma ferramenta de trabalho que auxilia na reflexão sobre a ação, criando um espaço favorável à discussão e permitindo implementar mudanças no desempenho da equipa. Todas as sessões de <i>debriefing</i> devem ser aproveitadas como momento de aprendizagem e aquisição de competências, melhorando os cuidados prestados pela equipa.

Tabela4 – Artigo4

Artigo 5	“Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system.”
Autores Data e fonte da publicação do estudo	Elena Conoscenti, Gennaro Martucci, Marcello Piazza, Fabio Tuzzolino, Barbara Ragonese, Gaetano Burgio, Giuseppe Arena, Stijn Blot, Angelo Luca, Antonio Arcadipane, Giuseppe Chiaramonte. 2021. Itália.
Metodologia Instrumentos de colheita de dados	Quantitativa Questionário incluído num programa de melhoria de qualidade, com o objetivo de implementar o debriefing após situações de emergência e detetar áreas de melhoria.
Tipo de amostra	Amostra probabilística – amostragem aleatória simples (148 profissionais de saúde da equipa multidisciplinar)
Resultados Conclusões	As estratégias de <i>debriefing</i> apresentadas no artigo são: definir um protocolo/estrutura clara, definir estratégias na equipa multidisciplinar, evidenciar competências técnicas e não-técnicas e encorajar o trabalho de equipa. A maioria dos profissionais de saúde perceciona o <i>debriefing</i> como ferramenta necessária e útil para melhoria da performance durante situações críticas. Programas de melhoria de qualidade são cruciais, e mais trabalho deve ser feito para avaliar o impacto do <i>debriefing</i> .

Tabela5 – Artigo5

Artigo 6	“Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19.”
-----------------	--

Autores	Jean-Christophe Servotte, T. Bram Welch-Horan, Paul Mullan, Justine Piazza, Alexandre Ghuysen, Demian Szyld
Data e fonte da publicação do estudo	2020. Bélgica.
Metodologia	Qualitativa
Instrumentos de colheita de dados	Revisão bibliográfica para definição e concepção de uma ferramenta de <i>debriefing</i> , intitulada de “ <i>Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End (DISCOVER-PHASE)</i> ”. Posterior aplicação da ferramenta de <i>debriefing</i> elaborada em 189 oportunidades e análise dos dados recolhidos.
Tipo de amostra	Amostra probabilística – amostragem aleatória simples (observação direta de 189 oportunidades de <i>debriefing</i>).
Resultados	O artigo cria um modelo de <i>debriefing</i> , intitulado de “ <i>Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End (DISCOVER-PHASE)</i> ”. Refere como estratégias para a prática de <i>debriefing</i> envolver toda a equipa multidisciplinar, implementar o <i>debriefing</i> pouco tempo depois da ocorrência do evento (“hot debrief”) e utilizar modelos simples, estruturados, breves (com duração máxima entre dez a vinte e cinco minutos), liderados por um facilitador experiente que idealmente não estivesse envolvido na ocorrência que vai ser alvo de <i>debriefing</i> .
Conclusões	Durante a pandemia de COVID-19, conseguiram demonstrar a viabilidade de implementar como rotina a prática de <i>debriefing</i> após o turno em dois serviços de Urgência. É necessário mais pesquisa para compreender o impacto clínico e educacional da realização de <i>debriefing</i> .

Tabela6 – Artigo6

Artigo 7	“Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department.”
Autores	Nur-Ain Nadir, Suzanne Bentley, Dimitrios Papanagnou, Komal Bajaj, Stephan Rinnert, Richard Sinert
Data e fonte da publicação do estudo	2017. Estados Unidos da América.
Metodologia	Misto
Instrumentos de colheita de dados	Questionário eletrónico sobre características do <i>debriefing</i> . Realização de um Painel de <i>Delphi</i> com especialistas da área do <i>debriefing</i> , para refinamento do questionário implementado.
Tipo de amostra	Amostra probabilística – amostragem aleatória simples (157 respostas ao questionário).
Resultados	As estratégias de <i>debriefing</i> apresentadas no artigo são: executar <i>debriefing</i> sobre o evento crítico após este ocorrer e implementar cursos com simulações de <i>debriefing</i> como estratégia facilitadora do processo de aprendizagem.
Conclusões	A prática de <i>debriefing</i> é implementada em vários serviços de urgência e percecionada pelos profissionais como benéfica em termos de melhoria de desempenho, no entanto, a maioria dos profissionais de saúde não tem treino nem formação em técnicas de <i>debriefing</i> . Recomenda-se mais estudos sobre benefícios da prática de <i>debriefing</i> e recomendações para melhores práticas.

Tabela7 – Artigo7

Artigo 8	“Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico.”
Autores	Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva
Data e fonte da publicação do estudo	2022. Portugal.
Metodologia	Qualitativa
Instrumentos de colheita de dados	
Tipo de amostra	X
Resultados	O autor refere como estratégias para a prática de <i>debriefing</i> a elaboração de póster informativo sobre o <i>debriefing</i> para sensibilização dos profissionais de saúde sobre a sua importância na prática clínica. Promove a realização de ações de formação sobre o tema. Menciona a implementação de uma norma de procedimento com um guião para o <i>debriefing</i> e uma lista de verificação (que garante que todas as fases previstas no guião foram cumpridas).
Conclusões	O debriefing permite o desenvolvimento de competências de comunicação e trabalho em equipa, contribuindo para uma melhoria da segurança dos cuidados de saúde prestados.

Tabela8 – Artigo8

Artigo 9	“Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II.”
----------	--

Autores	Suzanne Bentley, Shannon McNamara, Michael Meguedirchian, Katie Walker, Mary Patterson, Komal Bajaj
Data e fonte da publicação do estudo	2021. Estados Unidos da América.
Metodologia	Misto
Instrumentos de colheita de dados	Apresentação de uma ferramenta de <i>debriefing</i> a dois grupos diferentes de especialistas na utilização de estratégias de <i>debriefing</i> , com posterior aplicação em diferentes eventos.
Tipo de amostra	Amostra não-probabilística – amostragem intencional (10 especialistas em estratégias de <i>debriefing</i>)
Resultados	A estratégia principal apresentada no artigo é fazer <i>debriefing</i> de todos os eventos (incluindo rotinas e “eventos mundanos”), abordando os aspetos negativos e positivos. Desenvolvem uma ferramenta para a realização de <i>debriefing</i> : “Safety-II Debriefing Tool”, que engloba várias fases para o <i>debriefing</i> .
Conclusões	Os autores implementam um modelo que permite a discussão, não só “do que correu mal ou do que poderia ter corrido melhor”, mas também de todo o trabalho realizado no dia-a-dia. O próximo passo será implementar este modelo de <i>debriefing</i> em cursos de formação sobre <i>debriefing</i> , bem como estudar e analisar a sua utilização e impacto na prática diária.

Tabela9 – Artigo9

DISCUSSÃO

A importância da prática de *debriefing* após situações de emergência remonta a décadas de literatura. Existem inúmeros benefícios, quer para a pessoa em situação crítica, quer para os profissionais de saúde.

Se por um lado a prática de *debriefing* permite refletir sobre os cuidados prestados *versus* os cuidados imaginados, por outro lado permite identificar erros e eventos adversos (Arriaga et al., 2020), contribuindo para o desenvolvimento de melhores práticas (Nadir et al., 2017). Um estudo desenvolvido por Berg et al. (2014), demonstrou que a realização do *debriefing* após situações de emergência teve impacto positivo na segurança da pessoa em situação crítica, na prevenção da ocorrência de erro e no *feedback* recebido.

Para os profissionais de saúde, a prática de *debriefing* apresenta a capacidade de eliminar ou mitigar o impacto negativo dos eventos críticos para a equipa (Arriaga et al., 2020), uma vez que permite o processamento das emoções decorrentes de eventos desafiantes, constituindo-se como uma estratégia utilizada pelos enfermeiros para lidar com emoções e procurar confirmação e validação dos cuidados prestados (Conoscenti et al., 2021).

No entanto, o *debriefing* após situações de emergência nem sempre ocorre na prática diária - estudos demonstram que estratégias de *debriefing* são utilizadas em escassas ocasiões (Arriaga et al., 2020), e mesmo quando usado, a equipa refere não possuir treino específico em técnicas de *debriefing* (Nadir et al., 2017).

A presente *scoping review* tem como objetivo identificar estratégias de *debriefing* que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Existem alguns modelos de *debriefing* presentes na literatura, sendo que todos apresentam o mesmo efeito positivo com a sua aplicação (Nadir et al., 2017).

Independentemente do modelo/guião de *debriefing* utilizado, existem seis questões cruciais a abordar durante a realização do *debriefing*, de acordo com Servotte et al (2020) e Silva (2022), nomeadamente:

1. **Porquê?:** É fundamental todos os elementos presentes entenderem a necessidade e o motivo para a realização de *debriefing*, percecionando-o como uma partilha de experiências e emoções que facilitem a aquisição de competências (Servotte et al, 2020). O objetivo do *debriefing* visa “garantir e aumentar o nível de segurança dos doentes, dos cuidados de saúde e ao mesmo tempo dos profissionais através do envolvimento de todos, promovendo aprendizagem com os erros e a implementação de estratégias e práticas seguras” (Barroso, Sales e Ramos, 2021).
2. **O quê?:** Quais os eventos que devem ser alvo de *debriefing*? Segundo Servotte et al. (2020), a prática de *debriefing* deve abordar o trabalho individual e o trabalho de equipa, bem como os processos e o próprio sistema. Alguns autores defendem a realização de *debriefing* exclusivamente em situações críticas (é a própria situação que proporciona o momento de *debriefing*), enquanto que outros autores defendem a prática de *debriefing* em todas as situações, incluindo rotinas (assim, o *debriefing* é implementado no final do turno, constituindo-se como uma prática mais rotineira e menos intimidante para os elementos da equipa) (Servotte et al., 2020). Segundo Walker et al. (2020), os maiores ganhos têm-se mostrado resultarem da análise do trabalho do dia-a-dia e não do estudo de situações extremas, até porque é através da reflexão sobre o trabalho que realizamos diariamente que podemos realizar o paralelismo entre normas, políticas e protocolos e o que é efetuado na prática (Nadir et. al., 2017; Bentley et al., 2021).
3. **Quem?:** Quem são os elementos que devem estar presentes durante a realização de *debriefing*? Vários autores defendem que o *debriefing* deve incluir todos os profissionais que participaram no evento crítico, promovendo uma abordagem multidisciplinar; no entanto, ninguém deve ser obrigado a participar neste tipo de estratégias, uma vez que nem todos os profissionais de saúde podem sentir-se à vontade para lidar desta forma com situações mais desafiantes (Arriaga et al., 2020). O *debriefing* deve ser mediado por um facilitador, que deve ter competências e treino em *debriefing*. Porém, segundo Arriaga et al (2020), há alguns modelos de *debriefing* que procuram utilizar estratégias para diminuir a necessidade de treinar os facilitadores, encorajando todos os profissionais de saúde a ter a iniciativa para realizar um *debriefing*. Independentemente de quem incorpora a figura de líder, este deve sempre enfatizar a importância da oportunidade de aprendizagem e reconhecer o esforço de todos os elementos (Berg et. al., 2014); e deve seguir um guião que aborda tópicos como

comunicação, ambiente, segurança da pessoa em situação crítica, ética, suporte familiar e aprendizagem para a equipa (Berg et. al., 2014).

