



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

O CONTRIBUTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

**Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica**

Por: Sónia Marlene Machado Silva

Porto, junho de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**O CONTRIBUTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA NA
QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS**

**THE CONTRIBUTION OF SPECIALIZED PRACTICE TO
THE QUALITY AND SAFETY OF CARE**

**Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica**

Por: Sónia Marlene Machado Silva

Sob orientação de: Prof^o Doutor Vasco Silva Neves

Porto, junho de 2025

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular "*Estágio Final e Relatório*", integrada no 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no período de 02 de setembro de 2024 a 26 de março de 2025. O documento reflete o percurso formativo desenvolvido ao longo desta unidade curricular, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista e Mestre, bem como o impacto destas no desempenho profissional em contexto clínico diferenciado.

O processo formativo decorreu em dois contextos complementares: um Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e em Emergência Extra-Hospitalar, permitindo vivenciar a complexidade da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, desde a abordagem inicial em situações de emergência e instabilidade aguda, até à fase de monitorização intensiva e intervenção contínua perante disfunções multiorgânicas, reforçando a importância da atuação especializada, adaptada à complexidade clínica e à necessidade de respostas céleres e eficazes.

A metodologia adotada foi descritiva e reflexiva, incluindo análise crítica da prática, dos objetivos delineados e das atividades desenvolvidas. A fundamentação teórica sustenta-se nos domínios das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros, abordadas de forma articulada e contextualizada.

As atividades desenvolvidas são analisadas à luz das competências adquiridas, com especial destaque para o contributo no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, no reforço das aprendizagens profissionais e na promoção de cuidados especializados. É ainda enfatizada a importância da tomada de decisão baseada na melhor evidência científica, promovendo práticas clínicas seguras e fundamentadas no seio das equipas multidisciplinares.

Com base na análise da prática, delineou-se uma proposta de melhoria da qualidade focada na manutenção da permeabilidade da sonda nasojugal à Pessoa em Situação Crítica com Nutrição Entérica e no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e enfoque na melhoria da qualidade assistencial foi desenvolvida uma proposta de *Debriefing* no Extra-Hospitalar, visando a reflexão estruturada, a segurança e a melhoria do desempenho das equipas.

Cuidar da pessoa em situação crítica requer uma base de conhecimento aprofundada, capacidade de avaliação holística e antecipação de deterioração clínica, o que diferencia a intervenção do Enfermeiro Especialista. Este percurso formativo permitiu reconhecer o contributo da Enfermagem enquanto disciplina científica no desenvolvimento do conhecimento aplicado, reforçando um compromisso contínuo com a excelência, a inovação e a segurança nos cuidados em saúde.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Competências; Prática Baseada na Evidência; Melhoria Contínua da Qualidade; Segurança dos Cuidados.

ABSTRACT

This report was prepared as part of the “Final Internship and Report” curricular unit, integrated into the 17th semester's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for the Critically Ill Patient, of the Nursing School (Porto) of Universidade Católica Portuguesa, from September 2, 2024 to March 26, 2025. The document reflects the training path developed during this curricular unit, highlighting the process of acquiring and consolidating the skills inherent to the practice of the Specialist Nurse and Master, as well as their impact on professional performance in a differentiated clinical context.

The training process took place in two complementary contexts: a Polyvalent Intensive Care Medicine Service and an Out-of-Hospital Emergency Department, allowing us to experience the complexity of providing care to the Critically Ill Patient, from the initial approach in emergency situations and acute instability, to the intensive monitoring phase and continuous intervention in the face of multi-organ dysfunctions, reinforcing the importance of specialized action, adapted to clinical complexity and the need for rapid and effective responses.

The methodology adopted was descriptive and reflective, including a critical analysis of the practice, the objectives outlined and the activities carried out. The theoretical basis is based on the common and specific competences of the specialist nurse, as defined by the Order of Nurses, approached in an articulated and contextualized way.

The activities carried out are analyzed in the light of the skills acquired, with special emphasis on the contribution to the development of continuous quality improvement projects, the reinforcement of professional learning and the promotion of specialized care. The importance of decision-making based on the best scientific evidence is also emphasized, promoting safe and well-founded clinical practices within multidisciplinary teams.

Based on the analysis of practice, a proposal was drawn up for quality improvement focused on maintaining the permeability of the nasojunal tube in the Critically Ill Patient with enteric nutrition. As part of the development of professional learning and a focus on improving the quality of care, a proposal was developed for Out-of-Hospital *debriefing*, aimed at structured reflection, safety and improving team performance..

Caring for people in critical situations requires an in-depth knowledge base, the ability to assess holistically and anticipate clinical deterioration, which differentiates the intervention of the Specialist Nurse. This training path has made it possible to recognize the contribution of Nursing as a scientific discipline in the development of applied knowledge, reinforcing a continuous commitment to excellence, innovation and safety in healthcare.

Keywords: Specialist Nurse; Critically ill Patient; Skills; Evidence-Based Practice; Continuous Quality Improvement; Safety of care

"O cuidado não é apenas um trabalho, mas uma missão que envolve o coração, a mente e a alma. O enfermeiro é aquele que se dedica ao outro, reconhecendo sua fragilidade e oferecendo seu conhecimento e humanidade."

Martha Rogers

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao Professor Doutor Vasco Silva Neves, pela orientação científica rigorosa, pela motivação constante e pela disponibilidade generosa ao longo deste percurso. O seu apoio, confiança e incentivo foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento académico e profissional.

Aos tutores de estágio, expresso o meu profundo reconhecimento pela partilha de saberes, pelo acompanhamento próximo e pelas oportunidades de reflexão crítica proporcionadas nos diferentes contextos de prática, que contribuíram de forma marcante para a consolidação das minhas competências.

Aos amigos e colegas, pela presença, pelas palavras de alento nos momentos mais exigentes e por nunca deixarem esmorecer a perseverança.

Ao meu marido, pelo amor incondicional, pela paciência, pelo companheirismo e por ser o meu pilar nos momentos de dúvida.

Aos meus filhos, pela compreensão, pela alegria que diariamente me oferecem e por serem, em essência, a maior inspiração e razão deste caminho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CI - Cuidados Intensivos

CIIV- Centro de Informação Antivenenos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCIRA - Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

CVC – Cateter Venoso Central

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DNR – Decisão de Não Reanimar

EE -Enfermeiro Especialista

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EEIH – Equipa Emergência Intra-Hospitalar

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC - *European Resuscitation Council*

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

i-TEAMS®- *Tool for Emergency Alert Medical System*

OE -Ordem dos Enfermeiros

OHB – Oxigenoterapia Hiperbárica

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIV- Suporte Imediato de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SAV – Suporte Avançado de Vida

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TIP- Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VIC – Veículo de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	21
1.1 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	21
1.2 EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR.....	24
2 O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	29
2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	29
2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	34
2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	46
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	49
3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	55
3.1 CUIDAR DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	56
3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	64
3.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	67
4 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE I - MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DA SONDA NASOJEJUNAL: O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?.....	85
APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO: MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DA SONDA NASOJEJUNAL: O QUE DIZ A EVIDÊNCIA?.....	125
APÊNDICE III - <i>DEBRIEFING</i> NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	143
APÊNDICE IV - COMUNICAÇÃO ORAL: “ <i>DEBRIEFING</i> NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	199199
ANEXOS.....	213

ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: 1º SEMINÁRIO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	215
ANEXO II – CERTIFICADO: CURSO FORMADORES E AUDITORES DA TRIAGEM DE MANCHESTER	217
ANEXO III - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO IV CONGRESSO INTERNACIONAL CRITICAL CARE- CESPU'24.....	219
ANEXO IV - CERTIFICADO: CURSO SBV/ DAE	221
ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 2º SEMINÁRIO DO DOENTE CRÍTICO DO HOSPITAL CUF DESCOBERTAS.....	223
ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “WORKSHOP TEÓRICO-PRÁTICO E PREPARAÇÃO DE TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NO ÂMBITO DOS PROTOCOLOS SIV”.....	227
ANEXO VII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 2ª CONGRESSO DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO.....	227
ANEXO VIII - CERTIFICADO: WORKSHOP “ECOFAST PARA ENFERMEIROS”.....	229
ANEXO IX - CERTIFICADO: PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFECÇÃO: OPERACIONAIS DO SIEM	231
ANEXO X - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO VIII FÓRUM DAS ESPECIALIDADES DE ENFERMAGEM - “COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: A PRÁTICA ESPECIALIZADA PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDAR”	233
ANEXO XI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO: COMUNICAÇÃO ORAL SUBORDINADA AO TEMA: <i>DEBRIEFING</i> NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	235
ANEXO XII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY (ICE25).....	237
ANEXO XIII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ADULTOS	237

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” do 17º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), na Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa. Através dele demonstra-se o percurso efetuado durante esta Unidade Curricular, realçando a aquisição de competências na formação do Enfermeiro Especialista e Mestre e o seu impacto no exercício profissional. Este processo de aprendizagem e de aquisição de competências decorreu e foi consolidado nos estágios realizados num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma Unidade Local de Saúde do Norte no período de 02/09/2024 a 2/11/2024 e no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no período de 02/01/2025 a 26/03/2025, num total de 180h de contacto em cada contexto.

A formação avançada dos profissionais de saúde, além de se apoiar nas evidências científicas mais atuais, deve também ser sustentada pela prática clínica contínua. Neste contexto, o estágio tem como objetivo a promoção, aquisição e consolidação das competências especializadas, tendo em vista a futura atuação enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e Mestre. Conforme a teórica de enfermagem Patrícia Benner, os enfermeiros desenvolvem a sua expertise e competências ao longo do tempo, compreendendo o cuidado à pessoa de uma forma cada vez mais segura, desde que possuam uma sólida base pedagógica e sejam acompanhados por uma diversidade de experiências práticas (Benner, 2001).

Na área do doente crítico, a intervenção do Enfermeiro Especialista (EE) revela-se diferenciadora, não só na otimização dos processos e resultados, mas também na maximização dos recursos disponíveis. A capacidade deste profissional de antecipar situações, pautando-se pela melhor evidência científica na prestação de cuidados, bem como na tomada de decisões dentro da equipa multidisciplinar, posiciona o EE como um elemento fundamental para garantir a qualidade e a eficácia do cuidado prestado. A sua expertise permite uma abordagem integrada e proativa, essencial para o cuidado à PSC, fundamental nos contextos de estágio identificados e no meu contexto de prática, como o Serviço de Urgência. Importa salientar que o percurso e a experiência profissional adquirida ao longo do tempo, influenciaram a escolha da área de especialização, quer pelo

reconhecido valor que sempre lhe atribuí, mas também pelas características dos serviços onde exerço funções enquanto enfermeira.

Tornou-se cada vez mais claro, a necessidade de refletir sobre a prática clínica e repercuti-la com evidência científica, tal com refere Bernardo et al., (2004), experienciando e vivenciando novas aprendizagens e competências, além da prestação de cuidados, no âmbito do risco clínico, supervisão, investigação, formação e liderança. Como resultado, o papel e a responsabilidade do enfermeiro devem evoluir para corresponder a essa complexidade.

O crescimento exponencial da complexidade clínica das pessoas hospitalizadas, marcado por quadros de instabilidade hemodinâmica, falência orgânica e presença simultânea de múltiplas comorbidades, constitui um desafio substancial para a prática de enfermagem, exigindo a aquisição e o desenvolvimento de competências técnico-científicas altamente diferenciadas, capazes de assegurar uma resposta célere, eficaz e humanizada às necessidades emergentes da PSC. Neste âmbito, o contexto intra-hospitalar, em particular as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), configura-se como um ambiente assistencial tecnicamente exigente e de elevada complexidade, sustentado por equipas interdisciplinares, onde o EE assume um papel nuclear no processo de vigilância clínica contínua, tomada de decisão em tempo útil e implementação de intervenções baseadas na melhor evidência, promovendo a segurança, a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados (Pinho, 2020).

Por outro lado, para além das oportunidades de desenvolvimento profissional inerentes ao contexto intra-hospitalar, o ambiente de emergência no contexto Extra-hospitalar constitui, inequivocamente, um cenário de elevada exigência na prestação de cuidados à PSC, dadas as suas particularidades, nomeadamente a imprevisibilidade, a limitação de recursos e a necessidade de atuação em condições frequentemente adversas. Neste enquadramento, torna-se imperativa uma preparação técnico-científica sólida e diferenciada, que permita ao enfermeiro uma tomada de decisão célere, fundamentada e precisa, conducente a intervenções eficazes, seguras e oportunas (Marques, 2021).

Neste enquadramento, a seleção destes contextos de prática clínica justifica-se pela sua elevada relevância no domínio dos cuidados à PSC, bem como pela natureza especializada das intervenções que os caracterizam, as quais permitem uma atuação rápida, tecnicamente rigorosa e potencialmente decisiva na estabilização e reversão de

quadros clínicos agudos, muitas vezes associados a risco iminente de vida ou à falência de uma ou mais funções vitais. Estes cenários assistenciais, pela sua complexidade e exigência, constituem-se como espaços privilegiados para o exercício de competências avançadas em enfermagem, orientadas para a maximização de ganhos em saúde e para a segurança da pessoa e da família.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar criticamente os contextos de prática clínica que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, refletir sobre o processo de aquisição de competências inerentes à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, bem como apresentar uma análise crítica, descritiva e reflexiva da construção de uma prática de cuidados especializados, sustentada na melhor evidência científica disponível. É fundamental que se promova o crescimento da Enfermagem enquanto ciência, como fonte de conhecimento nas diversas áreas de intervenção, que é a maior motivação resultante no final deste percurso de aprendizagem.

Este percurso é enquadrado pela consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas ao longo do estágio.

O presente trabalho inicia-se com uma Introdução, onde é realizado o enquadramento e contextualização da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", assim como a justificação das decisões tomadas ao longo do percurso formativo. Segue-se a apresentação das razões que fundamentam o pedido de creditação da unidade curricular "A Pessoa em Situação Crítica e Família: Vigilância e Decisão Clínica", integrada no plano curricular do 1.º ano do curso. Este pedido assenta na experiência profissional adquirida ao longo de 19 anos de exercício como enfermeira, desenvolvida em contextos Intra e Extra-Hospitalar. Destaca-se, neste percurso, o trabalho em Serviço de Urgência Básico com apoio Médico-Cirúrgico e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, contextos exigentes que proporcionaram a aquisição e consolidação de competências diferenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família.

A prática em ambientes de elevada exigência técnica e emocional permitiu a consolidação de competências específicas, com destaque para a tomada de decisão clínica em tempo útil, a atuação em cenários de instabilidade e a implementação de cuidados fundamentados na melhor evidência. A vivência em contexto de emergência,

particularmente no extra-hospitalar, exigiu uma integração eficaz entre conhecimento técnico-científico, gestão emocional, liderança adaptativa e comunicação com equipas multidisciplinares, promovendo uma resposta centrada na pessoa e na segurança dos cuidados. A participação em atividades como o transporte do doente crítico e a integração na Equipa de Emergência Intra-Hospitalar contribuíram adicionalmente para o reforço de competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na gestão, liderança clínica e continuidade de cuidados especializados. Esta trajetória constitui, assim, um contributo estruturante para a acreditação da Unidade Curricular “A Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, evidenciando uma prática profissional madura, reflexiva e promotora de qualidade assistencial.

Posteriormente, procede-se à caracterização dos contextos de estágio, nomeadamente o SMI e o contexto de Emergência Extra-Hospitalar, com o objetivo de contextualizar as experiências formativas vivenciadas e enquadrar o desenvolvimento de competências no âmbito da prática especializada. Numa fase subsequente, é apresentado o percurso desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através da exposição e análise das atividades realizadas, em alinhamento com os objetivos definidos no Projeto de Estágio. Por fim, na conclusão, procede-se à síntese dos aspetos mais relevantes abordados ao longo do relatório, salientando-se as dificuldades e limitações identificadas neste percurso formativo, bem como, as implicações do estágio para a prática profissional e perspetivas futuras. Os trabalhos realizados no âmbito da presente UC encontram-se organizados em apêndice, como complemento ao desenvolvimento teórico e reflexivo apresentado.

Para a elaboração do presente relatório, foi adotado o sistema de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), de acordo com as normas em vigor, assegurando a uniformidade e o rigor científico ao longo do trabalho.

1. Caraterização dos contextos de Estágio

Neste capítulo, procede-se à caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os momentos formativos do estágio. O primeiro momento de estágio teve lugar no SMI, um ambiente altamente diferenciado, vocacionado para a vigilância contínua e intervenção intensiva na PSC. O segundo momento decorreu no âmbito da Emergência Extra-Hospitalar, englobando os meios de Suporte Imediato de Vida (SIV), a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), bem como o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), estruturas essenciais na resposta Extra-Hospitalar a situações de emergência.

1.1 Serviço de Medicina Intensiva

O SMI onde decorreu o meu primeiro momento de estágio, é um serviço clínico de uma Unidade Local de Saúde da região Norte, caracterizando-se como uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), com cuidados de nível II e III, destinadas a doentes com uma ou mais disfunções de órgão, ameaçadoras de vida.

Esta Unidade Local de Saúde distingue-se pela existência de uma Unidade de Medicina Hiperbárica, fator que contribui para a sua diferenciação a nível nacional. Esta valência especializada permite a realização de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), o que justifica a admissão no SMI de pessoas provenientes de diversas regiões do país, que carecem de monitorização intensiva durante o processo terapêutico ou apresentam condições clínicas que requerem simultaneamente cuidados intensivos e tratamento hiperbárico.

O SMI é composto por duas unidades interligadas por um corredor. A unidade 1, mais antiga, é composta por 10 camas, das quais 5 encontram-se individualmente em quartos. As restantes estão distribuídas num *open space* separadas por cortinas. A unidade 2, a mais recente do serviço, resultou de um processo de expansão e reestruturação motivado pelo contexto pandémico. Dispõe de 11 camas, distribuídas individualmente por boxes com antecâmaras dotadas de controlo de pressão diferencial, também designadas por *safety airlock systems*. Estas antecâmaras permitem a manutenção de uma pressão específica no interior do compartimento onde se encontra a pessoa, sempre que necessário, em conformidade com o estabelecido na Portaria n.º 90/2024/1, que define os requisitos técnicos e funcionais para áreas de isolamento em unidades de cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2024).

Cada unidade é caracterizada por uma vasta gama de equipamentos essenciais para o cuidado à PSC, incluindo: monitorização eletrocardiográfica e invasiva, ventiladores para ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitores de parâmetros fisiológicos, seringas e bombas de infusão, material descartável de uso clínico, bem como saídas de oxigénio, ar comprimido e vácuo. Além desses, a unidade está equipada com carrinhos de emergência e desfibrilhadores, aquecedores, bem como equipamentos para técnicas de substituição renal, disponíveis para uso contínuo ou intermitente, conforme necessário.

As unidades do SMI apresentam ainda uma área de monitorização central e de registo, sendo que na unidade 2 era possível garantir a videovigilância da pessoa na área de enfermagem. Em ambas as unidades dispunham de áreas assistenciais, área para preparação de medicação e material para procedimentos. As áreas de apoio distribuíam-se pela área de sujos, arrecadações de *stock* de equipamento e de material, gabinetes médicos, gabinete enfermeira gestora, copas, vestiários, sala de reuniões e secretaria.

No que concerne aos recursos humanos a equipa que compõe o SMI é multidisciplinar, sendo constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e administrativo.

Trata-se de um serviço polivalente de cuidados intensivos, que recebe o apoio clínico de diversas especialidades, nomeadamente: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Patologia Clínica, Obstetrícia/Ginecologia, Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Psiquiatria, Infeciologia, Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Nefrologia e Endocrinologia.

Este serviço presta cuidados diferenciados de natureza médico-cirúrgica à PSC, com exceção dos casos que requerem a intervenção das especialidades de Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorácica e Cirurgia Vascular. Nessas situações, a pessoa é referenciada para centros hospitalares especializados, garantindo assim a continuidade e adequação dos cuidados prestados.

Centrados na melhoria contínua dos cuidados prestados e na segurança dos doentes e dos profissionais, no SMI existem vários grupos de trabalho que se debruçam sobre diversas temáticas de interesse relevante para este contexto de prática, tais como: Analgesia, Sedação e *Delirium*; Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) e Consulta de Follow-up; Enfermagem Baseada na Evidência; *Mindfulness*; Notificação de Eventos Adversos; Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde; Pneumonia

associada à Intubação; Humanização dos Cuidados; Práticas Seguras na Administração da Medicação; Comunicação à Cabeceira do doente.

Na constituição das equipas de enfermagem nas UCI, a Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda que, para a prestação de cuidados à PSC, 50% dos enfermeiros sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assegurando a sua presença 24 horas por dia, e garantindo que cada turno respeite esta proporção mínima. No que diz respeito aos rácios de dotação segura, a mesma entidade propõe, para camas de nível II, um rácio de 1 enfermeiro para 2 utentes (1:2), e para camas de nível III, um rácio de 1 enfermeiro por utente (1:1), assegurando uma resposta assistencial adequada à complexidade e instabilidade clínica das pessoas internadas em cuidados intensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o meu estágio, observei que esta normativa era rigorosamente cumprida pela enfermeira gestora, que elaborava os horários mensais e distribuía a equipa de forma a assegurar que os rácios e as recomendações da OE fossem atendidos de maneira eficaz.

A equipa de enfermagem do SMI é constituída pela enfermeira gestora, pelo enfermeiro de referência, por enfermeiros generalistas e por enfermeiros especialistas nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação. A dotação por turno inclui 7 enfermeiros, responsáveis pela prestação de cuidados a um máximo de 14 doentes internados. Em cada turno existe um enfermeiro responsável, que tende a ser especialista ou perito em doente crítico. Este profissional, assegura a gestão dos cuidados e dos recursos materiais, prestando apoio à equipa e integrando, simultaneamente, a EEIH.

Nos turnos da manhã e da tarde está também presente um EE em enfermagem de reabilitação, cuja intervenção se centra na prestação de cuidados especializados, em estreita articulação com os restantes elementos da equipa, promovendo a funcionalidade e a recuperação da pessoa internada, de acordo com o Regulamento nº 743/2019 da OE que recomenda a integração de enfermeiros especialistas de Reabilitação, de modo assegurar o rácio de 12 horas, em todos os dias da semana (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Importa referir que a EEIH está sedeadada no SMI, pelo que são os enfermeiros da unidade, concretamente o enfermeiro responsável de turno, detentor de formação em Suporte Imediato de Vida, que são destacados para as situações de ativação da EEIH.

Assim, de acordo com o Regulamento nº 743/2019 da OE a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

1.2 Emergência Extra-Hospitalar

A consciencialização para a necessidade de reduzir a mortalidade e morbilidade associadas a causas potencialmente evitáveis como o trauma, as doenças cardiovasculares, as intoxicações, as queimaduras ou determinadas patologias pediátricas esteve na génese da criação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), em 1980. Este sistema caracteriza-se por um conjunto de ações coordenadas, que resultam da intervenção articulada, objetiva e dinâmica de diferentes componentes do Serviço Nacional de Saúde, permitindo uma resposta célere e eficaz a situações de emergência médica. O SIEM possibilita, assim, a ativação dos meios mais adequados às especificidades de cada ocorrência, tanto em contexto extra-hospitalar como intra-hospitalar, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados ao longo da cadeia de sobrevivência.

Em Portugal Continental, o SIEM está sob coordenação do Departamento de Emergência Médica, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), organismo do Ministério da Saúde, criado a 3 de agosto de 1981. E, segundo o artigo 3º do Estatuto do INEM descrito na portaria nº 158/2012, de 22 de maio, incumbe-se de coordenação normativa, técnica, atividade inerente ao atendimento, triagem, regulação médica e acionamento de meios e acompanhamento (Portaria nº 158/2012, 2022).

A ativação do sistema processa-se maioritariamente através do número europeu de emergência – 112, sendo o INEM dotado de uma variedade de meios técnicos e humanos que lhe permitem assegurar uma resposta eficaz às situações de emergência médica.