4. **Como?:** Como deve ser realizada a prática de *debriefing*? Inúmeros são os modelos estruturados e guiões apresentados na literatura, tais como o STOP5, *Safety-II Debriefing Tool*, DISCOVER-PHASE, que serão apresentados no decorrer desta *scoping review*;
5. **Quando?:** Existem três modalidades de *debriefing*, de acordo com o momento em que se realizam, nomeadamente quente/*hot* (se for realizado logo após o evento), morno/*warm* (se for feito algumas horas depois da ocorrência) ou frio/*cold* (se for realizado dias após o evento crítico);
6. **Onde?:** Pode ser vantajoso a realização do *debriefing* num local diferente de onde ocorreu o evento, por ajudar na diminuição da ansiedade dos elementos, diminuir as distrações e aumentar o seu conforto (Servotte et al., 2020). O *debriefing* deve ser efetuado num ambiente informal, com perguntas abertas e que promovam uma reflexão honesta (Servotte et al., 2020). De forma a garantir a adesão e a participação de todos os elementos, esta estratégia terá de garantir um espaço psicologicamente seguro, sem consequências negativas, atribuição de culpa, punição, embaraços ou confrontos (Berg et. al., 2014).

Inúmeros são os autores que referem a importância de um guião de *debriefing*, “por onde todos os elementos se podem orientar” (Bagorrihla, 2020). Berg et al. (2014) apresentam no seu artigo um guião que aborda tópicos como comunicação, ambiente, segurança do paciente, ética, rede de suporte familiar e aprendizagem. Conoscenti et al. (2021) desenvolvem um guião estruturado de autorreflexão de *debriefing*, onde incluem etapas como: o que correu bem durante o evento crítico (competências técnicas e não-técnicas), o que poderia ter corrido melhor, e que lições é possível retirar e levar para a próxima. Arriaga et al. (2020) refere a possibilidade de ter “action cards” com os tópicos mais importantes a abordar durante a realização de um *debriefing*.

Bagorrihla (2020), citado posteriormente por Silva (2022), refere a possibilidade de existir uma lista de verificação de *debriefing*, para garantir que todas as fases previstas no guião de *debriefing* foram cumpridas.

Arriaga et al. (2020) mencionam a utilização de modelos estruturados de *debriefing*, como o modelo PEARLS (*Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation*) que

inclui cinco fases: preparação do cenário (um ambiente calmo), reações (explorar as reações dos vários profissionais de saúde), descrição (clarificar os factos do acontecimento), análise (a fase de análise pode ser efetuada para explorar vários domínios da performance, como competências técnicas, comunicação, tomada de decisão, liderança, trabalho de equipa) e sumário (identificar tema-chave a retirar deste momento de aprendizagem).

Também no artigo “*Real-Time Debriefing After Critical Events*” (Arriaga et al., 2020) é mencionado o modelo DISCERN (*Debriefing in Situ Conversation after Emergent Resuscitation*), um guião que apresenta três etapas: na primeira etapa, deve-se preencher os dados da pessoa em situação crítica cujo evento vai ser alvo de *debriefing*; na segunda fase identifica-se todos os elementos presentes no *debriefing*; e na terceira fase, responde-se a uma série de perguntas, nomeadamente: O que correu bem para o paciente? O que poderia ter corrido melhor? O líder foi o único médico a prescrever verbalmente terapêutica a administrar? (assumindo que o team líder é um elemento da equipa médica) Alguém ficou confuso sobre quem era o líder na ocasião?

Durante a pandemia Covid-19, estratégias de *debriefing* como o *teledbriefing* tornaram-se essenciais (Arriaga et al., 2020). A utilização de tecnologia para a realização de *debriefing* foi considerada um fator de segurança psicológica e indutor de maior participação por parte das equipas. Nesta altura, foi testada a implementação do modelo DISCOVER PHASE (*Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End*), um modelo apresentado por Servotte et al. (2020), e que seria para aplicar em serviços de urgência no final dos turnos, na época de pandemia COVID-19, constituído por três partes: “background” (incluía dados demográficos, os profissionais de saúde presentes, número de pacientes tratados e número de mortes durante o turno); a segunda parte era constituída por introdução (agradecer a presença dos elementos, referir qual o objetivo do *debriefing*), reações (emoções dos profissionais de saúde), discussão (o que correu bem e o que poderia ter corrido melhor) e sumário (agradecer a participação de todos os elementos e referir quais os principais tópicos a retirar); e por fim, a terceira parte era composta por um “report” com comentários do que poderia ter sido feito de forma diferente, ideias e inovações para a próxima ocasião.

Bentley et al. (2021) apresentam no artigo “*Debrief It All: A Tool for Inclusion of Safety-II*” uma estratégia para efetuar *debriefing* em todos os eventos ocorridos (incluindo

rotinas e “eventos mundanos”), e não apenas em eventos de exceção. Pretendem realizar uma discussão sobre todo o trabalho efetuado no dia-a-dia, criando um modelo para o fazer: *Safety-II Debriefing Tool*. Este modelo inclui quatro fases: introdução/preparar o cenário, descrição do caso, análise e sumário/pontos para levar para casa.

Também o modelo implementado por Walker et al. (2020), STOP5, se apresenta como uma ferramenta de fácil e rápida utilização, com ganhos diretos na segurança da pessoa em situação crítica, no desempenho da equipa e na qualidade dos cuidados. Este modelo divide-se em duas partes: a primeira parte composta por um guião de perguntas e afirmações, onde se interroga se todos os profissionais estão bem e onde se indica qual o objetivo do *debriefing*, reforçando que toda a informação discutida é confidencial e a participação não é obrigatória; a segunda parte constituída por quatro tópicos abertos a discussão, com o acrónimo STOP:

- S - Sumário do caso;
- T - Tarefas que correram bem;
- O - Oportunidades de melhoria;
- P – Pontos de ação e responsabilidades).

O Modelo “STOP5” tem como objetivo a realização de uma reflexão em cinco minutos imediatamente após o evento ou pouco tempo depois do término do mesmo (Walker et al., 2020). Este guião distingue-se dos restantes no sentido em que, para além de se focar na melhoria das competências dos profissionais, procura aumentar os níveis de satisfação dos mesmos, tal como verificar discrepâncias e assim prevenir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Walker et al., 2020).

Independentemente de seguir um destes guiões ou modelos estruturados de *debriefing*, a realização do mesmo deve ser sempre documentada, de forma a ser possível avaliar os programas de qualidade relacionados com esta estratégia (Bagorrihla, 2020).

Existem inúmeras barreiras à realização de *debriefing*, tais como tempo, espaço, recursos, treino, o facto de lidar com o stress do evento, o valor atribuído pelas equipas à utilização deste tipo de estratégias e fatores sociais e interpessoais (Arriaga et al., 2020).

É por isso fundamental apostar em cursos de formação e treino sobre *debriefing* para profissionais de saúde, como já existe no “Center for Medical Simulation” nos Estados

Unidos da América (Arriaga et al., 2020), ou mesmo formação entre profissionais de saúde no dia-a-dia no local de trabalho, como realizou Bagorriha (2020) para o seu projeto de Mestrado. O projeto TALK *debrief* (<https://www.talkdebrief.org/>) surge como uma iniciativa desenvolvida pela União Europeia com o principal objetivo de treinar e encorajar qualquer profissional de saúde a iniciar um *debriefing* e atuar como líder (Arriaga et al., 2020).

É essencial implementar estratégias de mudança organizacionais, que ocorrerão mais facilmente se toda a equipa reconhecer o potencial do *debriefing* para a melhoria dos cuidados prestados (Berg et al., 2014).

Na tabela seguinte apresentamos uma síntese das estratégias identificadas nos artigos:

Artigos	Principais estratégias de <i>debriefing</i> identificadas
Artigo 1 “Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality”	Definir quais os eventos que devem desencadear <i>debriefing</i>; incluir todos os elementos presentes durante o evento crítico no <i>debriefing</i>; usar <i>checklist</i> que suscitem <i>debriefing</i> após evento crítico; utilizar cartões com itens que devem ser abordados durante a prática de <i>debriefing</i>; usar modelos de <i>debriefing</i> como PEARLS ou DISCERN; realizar cursos de <i>debriefing</i> (TALK <i>debrief</i>); considerar alternativas à prática de <i>debriefing</i> em contexto real (<i>teledebriefing</i> ou <i>telesimulation</i>).
Artigo 2 “Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation”	Implementar um modelo estruturado de <i>debriefing</i> após situações de reanimação; estabelecer “regras básicas”, como a apresentação inicial de todos os elementos, numa atmosfera sem culpa nem julgamento, onde se sintam psicologicamente seguros. Implica estratégias de mudança organizacionais.
Artigo 3 “STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department”	Implementar um modelo estruturado de <i>debriefing</i> logo após a ocorrência, “STOP5”. O líder do <i>debriefing</i> deve ser alguém que fica de fora durante o evento crítico, e o <i>debriefing</i> deve ser realizado logo após o mesmo, com uma duração de cinco minutos, sendo que alguns <i>debriefings</i>

	podem ter de ser analisados novamente um tempo depois da ocorrência (“cold debrief”). É necessário garantir um espaço que os elementos da equipa considerem seguro.
Artigo 4 “Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como determinante na Segurança do Doente Crítico”	Implementar um guião que facilite a realização do <i>debriefing</i> , bem como uma lista de verificação para garantir que todos os tópicos foram abordados. Colocar pôsteres na sala de pausa dos profissionais de saúde, atualizar <i>guidelines</i> e promover formação e treino sobre <i>debriefing</i>
Artigo 5 “Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system”	Definir um protocolo claro, definir estratégias na equipa multidisciplinar, evidenciar competências técnicas e não-técnicas e encorajar o trabalho de equipa.
Artigo 6 “Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19”	Implementar um modelo de <i>debriefing</i> , “ <i>Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End (DISCOVER-PHASE)</i> ”. Incluir a equipa multidisciplinar, implementar <i>debriefing</i> pouco tempo depois da ocorrência do evento e usar modelos simples, estruturados, breves, liderados por um facilitador experiente que idealmente não estivesse envolvido no evento crítico.
Artigo 7 “Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department”	Executar <i>debriefing</i> sobre o evento crítico após este ocorrer e implementar cursos com simulações de <i>debriefing</i> como estratégia facilitadora do processo de aprendizagem.
Artigo 8 “Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico”	Elaborar um póster informativo sobre o <i>debriefing</i> para sensibilização dos profissionais de saúde. Realizar ações de formação sobre o tema. Implementar uma norma de procedimento sobre <i>debriefing</i> com um guião e uma lista de verificação.
Artigo 9 “Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II”	Efetuar <i>debriefing</i> de todos os eventos (incluindo rotinas e “eventos mundanos”), abordando os aspetos negativos e positivos. Ferramenta para realização de <i>debriefing</i> : “Safety-II Debriefing Tool”.