Os pedidos de socorro efetuados através do número europeu de emergência 112, quando relacionados com situações de emergência médica, são reencaminhados para os CODU, sob responsabilidade do INEM. Atualmente, o INEM dispõe de quatro CODU em funcionamento, localizados em Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, cuja missão consiste em atender, avaliar e priorizar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de assistência

recebidos, com o intuito de determinar e acionar os meios de socorro mais adequados a cada situação. Estes centros operam de forma contínua, 24 horas por dia, sendo constituídos por equipas multiprofissionais qualificadas, compostas por médicos, técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH) e, mais recentemente, enfermeiros, todos com formação específica para o desempenho de funções de atendimento, triagem, aconselhamento clínico, decisão e mobilização de recursos de emergência médica. Para além da mobilização de meios no terreno, os CODU têm ainda a capacidade de preparar atempadamente a receção hospitalar das vítimas, com base em critérios clínicos, geográficos e na disponibilidade de recursos das unidades hospitalares de referência. Destaca-se, neste âmbito, a existência de protocolos pré-estabelecidos que permitem o acesso direto a unidades de saúde especializadas, nomeadamente através da ativação de vias verdes (ex.: via verde AVC, via verde coronária, via verde sépsis, via verde Trauma), garantindo a resposta mais adequada e célere às condições tempo-dependentes. A operacionalização destas vias pressupõe a articulação entre os serviços de emergência Extra-hospitalares, os serviços hospitalares de urgência e as unidades especializadas, promovendo não só a redução da morbilidade e mortalidade, como também uma melhor gestão dos recursos em saúde. A sua ativação é baseada em critérios clínicos bem definidos e protocolos padronizados que visam otimizar a tomada de decisão em contexto de urgência, aumentando a segurança do doente e a eficiência do sistema (INEM, 2020).

Em situações de emergência médica com características específicas, como é o caso das intoxicações e das emergências de natureza psicológica, o INEM disponibiliza serviços especializados que visam dar resposta diferenciada e eficaz a estas ocorrências. Nestes contextos, destaca-se o papel do Centro de Informação Antivenenos (CIAV), responsável por fornecer apoio clínico e técnico nas situações de exposição a agentes tóxicos, e do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), que assegura apoio psicológico especializado e intervenção em crise, promovendo o suporte emocional e a estabilização psíquica em contextos críticos.

Para fazer face às diversas situações de emergência médica, o INEM dispõe de uma ampla gama de meios especializados, incluindo: Ambulância de Emergência Médica, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), Helicóptero, Motociclo, Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER), Hospital de Campanha, Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) e a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE). Estes meios são acionados e

coordenados de acordo com a natureza da emergência, com o objetivo de assegurar uma resposta eficaz e de qualidade nas diversas fases da cadeia de sobrevivência.

A primeira VMER entrou em funcionamento em Lisboa em 1989. À data atual, a nível nacional, existem 44 VMER, a maioria integradas em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica. É um meio de deslocação rápido até ao local da ocorrência, equipado com material e dispositivos avançados para a assistência emergente à PSC, desde a avaliação, estabilização, tratamento de causas ameaçadoras à vida e acompanhamento no seu transporte. A equipa VMER é constituída por um médico e um enfermeiro, com formação específica, sobretudo, em Suporte Avançado de Vida (SAV), ministrada pelo INEM, atribuindo-lhes competência que os vincula como profissionais disponíveis para assegurar a operacionalidade 24h por dia (Ministério da Saúde, 2014).

Em 1997, juntaram-se à rede de meios de emergência EH dois helicópteros, estando neste momento disponíveis quatro, sediados em Macedo de Cavaleiros, Viseu, Évora e Loulé. O Helicóptero é um meio rápido, com a vantagem de que por via aérea encurta distâncias no transporte da PSC para unidades hospitalares diferenciadas, sendo ele primário ou secundário. Dispõem de equipamento para SAV ou mesmo para prestar cuidados intensivos. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com formação específica para este meio e por dois pilotos. Os custos deste meio, são manifestamente mais elevados, mas o benefício e o resultado são compensatórios.

As SIV, surgiram em 2007, no âmbito da requalificação das urgências, e as suas 41 unidades permanecem integradas em Serviços de Urgência Básicos. Este meio dispõe de equipamento de Suporte Imediato de Vida e assegura cuidados de saúde até chegada de equipas de SAV. Destina-se, igualmente, ao transporte acompanhado de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, atuando na estabilização pré-hospitalar (Ministério da Saúde, 2014).

As ambulâncias SIV são tripuladas por um enfermeiro e por um TEHP. O enfermeiro na ambulância SIV: i) presta cuidados de enfermagem segundo o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE); ii) presta cuidados de emergência de acordo com os padrões instituídos; iii) chefia a equipa SIV, coordenado operacionalmente pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes e com orientação médica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2007). Dentro da equipa, cabe ao TEHP a condução da ambulância.

Os enfermeiros das ambulâncias SIV, para além da formação de base, cumprem um programa de formação específico que visa a atuação diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, nas áreas de emergência médica, trauma, pediatria, obstétrica, transporte do doente crítico e catástrofe. Está também instituído, anualmente, um plano de formação contínuo com frequência obrigatória para os enfermeiros. Aqui são reciclados e otimizados conteúdos inerentes às suas intervenções e discutidas problemáticas, por forma a melhorar e alavancar a qualidade dos cuidados prestados à população.

A carga da ambulância SIV é constituída por material e equipamentos destinados à prestação de cuidados em diversos tipos de ocorrência, incluindo situações de doença aguda, descompensação de doenças crónicas e trauma. A gestão deste equipamento é orientada por uma *checklist* padronizada, que define de forma detalhada o conjunto de materiais e respetivas quantidades necessárias para garantir a resposta eficaz e segura em contexto Extra-Hospitalar, assegurando que a ambulância se encontra permanentemente preparada para intervenções em conformidade com os protocolos operacionais e clínicos em vigor.

As equipas do Extra-Hospitalar são fundamentais na assistência a pessoas com risco de vida, contudo a sua organização difere de país para país. Existem dois modelos base que são optados pelas equipas: o Franco-Alemão ou o Anglo-Saxónico. O modelo Franco-Alemão tem por base o “*stay and play*”, isto é, os cuidados são prestados no local de ocorrência, permitindo estabilizar a pessoa e posteriormente transferi-la para o hospital. Por outro lado, o modelo Anglo-Saxónico fundamenta as suas ações no “*scoop and run*”, onde a premissa é transportar a pessoa o mais rápido possível para o hospital (Morais & Pratas, 2021).

O debate está longe de finalizado, não tendo até agora os estudos permitido afirmar uma vantagem definitiva do nosso tipo de sistema na mortalidade ou morbilidade sendo adotado com frequência um modelo adaptado e misto designado por “*treat and run*”. (Direção Geral da Saúde, 2022).

O exercício profissional de enfermagem no âmbito da emergência Extra-Hospitalar pode integrar-se no processo de desenvolvimento e valorização profissional através da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, conferida mediante reconhecimento e certificação nos termos do Regulamento n.º 226/2018 da OE. O enfermeiro detentor desta competência possui um corpo de conhecimentos

aprofundado e um raciocínio clínico sistematizado, fundamentado na disciplina, na profissão e nas especificidades da emergência Extra-Hospitalar. É, assim, responsável pela prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, grupo ou comunidade, desde o local onde ocorre a situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até à sua transferência para a unidade de saúde de destino (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para além da prestação direta de cuidados de enfermagem em diferentes fases do processo saúde-doença, o enfermeiro em contexto Extra-Hospitalar assume responsabilidades acrescidas na gestão do risco e da segurança da intervenção, na promoção da investigação aplicada à prática clínica e evidencia-se pela sua capacidade de liderança, particularmente quando desempenha o papel de *team leader* nas equipas de SIV (Mota et al., 2020).

2. O desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista constituem o referencial transversal a todas as áreas de especialização e visam garantir a prestação de cuidados de enfermagem com elevado grau de complexidade, fundamentados na evidência científica e na tomada de decisão clínica rigorosa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o EE não se limita à aquisição de competências técnicas e científicas avançadas, devendo igualmente assumir um papel ativo na produção de conhecimento, na transformação dos contextos de prática e no desenvolvimento da profissão, contribuindo para uma enfermagem baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Neste sentido, a própria disciplina de enfermagem encontra-se em constante evolução, impulsionada pelo desenvolvimento da sua própria base científica, assumindo-se como um contributo determinante para a promoção, prevenção e gestão da saúde. Esta progressiva consolidação do saber disciplinar confere à profissão um crescente grau de responsabilidade, autonomia e complexidade na sua prática. Neste enquadramento, o EE distingue-se pela sua capacidade de liderança e pela prestação de cuidados de elevada qualidade, seguros e eficazes, sustentados por conhecimento aprofundado e por competências clínicas fundamentadas na melhor evidência científica disponível (Hashemi et al., 2023).

2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio, os objetivos específicos desenvolvidos centraram-se na aquisição de competências no cuidado à pessoa e família em situação crítica, bem como na tomada de decisão clínica fundamentada. A atuação pautou-se pelos pressupostos ético-legais e profissionais consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros, garantindo o respeito pela preservação da vida, pela dignidade humana e pela adequada abordagem dos processos de sofrimento, luto e morte.

A PSC, quando se encontra numa condição vulnerável e em risco iminente de vida, exige intervenções rápidas, direcionadas e eficazes, com o objetivo de restabelecer funções

vitais e reverter o quadro clínico. No contexto específico da Paragem Cardiorrespiratória (PCR), prevalece o princípio do direito à reanimação, “(...) em PCR todos devem ser reanimados, exceto nos casos em que esse procedimento se revele inútil ou contrarie a vontade do doente” (Instituto Nacional de Emergência Médica., 2019, p. 231).

Neste sentido, a tomada de decisão do EE assenta numa avaliação clínica rigorosa e numa atuação ética, respeitando não só a evidência científica como também os princípios da autonomia e dignidade da pessoa. A competência técnica, aliada à capacidade de liderança e de trabalho em equipa, é determinante para a eficácia da resposta.

Durante o estágio, tive oportunidade de integrar intervenções em situações de PCR no contexto Extra-Hospitalar, o que permitiu reforçar a importância de uma atuação sistematizada, baseada nos algoritmos de SAV, mas também adaptada às especificidades de cada situação e ao contexto em que ocorre. Este tema mereceu especial reflexão, pelo que destaco, a seguir, alguns aspetos que tornam a tomada de decisão nestes momentos particularmente distinta e complexa.

A decisão de iniciar, manter ou suspender manobras de reanimação não se esgota no cumprimento de protocolos técnicos. Exige, frequentemente, uma ponderação entre a evidência clínica, os princípios éticos, as condições em que a PCR ocorre (nomeadamente em contexto Extra-Hospitalar), e os desejos previamente expressos pela pessoa. A pressão do tempo, a escassez de informação sobre o historial clínico do doente, e a própria dinâmica emocional da equipa são fatores que impactam significativamente esta decisão.

Neste cenário, o papel do EE assume particular relevância, não só pela sua competência técnica, mas também pela sua capacidade de liderança, de ponderação ética e de apoio à equipa no momento e após o evento crítico.

Na reanimação como em qualquer emergência, nos termos do n.º 4 do artigo 9.º do REPE, o EE deve agir de acordo com as suas qualificações e conhecimentos, sempre com o objetivo de manter ou recuperar funções vitais, devendo, se tal for necessário, prescrever e administrar os fármacos necessários a manter a vida das pessoas, tendo em conta os conhecimentos e as competências que detém (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

É no contexto Extra-Hospitalar, nomeadamente nas equipas de SIV, que esta realidade se evidencia com maior clareza. O enfermeiro, enquanto elemento mais diferenciado da equipa, é frequentemente o primeiro a iniciar manobras de reanimação e a prestar assistência avançada à PSC. Essa atuação exige não só rapidez e competência, mas também ponderação ética, sobretudo em situações de prognóstico duvidoso ou claramente irreversível.

Ainda que atue com base nos princípios fundamentais da ética como a beneficência, a não maleficência e a justiça, o enfermeiro da SIV vê-se frequentemente confrontado com um limite importante: a decisão de cessar medidas invasivas ou manobras de reanimação só pode ser tomada com a presença e validação médica. De acordo com Deodato (2014) a aplicação desses princípios pode ser complexa, especialmente quando o prognóstico é incerto ou desfavorável. Ele destaca a importância da reflexão ética contínua e da tomada de decisão compartilhada, envolvendo a equipa multidisciplinar e, sempre que possível, a própria pessoa ou seus representantes legais.

Esta realidade pode gerar um dilema ético, particularmente quando a evidência clínica sugere futilidade terapêutica, levando à continuação de procedimentos potencialmente inúteis e emocionalmente desgastantes, tanto para a equipa como para o contexto envolvente (Deodato, 2014).

Durante o meu estágio, esta situação revelou-se particularmente impactante, pois vivenciei de forma direta as particularidades dos contextos SIV e VMER. Na VMER, a presença do médico possibilitou a tomada de decisões clínicas mais ajustadas à realidade da pessoa e sua situação clínica, incluindo a cessação atempada das manobras de reanimação, sempre com respeito pela dignidade da pessoa assistida.

Por outro lado, no contexto SIV, a impossibilidade legal do enfermeiro de cessar as manobras de reanimação, mesmo perante sinais clínicos evidentes de futilidade terapêutica, gerou em mim um forte desconforto ético e profissional. Este dilema reforça a reflexão de Deodato (2014) sobre a importância de os enfermeiros agirem em conformidade com os princípios da bioética como a beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, mas também da necessidade de um enquadramento legal e ético que permita uma atuação responsável e ajustada às exigências da prática clínica.

O artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro sublinha que o enfermeiro deve “respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa” e atuar sempre de acordo com os

seus conhecimentos e competências, protegendo a pessoa e zelando pela segurança dos seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Contudo, o enquadramento atual do enfermeiro SIV limita a sua capacidade de decisão contrariando em certa medida estes princípios e colocando o profissional numa posição de vulnerabilidade ética.

Desta forma, esta vivência levou-me a refletir sobre a necessidade urgente de revisão e atualização dos protocolos SIV, nomeadamente o de PCR e o enquadramento legal da atuação do enfermeiro SIV, de modo a permitir uma maior adequação das decisões clínicas à realidade prática, sempre salvaguardando os princípios éticos fundamentais e garantindo a segurança jurídica dos profissionais de saúde.

Importa ainda considerar o enquadramento legal sobre a decisão de não reanimar (DNR). Esta apenas se aplica em situações incompatíveis com a vida, como é o caso de decapitação, incineração ou carbonização, decomposição ou putrefação, e hemicorporectomia. De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (2019), as equipas do Extra-Hospitalar devem manter a reanimação até que ocorra uma das seguintes condições: recuperação da pessoa, transferência de responsabilidade para uma equipa de SAV, decisão médica de suspensão da reanimação, reconhecimento seguro da morte, exaustão da equipa, risco para o reanimador, ou existência de suporte legal claro e inequívoco que valide a DNR.

Este enquadramento reforça os limites da atuação do enfermeiro em contexto SIV, nomeadamente no que respeita à cessação da reanimação. A consciência destes limites é essencial para evitar a obstinação terapêutica, respeitar os princípios éticos da prática profissional e assegurar cuidados centrados na dignidade da pessoa em fim de vida.

Outro aspeto de grande relevância ética e legal prende-se com o consentimento para a prestação de cuidados. O estado de inconsciência que caracteriza a PCR, assim como outras situações emergentes, impossibilita o consentimento livre e esclarecido por parte da pessoa. Nos termos do artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, qualquer intervenção no domínio da saúde requer esse consentimento (Assembleia da República, 2001). No entanto, em contexto de emergência, e segundo o artigo 8.º da mesma convenção, é legítima a realização de todas as intervenções necessárias em benefício direto da saúde da pessoa, mesmo na ausência de consentimento expresso.

Durante o estágio, estas situações revelaram-se frequentes, sendo instituídas de imediato todas as intervenções possíveis, fundamentadas na evidência e no dever de agir em prol da vida e do bem-estar da pessoa. Esta prática exige do EE uma constante ponderação entre os direitos da pessoa, os limites da sua autonomia, temporariamente comprometida, e a obrigação ética de prestar cuidados emergentes que salvaguardem a vida. Contudo, sempre que o estado de consciência da pessoa o permitiu, procurei garantir que todas as intervenções de enfermagem fossem elas de natureza autónoma ou interdependente fossem realizadas com o consentimento da própria. Este gesto, ainda que simples, representa o compromisso com um cuidar centrado na pessoa e com a humanização da prática. O EE tem o dever de prestar informação clara à pessoa e à sua família relativamente aos cuidados prestados, conforme previsto no artigo 105.º do Estatuto da OE, bem como de obter o respetivo consentimento, ainda que este seja apenas verbal. De acordo com o artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, também conhecido como Lei do Consentimento, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser realizada após a obtenção do consentimento livre e esclarecido da pessoa em causa. Este consentimento deve ser precedido de informação adequada e pode ser revogado a qualquer momento de forma livre (Assembleia da República, 2001).

Estreitamente ligado ao direito à informação está o dever de sigilo profissional, ao qual o EE se encontra eticamente e legalmente vinculado. De acordo com o artigo 106.º do Estatuto da OE, o enfermeiro é responsável por manter a confidencialidade de todas as informações obtidas no exercício da sua atividade, apenas podendo partilhá-las com os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tal implica a total abstenção de comunicar dados clínicos a terceiros, exceto nos casos legalmente previstos, conforme estipulado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (Assembleia da República, 2015).

Na execução de cuidados de enfermagem, o enfermeiro assume todos os atos e intervenções que presta, uma vez que apenas pode delegar tarefas ou atos em pessoal que deste funcionalmente dependam, com a devida preparação e qualificação (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os cuidados de enfermagem, desde a sua origem, sempre tiveram uma forte conotação humanista (Madella et al., 2024). Reconhecendo a importância deste princípio fundamental no exercício profissional, tornou-se essencial assegurar que as ações e

decisões em contexto clínico fossem orientadas pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, bem como pelas normas legais em vigor.

Ao longo do estágio, procurei sempre respeitar os direitos da pessoa, adaptando a minha prática aos diferentes contextos em que me encontrei, com a finalidade de proporcionar cuidados de qualidade, centrados na dignidade e na autonomia do doente.

Em contextos de elevada exigência e complexidade, como o SMI e o Extra-Hospitalar, o domínio da responsabilidade ética e legal revela-se particularmente crucial, uma vez que o EE é frequentemente confrontado com situações onde as decisões têm impacto direto e imediato na preservação da vida, na dignificação da morte ou na definição dos limites da intervenção clínica (Moon & Kim, 2015).

Tanto no contexto Intra como no Extra-Hospitalar, o EE deve estar preparado para enfrentar situações de conflito de valores, como a recusa de cuidados, o respeito por diretivas antecipadas de vontade, ou a gestão de situações legais específicas, nomeadamente em casos de violência, crime ou acidentes com implicações forenses, onde é imperativo salvaguardar a cadeia de custódia (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste sentido, o domínio da responsabilidade ética e legal não se limita ao cumprimento de normas, mas exige uma prática reflexiva, crítica e fundamentada, onde o EE atua como responsável dos direitos da PSC, contribuindo para a humanização dos cuidados, mesmo nos momentos de maior complexidade e incerteza (Deodato, 2014).

2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade constitui uma das competências essenciais do EE, contribuindo diretamente para o avanço da enfermagem enquanto ciência e disciplina. Neste contexto, os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem assumem-se como um referencial essencial na prática profissional, promovendo uma reflexão sistemática sobre o exercício clínico e sustentando processos de tomada de decisão baseados na evidência e nos princípios da boa prática.

Alinhada com esta perspetiva, a OE definiu um conjunto de padrões de qualidade específicos para a Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientados para a excelência dos cuidados especializados, que abrangem os seguintes domínios: satisfação da pessoa cuidada, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, prevenção e controlo

da infecção e resistência aos antimicrobianos, e segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Segundo Sousa et al. (2019), estes padrões não só impulsionam o desenvolvimento do exercício profissional, como também orientam a implementação de estratégias que visam a excelência dos cuidados prestados.

Nesse contexto, a tomada de decisão clínica baseada em evidências assume um papel central, pois está intrinsecamente ligada à melhoria da qualidade dos cuidados e à segurança do doente (Connor et al., 2023). Assim, a incorporação da evidência científica na prática clínica torna-se fundamental para otimizar os resultados das intervenções de enfermagem (Chein, 2019).

Em consonância com o delineado no Projeto de Estágio, os objetivos gerais definidos neste domínio centraram-se na promoção da integração de conhecimentos relacionados com a qualidade na prestação de cuidados, com base na melhor evidência científica disponível. Para além disso, procurou-se fomentar o desenvolvimento de práticas de qualidade, através da colaboração e gestão de programas de melhoria contínua, potenciando a eficácia e segurança dos cuidados prestados à PSC.

A experiência no SMI permitiu-me vivenciar uma prática profundamente sistematizada, ancorada em protocolos bem definidos, equipas estáveis e um ambiente caracterizado por monitorização constante. Neste contexto, o EE assume um papel determinante na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da vigilância clínica rigorosa, da tomada de decisão baseada na evidência e da implementação de estratégias que previnem riscos e promovem a segurança do doente. A estabilidade do meio e os recursos disponíveis favorecem a excelência assistencial e facilitam a articulação entre diferentes intervenientes.

Por conseguinte, no contexto Extra-Hospitalar, onde a imprevisibilidade e a limitação de meios são constantes, o EE é desafiado a aplicar as suas competências num ambiente dinâmico, exigente e frequentemente hostil. Nesse cenário, a capacidade de avaliar rapidamente, priorizar intervenções, liderar a equipa e tomar decisões em tempo real torna-se essencial para garantir cuidados seguros e eficazes. Para apoiar essa atuação, a padronização da prática clínica, através de instrumentos como protocolos assistenciais e listas de verificação, tem sido amplamente reconhecida como promotora da segurança, qualidade e eficiência dos cuidados, contribuindo para a consolidação da excelência

assistencial no contexto Extra-Hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A sua implementação nesse contexto contribui significativamente para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados, reforçando a sua importância enquanto prática promotora da excelência assistencial.

Neste sentido, tanto a American Heart Association (AHA) (2020) como o European Resuscitation Council (ERC) (2021), recomendam fortemente a utilização de protocolos padronizados e baseados na melhor evidência disponível, como os algoritmos de suporte básico e avançado de vida, com o objetivo de assegurar decisões clínicas eficazes, reduzir a variabilidade na prática e aumentar a segurança do doente. Estas diretrizes defendem que a padronização da prática, associada a treino contínuo e feedback sistemático, é essencial para a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados em situações críticas, particularmente em contextos como o da emergência Extra-Hospitalar, onde o tempo e os recursos são limitados.

Apesar das diferenças entre os dois contextos, a essência do papel do EE mantém-se: garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, adaptando práticas e raciocínios clínicos à realidade concreta do meio, e contribuindo para a melhoria contínua dos processos em qualquer cenário onde a PSC se encontre.

A PSC requer um ambiente favorável à sua recuperação, sustentado por cuidados de enfermagem contínuos, organizados e sistemáticos. Neste contexto, a sistematização do cuidado não se limita à aplicação de protocolos clínicos, mas representa uma abordagem estruturada que permite organizar métodos de atuação, definir prioridades e tempos de intervenção, bem como promover uma linguagem comum entre os profissionais de saúde (Nunes et al., 2019).

Esta uniformização torna-se ainda mais relevante quando enquadrada nos objetivos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que visa reforçar a segurança na prestação de cuidados de saúde, promovendo práticas seguras, eficientes e centradas na pessoa em todo o sistema de saúde, com especial enfoque no Serviço Nacional de Saúde. Assim, a sistematização dos cuidados e a implementação de políticas nacionais convergem para uma melhoria sustentada da qualidade e segurança assistencial.

Para alcançar este objetivo, o PNSD 2021-2026 estrutura-se em torno de cinco pilares fundamentais: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Formação e Capacitação.

O plano também enfatiza a importância da participação ativa dos profissionais de saúde, gestores e lideranças, promovendo uma abordagem colaborativa para a segurança do doente. A implementação do PNSD 2021-2026 é vista como um contributo essencial para o sucesso das políticas de saúde, qualidade e segurança do doente em Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2021).

O terceiro pilar do PNSD 2021-2026, centra-se na comunicação e tem como objetivo o desenvolvimento e a implementação de estratégias e ferramentas eficazes, promovendo a utilização dos meios digitais para reforçar as boas práticas clínicas e de gestão, assegurando uma comunicação mais segura, integrada e centrada no doente. Um desafio é a consolidação da interoperabilidade dos meios e sistemas digitais, de forma a integrar a informação clínica dos doentes, e que esta esteja acessível aos profissionais de saúde, de forma ágil e atempada.

Deste modo, a comunicação em todo o percurso do doente, é vital para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, destacando-se os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde, e em que se inclui o doente e a sua família/cuidador.

A transmissão de informação associada aos cuidados de saúde no SMI é efetuada de acordo com a metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), estando dividida em dois momentos - o *briefing* e a passagem de turno integral. É também realizado um *briefing* de segurança, com ênfase na segurança do doente, onde são mencionadas as situações importantes referentes aos doentes. Esta metodologia está implementada com ganhos na segurança da transferência da informação de forma objetiva, clara e concisa conforme Norma nº 001/ 2017 da DGS (Direção Geral da Saúde, 2017).

Desde 2019, o INEM implementou, no contexto da emergência Extra-Hospitalar, o sistema de informação *Tool for Emergency Alert Medical System* (i-TEAMS®), com o objetivo de apoiar os profissionais na estratificação da gravidade clínica, na tomada de decisão e na articulação eficiente com as unidades de saúde hospitalares. Este sistema informatizado permite o registo de dados clínicos estruturados, a estratificação da

gravidade com escalas e o envio precoce de alertas hospitalares, ao mesmo tempo que disponibiliza a localização em tempo real das equipas e a orientação para o hospital mais adequado ao quadro clínico da vítima (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019)

O i-TEAMS® constitui uma ferramenta crucial na passagem estruturada de informação entre os profissionais do Intra e do Extra-Hospitalar. O preenchimento completo e rigoroso da ficha clínica eletrónica no i-TEAMS® permite que, à chegada da vítima na unidade hospitalar, a equipa de receção disponha de dados relevantes para a continuidade segura dos cuidados, incluindo o histórico imediato da ocorrência e as intervenções realizadas. A adoção da metodologia ISBAR neste contexto contribui para uma comunicação objetiva, padronizada e eficaz, reduzindo significativamente o risco de omissões, duplicações ou distorções de informação, aspetos críticos nas transições assistenciais.

O EE, neste contexto, assume um papel crucial como facilitador da comunicação entre níveis de cuidados, promotor do uso rigoroso das ferramentas disponíveis e defensor da padronização dos processos de transição. A sua atuação crítica e coordenadora contribui para minimizar falhas sistémicas, reforçar a continuidade dos cuidados e garantir que a informação clínica acompanha o doente de forma completa, desde o momento da ativação da emergência até à sua estabilização em ambiente hospitalar.

Importa salientar que, no contexto SIV, o enfermeiro assume um papel particularmente ativo e central na gestão da informação clínica, nomeadamente no que respeita ao registo e preenchimento da ficha no sistema i-TEAMS®. Ao contrário do que ocorre em contexto de VMER, onde esta responsabilidade tende a ser assumida predominantemente pelo médico, no meio SIV recai sobre o enfermeiro a responsabilidade direta de sistematizar os dados clínicos, aplicar escalas de estratificação de gravidade e organizar os elementos essenciais para a continuidade dos cuidados no intra-hospitalar.

Esta responsabilidade reflete não apenas a autonomia e responsabilidade técnica do EE, mas também a sua capacidade de liderança clínica e de tomada de decisão informada. O registo rigoroso e estruturado da informação, aliado à utilização do protocolo ISBAR, permite assegurar uma passagem de informação eficaz, contextualizada e orientada para a priorização dos cuidados. Assim, o EE em meio SIV evidencia não só um domínio técnico-científico sobre a situação clínica, mas também uma preponderância clara na

organização e comunicação das decisões clínicas, assumindo um papel-chave na segurança da PSC e na articulação eficaz entre os contextos Intra e Extra-Hospitalar.

Para que o desenvolvimento de práticas seguras seja efetivo, é essencial a promoção de um ambiente organizacional que favoreça a abertura à discussão dos riscos, à partilha de experiências e à construção coletiva de soluções. Tal ambiente deve permitir que os profissionais comuniquem abertamente sobre incidentes e quase-erros, não com receio de sanções, mas com a consciência de que o erro é uma oportunidade de aprendizagem e de melhoria dos processos assistenciais. Neste sentido, Vincent & Amalberti (2017) defendem que a cultura de segurança se sustenta em princípios de transparência, justiça e responsabilidade partilhada, distanciando-se de abordagens centradas na culpabilização individual.

A realidade vivenciada no SMI, onde decorreu o meu estágio, refletiu de forma clara estes princípios. A enfermeira responsável pela unidade evidenciava, de forma consistente, uma postura promotora de uma cultura de segurança não punitiva, reforçando junto da equipa a importância da comunicação aberta, do apoio mútuo e da reflexão crítica sobre os eventos adversos. A liderança próxima, baseada na escuta ativa e no incentivo à expressão livre de opiniões e preocupações, fomentava um clima de confiança e colaboração, onde os profissionais se sentiam seguros para partilhar dificuldades e sugerir melhorias. Esta cultura estava visivelmente enraizada e aceite pela equipa, sendo possível observar uma verdadeira corresponsabilização nos processos de tomada de decisão e na gestão de riscos clínicos.

Neste ambiente, o EE emergia como elemento agregador, facilitador de aprendizagem e modelo de boas práticas clínicas e éticas, contribuindo para a consolidação de equipas resilientes, críticas e comprometidas com a excelência dos cuidados à PSC.

No decurso do estágio, tanto no SMI, como no contexto Extra-Hospitalar, foi possível identificar oportunidades de melhoria na prestação de cuidados à PSC. Estas experiências permitiram-me contribuir para o desenvolvimento de práticas orientadas para a qualidade, colaborando em iniciativas e programas de melhoria contínua que visam otimizar os cuidados prestados, promover a segurança e reforçar a eficácia das intervenções de enfermagem.

Em ambos os campos de estágio, o desenvolvimento deste domínio de competências, foi consubstanciada pela constante pesquisa de temas de forma a responder positivamente às

situações que surgiam, em conformidade com a prática baseada na evidência (Abu-Baker et al., 2021).

No contexto do SMI, uma das necessidades identificadas no âmbito da melhoria contínua foi a definição clara e padronizada das intervenções de enfermagem na manutenção da permeabilidade da sonda nasojejunal à PSC com Nutrição Entérica (NE).

Esta necessidade emergiu, tendo em conta a frequência de obstruções da sonda nasojejunal num período de um mês, associadas a variações na prática dos cuidados de enfermagem prestados à PSC com NE, evidenciando a importância da uniformização das intervenções para garantir a eficácia e a segurança dos cuidados.

De acordo com a literatura, esta variação de cuidados pode ser reduzida através da elaboração e da implementação de protocolos/normas com base em diretrizes internacionais de Nutrição, que descrevem um conjunto de intervenções para antecipar as complicações relacionadas à NE. Com base neste pressuposto, é fundamental prevenir e/ou minimizar as possíveis complicações associadas à NE, nomeadamente a obstrução da sonda, através da padronização dos cuidados de enfermagem, por meio de protocolos ou normas de prática clínica, justificando a pertinência do tema desta revisão da literatura (Preiser et al., 2021). Assim, realizei uma revisão da literatura que permitiu identificar práticas de cuidados de enfermagem centradas na melhoria da prática assistencial, com foco na otimização dos processos e na garantia de cuidados de qualidade (*Apêndice I*).

Com base na mnemónica PICO, foi formulada a questão de investigação: "*Quais as intervenções de enfermagem na manutenção da permeabilidade da sonda nasojejunal à Pessoa em Situação Crítica com Nutrição Entérica?*" Para a pesquisa, utilizaram-se as palavras-chave: *enteral nutrition, enteral tube feeding, intensive care unit e complications*, combinadas com o operador booleano AND, com o objetivo de obter resultados relevantes. A pesquisa decorreu em outubro de 2024 nas bases de dados *CINHAL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus, MedicLatina, MEDLINE, SciELO e B-On*, complementada com literatura cinzenta. Foram inicialmente identificados 113 artigos, dos quais 2 foram removidos por duplicação. Após triagem por título e resumo, 11 artigos foram selecionados para leitura integral, resultando na inclusão de 7 artigos para esta revisão.

De acordo com os resultados desta revisão, conclui-se que as principais causas associadas à obstrução das sondas nasojejunais estão relacionadas, predominantemente, com a

realização de lavagens insuficientes com água, quer pela ausência de cumprimento dos momentos indicados, quer pela falta de periodicidade adequada, assim como pela administração incorreta de medicamentos através da sonda.

Foram identificadas várias recomendações para a prática de enfermagem na prevenção da obstrução de sondas, sustentadas pela evidência mais recente:

- Realizar a lavagem da sonda com um mínimo de 30 ml de água a cada 4 a 6 horas, (Boullata et al., 2017) (Bloom & Seckel, 2022) (Montero González, 2023) (Doley, 2022).
- Evitar a administração simultânea de diferentes medicamentos, prevenindo interações físicas e químicas que possam favorecer a obstrução (Boullata et al., 2017) (Therrier et al., 2021).
- Garantir que os comprimidos são devidamente esmagados até obtenção de um pó fino e diluídos em aproximadamente 30 a 60 ml de água antes da administração (Boullata et al., 2017).
- Proceder à interrupção da alimentação entérica e realizar a lavagem da sonda com, pelo menos, 15 ml de água antes e após a administração de medicação, de forma a reduzir o risco de precipitação de fármacos (Boullata et al., 2017) (Boullata et al., 2017) (Doley, 2022) (Therrier et al., 2021).
- No caso de suspensões viscosas, estas devem ser diluídas na proporção de 1:1, ajustando o volume do diluente de acordo com a osmolaridade da solução, sendo que valores mais elevados requerem maiores volumes de diluição para evitar obstruções (Boullata et al., 2017).

Estas recomendações reforçam a importância da adoção de práticas normalizadas, baseadas na evidência, no cuidado à PSC submetida a NE, contribuindo para a prevenção de complicações, a segurança do doente e a otimização dos resultados clínicos.

Relativamente às estratégias de desobstrução, a evidência atual revela ausência de consenso quanto ao uso de bebidas gaseificadas para desobstrução de sondas. Embora autores como Niv et al. (2009) refram a utilização de água quente, Coca-Cola ou enzimas pancreáticas, a ASPEN desaconselha o uso de refrigerantes, alertando que o seu pH ácido pode agravar a obstrução ao provocar a precipitação de proteínas da fórmula entérica no interior da sonda (Boullata et al., 2017).

Esta divergência evidencia a persistente lacuna entre as *guidelines* recomendadas e a prática clínica quotidiana do SMI, reforçando a importância de alinhar procedimentos institucionais com a melhor evidência disponível.

Assim, os resultados analisados apontam para a lavagem com água morna como a primeira intervenção recomendada em caso de obstrução. Caso esta medida não seja eficaz, a evidência sugere a utilização de uma solução enzimática pancreática não revestida, esmagando um comprimido, e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml de água, como alternativa validada para a desobstrução da sonda (Bloom & Seckel, 2022); (Boullata et al., 2017).

Em resposta às necessidades diagnosticadas, desenvolvi um trabalho que culminou na realização de uma formação em serviço, com o objetivo de partilhar com a equipa os resultados obtidos e promover a reflexão sobre a prática (*Apêndice II*). Durante a sessão formativa, foi notória a adesão dos profissionais e a receptividade à mudança, evidenciando-se uma postura colaborativa e um compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. As orientações que emergiram desta revisão iriam ser vertidas em protocolo de serviço através do grupo de trabalho, já existente no serviço, responsável por esta temática.

Apesar das limitações inerentes a esta revisão, nomeadamente a restrição do número de estudos incluídos, reconheço a sua significativa relevância no meu percurso formativo e profissional. Este trabalho possibilitou a concretização do objetivo proposto, ao identificar evidência científica suscetível de orientar a prática clínica, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem mais seguros, eficazes e fundamentados. Paralelamente, a partilha dos resultados com a equipa reforçou o meu papel enquanto facilitadora de aprendizagem e agente de mudança, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial através da disseminação do conhecimento e da promoção de práticas baseadas na evidência.

No contexto Extra-Hospitalar, identificaram-se áreas da prestação de cuidados à PSC com potencial para aprimoramento e atualização. Destaca-se, entre estas, a necessidade de integrar o *debriefing* após eventos críticos nas equipas, visando otimizar a segurança e a qualidade dos cuidados.

O *debriefing* é uma ferramenta importante para a melhoria contínua da prática assistencial no Extra-Hospitalar, permitindo às equipas analisar o seu desempenho, identificar

oportunidades de aperfeiçoamento e reforçar a cultura de segurança. Além do impacto positivo na redução de erros clínicos e na qualidade dos cuidados, desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar emocional dos profissionais, mitigando os efeitos do stress associado a eventos críticos.

Reconhecendo as barreiras associadas à sua aplicação, esta revisão da literatura procurou identificar um modelo de *debriefing* adequado à realidade do Extra-Hospitalar, garantindo a sua viabilidade e eficácia na otimização do desempenho das equipas de emergência.

De acordo com Kessler et al. (2015), o *debriefing* visa reconhecer aspetos da atuação que foram bem-sucedidos e outros que necessitam de melhoria, com o intuito de delinear estratégias que promovam a melhoria contínua do desempenho coletivo. Este processo deve centrar-se na análise objetiva dos factos e na partilha de diferentes perspetivas, evitando a culpabilização individual. No contexto da saúde, os autores referem que o *debriefing* visa facilitar a discussão das ações e do raciocínio clínico, promover a reflexão crítica e incentivar a incorporação de comportamentos que favoreçam a melhoria da prática assistencial.

Neste sentido, foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas na prática clínica e, simultaneamente, fundamentar a seguinte questão de investigação: “Qual o impacto da utilização do *debriefing*, após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar, na segurança e na qualidade dos cuidados prestados à PSC?” (*Apêndice III*)

Este estudo baseou-se numa revisão da literatura realizada nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, através da plataforma EBSCO. Foram incluídos artigos com foco no *debriefing* após eventos críticos em contexto Extra-Hospitalar, publicados a partir de 2020, em português ou inglês, com resumo ou texto integral disponível. Excluíram-se estudos duplicados, anteriores a 2020, em outros idiomas ou centrados em simulação. Utilizaram-se os descritores "*Debriefing*" e "*Prehospital Emergency Care*". Inicialmente identificaram-se 94 registos, dos quais 91 foram excluídos. Após leitura integral, mantiveram-se 3 artigos, aos quais se adicionaram 2 artigos e uma dissertação identificados através da análise das referências.

Os principais benefícios identificados incluem: melhoria do desempenho e da segurança do doente, através da identificação e correção de erros; promoção do bem-estar emocional, permitindo redução do stress e do impacto psicológico nos profissionais;

maior coesão da equipa, pelo aprimoramento da comunicação e do trabalho interdisciplinar; fortalecimento da cultura de segurança, proporcionando um ambiente propício à reflexão e melhoria contínua.

Um dos principais desafios identificados na literatura que impedem a sua implementação, envolve ultrapassar as barreiras percecionadas pelos profissionais, como a falta de tempo, a complexidade na sua realização, o receio de exposição individual e crítica externa, ou a descrença de que o *debriefing* possa produzir benefícios na prática clínica. A utilização de ferramentas de apoio ou modelos pré-definidos que funcionem como guião que sejam fáceis de utilizar e rápidos podem dar resposta a algumas destas barreiras (Kessler et al., 2015).

O modelo STOP5, já aplicado em contextos hospitalares, descrito por Walker et al. (2020), e já traduzido e adaptado por Alves (2023), surge como uma alternativa viável para otimizar o processo no Extra-Hospitalar, dada a sua aplicabilidade prática e eficácia na otimização do desempenho das equipas em cenários de emergência. Este é composto por algumas frases que devem ser lidas à equipa no início, e posteriormente por quatro itens principais.

As frases iniciais são cuidadosamente elaboradas para estabelecer um ponto de partida e criar um ambiente no qual qualquer elemento da equipa possa participar de forma honesta, assertiva e focada no trabalho em equipa.

Numa segunda fase, o modelo propõe a discussão em equipa de quatro tópicos estruturados segundo o acrónimo STOP:

- S – "*Summarise the case*": Resumo do caso, proporcionando uma visão global do evento.
- T – "*Things that went well*": Identificação dos aspetos positivos da intervenção.
- O – "*Opportunities to improve*": Reflexão sobre possíveis áreas de melhoria.
- P – "*Points to action and responsibilities*": Definição de medidas concretas a implementar e atribuição de responsabilidades.

Esta abordagem sistematizada permite uma análise objetiva e orientada para a otimização dos processos e da dinâmica de equipa (Walker et al., 2020).

Este modelo seria facilitado pelos enfermeiros e envolveria todos os profissionais presentes no evento. A implementação desta intervenção, conduzida por enfermeiros, reforça o papel do EE na área da PSC dentro da equipa de saúde, potenciando a sua função como promotor de cuidados de excelência. Além disso, destaca a sua responsabilidade na identificação contínua de oportunidades de melhoria, contribuindo para a otimização das práticas assistenciais.

No processo de implementação deste modelo, foram igualmente estabelecidos os critérios e situações que justificam a sua realização. Estes incluíram: PCR; Cenários de Trauma; Agressões; Situações Multivítimas; Cenários Pediátricos; Complicações/Erros ou sempre que um profissional sinta essa necessidade (Walker et al., 2020); (Kessler et al., 2015).

A definição destes critérios permite garantir que o *debriefing* seja realizado de forma estruturada e sempre que necessário, promovendo a reflexão e melhoria contínua das práticas clínicas.

A implementação desta proposta pressupõe também a utilização de uma *checklist* de apoio ao *debriefing*, bem como de uma grelha de auditoria, de modo a assegurar que as lições identificadas se traduzem em mudanças concretas e sustentadas na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Periodicamente, deverá ser realizada uma revisão dos pontos identificados como passíveis de melhoria, com o objetivo de desenvolver e implementar estratégias para a sua otimização.

Este estudo de investigação, aliado à sua disseminação, pode contribuir para a sensibilização das entidades de saúde, incentivando a sua implementação sistemática. A adoção do *debriefing* na rotina dos cuidados de saúde representa uma oportunidade significativa para a melhoria contínua da qualidade assistencial, traduzindo-se em benefícios inequívocos para a segurança do doente e para o desempenho das equipas (Walker et al., 2020).

Assume-se assim, que o *debriefing* é um recurso essencial em locais trabalho complexos, como o Extra-Hospitalar, pois ajuda a melhorar a dinâmica, a aumentar a proficiência e a reforçar o desempenho da equipa, promovendo ainda a reflexão e aprendizagem organizacional (Walker et al., 2020); (Alves, 2023).

No entanto, esta revisão apresentou algumas limitações como o número reduzido de artigos analisados, o que pode limitar a generalização dos resultados; variedade

metodológica dos estudos, dificultando a comparação direta dos achados; falta de estudos longitudinais, impossibilitando a avaliação do impacto do *debriefing* a longo prazo.

A apresentação deste trabalho foi realizada através da plataforma *Zoom*, dirigida ao departamento de formação do INEM e, a todos os profissionais interessados, aos quais foi enviado convite para participação. Durante a sessão, ficou evidente a pertinência do tema e a necessidade de capacitar as equipas relativamente a esta prática.

Para além da apresentação e proposta de um modelo de *debriefing*, foi ainda desenvolvido um poster, que integra o (*Apêndice III*), com o objetivo de orientar as equipas clínicas na realização de *debriefings* curtos, estruturados e focados em soluções, aplicáveis após eventos de aprendizagem do quotidiano, tendo por base o modelo adaptado STOP5 de Walker et al. (2020).

Derivado do papel que o EE deve assumir na equipa de saúde, através do desenvolvimento constante da prática de enfermagem, melhoria contínua assistencial, e otimização dos cuidados em todos os momentos, a aquisição de competências previamente objetivadas nomeadamente a capacidade de identificar oportunidades de melhoria da qualidade foi concretizada com sucesso neste percurso.

A excelência da prática de cuidados à PSC implica investigação, reflexão e análise crítica permanente. Segundo Mendes et al. (2008) para fazer a diferença na assistência em enfermagem, é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas e da prática clínica.

2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, conforme preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do EE, destaca-se a responsabilidade pela coordenação e organização dos cuidados de enfermagem, promovendo a sua articulação com os restantes membros da equipa de saúde. O EE assume uma liderança adaptativa, ajustando a gestão dos recursos humanos e materiais às especificidades do contexto clínico e das necessidades da PSC. Esta competência traduz-se na prestação de cuidados de elevada qualidade, seguros e centrados na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A mobilização desta competência comum revelou-se essencial para o desenvolvimento da minha capacidade de gerir eficazmente recursos humanos e materiais, em contextos e cenários de intervenção distintos e frequentemente imprevisíveis. Em situações que

exigiram uma resposta célere e assertiva, foi possível aplicar estratégias de organização e priorização dos cuidados, promovendo a continuidade e a segurança assistencial. Esta prática permitiu-me cooperar ativamente em funções de liderança, colaborar na gestão eficiente dos recursos disponíveis face às necessidades identificadas, bem como implementar estratégias de supervisão orientadas para a otimização dos cuidados especializados prestados.

As diferentes tomadas de decisão a que pude assistir e nas quais participei ativamente, nos diversos contextos de prática clínica, revelaram uma clara integração de múltiplos fatores: o ambiente envolvente, as necessidades emergentes da PSC e a dinâmica funcional da equipa de saúde. A observação de contextos onde existia uma liderança eficaz, capaz de reconhecer e valorizar o papel individual de cada elemento da equipa, evidenciou-se como promotora de cooperação, confiança mútua e, consequentemente, de uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados.

A criação de um ambiente organizacional positivo, que favoreça a prática profissional segura e motivadora, constitui um fator determinante para o desempenho diferenciado dos profissionais. Neste sentido, tornou-se evidente a importância da adoção de modelos de liderança situacional, ajustados às características e necessidades específicas dos profissionais e das situações. A promoção de processos de mudança e a implementação de práticas inovadoras em enfermagem especializada emergem, assim, como parte integrante da competência de gestão dos cuidados, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019), sendo essenciais para o desenvolvimento de equipas resilientes e orientadas para a excelência clínica.

A garantia de dotações seguras constituiu um aspeto central da gestão dos cuidados, particularmente, no contexto do SMI, sendo criteriosamente considerada pelos gestores e EE. Esta preocupação possibilitou uma perceção clara e fundamentada sobre a mobilização dos recursos humanos disponíveis, contribuindo diretamente para a segurança clínica e a qualidade dos cuidados prestados à PSC. A alocação adequada dos profissionais em função das necessidades dos serviços e da complexidade dos cuidados mostrou-se determinante para a resposta eficaz e oportuna às exigências assistenciais.

Neste âmbito, destaca-se ainda o papel dos enfermeiros responsáveis de turno na promoção de uma supervisão clínica contínua, exercida de forma sistemática e intencional, com o objetivo de assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Como referem Correia et al. (2019), os profissionais com funções de supervisão são elementos de referência para as equipas, uma vez que aliam conhecimentos técnico-científicos a um perfil relacional e humano sólido, sustentado por um pensamento crítico-reflexivo. Esta supervisão contribui para o desenvolvimento profissional das equipas e para a consolidação de práticas baseadas na evidência.

O meu tutor, no contexto do SMI, desempenhava várias vezes o papel de enfermeiro responsável de turno, destacando-se o papel deste na gestão dos recursos humanos e materiais. Os enfermeiros responsáveis de turno integravam igualmente a EEIH.

As decisões que observei e vivenciei, foram tomadas tendo em conta o ambiente envolvente, as necessidades identificadas da PSC, assim como as funções e papéis de cada membro da equipa. Durante esse período, pude assistir a uma cooperação e confiança mútua entre os membros da equipa, o que resultou em ganhos significativos na qualidade dos cuidados prestados à PSC. Isto mostra que, ao proporcionar condições para a criação de um ambiente positivo e favorável à prática, bem como ao aplicar estratégias motivacionais adaptadas às necessidades e competências dos membros da equipa, é possível alcançar um desempenho diferenciado. Além disso, a escolha de modelos de liderança adequados às características dos profissionais envolvidos, assim como às suas condições específicas, pode facilitar a promoção de processos de mudança e a implementação de práticas inovadoras nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deve assumir a liderança na atribuição de tarefas e no desenvolvimento dos papéis dos diferentes membros da equipa de saúde. Este princípio aplica-se de forma particularmente evidente no contexto Extra-Hospitalar, nomeadamente nas equipas da VMER e SIV, onde o EE desempenha funções de coordenação e liderança operacional das equipas no teatro de operações, com preponderância para o enfermeiro SIV.