Tabela10 – Quadro Síntese

CONCLUSÃO

Através da realização desta *scoping review*, pretendeu-se dar resposta à questão de pesquisa formulada: “Quais as estratégias de *debriefing* que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência?”. Neste sentido, várias são as estratégias de *debriefing* descritas na literatura que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência.

A situação ou tema alvo de *debriefing* pode ser definida por diferentes métodos, podendo incluir situações do quotidiano, situações de exceção ou emergência, ou mesmo por decisão da própria equipa. O momento em que o *debriefing* é efetuado também se constitui como uma estratégia importante, podendo ser logo após a ocorrência (*hot*), umas horas depois (*warm*) ou até dias depois da situação (*cold*). Além do momento para a sua realização, a literatura aborda ainda a duração ideal para a realização do *debriefing*, sendo que a maioria dos autores defende que o *debriefing* deve durar entre cinco a vinte minutos.

São vários os modelos/guiões de *debriefing* descritos na literatura, formulados consoante a evolução científica e tecnológica, incluindo as necessidades da pessoa em situação crítica e as necessidades dos profissionais de saúde. Independentemente do modelo utilizado, há algumas questões que devem ser sempre abordadas durante a realização de *debriefing*, nomeadamente: “quem?”, “o quê?”, “como?”, “onde?”, “quando?” e “porquê?” (Servotte et al., 2020; Silva, 2022).

Apesar da ausência de protocolos claros e estruturados (Conoscenti et al., 2021), pela facilidade e rapidez na sua utilização, com ganhos diretos na segurança da pessoa em situação crítica, no desempenho das equipas e na qualidade dos cuidados, salienta-se o Modelo “STOP5”. É de evidenciar também os formatos de estratégias desenvolvidos e reformulados como forma de adaptação à pandemia Covid-19, com a utilização do *teledebriefing* em substituição do formato presencial.

Outra estratégia de *debriefing* descrita na literatura como promotora da segurança da pessoa em situação crítica, relaciona-se com o garantir um espaço psicologicamente seguro para os profissionais de saúde conseguirem discutir a situação ocorrida, sem

consequências negativas, atribuição de culpa, punição, embaraços ou confrontos, além de um espaço físico que assegure estes pressupostos, independentemente se é utilizado o local da ocorrência da situação ou outro, incluindo o digital.

Ainda de salientar a relevância de documentar as oportunidades de *debriefing*, de forma a auditar os programas de qualidade instituídos, permitindo focar na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Com a *scoping review* realizada foram evidentes os benefícios das estratégias de *debriefing* no trabalho em equipa, na comunicação, na prevenção da ocorrência de erro, na qualidade dos cuidados prestados e na segurança da pessoa em situação crítica.

O facto de a equipa multidisciplinar sentir que contribuiu para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica faz com que fique mais empenhada no trabalho que desenvolve no dia-a-dia (Arriaga, et al., 2020). As equipas referem também uma melhor perceção dos papéis de cada um após realização de *debriefing*, o que aumenta o suporte e coesão da equipa (Berg et al., 2014). Assim, a prática de *debriefing* é considerada como promotora de trabalho em equipa, e consequentemente, uma mais valia para a segurança e bem-estar dos utentes.

Para a manutenção desta cultura de segurança torna-se crucial encorajar as equipas à adoção de práticas regulares de reflexão sobre eventos, possibilitando o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa ao mesmo tempo que desenvolvem competências específicas individuais (Walker et al., 2020).

Por último, alguns autores referem não existir uma forma exclusiva para a realização do *debriefing*, enquanto que outros defendem a adoção de estratégias combinadas (Bentley et al., 2021). Neste sentido, enquanto grupo, consideramos que mais pesquisa deveria ser realizada sobre esta temática, no sentido de formular uma estratégia universal e de fácil implementação, incluindo estratégias evidenciadas nesta *scoping review*, com resultados na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. M. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology clinics*, 38(4), 801–820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Bagorrihla, T. (2020). *Debriefing da equipa de enfermagem no serviço de urgência como determinante na segurança do doente crítico* (Doctoral dissertation).
- Bentley, S. K., McNamara, S., Meguerdichian, M., Walker, K., Patterson, M., & Bajaj, K. (2021). Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Advances in Simulation*, 6(1), 1-6.
- Berg, G. M., Hervey, A. M., Basham-Saif, A., Parsons, D., Acuna, D. L., & Lippoldt, D. (2014). Acceptability and implementation of debriefings after trauma resuscitation. *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 21(5), 201-208.
- Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., Arena, G., Blot, S., Luca, A., Arcadipane, A., & Chiaramonte, G. (2021). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system. *Intensive & critical care nursing*, 63, 102977.
- Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 23, 183-184.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18, 1-7.
- Nadir, N. A., Bentley, S., Papanagnou, D., Bajaj, K., Rinnert, S., & Sinert, R. (2017). Characteristics of real-time, non-critical incident debriefing practices in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 146.

Pollock, D., Peters, M., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A., Evans, C., Moraes, É., Godfrey, C., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis* 21(3):p 520-532.

Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Ghuysen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in simulation (London, England)*, 5(1), 32.

Silva, V. M. J. L. D. (2022). *Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico* (Master's thesis, Universidade de Évora).

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.

Apêndice II – Folha de Passagem de Turno de acordo com a Técnica ISBAR

ISBAR: Identificação (nome completo e data de nascimento), Situação Clínica, Background (antecedentes pessoais e alergias), Avaliação e Recomendações (plano de cuidados)									
Identificação	Situação Clínica	Antecedentes e Alergias	Avaliação						Recomendações
			Ventilação	Circulação (perfusões)	Neurológico	Pele	Alimentação	Eliminação	
				CVC					
				LA					
				CVC					
				LA					

Apêndice III - Auditoria Central de Limpeza

Check-list de apoio Auditoria Interna Subcontrato SGL - Central de Limpeza			Data: 22/11/2023
---	--	--	------------------

Auditores: - GCLPPCIRA; Melissa Casteleiro (UCP Lx Aluna Mestrado)				
Questões ou aspeto a observar/evidenciar	Ok	Não Ok	NA	Observações
Instalações / Zonas de Armazenamento de consumíveis e produtos químicos				
Limpeza e arrumação?	X			Falha nos vestidários
Consumíveis identificados e nas localizações corretas?			X	
Sensibilização dos colaboradores para que apenas uma embalagem de consumível (papel higiénico, toalhetes, etc) esteja em utilização e quando retiram os produtos que os restantes			X	
Produtos Químicos				
Existe lista de produtos autorizados para utilização no hospital?			X	
Os produtos existentes no armazém são os autorizados pelo hospital?			X	
Os produtos possuem ficha técnica e ficha de dados de segurança em português e de acordo			X	
As FDS estão acessíveis para utilização em caso de emergência?			X	
Existem novos produtos/equipamentos em utilização?				
Se sim, foi dada formação aos colaboradores para a utilização do novo				
Como são feitas as diluições dos produtos?	X			
Produtos químicos - prazos de validade dos produtos contidos nos frascos com produtos diluídos nas máquinas, principalmente desinfetantes		X		Detergente embalagem 1L rotulo não conforme (validade)
O final de produto nos equipamentos é controlado? Como?	X			
Os produtos estão bem acondicionados em bidões/embalagens próprias, com tampa e			X	
As informações dos rótulos dos produtos correspondem às informações da FDS?			X	
O armazenamento dos produtos químicos, nomeadamente inflamáveis e corrosivos,			X	
A rotação de stocks dos produtos cumpre o FIFO e há registos de tal facto?			X	
Resíduos				
Quais as responsabilidades da equipa de limpeza em termos de gestão de resíduos? Nota: Colocação de sacos, recolha, tipos de separações, etc....			X	
Tem contentores para resíduos?	X			
Estão corretamente identificados?	X			
Identificação dos contentores de resíduos?	X			
Correta segregação de resíduos?	X			
Segurança Contra Incêndios / Emergência				
Segurança contra incêndios				
Equipamentos em bom estado?	X			
Instalação elétrica em bom estado?	X			
Emergência				
Existem meios de combate a incêndio disponíveis?	X			
Estão desobstruídos?	X			
Existem meios de contenção de derrames?			X	Calha detergente partida
Os colaboradores tiveram formação em combate a incêndios? Registos?			X	
Os colaboradores tiveram formação em combate a derrames? Registos?			X	
Questionar colaborador(a) da limpeza:				
Como atua em caso de derrame de produto biológico?			X	
Como atua em caso de derrame de produto químico?			X	
Se detetarem um incêndio o que devem fazer?			X	
Outros				
Subcontratados				
Recorrem a subcontratos ou pessoas da SGL que não façam parte da equipa de Cascais?				
Como são transmitidas/controladas as regras do hospital?				
Última auditoria interna do hospital				
Foi divulgado o relatório?				
Como foi feito o acompanhamento das constatações?				
Formações SGL - área do ambiente				
Comprovativos de formação dada aos colaboradores da SGL na área do ambiente?				

Apêndice IV – Parecer sobre Limpeza e Desinfecção de Colchões Hospitalares

Assunto: Limpeza e Desinfecção de Colchões

Questão: foi colocado pelo Serviço de Logística questão relativamente à limpeza e desinfecção de colchões, por considerarem que o desgaste dos mesmos tem sido elevado, e apontarem como causa provável os processos de limpeza e desinfecção realizados nos serviços.

Fundamentação:

Os padrões de assepsia e higiene hospitalar são fundamentais para diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde. A limpeza e desinfecção da unidade do doente é crucial para impedir a disseminação de microrganismos.

Considera-se como limpeza a "remoção de material estranho de objetos, realizada usando água com detergentes ou produtos enzimáticos", e deve ser realizada antes do processo de desinfecção, removendo toda a sujidade e matéria orgânica. A desinfecção decorre após a limpeza, consistindo no processo de destruição de microrganismos patogénicos em meios inertes contaminados, mediante a aplicação de produtos desinfetantes que contêm pelo menos um princípio ativo com propriedades antimicrobianas.

A Classificação Spaulding é um método de classificação dos dispositivos médicos com base em níveis de risco de infeção para os doentes. Divide os dispositivos em três níveis: crítico (se entram em contacto com tecido estéril – requerem esterilização), semicrítico (entram em contacto com pele não intacta – requerem desinfecção de alto nível) e não-crítico (entram em contacto com pele intacta – requerem apenas desinfecção de baixo nível).

Os colchões podem ser classificados como objeto não crítico, requerendo limpeza seguida de desinfecção de baixo nível. As camas e colchões constituem-se como um dos meios com maior concentração de microrganismos, aumentando o risco de transmissão cruzada e consequentemente o número de infeções associadas a cuidados de saúde, sendo fundamental a limpeza e desinfecção dos mesmos.

PARECER TÉCNICO

UNIDADE LOCAL
PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLO DA INFECÇÃO E
DE RESISTÊNCIA AOS
ANTIMICROBIANOS

Segundo informação do fabricante, (Ficha Técnica) é esperado que as capas dos colchões em uso no hospital, tenham uma durabilidade de 24 meses e os colchões, pela densidade e elasticidade da espuma, um tempo de vida superior a 6 anos. O uso inadequado de produtos para limpeza (como soluções à base de lixívia) pode danificar os colchões, reduzindo este tempo de vida.