Nestes contextos, para além da avaliação clínica rigorosa da vítima e do estabelecimento de um diagnóstico da situação, compete ao enfermeiro organizar e dirigir a atuação dos diversos elementos presentes, assegurando uma resposta preparada, eficaz e em tempo útil. Esta responsabilidade abrange a gestão dos cuidados, a priorização das intervenções e a articulação com os restantes intervenientes no sistema de emergência médica, com o

objetivo de garantir cuidados de elevada qualidade, centrados na estabilização clínica da vítima e no seu transporte seguro e célere para a unidade hospitalar mais adequada. A liderança do EE nestas situações reflete, assim, uma competência avançada essencial à prestação de cuidados críticos em contextos de elevada exigência, complexidade e imprevisibilidade.

Neste sentido, é exigido ao EE que assuma um papel ativo na gestão dos cuidados, bem como na coordenação eficaz dos recursos humanos e materiais, promovendo a articulação constante com a equipa multidisciplinar. Esta atuação deve ser adaptada às especificidades de cada contexto clínico e às necessidades emergentes de cada situação em particular. Tal flexibilidade e capacidade de adaptação enquanto expressão da sua plasticidade profissional são essenciais para garantir que os objetivos assistenciais sejam atingidos com elevados padrões de qualidade e segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O EE assume um papel duplo e essencial neste domínio: é simultaneamente agente e promotor da aprendizagem. Esta competência comum reflete uma dimensão formativa da prática especializada, sustentada na partilha de conhecimento, no estímulo à reflexão crítica e no compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais implica não só a atualização permanente dos próprios conhecimentos e competências, mas também a capacidade de promover ambientes clínicos que favoreçam o crescimento dos outros profissionais, especialmente dos enfermeiros em início de carreira ou em processo de especialização.

De acordo com Hensel et al. (2020), a capacitação contínua das equipas de enfermagem, aliada a uma cultura de aprendizagem ativa, constitui um elemento estruturante para a sustentabilidade e a inovação nos sistemas de saúde. O EE, com base na sua experiência clínica e no domínio técnico-científico da sua área, está em posição privilegiada para exercer uma supervisão clínica intencional, ajustada às necessidades formativas da equipa e às exigências do contexto.

No decurso da prática clínica, sobretudo em contextos de elevada complexidade como os CI e o Extra-Hospitalar, a aprendizagem ocorre de forma dinâmica e situacional. Nestes ambientes, a imprevisibilidade das situações clínicas, a pressão assistencial e a necessidade de decisões rápidas exigem que o EE promova um raciocínio clínico

partilhado, uma análise crítica das intervenções e uma revisão constante das práticas. Como sublinhado por Cruickshank et al. (2021), a prática reflexiva facilitada por estratégias como o *feedback* construtivo, o *debriefing* clínico e a modelagem profissional são essenciais para consolidar conhecimentos e desenvolver competências clínicas avançadas.

A liderança pedagógica do EE expressa-se ainda na promoção de práticas baseadas na evidência e na mobilização de instrumentos pedagógicos como a supervisão direta, o ensino clínico informal e a discussão de casos. Este papel formativo não se limita a contextos formais de ensino, mas deve estar presente na prática diária, transformando as experiências clínicas em oportunidades de aprendizagem para toda a equipa.

Assim, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um eixo essencial da prática avançada em enfermagem, transversal a todos os contextos assistenciais, sendo particularmente relevante nos cenários complexos onde a excelência clínica depende, em grande medida, da competência coletiva e do compromisso com a formação contínua.

Como referem Hensel et al. (2020), a capacitação de novos profissionais e o investimento no desenvolvimento de competências são elementos estruturantes para assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde. O EE deve, portanto, manter-se em constante atualização e incentivar a reflexão crítica e o raciocínio clínico no seio das equipas. Como tal, os processos de aprendizagem podem ser favorecidos se promovidos dentro do serviço, inseridos no horário laboral, e de forma que os profissionais consigam colocar em prática o conhecimento apreendido, sempre baseado na evidência científica (Vázquez-Calatayud et al., 2021).

Centrados na melhoria contínua dos cuidados prestados e na segurança dos doentes e dos profissionais, no SMI, existem vários grupos de trabalho que se debruçam sobre diversas temáticas de interesse relevante para este contexto de prática, tais como: Analgesia, Sedação e *Delirium*; SPICI e Consulta de *Follow-up*; Enfermagem Baseada na Evidência; *Mindfulness*; Notificação de Eventos Adversos; Comunicação Eficaz na transição de Cuidados de Saúde; Pneumonia associada à Intubação; Humanização dos Cuidados; Práticas Seguras na Administração da Medicação; Comunicação à Cabeceira do doente. Para o aprofundamento destes temas, é dedicado tempo de serviço aos elementos envolvidos, e dada oportunidade de partilha em reunião de serviço às equipas do trabalho

desenvolvido, baseado na evidência científica mais atualizada, promovendo assim a partilha/reflexão e atualização de conhecimento.

Assisti a ações de formação em serviço que me enriqueceram, nomeadamente as realizadas em reuniões de serviço periódicas e uma ação de formação ministrada pelo meu tutor que tinha como objetivo capacitar os enfermeiros de conhecimento e treino no reconhecimento precoce para ativação EEMI, cadeia de prevenção da PCR, critérios de ativação da EEMI e o papel ativo de cada elemento. Esta ação de formação faz parte dos objetivos que constam do manual de emergência interna do hospital, visando reuniões para discussões interativas com as equipas integrantes de todos os serviços do hospital, mediante as necessidades identificadas com recurso a cenários de simulação.

No contexto Extra-Hospitalar também tive oportunidade de assistir a uma formação integrada das equipas SIV de duas bases distintas, com o foco na aprendizagem contínua e centrados na melhoria da qualidade assistencial. Esta formação foi dinamizada pelo meu tutor com colaboração de um elemento responsável do Centro de Formação do INEM, intitulada “Farmacologia SIV” (*Anexo VI*).

A assistência à PSC caracteriza-se por uma elevada complexidade clínica, exigindo intervenções especializadas, frequentemente invasivas, e a aplicação de protocolos terapêuticos rigorosos. Estas intervenções são frequentemente suportadas por equipamentos tecnológicos avançados de monitorização e diagnóstico, cuja utilização segura e eficaz requer formação técnica específica, treino sistemático e atualização constante por parte dos profissionais envolvidos (Lima et al., 2022). Neste contexto, o EE assume um papel determinante na garantia da qualidade e segurança dos cuidados, não apenas pela sua prática clínica diferenciada, mas também pelo seu compromisso com a aprendizagem contínua.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), o mesmo deve demonstrar competências de autoconhecimento, pensamento crítico e atuação sustentada na melhor evidência científica disponível. Estes atributos refletem-se na sua capacidade de integrar conhecimento teórico-prático e de transformar a experiência clínica em oportunidade de desenvolvimento profissional e organizacional.

No decurso do estágio, os objetivos específicos traçados neste domínio passaram por promover formação na área de especialização, participar e dinamizar atividades de investigação em serviço, identificar necessidades formativas das equipas e colaborar

ativamente como formador e facilitador de aprendizagem. Esta atuação pedagógica, alinhada com os princípios da prática baseada na evidência, contribui para a consolidação de competências nas equipas de enfermagem e reforça a cultura de excelência e de responsabilidade partilhada nos contextos de cuidados críticos. A transferência de conhecimento para a prática, seja através da supervisão clínica, da organização de momentos formativos ou da participação em projetos de investigação aplicada, revela-se um instrumento poderoso na melhoria contínua dos cuidados e no fortalecimento da identidade do EE enquanto agente transformador da realidade clínica.

Neste sentido, e conforme previamente abordado no domínio da melhoria contínua da qualidade, foram promovidas ações formativas dirigidas aos pares em ambos os contextos de estágio, com base na identificação de necessidades específicas de melhoria. No SMI, destaquei-me pela realização de uma revisão de literatura centrada nas causas mais frequentes de obstrução da sonda nasोजejunal na PSC com NE. Esta iniciativa, já descrita anteriormente, permitiu não só fundamentar a prática clínica na evidência científica mais atual, como também orientar estratégias preventivas e promover a uniformização de procedimentos. Os resultados foram posteriormente partilhados com a equipa em reunião de serviço, sendo amplamente valorizados e reconhecidos como um contributo significativo para a melhoria da qualidade assistencial, considerando esta revisão como uma oportunidade de melhoria que junto do grupo de trabalho responsável pela NE irá usar esta ferramenta para a elaboração de uma norma de serviço (*Apêndice II*).

No mesmo contexto, impulsionado pela minha motivação intrínseca para o aprofundamento do conhecimento, procurei desenvolver competências sobre os tratamentos com oxigenoterapia hiperbárica (OHB). Embora no período que decorreu o meu estágio não tivesse oportunidade de cuidar da PSC com necessidade de tratamentos com OHB, tive oportunidade de visitar o serviço, conhecer a sua estrutura, organização e dinâmica de funcionamento.

O objetivo primordial desta unidade é o de providenciar OHB, isto é, é a área médica que se dedica ao estudo, coordenação e prescrição da aplicação terapêutica do oxigénio em meio hiperbárico OHB, envolvendo o tratamento de patologias num meio ambiente com pressão superior à atmosférica. A prestação de cuidados em contexto hiperbárico deverá contemplar, obrigatoriamente, o conhecimento aprofundado das normas de segurança e dos protocolos de atuação, dos efeitos terapêuticos e adversos, das leis da física e do mergulho, das possíveis complicações associadas ao tratamento e por último, do

manuseamento e funcionamento da câmara, garantindo a segurança e a qualidade associadas à prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Esta oportunidade para mim foi importante, pois na minha prática de enfermagem, enquanto membro da equipa do Extra-Hospitalar, contextualizar o conhecimento e o contexto consolida a aprendizagem e integra o conhecimento.

Ainda no contexto do desenvolvimento profissional, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, foi elaborada uma proposta de intervenção dirigida às equipas de emergência Extra-Hospitalar, nomeadamente dos meios SIV e VMER, com o objetivo de sensibilizar para a importância da implementação sistemática do *debriefing* após eventos críticos.

Esta intervenção visa potenciar o valor educativo de cada evento real, promovendo a reflexão estruturada, a discussão construtiva e a melhoria contínua do desempenho das equipas, contribuindo de forma efetiva para o reforço da segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC. A apresentação deste projeto ao Departamento de Formação do INEM evidenciou a relevância do tema e a necessidade de sensibilizar e capacitar as equipas de emergência para a adoção sistemática desta metodologia.

O desenvolvimento profissional contínuo deve ser valorizado pelas instituições como um recurso estratégico para melhorar a qualidade dos cuidados, aumentar a eficiência organizacional e promover a motivação das equipas. Esta aposta traduz-se em benefícios económicos diretos e, sobretudo, em ganhos significativos na qualidade de vida dos doentes (Vázquez-Calatayud et al., 2021).

A elaboração destes trabalhos, bem como a sua dinamização junto das equipas, permitiu-me reconhecer o papel do EE enquanto agente formador e facilitador de processos de aprendizagem contínua. Esta experiência evidenciou a importância da partilha de conhecimento, da promoção da reflexão crítica e do incentivo à atualização constante das práticas, contribuindo para o desenvolvimento profissional das equipas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Durante o percurso formativo, procurei complementar a aprendizagem clínica com oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, investindo na atualização e aprofundamento de conhecimentos científicos relevantes para a prestação de cuidados à PSC.

Nesse sentido, participei em diversos congressos e eventos científicos de enfermagem, com o objetivo de consolidar práticas baseadas na evidência, partilhar experiências e

refletir sobre temáticas emergentes da prática especializada. Estas participações permitiram não apenas reforçar o meu compromisso com a excelência e segurança dos cuidados, mas também potenciar a divulgação do conhecimento científico e a valorização da profissão.

Adicionalmente, frequentei o Curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (SBV/DAE) (*Anexo IV*) e o Curso de Formadores e Auditores de Triagem de Manchester (*Anexo II*), ambos com impacto direto na consolidação das minhas competências técnicas, no reforço da segurança clínica e na promoção de uma prática fundamentada e padronizada nos diferentes contextos de atuação. Saliento ainda a realização de um workshop intitulado: “ECOFAST para Enfermeiros” (*Anexo VIII*), experiência que contribuiu para o desenvolvimento de competências avançadas em avaliação clínica em contexto crítico, promovendo o uso de ferramentas de diagnóstico precoce por profissionais de enfermagem. Esta iniciativa reforçou o meu percurso enquanto profissional comprometida com a qualificação dos cuidados e com a implementação de boas práticas clínicas.

Não obstante, destaca-se a participação no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem (*Anexo X*), subordinado ao tema “*Comunicação em Enfermagem: A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar*”, onde tive a honra de apresentar uma comunicação oral, intitulada: “*Debriefing no Pré-Hospitalar: Qualidade e Segurança nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica*”. (*Anexo XI*). Este momento representou um marco significativo no meu percurso académico e profissional, ao ver o meu trabalho reconhecido com a atribuição do prémio de “Melhor Comunicação Livre”. Esta distinção reflete não só a relevância da temática abordada, mas também o compromisso com a excelência na prática especializada e com a promoção da comunicação enquanto ferramenta central na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os comprovativos de participação e apresentação encontram-se remetidos em Apêndice e Anexos, conforme documentação de suporte a este relatório.

3. Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

As competências específicas ocorrem pela demonstração de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, face às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que cada área de especialidade abrange (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Na área da enfermagem à PSC, as competências do EE impõem cuidados de enfermagem na

“pessoa, família/cuidador em situação crítica, exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados (...)”, com os objetivos de “(...) conhecer, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19363).

O processo de transição vivido pela PSC pode ocorrer de forma súbita e não planeada, muitas vezes desencadeado por um evento adverso agudo, como um traumatismo, um agravamento súbito de uma doença crónica ou uma descompensação clínica inesperada. Nestes casos, tanto o doente como a família/cuidadores enfrentam uma mudança abrupta no estado de saúde, que exige um reajustamento psicológico, emocional e funcional face à nova condição de vida (Lindmark et al., 2019).

Alinhado com este entendimento, nos dois contextos de estágio em que estive inserida tanto em ambiente hospitalar como no contexto Extra-Hospitalar, procurei estabelecer e fortalecer relações terapêuticas significativas com a PSC e com a sua família/cuidador. Estas relações basearam-se na empatia, comunicação clara e escuta ativa, com o objetivo de facilitar a transição saúde-doença e garantir a continuidade dos cuidados. Este acompanhamento próximo permitiu não apenas apoiar emocionalmente os envolvidos, mas também assegurar que as intervenções de enfermagem respeitassem as necessidades individuais, promovendo a transição segura, informada e humanizada. Assim, este capítulo destina-se à abordagem crítico-reflexiva das competências específicas em particular.

3.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Relativamente à competência *cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*, compete ao EE mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da PSC e família, em tempo útil, face à complexidade.

Assim, os objetivos específicos traçados foram: conhecer a estrutura física e organizacional dos contextos, já abordados; integrar a equipa de enfermagem; conhecer/aprofundar conhecimentos sobre os equipamentos e materiais existentes; identificar as necessidades da PSC/família; conhecer protocolos terapêuticos complexos; gerir eficazmente a administração terapêutica; aprofundar conhecimentos sobre tratamentos com OHB; gerir a comunicação com a PSC/família face à situação crítica e de alta complexidade; cuidar da PSC adotando os pressupostos ético-legais e profissionais do código deontológico, salvaguardando o respeito pela preservação da vida, dignidade humana, processos de sofrimento, luto e morte e desenvolver pesquisa bibliográfica para suprir necessidades formativas individuais e da equipa, de acordo com a melhor evidência científica.

A prestação de cuidados especializados ao longo do estágio proporcionou-me diversas oportunidades de aprendizagem, algumas delas novas, enquanto outras permitiram consolidar conhecimentos previamente adquiridos. Em várias ocasiões, essas experiências foram objeto de reflexão, frequentemente alicerçadas na evidência científica mais atual, que orientou a análise de procedimentos e temáticas específicas. Esta abordagem permitiu-me integrar a prática com a pesquisa científica, promovendo uma compreensão mais profunda e fundamentada das intervenções realizadas.

No processo de integração no SMI, pautou-se como crucial conhecer o local de estágio quanto à sua estrutura, organização e dinâmica, já descrito anteriormente, e integrar a equipa de enfermagem com uma postura proativa no processo de aprendizagem, demonstrando sempre disponibilidade para trabalhar em equipa, intervindo de forma autónoma e especializada. Neste processo foi necessário resiliência, motivação e empenho para conhecer e consultar normas do serviço, protocolos e observar e manipular os equipamentos existentes no SMI e aprofundar conhecimentos técnico-científicos recorrendo à evidência científica mais recente disponível.

O papel do enfermeiro em UCI é caracterizado por um nível elevado de especialização, em virtude da complexidade intrínseca ao estado crítico da PSC e da diversidade de condições clínicas que este contexto engloba. A capacidade de realizar intervenções adequadas de forma célere e fundamentada é essencial para a manutenção da segurança da pessoa e para a otimização da qualidade dos cuidados prestados, dada a natureza imprevisível e frequentemente mutável do ambiente de cuidados intensivos (Moraes & Kron-Rodrigues, 2021).

No meu percurso, os cuidados prestados à PSC abrangeram diversas condições médicas e cirúrgicas complexas, como pós-operatórios com instabilidade hemodinâmica, choque cardiogénico, choque séptico com necessidade de técnicas dialíticas, estado mal epilético, e status pós-hemorragia cerebral, entre outras. Frequentemente, estive em contacto com pessoas que apresentavam compromisso da via aérea, necessitando de ventilação invasiva e não invasiva, com entubação orotraqueal ou traqueostomia.

Tive a oportunidade de aprimorar o conhecimento e as competências na preparação e administração de terapêuticas complexas, bem como na aplicação de protocolos terapêuticos frequentemente utilizados no SMI, tais como fármacos vasopressores e sedoanalgésicos. exigindo uma avaliação criteriosa do seu uso, efeitos e dosagens conforme a situação da PSC. A consulta regular da bibliografia científica e dos dados sobre as propriedades farmacodinâmicas dos fármacos foi essencial para garantir a eficácia e segurança do tratamento. As vias de administração de terapêutica da PSC objetivadas e mais manuseadas foram os cateteres venosos centrais e epidurais.

No contexto da sedação da PSC, foi essencial refletir sobre o impacto da agitação, da dor e do *delirium*, condições frequentemente interligadas, e a sua influência na evolução clínica da PSC. Foram utilizadas escalas específicas para avaliação e gestão desses sintomas, dada a sua prevalência e complexidade na prática clínica.

A agitação e a ansiedade são comuns em UCI, sendo frequentemente relacionadas com a patologia subjacente, o ambiente adverso da unidade, o medo, as alterações do sono, a estimulação excessiva e os procedimentos invasivos a que as pessoas são submetidas. Essas condições podem manifestar-se de maneira semelhante à dor ou ao *delirium*, o que torna desafiadora a diferenciação entre os sintomas e a escolha do tratamento adequado (Teixeira & Durão, 2016).

A *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) foi uma das escalas utilizadas durante o estágio, dada a sua eficácia na monitorização da sedação e agitação na PSC. Esta escala é fundamental para evitar a sobredosagem de sedativos e as complicações associadas, permitindo ajustar de forma precisa o nível de sedação de cada pessoa. A RASS é uma ferramenta de fácil aplicação, que classifica a agitação e a sedação em dez níveis, com pontuação positiva associada à agitação e pontuação negativa indicativa de sedação.

O *delirium* surge frequentemente na PSC em CI, e define-se como uma disfunção cerebral aguda, manifestada pela perturbação da atenção ou da consciência (Oliveira et al., 2022). A escala utilizada para avaliação do *delirium* foi a escala *Confusion Assessment Method for Intensive Care Units* (CAM-ICU). O EE constitui-se um elemento-chave na prevenção do *delirium* através de intervenções orientadas por protocolos, como protocolo de MORE (música, otimização de persianas, estimulação cognitiva) e a Bundle ABCDEF (redução da sedação e teste de respiração espontânea, escolha da analgesia e sedação, monitorização do *delirium*, mobilização precoce e empoderamento familiar) (Balas et al., 2012). As intervenções preconizadas nestes protocolos eram preocupações presentes da equipa de enfermagem e médica.

O uso excessivo de sedativos, particularmente aqueles com propriedades amnésicas como o midazolam e o propofol, tem sido associado a uma maior incidência de *delirium* e uma recuperação cognitiva mais lenta após a alta (Parker et al., 2016). O *delirium*, um sintoma característico do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SIPCI), está frequentemente relacionado à sedação inadequada ou excessiva, resultando em comprometimento da função cognitiva a longo prazo, dificuldades na memória e no processamento de informações, o que pode afetar gravemente a qualidade de vida da pessoa após a alta da UCI (Barker et al., 2021).

O SPICI refere-se a um conjunto de problemas físicos, cognitivos e psicológicos que podem afetar a pessoa e família após a alta do SMI. Esses problemas podem ocorrer devido ao internamento prolongado, com a necessidade de intervenções invasivas e o impacto do ambiente hospitalar adverso. É caracterizado por distúrbios emocionais, como depressão, ansiedade, transtornos de stress pós-traumático, bem como prejuízos cognitivos, como dificuldade de concentração e problemas de memória. Além disso, pode haver fraqueza muscular, fadiga e dificuldades para realizar atividades diárias (Parker et al., 2016).

A prevenção do SPICI é fundamental para melhorar a qualidade de vida da pessoa e família após a alta do SMI. Uma das estratégias implementadas no contexto de internamento em UCI é a elaboração do Diário da Pessoa em UCI, prática adotada no SMI onde realizei o meu estágio, desde 2009.

O Diário, é um registo escrito por parte de toda a equipa multidisciplinar, visitas, família/cuidador e até o próprio doente se estiver em condições clínicas. A sua construção deve obedecer a guias orientadores para que surta o efeito desejado, devendo este conter detalhes, por ordem cronológica, sobre a hospitalização e os progressos diários da pessoa. Esta construção pode ser escrita ou mesmo através de fotografias. Ajuda a pessoa a refletir, processar e recuperar de todo o processo de internamento, preenchendo as lacunas de memória e dando sentido às lembranças confusas e delirantes (Torres et al., 2020).

A realização do Diário também poderá ter impacto positivo nos sintomas de síndrome pós-traumático (SPT) nos familiares/cuidadores, pois sentem-se mais envolvidos nos cuidados e com a equipa multidisciplinar, vindo a sentirem-se melhor preparados para dar apoio à pessoa após a alta ou no processo do luto (Galazzi et al., 2022).

Entre as principais vantagens associadas à sua utilização destacam-se a reorganização cronológica dos acontecimentos experienciados no SMI e a prevenção do SPICI na pessoa e família/cuidador, nomeadamente o transtorno de SPT, ansiedade e depressão (Tavares et al., 2019). O Diário é uma estratégia muito apreciada pela Pessoa e família/ cuidador, que além de partilharem no diário as suas emoções relativamente ao processo de saúde/doença existente, valorizam a atenção e a personalização dos cuidados da equipa de saúde ao dedicarem tempo para escrevem a sua história pelos cuidados intensivos. Este sentimento é partilhado quase de forma unânime nas consultas de follow-up.

Existem outras estratégias, que aliadas ao Diário, potenciam o seu efeito, nomeadamente a sua análise e discussão com os familiares na Consulta de *Follow Up* e a visita ao SMI como parte integrante da Consulta de *Follow Up*. Na consulta que tive oportunidade de assistir, a visita ao serviço por parte da pessoa e família foi desde logo interesse por parte destes.

Nesse sentido, a consulta de *Follow-up* surge como uma estratégia fundamental na gestão do SPICI, tendo um papel ativo na deteção precoce de complicações e na promoção de uma recuperação mais eficaz.

Estão preconizados quatro momentos de avaliação: consulta do 7º dia, intra-hospitalar, efetuada até ao 7º dia após a alta do SMI e consulta externa, semanal às 5ªs feiras de tarde, efetuada ao 1º, 3º e 6º mês após a alta do SMI, com as valências de consultas médicas e de enfermagem.