Após contato com alguns colaboradores constata-se que há de facto o uso indevido deste tipo de produtos em alguns locais. Assim impõe-se corrigir situações indesejáveis e uniformizar as práticas, pelo que vai a ULPPCIRA elaborar uma instrução de trabalho sobre o tema.

A limpeza e desinfeção dos colchões deve ser realizado pelo assistente operacional sempre que a cama é desocupada pelo doente (após alta ou transferência) ou no final de um isolamento. Sabe-se que o número de microrganismos no leito do doente aumenta conforme o número de dias de internamento, pelo que se recomenda a limpeza e desinfeção periódica do colchão, em casos de internamento prolongado (mais de 30 dias).

Alguns autores recomendam que o processo de limpeza e desinfeção dos colchões seja realizado retirando a capa do colchão e higienizando a mesma por processos automatizados.

É igualmente recomendado a realização de uma inspeção periódica dos colchões para assegurar o seu bom estado de conservação.

Durante o procedimento de seleção do produto a adquirir deve também ser dada atenção à rigidez/dureza da capa (por promover o aparecimento de úlceras de pressão) e à impermeabilidade da mesma (minimiza o risco de passagem de fluidos e consequentemente de contaminação do colchão)

PARECER TÉCNICO

UNIDADE LOCAL
PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLO DA INFECÇÃO E
DE RESISTÊNCIA AOS
ANTIMICROBIANOS

Conclusão:

De acordo com as indicações do fabricante e referências consultadas, o processo de limpeza e desinfeção dos colchões deve ser efetuada de acordo com os seguintes princípios:

- O processo de desinfeção é sempre antecedido de um procedimento de lavagem das superfícies;
- A limpeza dos colchões deve ser feita com solução de detergente e água;
- A desinfeção dos colchões deve ser feita com desinfetantes à base de álcool ou quaternários de amónia;
- A lavagem e desinfeção do colchão deve ocorrer sempre que a cama fica desocupada (alta ou transferência do doente), no final de um período de isolamento ou no caso de hospitalização prolongada pelo menos a cada 30 dias;
- Deve-se proceder à lavagem e desinfeção do colchão sempre que ocorrer derrame de produto biológico (sangue, pus, fezes, urina, etc.) ou químico (solutos desinfetantes e outros)
- A lavagem é realizada com pano microfibra embebido em água morna e detergente neutro, realizando movimentos rotativos no sentido do centro para a periferia
- No processo de desinfeção o produto é aplicado com toalhete e deixado a secar ao ar
- É recomendado uma inspeção periódica dos colchões.

PARECER TÉCNICO

UNIDADE LOCAL
PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLO DA INFECÇÃO E
DE RESISTÊNCIA AOS
ANTIMICROBIANOS

QUADRO RESUMO DAS AÇÕES RECOMENDADAS

Momento	Produto Recomendado	Observações
Limpeza	Água a 30°C e detergente neutro, com pano microfibra	Limpeza em movimento rotativo
Desinfecção	Desinfetantes à base de álcool ou compostos quaternários de amónio (Tuffies®)	NÃO USAR desinfetantes com cloro ativo (Presept®) ou desinfetantes baseados em peróxido
Secagem	Deve ser realizada à temperatura ambiente ou a temperaturas até 60°C	
Armazenamento	Em locais secos e à temperatura ambiente	

Referências Bibliográficas:

Andrade, D., Angerami, E.L., Padovani, C.R. (2000). A bacteriological study of hospital beds before and after disinfection with phenolic disinfectant. *Rev Panam Salud Publica*. 7(3) pp. 179-184. doi: 10.1590/s1020-49892000000300007

Andrade, D., Angerami, E.L., Padovani, C.R. (2000). Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. *Revista de Saúde Pública*. 34(2) pp. 163-169.

Hooker, E.A. (2021). Disinfecting hospital beds and mattresses: a time for change. *American Journal of Infection Control*. 49 pp. 1341 doi: 10.1016/j.ajic.2021.07.020

Schmidt, M.G., Attaway, H.H., Fairey, S.E. et al. (2020). Self-disinfecting copper beds sustain terminal cleaning and disinfection effects throughout patient care. *Applied and Environmental Microbiology* 86(1) doi: 10.1128/AEM.01886-19.

Parecer elaborado em 17 novembro 2023, por Melissa Casteleiro (Mestranda Universidade Católica Portuguesa e **Aprovado por**

(ULPPCIRA)



Apêndice V – Norma sobre Flebites

Norma de Funcionamento

FLEBITES

Problema Identificado: aumento do número de flebites no último mês

Conceito e Causas Prováveis:

O cateterismo venoso periférico é caracterizado pela introdução de um cateter numa veia periférica, de modo a aceder à rede venosa do utente para administração de terapêutica, fluídos, reposição de hemoderivados, entre outros. É um dos procedimentos mais realizados a nível hospitalar. Apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, pode acarretar algumas complicações, tais como infiltração, hematoma, infeção e flebite.

A flebite é uma complicação local relacionada com a utilização de cateter venoso periférico, e consiste na inflamação da parede mais interna da veia (composta por tecido endotelial), caracterizada por dor, edema, rubor, calor e formação de um cordão venoso palpável ao longo do trajeto da veia. A *Infusion Nurses Society* (2006) recomenda uma taxa de flebite inferior a 5%.

Existem fatores potenciadores de ocorrência de flebites, tais como: técnica inadequada na colocação do cateter venoso periférico, calibre e material do cateter, condição clínica do doente, características da veia, incompatibilidade entre fármacos, toxicidade e pH do medicamento e tempo prolongado de inserção do cateter venoso periférico. A introdução do cateter venoso periférico é um momento crucial para a prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde, uma vez que existe uma rutura na solução de continuidade da pele, e a microflora existente na superfície da pele pode ter acesso à corrente sanguínea, aumentando o risco de infeção.

Pode-se classificar a flebite tendo em consideração a sua etiologia: mecânica (relacionada com a punção ou manipulação inapropriada do cateter venoso periférico), química (pela infusão de drogas de extremos de pH e osmolaridade, ou infusão rápida de medicação agressiva para a parede do endotélio), infecciosa (contaminação do cateter no momento da punção venosa, ou colonização do sistema de terapia intravenosa na manipulação) ou flebite pós infusional (processo inflamatório do vaso que já não tem cateter venoso periférico no local, mas que se manifesta 48 a 96 horas após retirada do mesmo).

As principais escalas de avaliação de flebites são: *Visual Infusion Phlebitis*, *Phlebitis Scale* (publicada pela *Infusion Nurses Society*), *Maddox Scale* e *Baxter Scale*.

A *Visual Infusion Phlebitis* (VIP) foi traduzida e adaptada culturalmente para Português Europeu (2019), e caracteriza a ocorrência de flebite, numa escala de 0 a 5, tendo em consideração fatores como dor junto ao local de inserção, eritema, endurecimento adjacente ao local, endurecimento do trajeto venoso palpável e febre:

O local de cateterização venosa apresenta-se saudável	0	Sem sinais de flebite - Observar local de cateterização venosa
Um dos seguintes é evidente: dor ligeira ou rubor junto ao local de cateterização venosa	1	Primeiros sinais potenciais de flebite - Observar local de cateterização venosa
Dois dos seguintes são evidentes: dor junto ao local de cateterização venosa, eritema, edema	2	Estádio inicial de flebite - Repuncionar
Todos os seguintes são evidentes: dor ao longo do trajeto do cateter, eritema, endurecimento adjacente ao local	3	Estádio médio de flebite - Repuncionar - Considerar tratamento
Todos os seguintes são evidentes e extensos: dor ao longo do trajeto do cateter, eritema, endurecimento adjacente ao local, endurecimento do trajeto venoso palpável	4	Estádio avançado de flebite ou início de tromboflebite - Repuncionar - Considerar tratamento
Todos os seguintes são evidentes e extensos: dor ao longo do trajeto do cateter, eritema, endurecimento adjacente ao local, endurecimento do trajeto venoso palpável, febre	5	Estádio avançado de tromboflebite - Iniciar tratamento - Repuncionar

Proposta de Resolução: realização de uma ficha de instrução de processo sobre inserção de cateter venoso periférico e divulgação do procedimento junto das equipas

Justificação:

- **Quem Realiza:** elementos constituintes do grupo UL-PPCIRA
- **Onde:** Hospital de Cascais
- **Quando:** yy/12/2023 a xx/01/2024

Entrada	Ação	Saída	Monitorização	Registos
• Elevado número de flebites associadas ao cateter venoso periférico devido a falhas nas boas práticas • Resultado de auditoria realizada a yy/12/2023 de xx%	• Discussão de resultados com a equipa • Apresentação da folha de instrução de processo • Implementar medidas corretivas	• Na auditoria de xx/01/2024 a adesão tenha melhorado 20%	• Elaboração de folha de instrução de processo sobre inserção de cateter venoso periférico • Auditoria às práticas a realizar dia xx/01/2024	• Preenchimento da checklist da auditoria • Relatório final com a evolução obtida

+++++

Apêndice VI - Folha de Instrução de Processo – Cateter Venoso Periférico

Folha de Instrução de Processo

CATETER VENOSO PERIFÉRICO



Materiais importantes: cateter venoso periférico, desinfetante solução alcoólica a 70% ou cloro-hexidina a 2%, penso impermeável e transparente.

Procedimento:

#	Ação	Notas
1	Higienizar as mãos	
2	Selecionar o cateter de acordo com o objetivo da sua colocação e tempo de utilização	Guidelines internacionais sugerem que a utilização de cateteres com G superior (22G por exemplo) têm menor risco de flebites. Os cateteres de Teflon e Poliuretano estão associados a menores complicações infecciosas face aos de cloreto polivinil e polietileno
3	Selecionar o local de punção	Deve realizar-se a venopunção nos membros superiores, na zona mais proximal, por possuir a rede vascular de maior lúmen face às extremidades distais e junto às articulações
4	Utilização de luvas limpas	Manter técnica "no-touch"
5	Desinfecção da pele antes da punção, com solução alcoólica a 70%, solução de cloro-hexidina a 2% ou de iodopovidona a 1%, em movimentos circulares do centro para a periferia	Tricotomia do local de punção está desaconselhada. As soluções antissépticas de base alcoólica são as mais aconselhadas, pela sua ação rápida e elevado espetro bacteriano
6	Não tocar no local de inserção após desinfecção do local	Respeitar o tempo de ação do produto desinfetante utilizado
7	Fixação distal e proximal do cateter, com pensos estéreis e preferencialmente transparentes	Para permitir uma melhor observação do local de inserção do cateter venoso periférico. O penso deve ser substituído a cada sete dias ou se estiver húmido, descolado ou repassado.
8	Uso de prolongadores e torneiras	Quanto menor for a manipulação do cateter venoso periférico junto ao local de inserção, menor risco de flebites
9	Manter o acesso das torneiras com tampas, quando não estão a ser usados	
10	Desinfetar com álcool a 70° ou solução alcoólica de cloro-hexidina a 2% as conexões e tampas, antes de manipular os sistemas ou administrar medicamentos	
11	Trocar sistemas de administração, torneiras e prolongamentos a cada 72 horas	
12	Uso de escalas de avaliação de flebites, com vigilância	Detetar primeiros sinais potenciais de

Folha de Instrução de Processo
CATETER VENOSO PERIFÉRICO



	frequência de sinais de sensibilidade (dor) no local de inserção	flebite
13	Remover o cateter venoso periférico quando o resultado na <i>Visual Infusion Phlebitis PT-PT</i> for igual ou superior a 1	
14	Efetuar registos de Enfermagem no processo clínico do utente	

Apêndice VII - Relatório de Auditoria Interna sobre Flebites

Auditoria Interna
Práticas, Desempenho e Resultado

**Avaliação da Incidência e Fatores Contribuintes
para o Desenvolvimento de Flebites**

Serviço de Internamento de Medicina (Piso 6)

14 de dezembro de 2023



Data	14/12/2023	Local	Internamento de Medicina
Objectivos	Determinar o impacto de ocorrência de flebites no serviço de internamento de Medicina		
Intervenientes	UL-PPCIRA do Hospital Equipa de Enfermagem do Internamento de Medicina		

Caracterização

Serviço Auditado: Internamento de Medicina (Piso 6)

Nº Doentes Observados: 88

Critérios Inclusão:

Todos os cateteres venosos periféricos (CVP) presentes em doentes observados no momento da auditoria

Critérios Exclusão:

Cateteres venosos centrais;
Cateteres implantados e;
Cateteres/agulhas colocados no tecido subcutâneos

ID		Constatações
1		Dos 88 doentes observados, 59% apresentavam CVP e 41% não apresentavam CVP. A localização do CVP variava entre dorso da mão (46%), antebraço (31%) ou outras localizações (23%)
2		88% dos doentes com CVP apresentavam obturador, sendo que 12% não tinham a via obturada
3		Observou-se utilização de penso transparente em 100% dos doentes. 98% das observações não tinham data de colocação do CVP escrita no penso, sendo que somente 2% apresentavam data de colocação do CVP
4		No momento de observação, 17% apresentavam perfusões em curso (40% antibioterapia, 40% eletrólitos e 20% ferro) e 83% não tinham perfusão em curso
5		90% das observações não apresentavam sinais de flebite (score 0 na escala VIP-PT)
6		10% das observações apresentavam sinais de flebite (score 1 na escala VIP-PT), contrariamente ao recomendado pela Infusion Nurses Society, que menciona uma taxa de flebite inferior a 5%
7		Nenhuma observação (0%) apresentava um score igual ou superior a 2 na escala VIP-PT

Pontos Fortes
Utilização de penso transparente em 100% dos doentes observados

Oportunidades de Melhoria
Colocação de obturador no CVP Data de colocação do CVP no penso realizado Aplicação sistemática de escala de avaliação de flebites (VIP-PT)

[illegible]

**Apêndice VIII – Póster “*Debriefing* na Segurança da Pessoa em Situação Crítica:
Protocolo de *Scoping Review*”**



Debriefing na segurança da pessoa em situação crítica: protocolo de Scoping Review.

Autoria(s): Cláudia Oliveira*, Melissa Casteleiro*, Pedro Gomes*, Sérgio Deodato**, Rita Marques**.

Afiliação: *Mestrandos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica da UCP; ** Docentes na UCP, Investigadores do CIIS.

Introdução

O *debriefing* é um processo comunicativo que ocorre numa equipa multidisciplinar após uma situação clínica, adquirindo especial relevância em contexto de emergência, apresentando inúmeros benefícios quer para a pessoa em situação crítica, quer para os profissionais de saúde. O *debriefing* permite “às equipas refletir sobre eventos com elevado grau de risco, identificar ameaças à segurança do doente e potenciais soluções, e começar a processar emocionalmente eventos desafiantes” (Welch-Horan et. al, 2020, p.54). Através da reflexão em grupo e partilha de experiências, o *debriefing* proporciona melhoria na comunicação e performance da equipa, e de acordo com Freytag et. al (2017, p.1), “melhorar o trabalho de equipa pode ser a chave para reduzir o erro clínico”, contribuindo para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica. No entanto, e apesar de suportado por décadas de literatura, nem sempre é frequente a realização de *debriefing* na prática clínica em contextos de emergência.

Objetivo

Mapear na evidência científica estratégias de *debriefing* em contexto de emergência para a promoção de segurança para a pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos

Bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde e EBSCO;

Questão de investigação: “Quais as estratégias de *debriefing* que contribuem para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica em contexto de emergência?”, segundo o **referencial PCC:** P(Participantes) - pessoa em situação crítica, C(Conceito) - *debriefing* como estratégia de promoção da segurança, e (C) contexto - contexto de emergência;

Descritores MeSH: *Debriefing, Critical Care, Patient Safety*;

Frase booleana: “((debriefing) AND ((emergency) OR (emergency room) OR (emergency department) OR (intensive care unit) OR (intensive therapy unit) OR (reanimation) OR (critical care)) AND (safety patient))”;

CrITÉRIOS de inclusão: artigos publicados desde 2013 inclusive (artigos com até 10 anos de publicação); artigos escritos em Inglês ou Português; e artigos referentes à pessoa em idade adulta (excluindo pediatria).

CrITÉRIOS de exclusão, definiu-se: artigos relativos a *debriefing* em contexto de práticas simuladas em estudantes e artigos relativos à pessoa em idade adulta em contexto obstétrico.

Resultados

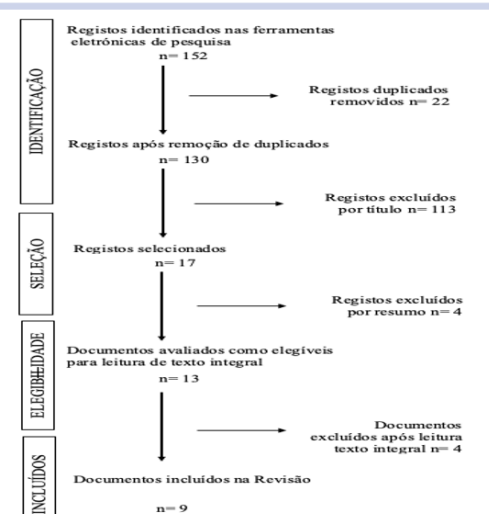


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de documentos

Conclusão

O presente protocolo sistematiza as várias etapas metodológicas de uma *scoping review*, neste caso referente ao *debriefing* como estratégia promotora de segurança para a pessoa em situação crítica. Com a elaboração e apresentação destes resultados, aspira-se uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para a pertinência desta temática, na especificidade do cuidado à pessoa em situação crítica.

1 - Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>; 2- Arriaga, A. F., Snyd, D., & Pian-Smith, M. C. M. (2020). Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology* *clinical*, 38(4), 801–820. <https://doi.org/10.1016/j.amclin.2020.08.003>; 3 - Freytag, J., Stroben, F., Haurz, W.E., Eizenmann, D. & Kammer, J.E. (2017). Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. *BMJ Open*, e015977. doi:10.1136/bmjopen-2017-015977; 4 - Galvão, T. F., & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 23, 105–104. 5- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossert, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Moher, C.D., et al (2020). The PRISMA statement: an updated guidelines for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine*, 18(9): e1003583. doi: 10.1371/journal.pmed.1003583; 6 - Welch-Horan, T. B., Lemke, D. S., Banero, P., Leong-Kee, S., Khamis, M., Eggers, J., Penn, C., Dunge, A., & Dougherty, C. B. (2020). Feedback, reflection and team learning for COVID-19: development of a novel clinical event debriefing tool. *BMJ simulation & technology enhanced learning*, 7(1), 54–57. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2020-000638>.

ANEXOS

Anexo I – Guia de Acolhimento às Famílias/Visitas na UCI

INFORMAÇÃO PARA A FAMÍLIA / VISITAS

AJUDE-NOS A PREVENIR A INFEÇÃO:

- Lave as mãos antes e depois da visita.
- Se tiver sintomas de infeção (tosse, febre) informe o enfermeiro responsável pelo seu familiar /amigo.

As suas sugestões são essenciais para revermos as nossas práticas.

Gabinete do Cidadão: gabinete.cidadao@ [redacted]

GUIA DE ACOLHIMENTO



[redacted]
Lisboa

Telefone: [redacted] (geral)

[redacted] (2.ª a 6.ª das 10h às 16h) / 218 841 452

[redacted]
Urgência e Cuidados Intensivos
[redacted]

Julho 2022

DIREITOS E DEVERES DO UTENTE

DIREITOS

- Direito de escolha;
- Direito ao consentimento ou recusa;
- Direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde;
- Direito à proteção dos dados pessoais da vida privada;
- Direito ao sigilo dos dados pessoais;
- Direito à informação;
- Direito à assistência espiritual e religiosa;
- Direito a reclamar e apresentar queixa;
- Direito de associação;
- Direito dos menores e incapazes terem representantes legais;
- Direito ao acompanhamento.

DEVERES

- Deve respeitar os direitos de outros utentes e dos profissionais de saúde com os quais se relacione;
- Deve respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde;
- Deve colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relativos à sua situação;
- Deve pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

Nome do utente: _____
Sala: _____
Foi recebido por: _____

A _____ é uma Unidade de Cuidados Intensivos onde de prestam cuidados especializados.

Coordenador: _____
Enf.ª Chefe: Enf.ª _____

**"AJUDE-NOS A CUIDAR MELHOR
DO SEU FAMILIAR / AMIGO"**

Horário das visitas:

Nota:

- A presença de familiares/amigos está condicionada pela necessidade de cuidados a prestar ao utente internado;
- Se o horário de visitas não lhe for conveniente poderá combinar outro com a ajuda do enfermeiro responsável pelo seu familiar.

Anexo II – Questionário de Satisfação das Famílias na UCI

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO FAMILIAR

A _____ é uma unidade de Cuidados Intensivos onde se prestam cuidados de saúde altamente diferenciados.

Pretende-se com este inquérito servir cada vez melhor o doente e a sua família/cuidador principal, visando alcançar o máximo de qualidade nos serviços que se prestam. Neste sentido é necessário contar com a sua preciosa colaboração!

Peço-lhe que preencha o seguinte questionário com a máxima sinceridade a todas as questões.

O questionário é totalmente anónimo.

Após o preenchimento do inquérito coloque-o na caixa que se encontra ao seu dispor na entrada da UUM.

Em caso de dúvida não hesite em pedir ajuda!

Obrigada pela sua colaboração!

GRUPO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E FAMILIARES

Qual é a sua idade? _____

Qual é a idade do seu familiar? _____

Há quantos dias está o seu familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos? _____

Qual é a relação que tem com o doente?

Marido ☐ Mulher ☐ Parceiro/a ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Amigo/a ☐

Irmão ☐ Irmã ☐ Filho ☐ Filha ☐ Tio ☐ Tia ☐

Outro ☐ (por favor especifique): _____

Com que frequência vem visitar o seu familiar/amigo?