A colheita de dados é feita a partir da observação direta de sinais e sintomas e através da implementação de vários questionários validados para a população portuguesa, com o objetivo de detetar/monitorizar a incidência de complicações nos diferentes domínios. O uso de ferramentas validadas para avaliação desses sintomas permite a deteção precoce de complicações, facilitando a implementação de intervenções terapêuticas adequadas. Isso contribui para a recuperação da pessoa, promovendo uma melhoria significativa na sua saúde física e mental (Parker et al., 2016).

São referenciados para seguimento nas consultas as pessoas com internamento no SMI maior ou igual a 48 horas com ventilação mecânica (invasiva e/ou não invasiva), pessoas que foram sujeitas a sedação e analgesia por um mesmo período de tempo e que desenvolveram componentes do SPICI.

A literatura recente reforça a importância da consulta de *Follow-up* como uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida pós UCI e reduzir o impacto da SPICI. Um estudo conduzido por Parker et al (2016) destacou que as pessoas que receberam acompanhamento pós alta tiveram menos complicações cognitivas e psicológicas em comparação com aqueles que não foram acompanhados corroborado pelos estudos de KhanM & Singh (2020) que indicam que as pessoas submetidas a seguimento regular após a alta da UCI têm melhores resultados em termos de recuperação funcional e menores taxas de complicações psiquiátricas.

As consultas de *Follow-up* possibilitam assim uma avaliação sistemática das funções físicas e cognitivas, proporcionando, quando necessário, intervenções precoces, como fisioterapia, reabilitação respiratória, suporte psicológico e intervenções psicoterapêuticas à pessoa e família (Barker et al., 2021).

Existem momentos na prestação de cuidados que podem gerar algum stress na equipa multidisciplinar, como é o caso do acompanhamento da PSC para a realização de meios complementares de diagnóstico. Durante o meu estágio, tive a oportunidade de participar num transporte à ressonância magnética e Bloco Operatório, que envolveu a equipa multidisciplinar. Este momento destacou a importância de todos os intervenientes

envolvidos no processo. A definição clara dos papéis de cada membro da equipa e o trabalho colaborativo foram cruciais para o sucesso do procedimento. Além disso, o cumprimento rigoroso dos protocolos definidos foi essencial para garantir a segurança da pessoa e a eficácia do transporte, reduzindo riscos e aumentando a confiança da equipa.

Estudos recentes destacam a importância da comunicação eficaz entre a equipa de saúde e a utilização de protocolos padronizados para reduzir o risco de complicações durante o transporte (Rout et al., 2020). Além disso, a escolha adequada do meio de transporte e a verificação rigorosa dos equipamentos, como ventiladores e monitores, são fundamentais para manter a estabilidade da PSC (Murray et al., 2021).

O conhecimento técnico, aliado à experiência prática, do EE, é essencial para reconhecer e intervir prontamente em situações de instabilidade clínica ou complicações que possam surgir durante o transporte, como alterações hemodinâmicas ou respiratórias. Além disso, a capacidade de antecipar riscos e tomar decisões rápidas e eficazes, com base na avaliação contínua do estado da pessoa, minimiza o potencial de complicações. O enfermeiro deve estar familiarizado com protocolos e procedimentos específicos para o transporte de doentes críticos, garantindo que os equipamentos e recursos necessários, como ventiladores ou monitores, estão operacionais e adequados às necessidades da pessoa.

A literatura recente sublinha que a formação contínua e o treino prático são fundamentais para o desenvolvimento das competências necessárias para o transporte seguro da PSC (Murray et al., 2021). A experiência clínica do enfermeiro ajuda a fortalecer a confiança na sua capacidade de atuar em situações de alto risco, assegurando uma gestão eficiente e segura da pessoa durante o transporte intra-hospitalar.

A identificação das necessidades da PSC, família nem sempre é objetiva e muitas vezes dificultada pelas barreiras da comunicação. Torna-se fundamental gerir a comunicação, com intuito de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família face à situação crítica e de alta complexidade.

A comunicação em enfermagem, especialmente em situações críticas, levou-me a perceber a necessidade de desenvolver estratégias e habilidades comunicacionais, assumindo que comunicar com a família é, na verdade, cuidar dela. A comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial, pois permite ao EE compreender a personalidade, o ambiente e a forma como a pessoa vê o mundo. A troca eficaz de informações, utilizando

competências comunicacionais adequadas, aumenta a confiança e a compreensão mútua entre o profissional de saúde e a família. Além disso, contribui para diminuir o sofrimento, clarificar a compreensão da situação, oferecer suporte emocional e reduzir a ansiedade da família (Sa & Henriques, 2021).

Algumas das estratégias de comunicação que apliquei com a família estiveram alinhadas com as sugestões de Sá & Henriques (2021). Procurei transmitir informações de forma regular, utilizando uma linguagem acessível para garantir a compreensão, demonstrando atitude empática, mantendo contato visual e praticando escuta ativa, especialmente em momentos de sofrimento e perturbações emocionais. Sabendo que a comunicação não verbal desempenha um papel crucial, utilizei o silêncio, a postura corporal, a orientação corporal, os gestos, as expressões faciais e o tom de voz para transmitir mensagens, mesmo sem palavras (Ramos & Bortagarai, 2012). Em situações de elevada tensão emocional, fiz questão de aplicar estas formas de comunicação não verbal, reconhecendo o seu impacto.

No que diz respeito à comunicação de más notícias, esta revelou-se como uma das intervenções mais desafiadoras para o EE. O protocolo SPIKES é uma ferramenta comumente utilizada em situações de comunicação difícil. Este protocolo inclui as seguintes etapas: S - *Setting up* (planeamento da comunicação), P - *Perception* (compreensão do que a família ou o doente já sabem), I - *Invitation* (convidar a família a expor as suas dúvidas), K - *Knowledge* (transmitir informações claras e de forma delicada), E - *Emotions* (acolher as emoções com uma resposta empática), e S - *Strategy* (indicar os próximos passos e resumir a situação) (Coimbra, 2021). A morte é comunicada, algumas vezes, pelo enfermeiro sendo-lhe exigido treino e aplicação de ferramentas, e esta revela-se uma ferramenta útil, frequentemente adotada no SMI pela equipa de enfermagem e médica.

No contexto EH, a comunicação de más notícias poderá ser realizada pelo protocolo com acrónimo ACOLHER, A (avaliação da cena), C (comunicar de forma clara e eficaz), O (ouvinte), L (legitimar o sofrimento), H (humanização), E (estabelecer vínculo de confiança), R (Reavaliar, refletir e reorganizar) (Cintra et al., 2022).

Assim, ambos protocolos visam orientar a comunicação de forma empática, clara e humanizada, promovendo a compreensão e o acolhimento emocional de doentes e famílias.

No contexto da emergência Extra-Hospitalar, tive oportunidade de participar e realizar intervenções clínicas segundo diversos protocolos e algoritmos de atuação médica e de enfermagem, nomeadamente nos quadros clínicos de dispneia, alteração do estado de consciência, trauma crânio-encefálico, trauma torácico, trauma dos membros e extremidades, dor torácica, convulsão, queimadura, hematemese, hipoglicemia, bradiarritmias e taquiarritmias.

Em todas as situações em que fui responsável pela abordagem primária à vítima, orientei a minha atuação segundo a metodologia ABCDE, conforme preconizado pelo *European Resuscitation Council* (ERC). Esta abordagem sistematizada tem como finalidade a identificação e correção das condições que mais ameaçam a vida, assegurando a estabilização inicial da vítima até à chegada a uma unidade hospitalar. A sequência inicia-se com A (*Airway*) – avaliação e garantia da permeabilidade da via aérea com controlo da coluna cervical; segue-se B (*Breathing*) – avaliação da ventilação e oxigenação; C (*Circulation*) – controlo da circulação e identificação de hemorragias; D (*Disability*) – avaliação neurológica sumária (nível de consciência, pupilas, glicemia capilar); e E (*Exposure*) – exposição total do corpo para avaliação de lesões, com controlo da temperatura e prevenção de hipotermia. Uma etapa fundamental antes desta avaliação inicial foi avaliar o local e garantir as condições de segurança.

No que se refere à monitorização da dor, a *Behavioral Pain Scale* (BPS), composta por três itens: expressão facial, movimento dos membros superiores e *compliance* associada à ventilação mecânica foi a escala utilizada, conforme sugerido por Paulino et al (2022), e amplamente recomendada pelas diretrizes para o tratamento da dor na PSC. Esta escala foi fundamental durante a realização de diversos procedimentos, como cuidados de higiene, posicionamentos, manipulação da via aérea e tratamentos de feridas, permitindo uma avaliação da intensidade da dor, essencial para um cuidado individualizado.

Além das intervenções farmacológicas, implementei estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, com o objetivo de melhorar o conforto e o bem-estar da PSC. Essas medidas incluíram a criação de um ambiente mais acolhedor, com temperatura controlada para proporcionar conforto térmico, a redução de ruídos excessivos e luminosidade intensa, criando um ambiente mais tranquilo.

A aquisição das competências específicas do EE, em articulação com as competências comuns, exige um aprofundamento contínuo do conhecimento científico e técnico,

particularmente na prestação de cuidados à PSC. Este processo implica o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e está intrinsecamente ligado à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, numa perspetiva proativa de antecipação e resposta a situações de instabilidade clínica, nomeadamente de natureza multiorgânica. Para tal, é fundamental que o enfermeiro domine a gestão de protocolos terapêuticos complexos, assegurando uma prática segura, eficaz e baseada na evidência.

3.2 Dinamiza a resposta em situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação

Para a competência *dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*, os enfermeiros pelo descrito no artigo 100º do Estatuto da OE, nos deveres deontológicos, atuam conforme a sua área de competência e devem ser solidários com a comunidade, em caso de crise ou catástrofe. Durante o meu percurso formativo nos contextos do Extra-Hospitalar e SMI, tive oportunidade de integrar algumas situações que materializaram esta competência.

Como já referi anteriormente, no SMI, o enfermeiro responsável de turno é também o elemento que integra a EEIH. Durante este período, tive a oportunidade de participar numa ativação da EEIH, observando e colaborando com o meu tutor na abordagem sistematizada e eficiente da situação clínica, o que culminou no encaminhamento da pessoa para a sala de emergência e posterior transferência para outra unidade hospitalar. Esta vivência revelou-se particularmente significativa, não apenas pelo envolvimento direto numa situação crítica real, mas também por permitir consolidar competências numa área em que já atuo profissionalmente, uma vez que integro a EEIH no meu hospital de origem. Acompanhando um colega experiente num contexto distinto, pude refletir criticamente sobre diferentes formas de organização, atuação e resposta, reconhecendo boas práticas e identificando oportunidades de melhoria que poderei transpor para o meu contexto habitual, contribuindo para o fortalecimento da atuação da equipa e da qualidade dos cuidados prestados em situações de emergência intra-hospitalar.

No hospital onde realizei o meu estágio a EEMIH é constituída por um médico intensivista e por um enfermeiro do SMI. O médico tem obrigatoriamente de ter formação em SAV e treino (mínimo de 6 meses) em CI; o enfermeiro tem de ter pelo menos formação em SIV e treino no tratamento da PSC. Faz parte das responsabilidades da EEMIH, a orientação clínica subsequente da pessoa em função do contexto clínico, em

conjunto com o médico assistente/residente. O médico da EEMIH, como coordenador da equipa, deve registar o corrido no processo clínico do doente bem como fazer o registo de ativação da EEIH no sistema informático. O alerta deve ser dado através do número de emergência 2222.

Entre as atividades desenvolvidas, destaco a participação num simulacro realizado pela comissão de catástrofe da instituição e segundo o regulamento nº 429/2018, numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, é o EE que concebe o planeamento e gere uma resposta rápida e sistematizada, com eficácia e eficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este simulacro pretendia fazer uma análise ao sistema de segurança da instituição. A situação era uma ameaça de bomba no exterior do edifício, junto à central de gases medicinais.

Por isso, o EE deve garantir que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente e colabora na revisão do mesmo, pois através desses simulacros, o EE desenvolve competências necessárias para gerir os desafios impostos perante uma situação de exceção. É pertinente salientar a importância das comunicações de emergência e a forma como as informações são geridas referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe. Estes simulacros visam treinar as equipas envolvidas e melhorar os planos de emergência e catástrofe já existentes, introduzindo, se necessário, medidas corretivas das inconformidades de atuação. No simulacro que participei o *debriefing* foi importante pois permitiu a todos os envolvidos partilhar a sua análise das situações vivenciadas, dando contributos e oportunidades para reflexão e melhoria.

A triagem, tanto no contexto Intra como Extra-Hospitalar, permite racionalizar e maximizar os recursos na assistência desproporcionada face a um grande número de vítimas. O objetivo é proporcionar uma assistência precoce de acordo com a gravidade e aplicar manobras “*life-saving*”. O método START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) é o mais utilizado e o mais conhecido em situações de exceção e catástrofe (Araújo et al., 2019).

O método START foi desenvolvido em 1983 no Hoag Memorial Hospital, na Califórnia, em resposta à necessidade de otimizar a gestão de vítimas em situações de catástrofe ou eventos com múltiplas vítimas, onde os recursos disponíveis são limitados face ao número de pessoas a necessitar de assistência imediata (Montagner et al., 2022). Este sistema de

triagem primária tem como principal objetivo a identificação rápida e eficiente da gravidade clínica das vítimas, permitindo aos profissionais de emergência classificar e priorizar a intervenção de acordo com a gravidade do estado de saúde e a probabilidade de sobrevivência.

O método START apresenta-se como um fluxograma padronizado, de aplicação simples e objetiva, cuja estrutura minimiza significativamente a possibilidade de erro na sua execução. No âmbito da triagem, apenas duas intervenções estão autorizadas: a garantia da permeabilidade da via aérea e o controlo de hemorragias externas (Montagner et al., 2022).

Além disso, o START utiliza um sistema de codificação por cores (vermelho, amarelo, verde e preto), facilmente reconhecido pelas equipas de socorro, o que facilita a coordenação entre os diversos intervenientes no teatro de operações. A sua aplicabilidade e eficácia tornaram-no um dos métodos de triagem mais utilizados a nível mundial em situações de emergência com múltiplas vítimas.

Este método compreende uma triagem secundária, ordenando e hierarquizando a evacuação segundo prioridades das vítimas. Para tal, usa-se o *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) através da soma de três parâmetros fisiológicos, a frequência respiratória, a pressão arterial e a consciência pela escala de coma de Glasgow (Coimbra, 2021).

De acordo com Montagner et al. (2022), o método START apresenta limitações importantes, uma vez que não contempla o mecanismo do trauma nem inclui de forma adequada as situações clínicas de risco baixo ou moderado. Estas limitações podem comprometer a tomada de decisão quanto à prioridade e ao destino do transporte das vítimas.

No entanto, importa referir que, apesar de ter aprofundado o conhecimento teórico sobre a aplicação do modelo START, e refletido sobre o mesmo com o meu Tutor, não tive a oportunidade de o aplicar em contexto real durante o meu percurso formativo, o que reforça a necessidade de formação prática e simulação estruturada como complemento essencial ao desenvolvimento de competências nesta área. Vem reforçar a minha perceção de que a simulação estruturada, integrada nos contextos de aprendizagem clínica, representa um instrumento valioso para consolidar o conhecimento e preparar os profissionais para realidades complexas e imprevisíveis.

O exercício da enfermagem em contexto de emergência Extra-Hospitalar assume um papel central na prestação de cuidados integrados, eficazes e seguros à pessoa, à família e à comunidade, em todas as fases do ciclo vital, particularmente em situações de doença súbita, trauma, crise ou catástrofe. A intervenção do enfermeiro estende-se desde o local da ocorrência até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade e coordenação dos cuidados. Este nível de atuação revela-se determinante na obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente através da redução das taxas de mortalidade e de morbilidade, sendo, por isso, uma componente essencial de resposta imediata e qualificada no sistema de saúde.

3.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica.

Para a competência *maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica*, o objetivo específico que tracei visou implementar cuidados com base no plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. No sentido de dar cumprimento a este objetivo procurei utilizar corretamente o material de proteção, atendendo às especificidades de isolamento de cada doente, dando desta forma cumprimento aos procedimentos estabelecidos no serviço para a prevenção e controlo das Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS).

Face à diversidade dos contextos clínicos, à complexidade das situações e à natureza diferenciada dos cuidados prestados à PSC, frequentemente associados a procedimentos invasivos, o EE assume um papel central na prevenção e controlo da infeção, e de resistência aos antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As IACS, definidas como aquelas que se manifestam durante o internamento ou após a alta, quando adquiridas a partir das 48 horas após a admissão hospitalar, representam um problema grave de saúde pública, sendo responsáveis por taxas de mortalidade que podem atingir os 60% (Pinho, 2020). Estes dados evidenciam a urgência da atuação preventiva por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do EE, cuja intervenção fundamentada na evidência é crucial para a mitigação deste risco.

Este desempenha um papel crucial na prevenção das infeções por dispositivos externos, adotando práticas baseadas em evidências e em protocolos de segurança. O EE, não só exerce cuidados diretos à PSC, mas também tem um papel educacional e de liderança, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado e redução das infeções associadas a dispositivos. No SMI, torna-se evidente a adesão da equipa ao cumprimento das precauções básicas de segurança e às *Bundles* de prevenção de infeção, nomeadamente: *Bundle* de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação; *Bundle* CVC; *Bundle* de Prevenção de Infeção Urinária relacionada ao Cateter Vesical; *Bundle* de Prevenção de Infeção em Feridas Operatórias.

A reflexão sobre as práticas neste contexto permite perceber a importância da aquisição desta competência ao EE, pois ele deve ser um defensor da cultura de segurança, incentivando a equipa a comunicar aberta e efetivamente sobre qualquer risco potencial, dúvida ou evento adverso relacionado à infeção. O meu contexto de estágio foi enriquecedor pois esta vertente era uma preocupação da equipa, levando à reflexão diária da prática de cuidados e sendo também notória a preocupação com a adequação da prescrição de antibióticos e o tempo para a perfusão dos mesmos devidamente protocolado.

Estima-se que 30% a 40% das IACS resultem de infeções cruzadas, sendo as mãos dos profissionais de saúde um dos principais veículos de transmissão, assim, a higienização das mãos, utilizando uma solução antisséptica alcoólica a 70%, é uma medida eficaz e de baixo custo, capaz de quebrar a cadeia epidemiológica da infeção (Pinho, 2020). Durante o estágio, esta foi a medida mais simples e amplamente utilizada, sempre respeitando os 5 momentos recomendados pela campanha da OMS "*Save Lives: Clean Your Hands*". Contudo, o uso constante de equipamento de proteção individual também foi crucial, funcionando como uma barreira adicional contra a infeção e a sua transmissão, pois o estudo realizado por Pereira et al (2020), revela que a pessoa assistida no contexto Extra-Hospitalar apresenta risco aumentado para infeção associada a cuidados de saúde relacionado com a higienização das mãos, falta de trocas de luvas, falta de assepsia com o cateter venoso e vesical.

Assume-se que o EE tem um conhecimento avançado sobre as práticas baseadas em evidência para prevenir infeções nosocomiais, nomeadamente as infeções associadas a dispositivos e infeções nosocomiais respiratórias e urinárias. Este profissional de saúde deve assegurar que todas as práticas de higienização das mãos e de utilização de

equipamento de proteção individual sejam rigorosamente seguidas, minimizando assim o risco de transmissão de agentes patogénicos. A sua atuação é determinante na implementação das *bundles* de prevenção, como as recomendadas pela OMS, contudo as *bundles* não garantem uma diminuição de taxas de infeção isoladamente, devem ser associadas a outras ações com os mesmos objetivos (Barros, 2019).

Além disso, tem um papel crucial na gestão de antimicrobianos. O uso indiscriminado de antibióticos em unidades de cuidados intensivos é um fator importante para o desenvolvimento de resistência a antimicrobianos. O EE, no contexto da farmacoterapia, pode contribuir para a educação da equipa de saúde no que respeita ao uso racional de antibióticos, participando em auditorias de prescrição e promovendo a adesão a estratégias de *antibiotic stewardship* (World Health Organization, 2019). Estas intervenções têm como objetivo garantir que os antimicrobianos sejam utilizados de forma apropriada, de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, evitando a seleção de organismos resistentes.

No contexto dos CI, onde o estado de saúde da pessoa pode deteriorar-se rapidamente, a intervenção precoce do EE é essencial para monitorizar sinais de infeção, realizar colheitas para diagnóstico microbiológico e ajustar as terapias antimicrobianas de acordo com os resultados clínicos e laboratoriais. A sua capacidade de análise crítica e de tomada de decisão rápida é determinante para prevenir complicações infecciosas e a propagação de infeções multirresistentes, o que tem um impacto direto na mortalidade e morbilidade da PSC.

No contexto Extra-Hospitalar, a prevenção e o controlo da infeção apresentam desafios específicos, resultantes das múltiplas variáveis externas que condicionam a atuação dos profissionais. Frequentemente, os cuidados são prestados em ambientes não controlados, instáveis ou pouco higienizados, o que dificulta a aplicação rigorosa das medidas de controlo de infeção. Segundo Martins (2014), os profissionais que atuam neste contexto estão particularmente expostos a riscos biológicos, uma vez que manipulam, sob elevado nível de stress, materiais e equipamentos contaminados com fluidos orgânicos, muitas vezes em condições de iluminação, ventilação e limpeza inadequadas.

Durante o estágio, foi possível observar uma preocupação constante por parte das equipas com o controlo da infeção, evidenciada pela implementação de práticas sistemáticas de higienização, uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) e estratégias

para minimizar a contaminação cruzada, mesmo perante os desafios impostos pelo meio. Esta atenção reflete a consciência dos profissionais sobre a sua vulnerabilidade e a responsabilidade ética na proteção da PSC, assegurando cuidados seguros e de qualidade mesmo em contextos adversos.

A particularidade de prestação de cuidados de saúde no Extra-Hospitalar, em todo o território nacional e independentemente das características sociodemográficas da população é desafiante. Existem riscos específicos acrescidos para todos os doentes, embora a atividade assistencial do INEM disponha de protocolos e programas definidos para formação e boas práticas das Precauções Básicas de Controle de Infecção (PBCI).

A Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA) do INEM foi formalmente constituída em janeiro de 2020, como estrutura técnico-científica integrada no Departamento da Qualidade. A sua criação baseia-se no estipulado pelo artigo 1.º do *Despacho do Diretor-Geral da Saúde*, de 23 de agosto de 1996, publicado no *Diário da República n.º 246, de 23 de outubro de 1996*, que enquadra legalmente a constituição das CPCIRA em contexto nacional.

A atividade da comissão viu-se condicionada entre março de 2020 e setembro de 2022, devido à necessidade de dar resposta à vigilância epidemiológica dos profissionais do INEM durante a pandemia por COVID-19, o que reforçou a sua relevância estratégica na gestão do risco biológico e na proteção dos profissionais em cenário de emergência.

Entre os principais objetivos da CPCIRA-INEM destaca-se a prevenção, deteção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde prestados em contexto de emergência Extra-Hospitalar. As suas ações são desenvolvidas com base em princípios de gestão de risco, vigilância epidemiológica e articulação multidisciplinar, envolvendo diversos departamentos, unidades operacionais e órgãos técnicos do INEM.

Adicionalmente, cabe à CPCIRA definir e operacionalizar estratégias para a identificação e resolução de problemas emergentes, promover ambientes de trabalho seguros e responsáveis, bem como fomentar a produção de conhecimento e a colaboração em investigação científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados em ambiente Extra-hospitalar.

A experiência adquirida no contexto da minha atividade profissional no Extra-Hospitalar permitiu-me reconhecer que a área da prevenção e controlo da infeção é, por vezes, negligenciada pelos diferentes intervenientes deste nível de cuidados, em especial pela

pressão assistencial, pela natureza imprevisível das situações e pelos ambientes não controlados onde decorre a prestação de cuidados. A participação numa reunião da CPCIRA, proporcionada pelo centro de formação do INEM constituiu um momento de sensibilização e tomada de consciência sobre a importância deste domínio, motivando-me a aprofundar conhecimentos específicos nesta área. Alinhado com essa motivação, realizei a formação disponível na plataforma APRENDER do INEM sobre PBCI: Operacionais do SIEM.

Esta reflexão conduziu à identificação de necessidades de mudança no comportamento profissional, nomeadamente no que respeita à adesão às PBCI e ao uso criterioso e adequado dos EPI. Reconheço que a incorporação sistemática destas práticas é essencial não só para a proteção dos profissionais, mas também para a segurança da PSC, assegurando cuidados de qualidade, seguros e sustentáveis no ambiente Extra-Hospitalar.