Uma vez por dia ☐

Dia sim, dia não ☐

Outra ☐ (por favor especifique): _____

Por que motivo se encontra o seu familiar na unidade de cuidados intensivos?

De 0 a 10 indique o seu grau de satisfação com os cuidados que estão a ser prestados ao seu familiar em que 0 corresponde a Muito Insatisfeito e 10 corresponde a Muito Satisfeito: _____

É a primeira vez que tem um familiar internado em Cuidados Intensivos? Sim ☐; Não ☐

Se Não, Por favor especifique quem esteve (grau de parentesco): _____

GRUPO II – INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO AO FAMILIAR DE DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

Por favor, pede-se que UM membro da família/cuidador principal responda ao inquérito. Dê a sua opinião honesta em cada ponto do inquérito.
Assinale, com um CÍRCULO, qual das cinco opções melhor descreve a sua satisfação com os cuidados que você e o seu familiar receberam enquanto permaneceram na Unidade de Cuidados Intensivos.
No final do inquérito, indique por favor qualquer experiência negativa ou positiva que possa ter tido.

MUITO SATISFEITO (MS)	SATISFEITO (S)	Indeciso	INSATISFEITO (I)	MUITO INSATISFEITO (MI)
--------------------------	-------------------	----------	---------------------	----------------------------

	MS	S	Indeciso	I	MI
1. Sinceridade dos membros da equipa em relação à condição/ estado de saúde do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
2. Disponibilidade do(s) médico(s) para falar comigo regularmente	MS	S	Indeciso	I	MI
3. Tempo de espera para obtenção dos resultados dos exames e raio X	MS	S	Indeciso	I	MI
4. Tranquilidade por conhecer o(s) enfermeiro(s) do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
5. Possibilidade de participar nos cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
6. Explicação clara dos exames, procedimentos e tratamentos	MS	S	Indeciso	I	MI
7. Rapidez dos elementos da equipa na resposta a alarmes e pedidos de assistência	MS	S	Indeciso	I	MI
8. Limpeza e aspeto da sala de espera	MS	S	Indeciso	I	MI
9. Apoio e encorajamento recebido durante o internamento do meu familiar na Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
10. Respostas claras às minhas dúvidas	MS	S	Indeciso	I	MI
11. Qualidade do cuidado prestado ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
12. Participação regular nas decisões que dizem respeito aos cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
13. Disponibilidade dos enfermeiros para falarem diariamente comigo sobre os cuidados prestados ao meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
14. Compreensão do(s) médico(s) face às necessidades do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI
15. Privacidade durante o período de visitas	MS	S	Indeciso	I	MI
16. Preparação para a transferência do meu familiar da Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
17. Tranquilidade da sala de espera	MS	S	Indeciso	I	MI
18. Flexibilidade dos horários de visita	MS	S	Indeciso	I	MI
19. Nível de ruído na Unidade de Cuidados Intensivos	MS	S	Indeciso	I	MI
20. Participação nas discussões/decisões sobre a recuperação do meu familiar	MS	S	Indeciso	I	MI

RESPOSTA LIVRE

O que mais gostaria que soubéssemos de modo a melhorar o cuidado dos nossos doentes e das suas famílias?

Por favor, sinta-se à vontade para referir um ou mais profissionais que cuidam do seu familiar que sente que é digno de "reconhecimento especial":

**Anexo III – Certificado de Presença no VI Seminário Internacional do Mestrado
em Enfermagem**

VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Melissa Gonilho Casteleiro - estudante n.º 192022026, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no **dia 24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

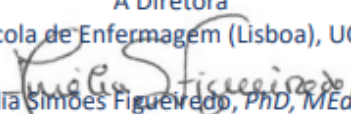


**Anexo IV – Certificado de Apresentação de Póster no VI Seminário Internacional
do Mestrado em Enfermagem**

CERTIFICADO

Certifica-se que **Melissa Casteleiro**, apresentou o Póster n.º 28 com o tema **“Debriefing na segurança da pessoa em situação crítica: protocolo de Scoping Review”**, em coautoria com Cláudia Oliveira, Pedro Gomes, Sérgio Deodato, Rita Marques no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Vanessa Cardoso Silva

Susana Simão dos Santos "Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública."

Catarina Belo "Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária."

Bruno Alves "Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária."

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Velga

Constança de Almeida Carvalho "Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares."

Sónia Morgado "A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar"

Rafael Nunes "A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social."

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cerejo

Ana Marta Pinto "O Abandono das Crianças no Hospital."

Marisa Abrantes "Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar."

Rafaela Silva "Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil."

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL "Nursology.net" – Profª Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Loura

16:15

–

Entrega

dos

Prémios

**Anexo V – Certificado de Presença nas VII Jornadas Técnicas de Medicina
Intensiva**



VIII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



Objetivos terapêuticos
para o doente crítico

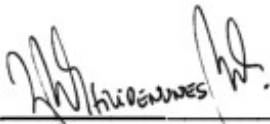
CERTIFICADO

Certificamos que,

Melissa Casteleiro

esteve presente nas **VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram a 09 e 10 de novembro de 2023, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 10 de novembro de 2023



Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Anexo VI – Protocolo de Sedoanalgesia na UCI

- Causas reversíveis?
- Excluir e corrigir
- Medidas não farmacológicas
- Otimização do ambiente

NÃO

AVALIAR RASS E ESCALA DE DOR DOENTE NO ALVO?

SIM

- RASS e Dor (EN/BPS) 2 x / turno
- CAM-ICU 1x / turno
- Medidas não farmacológicas
- Titular terapêutica conforme protocolo para manter alvos com dose mínima eficaz
- Administrar sedoanalgesia para procedimentos

1. DOENTE COM DOR ?

Aplicar escala de dor. Alvo: EN <4 BPS <6 | Classificar: em repouso / dinâmica / procedimentos? | Usar fármacos protocolados (doses máximas no verso)

DOR LIGEIRA | EN <4 / BPS <6

- ✓ Paracetamol 1g OU Metamizol 2g
- ✓ Reavaliar em 30 min

DOR MODERADA | EN 4-6 / BPS 6-11

- ✓ Paracetamol 1g + Metamizol 2g
- ✓ Reavaliar a cada 30 min → se mantiver dor: opioide / cetamina

DOR INTENSA | EN >6 / BPS >11

- ✓ Opióide/Cetamina + Paracetamol 1g + Metamizol 2g
- ✓ Reavaliar a cada 15 min → se mantiver dor: opioide

BÓLUS SEGUIDO DE AJUSTE DE PERFUSÃO

	BÓLUS	↑ PERFUSÃO	INTERVALO MÍNIMO ENTRE BÓLUS / AJUSTES
FENTANIL	3 ml	↑ 1/4	5 min
MORFINA	3 ml	↑ 1/4	10 min
REMIFENTA.	--	↑ 0.5 ml/h	5 min
CETAMINA	1 ml	↑ 0.1 ml/h	5 min

SE

- Dor não controlada (EN >3 ou BPS >5) após intervenção protocolada
- >2 bólus em 1h OU ↑ perfusão > 50% OU dose máxima diária

2. SEDAÇÃO INADEQUADA?

Aplicar escala de RASS. Alvo: -2 a 0 (exceto se prescrito outro) | Usar apenas fármacos prescritos. Usar doses protocoladas. | Reavaliar RASS a cada 15 min e repetir ajustes até alvo atingido

SEDAÇÃO INSUFICIENTE | RASS > ALVO

Considerar e corrigir causas
Primeiro aumentar analgésico, só depois o sedativo

	BÓLUS	PERFUSÃO	INTERVALO MÍNIMO ENTRE BÓLUS / AJUSTES
OPIOÍDES	Ver quadro da seção DOR		
PROPOFOL	1 ml (se HD estável)	↑ 2 ml/h	5 min
MIDAZOLAM	0,5 ml	--	5 min
DEXMEDET.	--	↑ 1 ml/h	60 min

SEDAÇÃO EXCESSIVA | RASS < ALVO

Primeiro reduzir sedativo, depois analgésico

OPIOÍDES	MORFINA / FENTANIL: ↓ 1/2 a cada 30 min até alvo REMIFENTANIL: ↓ 0.5 ml/h a cada 5 min até alvo Se doses elevadas ou >7d: ↓ 1/3 a cada 24h
PROPOFOL	↓ 2 ml/h 10/10m
MIDAZOLAM	Suspender até alvo. Reiniciar perfusão a 1/2 dose
DEXMETOMIDINA	↓ 1 ml/h a cada 60 min

SE

- RASS < alvo após 4h de ajuste de sedoanalgesia
- Sinais de sobredose de opioide (pupilas puntiformes, bradipneia, bradicardia)

3. DELIRIUM?

CAM-ICU POSITIVO

HIPOATIVO

MISTO

HIPERATIVO

CAM-ICU NEGATIVO

Avaliar CAM-ICU 1x/turno

- Considerar e corrigir causas
- Medidas não farmacológicas
- CAM-ICU 1 X / turno

SE

- RASS > alvo após 1h de ajuste de sedoanalgesia
- >2 bólus em 1h OU ↑ perfusão > 50%

CHAMAR MÉDICO

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO E REGISTOS

O protocolo assenta em escalas de avaliação da dor, sedação e delirium e apenas é aplicável quando prescrito. O protocolo inicia-se sempre pela analgesia.

Controlo da dor é feito com os analgésicos protocolados mesmo que não estejam prescritos, exceto se explicitado o contrário na folha terapêutica.

A **sedação** é titulada usando os fármacos prescritos na folha terapêutica. Os bólus ou ajustes da perfusão desses fármacos é feito segundo protocolo, exceto se explicitado o contrário na folha terapêutica.

FOLHA TERAPÊUTICA-> prescrição não medicamentosa REGISTOS DE ENFERMAGEM:

- protocolo aplicável / não aplicável
- alvo de RASS / BIS
- alterações à doses protocoladas
- peso estimado
- alergias.

- 2x/turno: Avaliação da dor (EN / BPS) e escala de RASS
- 1x/turno: Avaliação de delirium (CAM-ICU)
- registo das intervenções farmacológicas (bólus, alteração perfusão) e das intervenções não farmacológicas.

Medidas não farmacológicas

- Aplicação frio/calor; distração; posicionamento / alinhamento / imobilização
- Mobilização/levante precoce
- Presença da família / pessoas significativas; suporte emocional/ espiritual
- Gestão do ambiente: ruído, luminosidade, temperatura
- Orientação espaço-temporal e estimulação cognitiva
- Evitar contenção física
- Providenciar próteses visuais e auditivas
- Explicação de procedimentos a realizar; manter contacto visual
- Otimização do sono: redução do ruído e luz, evitar procedimentos noturnos, posição de conforto, desencorajar o sono diurno.