4. CONCLUSÃO

O enfermeiro que presta cuidados especializados deve articular a sua qualificação académica com uma prática profissional que demonstre competência técnica, científica e relacional, sustentada na melhor evidência disponível. Esta prática exige o domínio de conhecimentos atualizados, a capacidade de integrar a inovação tecnológica e, simultaneamente, a manutenção de uma abordagem centrada na pessoa, respeitando os seus valores, preferências e necessidades. A humanização dos cuidados, sobretudo no contexto da PSC, constitui um eixo fundamental da prática avançada em enfermagem, garantindo uma visão integrada da pessoa (Pinho, 2020).

Os diferentes contextos de estágio proporcionaram oportunidades significativas de aprendizagem e desenvolvimento de competências clínicas e de investigação, fundamentais para o exercício autónomo e responsável do EE. Destaca-se, em particular, o crescimento na área da investigação em enfermagem, através do treino sistemático na pesquisa bibliográfica, na interpretação crítica da evidência científica e no desenvolvimento de revisões da literatura orientadas para problemas reais da prática. Este percurso promoveu uma maior autonomia na integração da evidência na tomada de decisão clínica, permitindo-me adequar a prática especializada aos princípios da enfermagem baseada na evidência, com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Cuidar da PSC revelou-se particularmente exigente, dada a sua complexidade clínica e elevada vulnerabilidade. O exercício de uma prática avançada exigiu disciplina, rigor técnico e resiliência, bem como uma constante atualização de conhecimentos, técnicos, procedimentos e protocolos, de forma a garantir cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa e na família.

A análise transversal do presente relatório permitiu evidenciar o percurso formativo realizado ao longo da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, integrando a aquisição e consolidação de competências enquanto Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. A complexidade dos contextos clínicos vivenciados, nomeadamente o SMI e o ambiente Extra-Hospitalar constituíram uma oportunidade privilegiada de crescimento pessoal, académico e profissional, exigindo uma prática sustentada na evidência, no raciocínio clínico avançado e na humanização dos cuidados.

A análise crítica dos domínios desenvolvidos evidenciou a interligação entre as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, sendo estas operacionalizadas através de ações concretas com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados. Destaca-se, neste âmbito, a capacidade de intervir em situações de elevada instabilidade clínica, a utilização de protocolos e algoritmos em contexto de emergência, a integração da família no processo de cuidados e a atenção contínua à prevenção e controlo da infeção.

Entre os principais contributos para a melhoria dos cuidados, salienta-se a participação ativa em processos de decisão clínica, a dinamização de momentos de partilha de conhecimento em equipa, a promoção da prática baseada na evidência, bem como a elaboração de uma proposta de melhoria da qualidade centrada na manutenção da permeabilidade da sonda nasojugal da Pessoa em Situação Crítica com Nutrição Entérica.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e com enfoque na melhoria da qualidade assistencial, foi concebida uma proposta de intervenção orientada para a valorização do *debriefing* como prática estruturante no contexto da emergência Extra-Hospitalar, com o propósito de sensibilizar as equipas dos meios SIV e VMER para a importância da sua implementação sistemática após a ocorrência de eventos críticos. Esta iniciativa pretende transformar cada experiência vivida em contexto clínico numa oportunidade de desenvolvimento profissional, incentivando a reflexão crítica, a partilha de perspetivas e a melhoria contínua das práticas assistenciais. Desta forma, contribui decisivamente para o reforço da segurança e para a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Relativamente a esta temática tive a oportunidade de apresentar sob a forma de comunicação oral no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - “*Comunicação em Enfermagem: A Prática especializada para a excelência do Cuidar*”, tendo sido distinguida com o prémio “*Melhor Comunicação Livre*”.

Estes contributos refletem a responsabilidade do EE não apenas na execução técnica, mas também na transformação do contexto assistencial através da reflexão crítica e do compromisso com a excelência.

Do ponto de vista da aprendizagem individual, esta etapa representou um processo exigente, mas profundamente enriquecedor. Foi possível desenvolver uma maior

autonomia na tomada de decisão, uma visão mais abrangente da intervenção do EE e um sentido reforçado de responsabilidade ética e legal. A capacidade de adaptação, a gestão emocional em cenários de elevada pressão e o aperfeiçoamento de competências em supervisão clínica e investigação foram aspetos centrais deste percurso.

O estágio focou-se assim, no meu progresso e desenvolvimento pessoal, tanto a nível profissional como autónomo, com o objetivo de atingir o grau de mestre e especialista. Contudo, surgiram algumas limitações devido ao contexto específico do estágio, como a falta de tempo para estudo autónomo, que não permitiu aprofundar todas as inquietações e dúvidas que surgiram ao longo do percurso. Além disso, a ansiedade gerada pela constante busca por novas oportunidades práticas e de aquisição de conhecimento também constituiu um desafio.

Apesar das limitações que experienciei, este estágio, que integra os dois contextos, foi sem dúvida, uma experiência altamente enriquecedora, sendo uma parte fundamental desse processo o profissionalismo dos meus tutores. Estes, ao longo do estágio, procuraram sempre desafiar-me e orientar-me, demonstrando de forma clara como o papel do EE pode ser um diferencial na gestão dos cuidados, na melhoria contínua da qualidade e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As implicações para a prática profissional são evidentes: este estágio constituiu um marco no processo de construção da minha identidade profissional, enquanto enfermeira em percurso de aquisição de competências para o exercício especializado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de uma prática mais diferenciada, reflexiva e integrada em equipas multidisciplinares.

No futuro, as perspetivas passam por continuar a investir na formação contínua, na produção de conhecimento aplicado e na participação ativa em projetos de melhoria da qualidade, contribuindo para o fortalecimento da enfermagem como ciência e como pilar essencial dos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Baker, N., Abu-Alrub, S., Obeidat, R., & Assmairan, K. (2021). . Evidence-based practice beliefs and implementation: a cross-sectional study among undergraduate nursing student. *BMC Nursing*, 20(13). <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
- Alves, J. F. (2023). *Debriefing em situação de paragem cardiorrespiratória: uma oportunidade de reflexão, aprendizagem e melhoria*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Obtido em fevereiro de 2025, de <https://hdl.handle.net/1822/85939>
- American Heart Association. (2020). *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, 142. Obtido de <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000918>
- Araújo, J. A., Gonçalves, K. G., Filho, R. F., Silva, H. K., Menezes, R. S., & Matos, T. A. (2019). O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar. *Revista Nursing*. Obtido em abril de 2025, de <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/496/487>
- Assembleia da República. (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro (Ratificação da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). *Diário da República n.º 5/2001, Série I-A*, 98-99. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/1233-1992-408711>
- Assembleia da República. (2015). Lei nº 156/2015 da Assembleia da República de 16 de setembro. *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros(181/2015), Série I*, 8059-8105. Diário da República. Obtido em 11 de abril de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde(169/2019), Serie I*. Diário da República. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/3840137/lei-95-2019-de-4-de-setembro>
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., . . . Ely, E. W. (2012). *Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice(32)*, 2, 35-48. *Critical care nurse*. Obtido de <https://doi.org/10.4037/ccn2012229>
- Barker, S. M., Chittock, D. R., & Ferguson, L. E. (2021).
- Barker, S. M., Chittock, D. R., & Ferguson, L. E. (2021). Post-ICU follow-up and the management of ICU survivors: A multi-disciplinary approach. *Journal of Critical Care Nursing*, 42(3), pp. 76-83. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.02.012>

- Barros, F. R. (2019). *Adhesión al bundle de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.746>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bernardo, M., Nobre, R. C., & Jatene, B. (2004). *A prática clínica baseada em evidências: parte II -buscando as Evidências em Fontes de Informação*, 44, pp. 403-409. <https://doi.org/101590/S0104-42302004000100045>
- Bloom, L., & Seckel, M. A. (2022). Placement of nasogastric feeding tube and postinsertion care review. . *AACN Advanced Critical Care*, 33(1), pp. 66-84. Obtido de <https://doi.org/10.4037/aacnacc2022306>
- Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., . . . ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. (2017). ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 41(1), pp. 15-103. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0148607116681209>
- Chein, L. (2019). Evidence-based practice and nursing research. *The Journal of Nursing Research*, 27(4). <https://doi.org/doi.org/10.1097/jnr.0000000000000346>
- Cintra, D. C., Dias, P. M., & Cunha, M. L. (2022). Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44267>
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência (Primeira ed.)*. Lisboa: Lidel.
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D., Shrout, A., Gorsuch, P., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*(20), pp. 6-15. <https://doi.org/doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Correia, T. S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (22 de novembro de 2019). Estratégias de Gestão de Enfermagem para a Segurança de Clientes e Profissionais. <https://doi.org/doi:10.13140/RG.2.2.25255.37287>
- Cruickshank, M. T., Bainbridge, L., & Mason, R. (2021). Reflection and clinical reasoning in advanced nursing practice: A scoping review. *Nurse Education Today*, 97(104710). Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104710>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.
- Direção Geral da Saúde. (8 de fevereiro de 2017). Norma 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa, Portugal. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (18 de novembro de 2022). *Norma n.º 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto*. Obtido em 10 de abril de 2025, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. Ministério da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (23 de outubro de 1996). Despacho de 23 de agosto de 1996: Criação das Comissões de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CPCIRA). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI) (Atualizada em 31/10/2013)*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Doley, J. (2022). Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 14(11), p. 2180. Obtido de <https://doi.org/10.3390/nu14112180>
- Galazzi, A., Adamini, I., Bazzano, G., Cancelli, L., Fridh, I., & Laquintana, D. e. (2022). Intensive care unit diaries to help bereaved family members in their grieving process: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103121>
- Hashemi, S., Karimi, L., Moradian, S., Ebadi, A., Vahedian-Azimi, A., & Mokhtari-Nouri, J. (2023). Identifying structure, process and outcome factors of the clinical specialist nurse: A scoping review study. 28(1), pp. 1-9. Obtido de <https://research.ebsco.com/c/ljojjj/viewer/html/2goxugmuwz>.
- Hensel, D., Middleton, M., & Engsberg, M. (2020). Fostering clinical expertise through education and reflection. *Journal of Professional Nursing*, 36(5), pp. 341-347. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.03.003>
- INEM . (2020). *Relatório anual de atividades*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Obtido de <https://www.inem.pt>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2007). *Manual de ambulância SIV: módulo suporte imediato de vida: versão 1.1*. Lisboa, Portugal: Departamento de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *i-TEAMS: manual clínico*. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). Aspectos Éticos e Legais na Reanimação. Em *Manual de Suporte Avançado de Vida* (Versão 1.0, 1ª ed ed., p. 231). Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica.

- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. 65, pp. 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- KhanM, N., & Singh, S. (2020). The role of rehabilitation in the management of post-intensive care syndrome. *Journal of Intensive Care*, 7(1), p. 43. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00687-7>
- Lima, J. P., Sátiro, L. S., Silva, M. G., & Araújo, S. M. (2022). Estratégias usadas por Profissionais de Enfermagem para Promover a Segurança do Paciente e Prevenir Eventos Adversos em Unidades de Terapia Intensiva. *Research, Society and Development*, 11. Obtido em 17 de 04 de 2025
- Lindmark, U., Bülow, P., Mårtensson, J., Rönning, H., & A.D.U.L.T. Reseach Group. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*., 6, pp. 664-675. <https://doi.org/10.1002/nop2.249>
- Madella, A., Laguardia, G., Andrade, É., Paraíso, A., Barbosa, N., Gomes-Sponholz, F., . . . Pacheco, Z. (2024). *Consulta de enfermagem às mulheres que convivem com HIV na perspectiva fenomenológica*.(28). Obtido de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remc/article/view/40982>.
- Marques, J. R. (2021). *Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: uma proposta de Padrão de Documentação*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2702>
- Martins, A. O. (2014). . *Riscos biológicos: Medidas de prevenção e controle no atendimento pré-hospitalar móvel*. Trabalho para a obtenção do grau de pós-graduado em Gestão em Saúde e Controle de infecção, Faculdade Método de São Paulo, São Paulo.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (23 de janeiro de 2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*(205), I Série- A, 2959-2962. Diário da República. Obtido em 11 de abril de 2025, de <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Ministério da Saúde. (1998). Decreto-Lei n.º 104/98 ,de 21 de abril. *Altera o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*, Série I-A(93/1998), 1739 - 1757. Diário da República. Obtido em Junho de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

- Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril(nº 79/2014), Serie II, 11123 - 11124*. Diário da República. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>
- Ministério da Saúde. (2024). Portaria n.º 90/2024/1 de 11 de março: Define os requisitos técnicos e funcionais para unidades de cuidados intensivos. *Diário da República, 1ª série(n.º 50)*. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/5673635/portaria-90-2024-1-de-11-de-marco>
- Montagner, G., Sousa, K. K., & Santoa, M. V. (2022). Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) algorithm in accident and disaster triage: an integrative review. *Research, Society and Development, 11(15)*, pp. e314111537234-e314111537234.
- Montero González, M. L. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria, 40*, pp. 51-57. Obtido de <https://doi.org/10.20960/nh.04681>
- Moon, J. Y., & Kim, J. O. (2015). *Ethics in the intensive care unit, 78(3)*, pp. 175-179. Obtido de <https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.3.175>
- Moraes, A., & Kron-Rodrigues, M. (2021). Competência Profissional do Enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: revisão integrativa da literatura. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.320-329>
- Morais, L., & Pratas, A. (2021). Abordagem da via aérea em ambiente pré-hospitalar. *Life Saving: Separata Científica. 8(19)*, pp. 22-33.
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. (2), pp. 147-152. Obtido em 10 de abril de 2025, de <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Murray, J. M., Wood, P., & Richardson, A. (2021). Transport of critically ill patients: A review of evidence-based practices. *Intensive Care Medicine, 47(3)*, pp. 391-399. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- Niv, E., Fireman, Z., & Vaisman, N. (2009). Post-pyloric feeding. *World Journal of Gastroenterology, 15(11)*, pp. 1281–1288. Obtido de <https://doi.org/10.3748/wjg.15.1281>
- Nunes, R. M., Nunes, M. R., Assunção, I. A., & Lages, L. D. (2019). Sistematização da Assistência de Enfermagem e os Desafios para sua Implantação na Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão de Literatura. *Revista Uningá, 56*, pp. 80-93. <https://doi.org/doi.org/10.46311/2318-0579.56.eUJ2179>
- Oliveira, C., Garnacho, M. N., Dourado, M. R., Madureira, L. M., & Cruz, P. S. (2022). O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. *Revista Cuidarte*. Obtido em abril de 2025, de <https://doi.org/10.15649/cuidarte>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Lisboa. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: *Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 226/2018 de 16 de Abril. *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar(74/2018)*, Serie II, 10758 - 10764. Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8153/regulamento-nº-223_2018-regulamento-da-competência-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 392/2018, de 28 de junho. *Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional(123/2018)*, Serie II, 17993-17999. *Diário da República*. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2018/06/123000000/1799317999.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista*, 26, 2ª Série, 4744-4750. *Diário da República*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 743/ 2019 de 25 de setembro. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem(184/2019)*, Série II, 128-155. *Diário da República*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 752/2021. *Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em enfermagem hiperbárica e subaquática, II Série(156)*, 131-147. Diário da República. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2021/08/156000000/0013100147.pdf>
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., & Girard, T. D. (2016). Delirium in ICU and long-term outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 315(10), pp. 1074-1081. Obtido de <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1162>
- Paulino, M. C., Pereira, I. J., Costa, V., Neves, A., Teixeira, C. M., & Granja, C. (2022). . Abordagem da sedação, da analgesia e do delirium em Portugal: inquérito nacional e estudo de prevalência. 34(2), pp. 227–236. Obtido em abril de 2025, de <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220020-pt>
- Pereira, E. R., Rocha, R. G., Monteiro, N. D., Oliveira, A. B., & Paes, G. O. (2020). Risco de infecção associado ao cuidado no atendimento pré-hospitalar: impactos para a segurança do paciente. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5846>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Portaria n.º 158/2012. (22 de maio de 2022). Estatutos do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (99/2012), *Serie I*. Diário da república . Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/158-2012-551999>
- Preiser, J. C., Arabi, Y. M., Berger, M. M., Casear, M., Mc Clave, S., & Montejo-Gonzalez, J. C. (2021). A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. 25(1), p. 424. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00880-4>
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>
- Rout, S. S., Patil, P. D., & Agarwal, S. K. (2020). Intra-hospital transport of critically ill patients: A review of clinical considerations and management strategies. *Journal of Critical Care Medicine*, 36(5), pp. 978-985.
- Sa, F. L., & Henriques, H. M. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de <https://discovery.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/jvqwpqabfz>
- Serrano, M. T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>
- Sousa, A., Martins, C., Pinto, D., Silva, F., Ferreira, L., & Santos, V. (2019). Gestão da Qualidade em Enfermagem. Quality Management in Nursing. *Journal of Aging & Innovation*, 8(1), 35-48. Obtido de

<https://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3JAIV8E1.pdf>

- Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019). Avaliação da satisfação e das preferências do doente com o diário em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), pp. 164–170. Obtido de <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190028>
- Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. Obtido de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Therrier, S., Marize Carlos, C., Fernandes Costa, R., Rezende Simino, G. P., & Guimarães Barbosa, J. A. (2021). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, pp. 1-10. Obtido de <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>
- Torres, L., Nelson, F., & West, G. (2020). Exploring the effects of a nurse-initiated diary intervention on post-critical care posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Nursing*, 120(5), pp. 24-30. Obtido de <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000667650.15924.77>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2017). Safer healthcare: Strategies for the real world. Obtido de <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). *STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department*, 7, pp. 259-266. <https://doi.org/doi.org/10.15441/ceem.19.086>
- World Health Organization. (2019). *Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries: A WHO practical toolkit*. Obtido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329404/9789241515481-eng.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão da Literatura:
**Manutenção da permeabilidade da sonda nasोजेजunal: O que
diz a Evidência?**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Revisão Literatura

Manutenção da permeabilidade da sonda nasojunal:

O que diz a Evidência?

Estudante: Sónia Marlene Machado Silva

Novembro, 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

Revisão Literatura

Manutenção da permeabilidade da sonda nasojunal:

O que diz a Evidência?

Estudante: Sónia Marlene Machado Silva

Nº 396423016

Sob orientação de: Profº Doutor Vasco Silva Neves

Novembro, 2024

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: Quando a Pessoa em Situação Crítica é incapaz de se alimentar por via oral, a Nutrição Entérica é o método preferido de alimentação já que apresenta um risco menor de complicações infecciosas que estão relacionadas com a alimentação parentérica (Crossfield et al., 2022). A alimentação pós pilórica é uma alternativa importante e promissora à Nutrição Parentérica. Importa conhecer as suas indicações e contra-indicações, as vantagens e desvantagens e estabelecer práticas normalizadas, baseadas na evidência científica, com intuito de garantir as melhores práticas de cuidados.

Objetivo: Identificar quais as intervenções de enfermagem na manutenção da permeabilidade da sonda nasojugal à Pessoa em Situação Crítica com Nutrição Entérica.

Metodologia: Foram utilizadas as bases de dados *CINHAL*, *Nursing&Allied Health Collection*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina*, *MEDLINE*, *Scielo*, *B-on* e literatura cinzenta, com um total de 7 artigos. A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro de 2024. Incluídos estudos com texto integral disponível, publicados entre 2019 e 2024, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, sendo critérios de inclusão maiores de 18 anos e contexto hospitalar.

Resultados: As principais causas de obstrução identificadas foram a ausência de irrigação com água em momentos necessários e/ou de forma periódica, a utilização de fórmulas ricas em fibra e a inexistência de diretrizes ou a sua utilização. Os resultados enfatizam a lavagem consistente e programada de todos os tipos de sondas durante a alimentação e administração de medicamentos como forma de diminuir a incidência de obstrução. Em caso de obstrução é recomendada a lavagem com água morna e se não resultar poderá ser utilizada uma solução de enzima pancreática.

Conclusão: A identificação das principais causas de obstrução e as recomendações para a prevenção das mesmas poderão permitir a implementação de práticas normalizadas, baseadas na evidência, com o intuito de garantir as melhores práticas de cuidados. Este estudo apresentou limitações, pelo reduzido número de resultados e o tipo de estudos incluídos. Para obter uma resposta mais efetiva, robusta e com maior validade é importante realizar estudos nesta área, envolvendo amostras mais significativas.

Palavras chave: *Enteral Nutrition; Enteral tube feeding; Nursing Care; Intensive Care; Complications.*

ABSTRACT

Introduction: When the Critically Ill Person is unable to eat orally, Enteral Nutrition is the preferred method of feeding as it presents a lower risk of infectious complications that are related to parenteral feeding (Crossfield et al., 2022). Post-pyloric feeding is an important and promising alternative to parenteral nutrition. It is important to know its indications and contraindications, its advantages and disadvantages and to establish standardized practices, based on scientific evidence, in order to guarantee the best care practices.

Objective: To identify the nursing interventions used to maintain the permeability of the nasogastric tube in critically ill patients with enteric nutrition.

Methodology: The databases CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedLatina, MEDLINE, Scielo, B-on and gray literature were used, with a total of 7 articles. The search was carried out during the month of October 2024. Included were studies with full text available, published between 2019 and 2024, in Portuguese, English and Spanish, with inclusion criteria being over 18 years of age and in a hospital setting.

Results: The main causes of obstruction identified were the absence of irrigation with water at necessary times and/or on a regular basis, the use of fiber-rich formulas and the absence of guidelines or their use. The results emphasize the consistent and scheduled flushing of all types of probes during feeding and medication administration as a way of reducing the incidence of obstruction. In the event of obstruction, flushing with warm water is recommended and if this doesn't work, a pancreatic enzyme solution can be used.

Conclusion: The identification of the main causes of obstruction and recommendations for their prevention could enable the implementation of standardized, evidence-based practices, with the aim of guaranteeing best care practices. This study had limitations due to the small number of results and the type of studies included. In order to obtain a more effective, robust and valid response, it is important to carry out studies in this area involving larger samples.

Keywords: Enteral nutrition; Enteral tube feeding; Nursing care; Intensive care; Complications

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ASPEN - *American Society for Parental and Enteral Nutrition*

APA - *American Psychological Association*

ESPEN - *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*

ESICM - *European Society of Intensive Care Medicine*

ml - mililitros

NE - Nutrição Entérica

NP- Nutrição Parentérica

PBE - Prática Baseada na Evidência

PSC - Pessoa em Situação Crítica

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SF - Soro Fisiológico

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VRG - volume Residual Gástrico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	93
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	95
2. METODOLOGIA.....	98
3. RESULTADOS.....	101
4. DISCUSSÃO.....	104
5. CONCLUSÕES.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
APÊNDICES.....	115
APÊNDICE I - SÍNTESE DESCRITIVA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS (TABELA DE EVIDÊNCIAS).....	116

INTRODUÇÃO

Este trabalho reflete o percurso realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e tem como finalidade a procura de evidência científica relativamente às causas mais frequentes de obstrução da sonda nasojugal na PSC com Nutrição Entérica (NE). Este trabalho visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados à PSC com NE numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Existe um reconhecimento cada vez maior da importância da nutrição da PSC, especialmente quando permanecem por um longo período em UCI, necessitando muitas vezes de medidas de suporte vital desencadeando um estado de catabolismo grave.

A *European federation of Critical Care Nursing associations* assume que uma das funções dos enfermeiros da UCI é garantir um suporte nutricional adequado que facilite a recuperação da pessoa e para que isso aconteça é essencial que os enfermeiros avaliem e monitorem a nutrição da PSC (EfCCNa, 2019).

Quando a PSC é incapaz de se alimentar por via oral, a (NE) é o método preferido de alimentação já que apresenta um risco menor de complicações infecciosas que estão relacionadas com a alimentação parentérica (Crossfield et al., 2022).

Nos últimos anos foram criadas diretrizes de NE através do consenso de especialistas que procuram mitigar lacunas durante o processo de alimentação, padronizar o plano de alimentação, reduzir a intolerância alimentar e diminuir complicações do trato gastrointestinal das pessoas sujeitas a alimentação entérica (Jiao et al., 2022). Vários estudos recomendam o desenvolvimento e implementação de *guidelines* de terapia nutricional para melhorar as práticas nutricionais nos serviços (Mooi, 2023).

No serviço onde me encontro a realizar o meu estágio, verificou-se uma incidência de cerca de 2 a 3 obstruções, no período de um mês, associada a variações na prática dos cuidados de enfermagem, nomeadamente os que são prestados à PSC com NE. Esta variação de cuidados pode ser reduzida através da elaboração e da implementação de protocolos/normas com base em diretrizes internacionais de Nutrição, que descrevem um conjunto de intervenções para antecipar as complicações relacionadas à NE. Desta forma, e com base neste pressuposto, é fundamental prevenir e/ou minimizar as

possíveis complicações associadas à NE, nomeadamente a obstrução da sonda, através da padronização dos cuidados de enfermagem, por meio de protocolos ou normas de prática clínica, justificando a pertinência do tema desta revisão da literatura.

Para a realização deste trabalho foi efetuada uma pesquisa em bases de dados científicas, assim como a leitura de documentos considerados pertinentes para o tema em questão. A presente revisão da literatura, encontra-se estruturada em três partes. A primeira parte, refere-se ao enquadramento teórico, onde descreve a NE, suas indicações, cuidados específicos e complicações associadas. A segunda parte integra a metodologia utilizada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por último, apresentam-se as conclusões desta revisão onde se pretende dar a conhecer a melhor evidência relativamente às práticas de enfermagem, na manutenção da permeabilidade da sonda nasojunal, tendo em conta as causas mais frequentes de obstrução. Para a elaboração deste trabalho, foram utilizadas as normas de redação de trabalhos escritos com base nas orientações da *American Psychological Association* (APA 7).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é considerada como o padrão preconizado para os prestadores de cuidados de saúde com abordagem transdisciplinar em âmbito internacional. Este paradigma é apoiado por organizações de saúde nacionais, internacionais e profissionais. O propósito da tomada de decisão fundamentada em evidências consiste em minimizar o erro nas práticas, promover a excelência nos cuidados, otimizar os resultados para as pessoas e controlar os custos (Connor et al., 2023).

A prática diária do enfermeiro revela que os cuidados com a NE e com as complicações decorrentes do seu uso ainda não estão claramente definidos e instituídos. Assim, esta revisão pretende identificar na literatura as causas mais frequentes para obstrução da sonda nasojejunal na PSC com NE e as intervenções de enfermagem que melhor se coadunam com a prevenção e/ou desobstrução da sonda. O objetivo é contribuir para o melhor desempenho na qualidade dos cuidados prestados e otimizar os recursos do sistema de saúde.

A preocupação com a nutrição surgiu desde Florence Nightingale, quando esta alertava que os cuidadores deveriam estar atentos para a alimentação das pessoas doentes, sendo importante que o enfermeiro realizasse o controle da dieta. A enfermagem, por permanecer 24h junto à cabeceira da pessoa doente, desempenha um papel importante no sentido de direcionar e programar ações para o alcance da qualidade da assistência relacionada à NE (Cervo AS, 2013).

A NE é uma componente integral da gestão padrão de doentes gravemente doentes em UCI. No entanto, alcançar uma nutrição adequada neste ambiente apresenta muitos desafios. A NE pode ser definida como a administração de uma formulação líquida padrão através do trato gastrointestinal, para doentes que são incapazes de satisfazer as suas necessidades por via oral (Padilla et al., 2019). Embora permaneçam diversas áreas de controvérsia no campo da nutrição em Cuidados Intensivos, a *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM) e a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) concordam na necessidade de instituir suporte nutricional específico nos doentes graves que apresentam sinais ou risco de malnutrição. As recomendações de ambas as sociedades também coincidem na opção pela NE como primeira linha, já que não existem vantagens demonstradas da nutrição parentérica.

Embora tradicionalmente, a NE em Cuidados Intensivos se faça através de sondas nasogástricas, diversos estudos têm demonstrado vantagens em optar, em situações particulares, pela nutrição pós-pilórica (Rosa et al., 2005).

As indicações para este tipo de alimentação são crescentes e incluem uma variedade de condições clínicas, como gastroparésia, pancreatite aguda, estenose da saída gástrica, hiperemese (incluindo gravídica), aspiração recorrente, fístula traqueoesofágica. A principal contraindicação para a alimentação pós-pilórica é a obstrução em diferentes partes do trato gastrointestinal (Niv, E et al., 2009). As vias de acesso para a alimentação pós-pilórica incluem as sondas nasoduodenais e nasojejunais e a jejunostomia.

A principal desvantagem deste procedimento reside na necessidade de realização de uma gastroscopia completa, o que eleva os custos, prolonga a duração do procedimento e aumenta o risco de complicações associadas, como perfuração e lesão dentária. Contudo, a elevada taxa de sucesso deste procedimento (93-98%) torna-o altamente atrativo (Niv, E et al., 2009).

A posição adequada das sondas deve ser verificada radiograficamente antes de se iniciar a alimentação. O uso das técnicas convencionais para a verificação da posição da sonda nasogástrica tem sido alvo de controvérsia, uma vez que métodos como a auscultação da entrada de ar não são suficientes para assegurar a correta localização da sonda. A auscultação do ar insuflado, embora frequentemente utilizada, não permite distinguir de forma fiável se a sonda está colocada no jejuno ou se está erroneamente posicionada no estômago, esófago ou pulmões. Adicionalmente, a insuflação de ar no jejuno não é uma prática segura, dada a possibilidade de complicações associadas (Niv et al., 2009).

As complicações mais comuns das sondas nasojejunais são: falha na colocação da sonda nasojejunal, deslocamento da sonda, obstrução da sonda, epistaxe transitória ligeira, irritação da mucosa nasal, diarreia relacionada com a alimentação, dor abdominal, cólicas e hiperglicemia (Niv, E et al., 2009).

A literatura diz-nos, que as sondas são suscetíveis de serem obstruídas por medicamentos esmagados, soluções viscosas e lavagem inadequada. Por isso, devem ser lavadas a cada 4-6 horas, antes de iniciar e ao terminar a perfusão da dieta, antes e após a administração de medicamentos. Além disso, o uso de medicamentos e NE concomitantes pode acarretar redução da biodisponibilidade do fármaco e obstrução da sonda. A prevenção da

deslocação de uma sonda nasojunal pode ser evitada através de uma fixação adequada (Niv, E et al., 2009).

Sabe-se que, alguns doentes que são alimentados pós-piloricamente podem desenvolver sintomas semelhantes aos da *síndrome de dumping*, nomeadamente, palpitações, sudorese, taquicardia, hipoglicemia, diarreia e síncope. Assim sendo, a alimentação pós-pilórica deve ser realizada continuamente por bomba e não por bólus. As ações recomendadas para os casos de diarreia são: excluir outras possíveis causas, diminuir a taxa de alimentação e considerar a mudança da fórmula para uma menos osmótica e que contenha fibra (Niv, E et al., 2009). O modo de administração, a fórmula apropriada e a taxa de administração são características importantes para o sucesso da alimentação pós-pilórica. O tipo de fórmula preferível ainda não foi determinado e existem poucos estudos que abordam esta questão (Niv, E et al., 2009). Na falta de dados suficientes, cada instituição/serviço desenvolve o seu próprio protocolo.

Salienta-se assim a importância do conhecimento das indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens pelos enfermeiros, na prevenção destes eventos e deteção precoce de complicações.

2. METODOLOGIA

De acordo com Polit e Beck (2017), uma questão de investigação é uma pergunta formulada de maneira clara e específica, que orienta o desenvolvimento de um estudo e define a problemática que será investigada. Ela reflete o interesse do investigador em compreender uma situação, fenômeno ou problema específico, e é essencial para guiar o processo de colheita e análise de dados.

Partindo deste pressuposto para a construção da questão de investigação recorreu-se aos termos de pesquisa tendo em conta as orientações da terminologia **PICO** - População, Intervenção, Comparação e Outcomes, conforme se descreve no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – terminologia PICO	
Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
População (P)	Pessoa em situação crítica com necessidade de NE
Intervenção (I)	Intervenções de Enfermagem à PSC com sonda nasojunal
Comparação (C)	NA
Outcomes (O)	Permeabilidade da sonda nasojunal

Deste modo, formulou-se a seguinte questão de investigação: “*Quais as Intervenções de Enfermagem na manutenção da permeabilidade da sonda nasojunal à PSC com NE?*”

Na estratégia de pesquisa utilizaram-se bases de dados informatizadas como *CINHAL*, *Nursing&Allied Health Collection*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina*, *MEDLINE*, *Scielo*, *B-on*. Além das bases de dados de publicações científicas indexadas, explorou-se a literatura cinzenta, que veicula literatura não publicada como resumos de congresso e documentos técnicos. A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro de 2024.

Os Descritores utilizados foram: (“*Enteral Nutrition*”) AND (“*nursing care*”) AND (“*enteral tube feeding*”) AND (“*intensive care unit*”) AND (“*complications*”).

Os limitadores deste estudo, foram estudos com texto integral disponível, publicados entre 2019 e 2024, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, sendo critérios de inclusão maiores de 18 anos e contexto hospitalar.

Após a identificação, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão de investigação e os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura integral da publicação.

Na Figura 1. é apresentado o fluxograma, de acordo com a metodologia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) onde se pretende de forma clara e organizada agregar todo o processo de identificação e seleção de evidências para a revisão em questão.

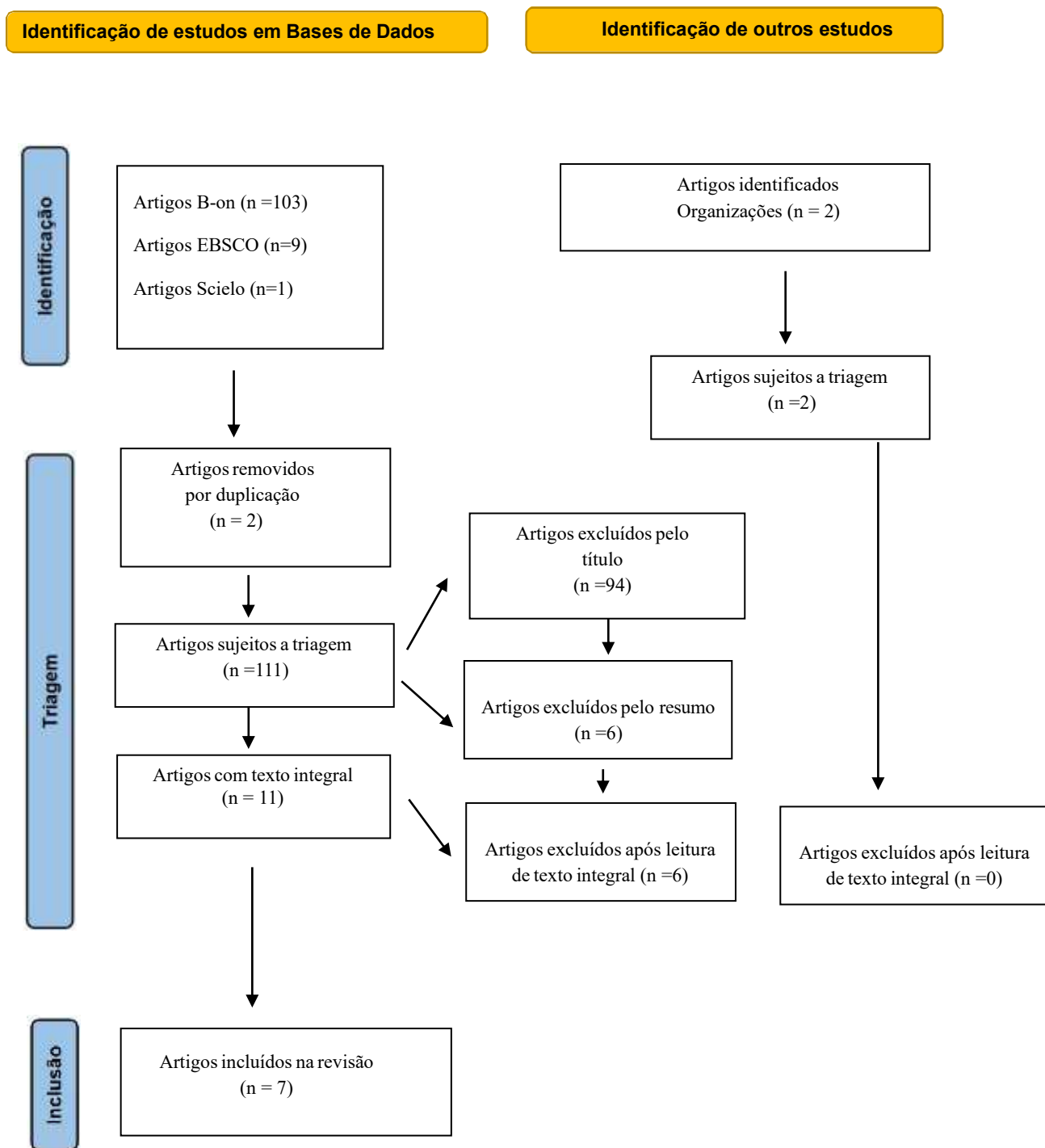


Fig 1. Diagrama Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)

3. RESULTADOS

Foram identificados no total 113 artigos, 2 foram removidos por duplicação, sendo sujeitos a triagem 111 artigos. Destes 94 foram excluídos pelo título e 6 pelo resumo, obtendo-se 11 artigos para leitura do texto integral. Da análise do texto integral incluem-se no estudo 7 artigos para elaboração desta revisão.

Apresenta-se, de seguida, uma tabela síntese das evidências selecionadas, enquanto resultado da revisão de literatura realizada. A tabela completa, com a descrição pormenorizada de cada estudo, incluindo a identificação dos autores, títulos dos artigos e respetivos resultados, encontra-se disponível em apêndice, permitindo uma consulta detalhada da evidência analisada.

TABELA 1- Tabela Síntese de Resultados

1. Placement of Nasogastric Feeding Tube and Postinsertion Care Review (Bloom et al., 2022)	
Resultados	Não é recomendado adicionar medicamentos à NE; - Lavar antes e depois da administração da medicação com 30 ml de água; Evitar triturar medicamentos; Preferir medicamentos líquidos; - Se obstrução, usar uma solução de enzima pancreática combicarbonato se a irrigação com água não resultar.

2. Avaliação Da Nutrição Enteral Em Unidade De Terapia Intensiva (Therrier et al., 2021)	
Resultados	Obstrução da sonda ocorre: Falta de irrigação com água de forma periódica; Lavagem antes e após administração de medicamentos; Interação entre medicamentos; Interação entre medicamentos e NE.

3. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico (Montero González, 2023)	
Resultados	A NE deverá ser contínua, salvo indicação em contrário; A NE deverá ser administrada durante 23h, com 1h de descanso; - Os sistemas utilizados para administração da NE devem ser substituídos 1x dia; - Lavar a sonda com 20/30 ml de água antes e depois da administração da medicação e em alimentação contínua a cada 6 horas com 20 a 50 ml água

4. Enteral Nutrition Overview (Doley ,2022)	
Resultados	- Na alimentação pós-pilórica a NE deve ser continua;Causas de obstrução: Lavagens com água insuficientes; Administração inadequada de medicamentos; Utilização de fórmulas ricas em fibras. - Lavar a sonda com mínimo de 15 ml de água antes e depois de cada medicação e bólus de NE administrada; Evitar medicamentos triturados.

5. Risks in Management of Enteral Nutrition in Intensive Care Units: A Literature Review and Narrative Synthesis. (Hoffmann et al., 2021)	
Resultados	Riscos e problemas: não utilização de avaliação clínica, gestão inadequada da sonda, falta de meta energética, falta de nutricionista, má higiene e manuseamento, gestão errada do tempo e da velocidade, interrupções nutricionais, posição corporal errada, complicações gastrointestinais e infeções, falta ou não utilização de diretrizes, falta de pessoal e de formação.

6. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (Boullata et al., 2017)

Resultados	Evitar misturar diferentes medicamentos; - Os comprimidos devem ser esmagados até formar um pó fino e misturados com cerca de 30 a 60 ml de água. - Interromper a alimentação e lavar com 15 ml água antes e depois de administrar a medicação; A diluição de suspensões viscosas deve ser num volume de 1:1. - Não recomenda o uso de coca-cola ou outras bebidas gaseificadas que podem piorar as oclusões devido ao Extra-Hospitalar ácido destes fluidos. O ácido pode fazer com que as proteínas da fórmula entérica precipitem para o interior da sonda, piorando a obstrução. Desobstrução da sonda: - Instilar água morna utilizando uma seringa de 30 ou 60ml e aplicar um movimento suave para a frente e para trás com o êmbolo da seringa. Se não resolver, utilizar uma solução de enzima pancreática não revestida, esmagando um comprimido e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml. A solução deve ser introduzida na obstrução e pinçada a sonda durante pelo menos 30min;
-------------------	---

7. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (Singer et al., 2023)

Resultados	- O acesso gástrico deve ser utilizado como abordagem padrão para iniciar a NE; - Em doentes com intolerância à alimentação gástrica não resolvida com agentes procinéticos, deve ser utilizada alimentação pós- pilórica; - Nos doentes considerados de alto risco de aspiração, pode ser realizada alimentação pós-pilórica, principalmente jejunal; - As orientações baseadas no melhor conhecimento e evidência atual fornecem um conjunto de recomendações nutricionais nas situações clínicas mais frequentes encontradas na prática diária na UCI.
-------------------	--

4. DISCUSSÃO

Os estudos sugerem que a capacitação das equipas de enfermagem, visando o aprimoramento da prática essencial parece melhorar os *outcomes* na prevenção de complicações relacionadas com a sonda nasoentérica e a NE.

O estudo de Bloom & Seckel (2022) tem como objetivo determinar a melhor metodologia para a inserção e confirmação de sondas nasogástricas, bem como, fornecer educação aos enfermeiros sobre métodos de prática baseados em evidências para este procedimento. Baseou-se na análise de estudos realizados sobre esta temática e orientações da ASPEN (2016), orientações ESPEN (2019) e *guidelines* ACG (2016).

Neste estudo são mencionadas as complicações relacionadas com o uso de sonda como: lesões por pressão relacionadas com os dispositivos médicos, ligações incorretas, deslocamento da sonda, obstrução da sonda, aspiração. Como prevenção da aspiração sugerem elevação da cabeceira 30° a 45°, avaliar a posição sonda e a intolerância a cada 4 horas. O mesmo menciona a importância da monitorização do local de fixação.

A confirmação radiográfica é recomendada para garantir a localização quando há suspeita de migração da sonda e para evitar ligações incorretas deve existir um conjunto de produtos afetos à administração por sonda, desde a seringa para lavagem, aspiração e administração de medicamentos.

Segundo Bloom & Seckel (2022), não é recomendado adicionar medicamentos à NE, estes devem ser administrados separadamente para evitar contaminação, obstrução da sonda e interferência com a biodisponibilidade do medicamento. As sondas devem ser lavadas antes e depois da administração da medicação com 30 ml de água, sendo cada medicamento administrado em separado, e uma lavagem adicional de pelo menos 5ml de água morna entre cada medicação. A administração de medicamentos triturados deve ser evitada. Os medicamentos líquidos são preferidos, se disponíveis, mas estas soluções também apresentam risco de diarreia se contiverem sorbitol ou forem hiperosmóticas.

Em caso de obstrução, segundo estes autores, deve ser tentada uma solução de enzima pancreática com bicarbonato se a irrigação com água não resultar.

O mesmo estudo enfatiza a importância de cada instituição ter um procedimento ou protocolo para a inserção e cuidados com a sonda nasoentérica com base em diretrizes baseadas em evidências.

O estudo de Therrier et al. (2021) remete para um estudo descritivo, quantitativo e longitudinal e tem como objetivo avaliar a administração da NE em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Este estudo percebeu que entre os fatores que limitaram a administração da NE muitos são passíveis de prevenção com o aprimoramento dos cuidados de enfermagem, vindo reforçar as principais conclusões do estudo anterior, referindo que um cuidado essencial para a prevenção da exteriorização da sonda está na avaliação diária da fixação da sonda, nos cuidados ao manipular o doente, protegendo o seu posicionamento externo de forma a dificultar a remoção pelo doente.

Segundo este artigo, a obstrução da sonda ocorre quase sempre da falta de irrigação com água em momentos necessários e/ou de forma periódica, como antes de iniciar e ao término da infusão da dieta, e antes e após a administração de medicamentos. Pode ocorrer, ainda, da interação entre medicamentos ou entre medicamentos e a NE. Já em 2005, Rosa et al mencionaram que a incorreta administração de medicamentos pelo lúmen jejunal poderia causar obstrução da sonda.

Montero (2023) vem validar as conclusões dos estudos anteriores remetendo para os cuidados de manutenção da sonda como: os sistemas utilizados para administração da NE devem ser substituídos 1x dia; lavagem da sonda com 20/30 ml de água depois da administração da medicação e em alimentação contínua a cada 6 horas com 20 a 50 ml água; mobilização da sonda 2/3cm quando se substitui a fixação, exceto em sondas pós-pilóricas e recomenda NE contínua, administrada durante 23h, com 1 hora de descanso.

No estudo de Doley (2022) são reforçadas as causas de obstrução da sonda como lavagens com água insuficientes, administração inadequada de medicamentos, verificações frequentes do VRG (sondas nasogástricas), utilização de fórmulas ricas em fibras. Sugerem lavar a sonda com mínimo de 15 ml de água antes e depois de cada medicação e bólus de NE administrada.

Este estudo enfatiza a importância de rever todos os medicamentos para determinar se algum pode ser alterado para uma fórmula que não necessite de ser administrado através de sonda e garantir assim, que os medicamentos são administrados adequadamente não esmagando o revestimento entérico.

Hoffmann et al. (2021) identifica vários riscos e problemas como a não utilização de avaliação clínica, gestão inadequada da sonda, falta de meta energética, falta de nutricionista, má higiene e manuseamento, gestão errada do tempo e da velocidade,

interrupções nutricionais, posição corporal errada, complicações gastrointestinais e infeções, falta ou não utilização de diretrizes, falta de pessoal e de formação. Defendem a gestão de riscos com ferramentas como *checklists* ou outras ferramentas de análise de riscos para melhorar a segurança do doente na UCI e garantir o conhecimento.

O objetivo deste estudo foi identificar os riscos e as questões relacionadas com a segurança do doente na gestão da NE em doentes críticos numa UCI. Este estudo apesar de não refletir diretamente sobre as causas de obstrução e manutenção da permeabilidade da sonda, leva-nos a refletir sobre a prática de cuidados e sobre os riscos reais e potenciais e de que forma, a elaboração de protocolos baseados em evidências, *guidelines* nos garante as melhores práticas de cuidados.

Nesta revisão privilegiou-se a inclusão de *guidelines* como “Práticas seguras da ASPEN para terapia NE” de 2017, e o artigo “Orientação prática parcialmente revista da ESPEN: Nutrição clínica na UCI” de 2023 que sustentam os resultados anteriormente apresentados.

De acordo com Boullata et al. (2017), uma sonda obstruída pode resultar na diminuição do fornecimento de nutrientes ou atrasar a administração de medicamentos. Para garantir as melhores práticas, a ASPEN recomenda: lavar a sonda antes e após a administração de medicamentos; limitar as verificações de resíduos gástricos nas sondas nasogástricas, uma vez que o conteúdo pode provocar a precipitação de proteínas nas fórmulas entéricas no lúmen da sonda; lavar as sondas com um volume mínimo de 30 ml de água de 4/4 horas e lavar a sonda com 30 ml de água após medições de VRG. No entanto, a quantidade de água utilizada deve ser determinada pelas necessidades e restrições de fluidos do doente.

A ASPEN refere que a prevenção é a forma preferencial de minimizar a obstrução da sonda de alimentação entérica. A lavagem consistente e programada de todos os tipos de sondas durante a alimentação e administração de medicamentos é a melhor forma de diminuir a incidência de oclusão da sonda (Boullata et al., 2017).

Relativamente á obstrução da sonda os mesmos autores dizem-nos que as sondas de poliuretano são preferíveis ao silicone porque sustentam melhor a permeabilidade e que as sondas nasojeunais por serem mais compridas e de menor diâmetro são suscetíveis a serem obstruídas por medicamentos esmagados, alimentos viscosos e lavagem inadequada.

Apesar da literatura referir que a desobstrução da sonda pode ser com água quente, Coca-Cola ou enzimas pancreáticas, como refere Niv et al. (2009), a ASPEN, não valida o uso de coca-cola ou outras bebidas gaseificadas pois podem piorar as oclusões devido ao pH ácido destes fluidos. O ácido pode fazer com que as proteínas da fórmula entérica precipitem para o interior da sonda, piorando a obstrução (Boullata et al., 2017).