Causas reversíveis de agitação

- dessincronia ventilatória
- hipoxémia / hipercapnia
- febre
- dor
- encefalopatia hepática
- urémia
- desequilíbrios iónicos
- globo vesical
- síndrome de privação de álcool ou de benzodiazepinas
- delirium hiperativo

DILUIÇÕES

Fentanil	0.5 mg / 50 ml = 10 mcg/ml
Morfina	50 mg / 50 ml = 1 mg/ml 10 mg / 10 ml = 1 mg/ml
Remifentanil	2 mg / 40 ml = 50 mcg/ml
Cetamina	500 mg / 50 ml = 10 mg/ml 200 mg / 20 ml = 10 mg/ml
Propofol	1000 mg / 50 ml = 20 mg/ml
Midazolam	150 mg / 50 ml = 3 mg/ml
Dexmedetomidina	400 mcg / 50 ml = 8 mcg/ml

DOSES MÁXIMAS

Cetamina	Bólus 0.5 mg/ kg Perfusão 0.3 mg/kg/h
Propofol	3 mg/kg/h (~ 10 ml/h se 70 kg)
Dexmedetom	1.5 mcg/kg/h (~ 13 ml/h se 70 kg)
Paracetamol	4000 mg/d Mínimo 6h entre tomas ev/po
Metamizol magnésico	4000 mg/d Mínimo 12h entre tomas ev

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Fonte: Azevedo-Santos IF, Alves IG, Badauê-Passos D, Santana-Filho VJ, DeSantana JM. Psychometric analysis of Behavioral Pain Scale Brazilian Version in sedated and mechanically ventilated adult patients: a preliminary study. Pain Pract. 2016;16(4):451-8. (11)

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Anexo IX – Protocolo de Manutenção de Dador de Órgão

Colheita de Órgãos e Tecidos

– Dador multiorgânico deve ser transportado para o bloco operatório ventilado com oxigénio a 100%, com as perfusões utilizadas durante a sua manutenção e monitorizado;

– No Bloco Operatório – administrar;

- METLPREDNISOLONA – 1 gr.
- RELAXANTE MUSCULAR → facilitar o acto da colheita;
- HEPARINA – 3 a 4 μ Kg; (a combinar com a cirurgia)
- FENOXIBENZAMINA – imediatamente antes da clampagem da aorta.

– Tomar nota da hora da clampagem (determinação dos tempos de isquémia fria).

Nota Final: O corpo do dador deve ser reconstruído após o procedimento de colheita de órgãos e tecidos, e entregue à equipa local de forma condigna decorrendo os restantes procedimentos como normalmente.

O processo do dador deve ser cuidadosamente preenchido pelos cirurgiões responsáveis pelos actos de colheita e entregue no GCCOT.

Protocolo para Manutenção do Dador Multiorgânico e Colheita de Órgãos em ambiente de Medicina Intensiva

2006

ELABORADO POR:

[Redacted]

[Redacted]

Índice

Manutenção do Dador Multiorgânico.....	pág. 7
1 – Manutenção da Pressão de Perfusão	pág. 11
2 – Vigilância da Diurese	pág. 14
3 – Manutenção do Equilíbrio Hidro electrolítico e metabólico.....	pág. 15
4 – Prevenção e Terapêutica das Arritmias	pág. 16
5 – Manutenção e Oxigenação dos Órgãos e Tecidos.....	pág. 17
6 – Manutenção da Temperatura	pág. 19
7 – Prevenção e Tratamento das Infecções.....	pág. 20
8 – Terapêuticas das Alterações da Coagulação	pág. 21
Colheita de Órgãos e Tecidos	pág. 22

Manutenção do Dador Multiorgânico

É dador multiorgânico qualquer doente que esteja em situação clínica de morte cerebral desde que:

1. Não esteja inscrito no RENND;
2. Não seja portador de doença neoplásica com potencial metastático ou infecciosa;
3. Seja cidadão nacional ou estrangeiro residente em Portugal.

No caso de turistas deve ser solicitada autorização à família para colheita de órgãos e/ou tecidos.

Avaliação do Potencial Dador:

Deve ser obtida a seguinte informação:

- Idade, peso, sexo;
- Grupo sanguíneo;
- Causa de morte;
- História clínica sucinta:
 - Doença actual – Intercorrências dignas de nota (paragem cardíaca, cirurgias efectuadas etc.);
 - Hábitos e comportamentos de risco;
 - Medicação habitual.
- Valores laboratoriais: hemograma, ionograma, função hepática, função renal, estudo da coagulação;
- Estabilidade cardiovascular – necessidade de agentes inotrópicos ou vasopressores e em que dose.

Compete ao GCCOT a selecção dos dadores e a sua possível exclusão, visto os critérios serem dinâmicos e cada vez mais amplos e variarem em situações específicas, nomeadamente apelos super urgentes.

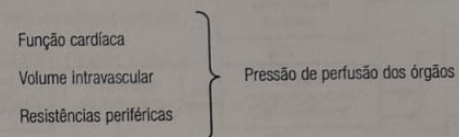
Deve assim o GCCOT ser contactado sempre que haja um doente em suspeita de morte cerebral, de preferência logo após as primeiras provas clínicas, de modo a programar atempadamente o acto de colheita, os órgãos a colher, a sua alocação e otimizar assim os resultados da transplantação.

Objectivos da Manutenção

Na manutenção, os objectivos a atingir para preservação de órgãos e tecidos são:

- Pressão Arterial Directa – catéter arterial
(múltiplas colheitas de sangue; PAs <100 mmHg ou PAm <60 mmHg)
- P.V.C. – cateter de duplo ou triplo lúmen
- ECG
- Débito urinário horário
- BM teste horário
- Valores laboratoriais seriados
- Hemodinâmica: catéter da artéria pulmonar
(Choque, ARDS, má resposta aos vasopressores/inotrópicos)
- Hemodinâmica: PICCO
(semelhantes indicações, excepto se fibrilhação auricular ou outra arritmia significativa)
- Ecocardiograma
(se disfunção/doença cardíaca prévia/actual e potencial dador de coração)

1 - Manutenção da Pressão de Perfusão



No dador todos os órgãos e sistemas responsáveis pela manutenção da pressão de perfusão entram progressivamente em falência. É necessário actuar a vários níveis para manter uma boa perfusão orgânica que pode ser simplesmente sumariada pela regra dos 100. Assim deve ser nosso objectivo manter:

- PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA – 100 mm Hg
- DIURESE HORÁRIA – 100 ml/H
- PRESSÃO VENOSA CENTRAL – 100 mm/H₂O
- Pa O₂ – 100 mm. Hg
- HEMOGLOBINA – 100 mg/dl
- GLICÉMIA – 100 mg/dl

Monitorização do Dador:

- Pressão Arterial Directa – catéter arterial
- P.V.C. – cateter de duplo ou triplo lúmen
- ECG
- Débito urinário horário
- BM teste horário
- Valores laboratoriais seriados

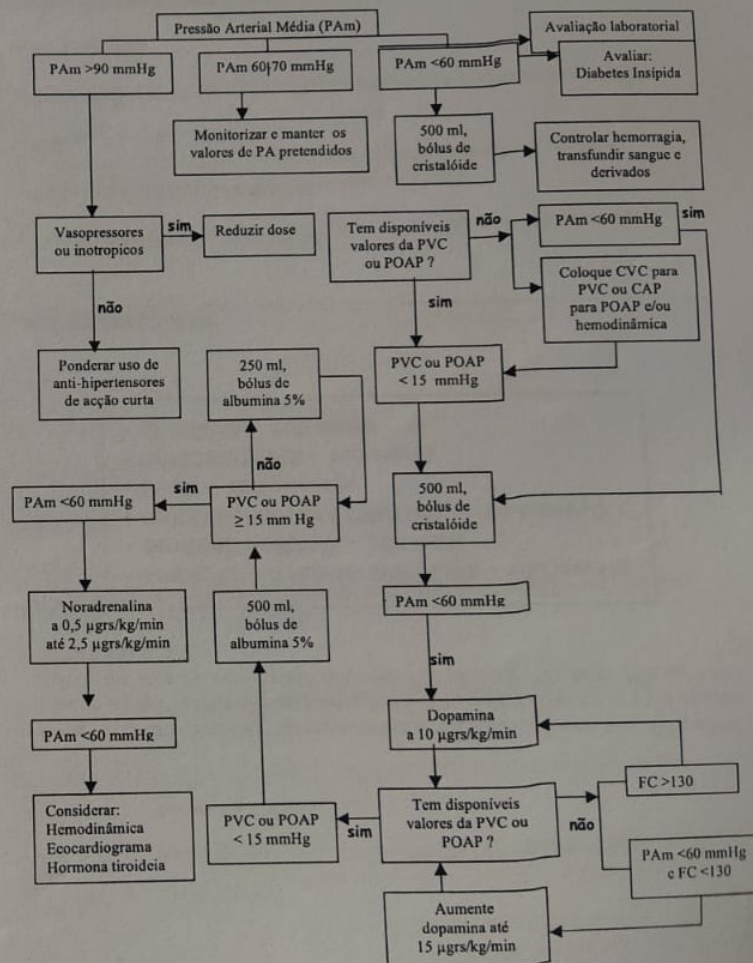
Manutenção do dador

No dador todos os suportes da pressão de perfusão entram em falência. Assim a nossa primeira prioridade na manutenção do dador deverá ser garantir uma adequada pressão de perfusão dos órgãos. Para cumprir esse objectivo deve-se manter uma PA média (PAm) entre 60 e 90 mmHg. A PAm pode ser calculada de modo expedito pela fórmula: $PAm = (PAS + 2x PAD) / 3$. É necessário actuar a vários níveis (ver figura 1) para manter uma boa perfusão orgânica que, no entanto, pode ser simplesmente sumariada pela regra dos 100. Assim deve ser nosso objectivo manter as funções vitais comprometidas quando existe morte cerebral.

Morte Cerebral

- Perda da respiração espontânea
- Perda do controle vaso - motor e cardíaco
- Perda do controle da temperatura, do equilíbrio hidro-electrolítico e da regulação autônoma
- Disfunção endócrina

Figura 1: Algoritmo da Pressão Arterial (adaptado de Powner & darby)



PVC=pressão venosa central; FC=frequência cardíaca; CAP=catéter da artéria pulmonar; POAP=pressão de oclusão da artéria pulmonar.

Fluidoterapia no Dador

OBJECTIVO – Normovolemia.

- Fluidoterapia de manutenção: – 2 ml/kg/h

- Lactato de Ringer (vigiar a ocorrência de acidose) ou Dextrose em Soro Hipossalino, + KCl (a instituir de acordo com ionograma)
- Dextrose 10% – Nos potenciais dadores de fígado (evitar a hipo glicemia)

- Fluidoterapia de reposição da volémia – 4 ml/Kg/10 min

- Soluções coloides – Hidroxiethylamido – até 500 cc de 8/8 H.
- Albumina a 5%
- Soro Hipossalino
- Sangue (hematocrito 30 %) e/ou plasma fresco se necessário.

Utilização de Anti-hipertensores (muitas vezes contemporizar)

OBJECTIVO – Boas pressões de perfusão.

- Nitroprussiato de sódio
- Esmolol

Utilização de Aminas Vasoactivas

OBJECTIVO – Boas pressões de perfusão.

- Dopamina – 7.5 a 20 µg/Kg/min.
- Dobutamina – até 20 µg/kg/min quando necessário.
- Noradrenalina – até 2.5 µg/kg/min.

Utilização de Terapêutica de Substituição Hormonal

OBJECTIVO – Boas pressões de perfusão quando as aminas vasoactivas não são suficientes nas doses protocoladas.

- Triiodotironina – em bolus (4.0 µg) ou infusão (3.0 µg/hr)

Ou

- Tiroxina – em bolus (20 µg) ou infusão (10 µg/hr)
- Hidrocortisona – 50 mg de 6/6 horas ev.
- Insulina – manter glicemia de 80 a 150 mg/dl (mínimo 1U/hr)

2 - Vigilância da Diurese

↑ Diurese – Hipovolêmia → reposição de fluidos
– Posteriormente, iniciar diuréticos se necessário (Furosemina até 2 mg/Kg/min)

↑ Diurese – Hiper-hidratação → rever cálculos de fluidoterapia
– Glicosúria excessiva → iniciar insulina em perfusão

Diabetes Insípida → Desmopressina nasal 0,1 a 0,2 ml

Diagnostico de Diabetes Insípida:

- Diurese > 4 ml/kg/h
- Densidade urinária <1005
- Osmolaridade sérica > 295 mOsm
- Osmolaridade urinária <295 mOsm
- Hipernatrêmia – Na – > 150 mEq/l

3 - Manutenção do Equilíbrio Hidro-electrolítico e metabólico

Monitorização laboratorial, especialmente do equilíbrio hidro-electrolítico, de 4/4 horas. As alterações iônicas devem ser corrigidas de imediato, pois podem interferir com a estabilidade cardiovascular do dador e a viabilidade dos órgãos a transplantar.

Alterações mais frequentes:

- **Hipernatrêmia** → Cloreto de sódio a 0,45%. Repor o deficit de água se a natrêmia for superior a 160 mEq/L:
Deficit de água (Litro) = $(0,6 \times \text{peso do dador}) - (140 \times 0,6 \times \text{peso}) / \text{Na do dador}$. Repor rapidamente metade deste valor utilizando NaCl a 0,45%.
- **Hipopotassêmia** → repor K: $(K \text{ normal} - K \text{ dador}) \times \text{peso} \times 0,3 = K \text{ mEq/l}$; manter um pH sérico dentro da normalidade
- **Hiperpotassêmia** → tratar se > 6 mEq/L ou arritmias: tratar eventual acidêmia, administrar bicarbonato de sódio (44-50 mEq), cloreto de cálcio (CaCl₂ – 15 a 20 mg/Kg), glicose (100 cc a 50%) e insulina
- **Hipocalcêmia** → CaCl₂ – 15 a 20 mg/Kg
- **Hipofosfatêmia** → Fosfato bipotássico – 1,745g a correr em 2h
- **Hipomagnesiêmia** → Sulfato magnésio – 2g em 2h
- **Osmolaridade plasmática** → manter a osmolaridade plasmática entre 280-290 mOsm/L ($\text{mOsm} = 2(\text{Na}) + (\text{BUN}/2,8) + \text{Glicose}/18$)
- **Glicêmia** → manter glicemia de 80 a 150 mg/dl (se necessário administrar insulina mínimo 1U/hr; manter adequado aporte calórico, geralmente por via ev)

4 - Prevenção e Terapêutica das Arritmias

Causas mais frequentes de arritmia no dador

- Transtornos hidro-electrolíticos - ↓ Ca, Mg, K, e P
- Hipotensão (Isquemia do miocárdio)
- Hipotermia (Temperatura central <34°C)
- Contusão do miocárdio
- Acção da PIC ↑ sobre os centros medulares

Terapêutica

- Corrigir os desequilíbrios electrolíticos
- Corrigir a hipovolémia
- Manter Dopamina e Dobutamina < 20 µg/Kg/min.
- Corrigir a hipotermia
- Ajustar a ventilação
 - pH normal
 - Ligeira alcalose se hipotermia
- Utilizar anti-arrítmicos se necessário (lidocaina, amiodarona)

Nota: As bradiarritmias na morte cerebral não respondem à atropina.
Se necessário, utilizar isoprenalina - bólus 10 a 30 µg.
(diluir uma ampola de 0,2 mg em 20 c.c. - 1 c.c.=10 µg.)

5 - Manutenção e Oxigenação dos Órgãos e Tecidos

Ventilação Pulmonar Eficaz e protectora

A ventilação inadequada ou inapropriada do dador pode levar a lesões graves ou mesmo à perda dos órgãos do dador, devido à redução do débito cardíaco e à ocorrência de lesão pulmonar associada ao ventilador. A ocorrência de alterações indesejáveis do equilíbrio ácido-base e térmico podem também contribuir para este processo.

OBJECTIVOS:

- Manter:
 - PaO₂ > 100 mm/Hg com Saturação de O₂ > 92-95%. Oxigenar com O₂ a 100% 30 minutos antes do transporte para o Bloco Operatório e durante o trajecto.
 - Volume minuto adequado, com PaCO₂ entre 35 a 40 mm/Hg (a ajustar de acordo com as pressões e o pH) e pH entre 7,35 a 7,45
 - Volume corrente - 6 a 8 ml/kg de peso ideal
 - Frequência a ajustar de acordo com PaCO₂ e pH
 - Fi O₂ preferencialmente < 50% (se superior pode comprometer a conservação dos pulmões embora não tenha um efeito deletério na conservação dos outros órgãos do dador)
 - PEEP de 5 a 10cm H₂O (se necessário valores superiores ter muita atenção à redução do débito cardíaco e manutenção de uma pressão de perfusão adequada, o que pode passar por necessidade extra de fluidos e/ou agentes vasopressores)
- Evitar pressões excessivas na via aérea:
 - Pressão de pico < 35-45 cm H₂O
 - Pressão de plateau < 35 cm H₂OSe resistências elevadas das vias aéreas acompanhadas por pressões de pico elevadas deve ser utilizada terapêutica broncodilatadora.
- Cálculo do volume corrente em função do peso ideal e não do peso real; O peso ideal pode ser avaliado de modo simples embora pouco rigoroso pelo índice de Broca:
 - Homens: Peso ideal(kg) = altura (cm) - 100
 - Mulheres: Peso ideal (kg) = altura (cm) - 110
 - Crianças: (altura² x 1.65)/1000

- Monitorizar gasimetria arterial no mínimo de 4/4 horas ou sempre que se alterar a parametrização do ventilador
- Manter todas as medidas de higiene brônquica em uso numa U.C.I.
- Manusear via aérea com assépsia.

Nota: na avaliação do dador do pulmão é fundamental o teste da função: Ventila-se o doente com oxigénio a 100% durante 10 minutos, com PEEP de 5 e faz-se gasimetria arterial; a PaO_2 deve ser superior a 300 mmHg.

Manutenção do Hematócrito

$\text{Htc} > 30 \rightarrow$ corrigir com concentrado eritrocitário se necessário.

Nota: O consumo de 1 unidade de sangue no dador pode corresponder a uma poupança de vários litros de sangue no doente receptor pela melhoria de qualidade dos órgãos a transplantar.

6 - Manutenção da Temperatura

Hipotermia:

A hipotermia no dador de órgãos tem **efeitos nefastos**:

- Bradicardia progressiva
- Depressão miocárdio
 - ↓ Débito cardíaco
 - ↓ Pressão da perfusão
- Arritmias resistentes à terapêutica
- Hiperglicemia (diminuição da produção de insulina)
- Alterações da coagulação
- Desvio da curva de dissociação da oxihemoglobina para a esquerda
- Hipóxia

Prevenção da hipotermia

- Manter o quarto aquecido se possível
- Aquecer fluidos a infundir
- Aquecer gases inspirados
- Manter o dador coberto
- Utilizar cobertores térmicos

7 - Prevenção e Tratamento das Infecções

- Na manutenção do dador multiorgânico devem ser respeitadas todas as regras gerais de higiene hospitalar e de prevenção da infecção nosocomial
- Todas as manobras invasivas devem ser rigorosamente assépticas
- No dador a infecção não provoca hipertermia, pelo que a sua detecção deve resultar de um alerta constante para outros dados semiológicos e laboratoriais.

Deteção de Infecção

- Radiografia do tórax
- Exames bacteriológicos - urina, secreções brônquicas, sangue, líquidos de drenagem quando apropriado

Nota: A infecção localizada não contra-indica a doação de órgãos - Implica conhecimento claro pela equipa de transplante da situação e efectivação de terapêutica dirigida agressiva

8 - Terapêutica das Alterações da Coagulação

TROMBOPLASTINA TECIDULAR → ACTIVAÇÃO CASCATA COAGULAÇÃO

- Trombocitopenia diluição
 - Acidose
 - Hipotermia ($< 34^{\circ} \text{C}$)
- } COAGULOPATIA

É ainda frequente a utilização nos dadores de agentes com acção anticoagulante e/ou anti-agregante plaquetária.

Terapêutica

- Parar fármacos com acção anti-coagulante e/ou anti-agregante
- Correção das alterações metabólicas
- Correção da hipotermia
- Administração de fitomenadiona (demora 8-12 horas a actuar) ou reposição dos factores de coagulação e plaquetas quando necessário. Tratamento cirúrgico de qualquer hemorragia activa no sentido de evitar coagulopatia de diluição.

Colheita de Órgãos e Tecidos

- Dador multiorgânico deve ser transportado para o bloco operatório ventilado com oxigénio a 100%, com as perfusões utilizadas durante a sua manutenção e monitorizado;
- No Bloco Operatório – administrar:
 - METLPREDNISOLONA – 1 gr.
 - RELAXANTE MUSCULAR → facilitar o acto da colheita;
 - HEPARINA – 3 a 4 μ /Kg; (a combinar com a cirurgia)
 - FENOXIBENZAMINA – imediatamente antes da clampagem da aorta.
- Tomar nota da hora da clampagem (determinação dos tempos de isquémia fria).

Nota Final: O corpo do dador deve ser reconstruído após o procedimento de colheita de órgãos e tecidos, e entregue à equipa local de forma condigna decorrendo os restantes procedimentos como normalmente.
O processo do dador deve ser cuidadosamente preenchido pelos cirurgiões responsáveis pelos actos de colheita e entregue no GCCOT.

Anexo X – Formulário Observação Higiene das Mãos em UCI



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS			Cidade			Código do Hospital					
Observador Data (dd.mm.aaaa) : / : Hora de início/fim (hh:mm) : : Duração da sessão (mm) :						Período N.º Sessão N.º : Formulár. N.º :		Serviço/Departamento Enfermaria :			
Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número		
Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
1	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	1	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	1	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	1	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
2	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	2	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	2	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	2	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
3	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	3	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	3	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	3	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
4	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	4	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	4	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	4	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
5	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	5	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	5	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	5	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
6	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	6	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	6	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	6	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
7	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	7	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	7	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	7	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado
8	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	8	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	8	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado	8	☐ Antes Doente ☐ Antes Assép. ☐ Após Sg Fluid. ☐ Após Doente. ☐ Após Ambte.	☐ Fricção Anti-sép. ☐ Lavagem ☐ Não realizado