Segundo a ASPEN (2017) as recomendações práticas para desobstrução da sonda consistem em instilar água morna utilizando uma seringa de 30 ou 60ml e aplicar um movimento suave para a frente e para trás com o êmbolo da seringa. Se a lavagem com água não resolver, deve ser utilizada uma solução de enzima pancreática não revestida, esmagando um comprimido de enzima pancreática e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml de água. A solução deve ser introduzida na obstrução e pinçada a sonda durante pelo menos 30 min, que é corroborado por Bloom & Seckel (2022).

As mesmas recomendações orientam a prática da administração de medicamentos através de uma sonda devendo-se evitar misturar diferentes medicamentos, dados os riscos de incompatibilidades físicas e químicas, obstrução da sonda e respostas alteradas aos medicamentos terapêuticos. Os comprimidos devem ser esmagados até formar um pó fino e misturados com cerca de 30 a 60 ml de água. Contudo, antes de administrar a medicação, a alimentação deve ser interrompida e a sonda lavada com pelo menos 15ml de água, depois administrar o medicamento e lavar novamente com 15 ml de água. A diluição de suspensões viscosas deve ser num volume de 1:1. Os medicamentos de elevada osmolaridade podem resultar em efeitos adversos na mucosa ou criar efeito osmótico em porções do intestino. Quanto maior a osmolaridade, maior será o volume de diluente necessário.

A ESPEN (2023) disponibilizou uma orientação prática revista acerca da NE na UCI, sendo o principal objetivo desta diretriz prática aumentar a compreensão e permitir que o profissional implemente as diretrizes de nutrição na UCI com o objetivo de alcançar o suporte nutricional ideal para os doentes e esclarecer as lacunas no conhecimento. Esta diretriz reforça que o acesso gástrico deve ser utilizado como abordagem padrão para iniciar a NE. Contudo, em doentes com intolerância à alimentação gástrica não resolvida com agentes procinéticos, deve ser utilizada alimentação pós-pilórica.

Constatou-se que as causas de interrupção da NE são, por vezes, evitáveis, o que sugere que a equipe multiprofissional procure minimizá-las. Nestes estudos é notório a

importância dos cuidados de enfermagem como forma de garantir a permeabilidade das sondas e minimizando assim o impacto das complicações relacionadas com a sua obstrução.

5. CONCLUSÕES

A integração de práticas de enfermagem baseadas em evidência, aliada a uma abordagem personalizada, é essencial para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e melhorar os resultados para as pessoas. A constante atualização e aprimoramento dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros nessa área são fundamentais para enfrentar os desafios complexos associados à administração de NE em contextos de Cuidados Intensivos.

A via pós-pilórica é um método promissor de alimentação entérica. Em alguns casos, é a única forma viável de manter a administração entérica e evitar a nutrição parentérica (Niv, E et al., 2009). O conhecimento das indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens e a experiência com a colocação e substituição devem ser parte essencial da formação dos enfermeiros.

No que concerne ao alcance da resposta para a questão que motivou a realização desta revisão, podemos concluir que as principais causas de obstrução das sondas são as lavagens com água insuficientes, nos momentos necessários e/ou de forma periódica e a administração inadequada de medicamentos.

Parece não existir consenso no uso de bebidas gaseificadas para desobstrução da sonda. A ASPEN menciona a necessidade de estudos para avaliar estas opções. Ou seja, é necessária maior evidência entre as *guidelines* recomendadas e a prática clínica real (Boullata et al., 2017). Contudo, os resultados salientam que em caso de obstrução é recomendada a lavagem com água morna. Se não resultar, sugerem utilizar uma solução de enzima pancreática (Boullata et al., 2017; Bloom et al., 2022).

Estes resultados destacam o papel do enfermeiro na manutenção da permeabilidade das sondas nasoentéricas e mais especificamente, das sondas nasojejunais. Ou seja, a identificação das principais causas de obstrução e as recomendações para a prevenção das mesmas poderão permitir a implementação de práticas normalizadas, baseadas na evidência, com o intuito de garantir as melhores práticas de cuidados. Torna-se assim necessária uma abordagem sistemática de cuidados para maximizar os benefícios da NE, e ao mesmo tempo, minimizar os eventos adversos.

É importante salientar que, de acordo com as diretrizes da ESPEN (2023), há uma ênfase na utilização do acesso gástrico como método padrão, sendo recomendado o uso do

acesso pós-pilórico em casos de intolerância à alimentação gástrica devido à gastroparesia e em pacientes com elevado risco de aspiração (Singer et al., 2023).

Este estudo sublinha a necessidade de um maior investimento na formação, com o objetivo de otimizar os cuidados de enfermagem à PSC com NE em contexto de CI, por meio de uma monitorização eficaz, que contribua para a uniformização e implementação de práticas seguras de cuidados.

Nesse sentido, os resultados desta revisão foram partilhados com a equipa em reunião de serviço, havendo uma receptividade importante para a mudança da prática de cuidados com vista à melhoria da qualidade assistencial. Estes resultados iriam verter num protocolo de serviço, orientado pelo grupo de trabalho já existente, responsável por esta temática.

Contudo, este estudo apresentou algumas limitações como o tempo disponível para a sua realização, o reduzido número de resultados de acordo com os limitadores definidos e o tipo de estudos incluídos, podendo em algum momento conduzir a algum viés nos resultados.

Por isso, para obter uma resposta mais efetiva, robusta e com maior validade parece-nos importante continuar a realizar estudos nesta área, envolvendo amostras mais significativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., McGinnis, C., Wessel, J. J., Bajpai, S., Beebe, M. L., Kinn, T. J., Klang, M. G., Lord, L., Martin, K., Pompeii-Wolfe, C., Sullivan, J., Wood, A., Malone, A., Guenter, P., & ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy Task Force, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2017). ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(1), 15–103. <https://doi.org/10.1177/0148607116681209>
- Bloom, L., & Seckel, M. A. (2022). Placement of nasogastric feeding tube and postinsertion care review. *AACN Advanced Critical Care*, 33(1), 68–84. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2022306>
- Cervo, A. S. (2013). *Eventos adversos em terapia nutricional enteral* [Dissertação, Universidade Federal de Santa Maria]. Universidade Federal de Santa Maria.
- Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Crossfield, C. L., Russo, P. L., & Bucknall, T. K. (2022). Enteral nutrition feeding practices by intensive care nurses: A retrospective evaluation. *Nursing in Critical Care*, 27(5), 676–681. <https://doi.org/10.1111/nicc.12609>
- Doley, J. (2022). Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 14(11), 2180. <https://doi.org/10.3390/nu14112180>
- European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa). (2019). *EfCCNa position statement: Nurses' responsibilities on providing enteral nutrition to the critically ill patient* [PDF]. https://www.efccna.org/images/stories/publication/2019_PS_Enteral_Nutrition.pdf

Ferreira, S., Correia, F., & Santos, A. (2012). Interações entre fármacos e nutrição entérica: Revisão do conhecimento para o desenvolvimento de estratégias de minimização do risco. *Arquivos de Medicina*, 26, 154–163.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5ª ed.). Lusociência.

Hoefler, R., & Vidal, J. S. (2009). Administração de medicamentos por sonda. *Farmacoterapêutica*, 14(3/4), 1–4.

Hoffmann, M., Schwarz, C. M., Fürst, S., Starchl, C., Lobmeyr, E., Sendlhofer, G., & Jeitziner, M.-M. (2021). Risks in management of enteral nutrition in intensive care units: A literature review and narrative synthesis. *Nutrients*, 13(1), 82. <https://doi.org/10.3390/nu13010082>

Jiao, J., Chen, Y., Yang, L., Li, W., Zhou, Z., Li, L., et al. (2022). Nursing practice based on evidence-based concepts to prevent enteral nutrition complications for critically ill neurosurgical patients. *Frontiers in Surgery*, 9, 857877. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.857877>

Kim, H., & Chang, S. J. (2019). Implementing an educational program to improve critical care nurses' enteral nutritional support. *Australian Critical Care*, 32(3), 218– 222. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.004>

Mooi, N. M., & Ncama, B. P. (2019). Evidence on nutritional therapy practice guidelines and implementation in adult critically ill patients: A systematic scoping review. *Curationis*, 42(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1973>

Montero González, M. L. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 40, 51–57. <https://doi.org/10.20960/nh.04681>

McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W., Cresci, G. A., Gervasio, J. M., Sacks, G. S., Roberts, P. R., ComExtra-Hospitalar, C., Society of Critical Care Medicine, & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient:

Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159–211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>

Niv, E., Fireman, Z., & Vaisman, N. (2009). Post-pyloric feeding: Is it always the right choice in critically ill patients? *The Clinical Nutrition*, 28(6), 607–612. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.02.004>

Niv, E., Fireman, Z., & Vaisman, N. (2009). Post-pyloric feeding. *World Journal of Gastroenterology*, 15(11), 1281–1288. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.1281>

Padilla, P. F., Martínez, G., Vernooij, R. W., Urrútia, G., Roqué I Figuls, M., & Bonfill Cosp, X. (2019). Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012340.pub2>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10^a ed.). Wolters Kluwer.

Preiser, J. C., Arabi, Y. M., Berger, M. M., Casaer, M., McClave, S., Montejo-González, J. C., et al. (2021). A guide to enteral nutrition in intensive care units: 10 expert tips for the daily practice. *Critical Care*, 25(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00880-4>

Rosa, I., Henriques, R., Dias, A., Páscoa, B., Gonçalves, L., Medeiros, I., ... & Queiroz, A. (2005). Nutrição entérica em cuidados intensivos. *GE–Jornal Português de Gastreenterologia*, 12, 204–210.

Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>

Therrier, S., Marize Carlos, C., Fernandes Costa, R., Rezende Simino, G. P., & Guimarães Barbosa, J. A. (2021). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, 1–10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>

Zoeller, S., Bechtold, M. L., Burns, B., Cattell, T., Grenda, B., Haffke, L., Larimer, C., Powers, J., Reuning, F., Tweel, L., Guenter, P., & ASPEN Enteral Nutrition Task Force. (2020). Dispelling myths and unfounded practices about enteral nutrition. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 35(2), 196–204. <https://doi.org/10.1002/ncp.10456>

APÊNDICES

APÊNDICE I –

Síntese descritiva dos estudos incluídos (Tabela de evidências)

Tabela 1. Síntese descritiva dos estudos incluídos (Tabela de evidências)

Informação bibliográfica		Bloom, L., & Seckel, M. A. (2022). Placement of Nasogastric Feeding Tube and Postinsertion Care Review. <i>AACN Advanced Critical Care</i> , 33(1), 68–84. https://doi.org/10.4037/aacnacc2022306
Palavras-chave		• Confirmation • Enteral • Feeding tubes • Nutrition • Placement
Objetivos		- Determinar a melhor metodologia para a inserção e confirmação de sondas nasogástricas. - Fornecer educação aos enfermeiros sobre métodos de prática baseados em evidências para este procedimento.
Metodologia	Amostra	NA
	Instrumento de recolha de dados	N/A
	Tipo de estudo	Revisão da literatura
Resultados		- Existem complicações como lesões por pressão relacionadas com os dispositivos médicos, ligações incorretas, deslocamento da sonda, obstrução da sonda, aspiração. - As intervenções para prevenir a aspiração são: elevação cabeceira 30° a 45°, avaliara posição sonda cada 4horas e avaliar a intolerância a cada 4 horas. O local de fixação deve ser monitorizado regularmente e substituída a fixação. A confirmação radiográfica é recomendada para confirmar a localização quando há suspeita de migração do tubo. Para evitar ligações incorretas deve existir conjunto de produtos afetos a administração por sonda, desde a seringa para lavagem, aspiração e administração de medicamentos. - Não é recomendado adicionar medicamentos à NE. Devem ser administrados separadamente para evitar contaminação, oclusão do tubo e interferência com a biodisponibilidade do medicamento. - Se obstrução, deve ser tentada uma solução de enzima pancreática com bicarbonato se a irrigação com água não resultar. - As sondas devem ser lavadas antes e depois da administração da medicação com 30 ml de água, sendo cada medicamento administrado em separado, e uma lavagem adicional de pelo menos 5 ml de água morna entre cada medicação. -A administração de medicamentos triturados deve ser evitada. Os medicamentos líquidos são preferidos, se disponíveis, mas estas soluções também apresentam risco de diarreia se contiverem sorbitol ou forem hiperosmóticas.
Conclusões		- Cada instituição deve ter um procedimento ou protocolo para a inserção e cuidados com a sonda nasoentérica com base em diretrizes baseadas em evidências. - O risco de complicações deve ser mitigado tanto quanto possível e os dados de melhoria de desempenho revistos para quaisquer oportunidades.

Informação bibliográfica		Therrier, S., Marize Carlos, C., Fernandes Costa, R., Rezende Simino, G. P., & Guimarães Barbosa, J. A. (2021). Avaliação Da Nutrição Enteral Em Unidade De Terapia Intensiva. <i>Revista Baiana de Enfermagem</i> , 35, 1–10. https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558
Palavras-chave		• Nutrição Enteral • Unidades de Terapia Intensiva • Cuidados de Enfermagem
Objetivos		Avaliar administração da NE em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva
Metodologia	Amostra	Pacientes com NE num hospital público durante 4 meses
	Instrumento de recolha de dados	Realizadas análises estatísticas descritivas com média, desvio-padrão e percentual
	Tipo de estudo	Descritivo, quantitativo e longitudinal
Resultados		A administração da NE ocorreu de forma precoce após admissão na UCI (64%). Em 71% dos pacientes, o volume de infusão da NE foi entre 80 e 100% do prescrito. Os fatores que mais limitaram a infusão foram complicações no uso da sonda de alimentação (14%), instabilidade hemodinâmica e clínica (12%), e estase gástrica (12%). Um cuidado essencial para a prevenção da exteriorização da sonda está na avaliação diária da fixação da sonda, nos cuidados ao manipular o doente, protegendo o seu posicionamento externo de forma a dificultar a sua remoção pelo doente. Segundo este estudo a obstrução da sonda ocorre quase sempre da falta de irrigação com água em momentos necessários e/ou de forma periódica, como antes de iniciar e ao término da infusão da dieta, e antes e após a administração de medicamentos. Pode ocorrer, ainda, da interação entre medicamentos ou entre medicamentos e a NE. Neste estudo ressaltam as recomendações da ASPEN e ESPEN que recomendam que a monitorização do VRG não seja rotina do doente crítico, apenas em situações específicas. A suspensão da NE só deve ocorrer em volumes superiores a 500ml, quando outras estratégias tiverem sido adotadas.
Conclusões		A infusão da NE mostrou-se satisfatória, e de entre os fatores que limitaram a infusão muitos são passíveis de prevenção com o aprimoramento dos cuidados de enfermagem, requerendo a capacitação da equipa.

Informação bibliográfica		Montero González, M. L. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. <i>Nutrición Hospitalaria</i> , 40, 51 – 57. https://doi.org/10.20960/nh.04681
Palavras-chave		• Nutrición enteral • Paciente Crítico • Controversias en otras patologías
Objetivos		Descrever os cuidados com a NE na PSC
Metodologia	Amostra	NA
	Instrumento de recolha de dados	NA
	Tipo de estudo	Revisão Literatura
Resultados		- A NE deverá ser contínua, salvo indicação em contrário - A NE deverá ser administrada durante 23h, com 1h de descanso - Os sistemas utilizados para administração da NE devem ser substituídos 1x dia - Lavar a sonda com 20/30 ml de água depois da administração da medicação e em alimentação contínua a cada 6 horas com 20 a 50 ml água - Mobilização da sonda 2- 3cm quando se substitui a fixação, exceto em sondas pós- pilóricas. Marcar a sonda para referência - Elevação da cabeceira: 30-45° - Aspirar a boca do paciente para comprovar que não existe dieta - Manter higiene da cavidade oral - Limpeza das fossas nasais com SF
Conclusões		- O correto fornecimento nutricional em doentes críticos requer um elevado grau de acompanhamento por parte dos profissionais, estando a equipa de enfermagem em contacto direto com o paciente. - É sempre necessário medir o VRG, embora seja controverso, uma vez que a sua relevância começa a ser questionada, porque a medição do VRG não é uma técnica padronizada ou validada.

Informação bibliográfica		Doley J. (2022). Enteral Nutrition Overview. <i>Nutrients</i> , 14(11), 2180. https://doi.org/10.3390/nu14112180
Palavras-chave		• enteral nutrition • Formulas • Aspiration • Refeeding • COVID-19 • Proning • Formula • blenderized formulas • feeding tubes
Objetivos		Descrever uma visão geral da NE, descrevendo as Indicações/contraindicações; administração NE; fórmulas; monitorização da tolerância da NE; outras considerações importantes
Metodologia	Amostra	NA
	Instrumento de recolha de dados	NA
	Tipo de estudo	Revisão
Resultados		- A principal contraindicação é um trato gastrointestinal não funcional, como fistulas, obstruções intestinais, ileo paráltico, isquemia mesentérica. - Recomenda-se início precoce da NE dentro 24 a 48h - Na alimentação pós-pilórica a NE deve ser continua, pois bólus no intestino delgado podem resultar em desconforto abdominal e síndrome de dumping. - VRG aceitável 500ml. A NE deve ser suspensa em caso de vômito/regurgitação ou distensão e dor abdominal - As principais causas de obstrução da sonda são lavagens com água insuficientes, administração inadequada de medicamentos, verificações frequentes do VRG, utilização de fórmulas ricas em fibras. - Sugerem lavar a sonda com mínimo de 15 ml de água antes e depois de cada medicação e bólus de NE administrada. - Rever todos os medicamentos para determinar se algum pode ser alterado para uma fórmula que não necessite de ser administrado através de sonda -Garantir os medicamentos são administrados adequadamente: não esmagar o revestimento entérico e os medicamentos triturados devem ser um pó fino e totalmente dissolvidos em água.
Conclusões		- A NE pode ser de curta ou longa duração. Devem ser considerados fatores como: momento início da NE, o local de alimentação, o tipo de sonda, a modalidade de alimentação, a taxa de início, a fórmula e o risco de complicações. - A avaliação cuidadosa e abrangente do doente ajuda a garantir que a NE nutricional completa e clinicamente apropriada é administrada em segurança.

Informação bibliográfica		Hoffmann, M., Schwarz, C. M., Fürst, S., Starchl, C., Lobmeyr, E., Sendlhofer, G., & Jeitziner, M.-M. (2021). Risks in Management of Enteral Nutrition in Intensive Care Units: A Literature Review and Narrative Synthesis. <i>Nutrients</i> , 13(1), 82. https://doi.org/10.3390/nu13010082
Palavras-chave		• Patient safety • Enteral Nutrition • Intensive Care Unit • Quality • Risk Management
Objetivos		Identificar os riscos e questões de segurança para a segurança do doente na gestão da NE em doentes críticos em UCI.
Metodologia	Amostra	Avaliados 3495 estudos para elegibilidade e incluídos 62 na síntese narrativa
	Instrumento de recolha de dados	Pesquisa em 3 bases de dados, entre 2009 e 2020.
	Tipo de estudo	Revisão da literatura e Síntese narrativa
Resultados		Identificados vários riscos e problemas: não utilização de avaliação clínica, gestão inadequada da sonda, falta de meta energética, falta de nutricionista, má higiene e manuseamento, gestão errada do tempo e da velocidade, interrupções nutricionais, posição corporal errada, complicações gastrointestinais e infeções, falta ou não utilização de diretrizes, falta de pessoal e de formação.
Conclusões		- A gestão de riscos com ferramentas como checklists ou outras ferramentas de análise de riscos são importantes para melhorar a segurança do doente na UCI e garantir o conhecimento. - É necessária mais investigação sobre a forma como a gestão de riscos pode ser implementada na rotina diária, para que o pessoal reflita e reveja a sua própria gestão de NE.

Informação bibliográfica		Boullata et al., (2017). ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. <i>JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition</i> , 41(1), 15–103. https://doi.org/10.1177/0148607116681209
Palavras-chave		• Nutrição entérica • Acesso entérico • Fórmulas enterais • Nutrição • segurança
Objetivos		Fornecer recomendações baseadas nas evidências disponíveis e no consenso de especialistas para práticas seguras, em cada etapa do processo, para todos os envolvidos nos cuidados aos doentes que recebem NE.
Metodologia	Amostra	
	Instrumento de recolha de dados	
	Tipo de estudo	Recomendação de consenso. (Este documento foi alvo de revisão interna e externa, incluindo aprovação pelo Conselho de Administração da ASPEN).
Resultados		- Evitar misturar diferentes medicamentos; - Os comprimidos devem ser esmagados até formar um pó fino e misturados com cerca de 30 a 60 ml de água. - Interromper a alimentação e lavar com 15 ml água antes e depois de administrar a medicação; - A diluição de suspensões viscosas deve ser num volume de 1:1. - Não recomenda o uso de coca-cola ou outras bebidas gaseificadas que podem piorar as oclusões devido ao Extra-Hospitalar ácido destes fluidos. O ácido pode fazer com que as proteínas da fórmula entérica precipitem para o interior da sonda, piorando a obstrução. Desobstrução da sonda: - Instilar água morna utilizando uma seringa de 30 ou 60ml e aplicar um movimento suave para a frente e para trás com o êmbolo da seringa. Se não resolver, utilizar uma solução de enzima pancreática não revestida, esmagando um comprimido e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml. A solução deve ser introduzida na obstrução e pinçada a sonda durante pelo menos 30 min;
Conclusões		Dado o potencial risco de erro nos sistemas em que a NE é utilizada, a vigilância sistemática contínua, a avaliação crítica dos processos e dos resultados e as melhorias de qualidade apoiarão a segurança do doente. As organizações podem incorporar no seu sistema de cuidados as recomendações de melhores práticas contidas neste documento, para apoiar uma cultura de segurança, aplicando uma abordagem interdisciplinar numa estrutura administrativa flexível.

Informação bibliográfica		Singer et al., (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. <i>Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)</i> , 38(1), 48– 79. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037
Palavras-chave		• Intensive care • Nutrition • Enteral • Parenteral • Guidelines • ESPEN
Objetivos		Definir quem são os doentes de risco, como avaliar o estado nutricional de um doente de UCI, definir a quantidade de energia a fornecer, a via a escolher e como adaptar de acordo com as várias condições clínicas.
Metodologia	Amostra	NA
	Instrumento de recolha de dados	NA
	Tipo de estudo	É uma revisão da Diretriz ESPEN sobre Nutrição Entérica: Cuidados Intensivos (2006) e a Orientação ESPEN sobre Nutrição Parentérica: Cuidados Intensivos (2009)
Resultados		O acesso gástrico deve ser utilizado como abordagem padrão para iniciar NE; Em doentes com intolerância à alimentação gástrica não resolvida com agentes procinéticos, deve ser utilizada alimentação pós-pilórica; Nos doentes considerados de alto risco de aspiração, pode ser realizada alimentação pós-pilórica, principalmente jejunal;
Conclusões		Os doentes de UCI são um grupo heterogéneo e não é possível sugerir uma recomendação única para cada doente e situação. Cada diagnóstico, cada período de tempo (precoce, pós reanimação, estabilizado, longa permanência) e quaisquer complicações concomitantes devem ser tidos em conta. No entanto, estas orientações baseadas no melhor conhecimento e evidência atual fornecem um conjunto de recomendações nutricionais nas situações clínicas mais frequentes encontradas na prática diária na UCI.

APÊNDICE II

Apresentação: Manutenção da permeabilidade da Sonda Nasojejunal: O que diz a Evidência?



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Curso de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Manutenção da Permeabilidade da Sonda Nasojejunal: O que nos diz a Evidência?

Por: Enf^a Sónia Silva

Orientação: Prof. Doutor Vasco Neves

14 de Novembro de 2024



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Sumário

- ☐ Enquadramento Teórico
- ☐ Metodologia
- ☐ Resultados
- ☐ Discussão
- ☐ Conclusões

Enquadramento Teórico

A **Nutrição Entérica** é definida como a entrega de nutrientes diretamente ao trato gastrointestinal por meio de uma sonda ou gastrostomia, em situações em que a ingestão oral não é viável ou é insuficiente para atender às necessidades nutricionais do paciente (ASPEN, 2020).

Enquadramento Teórico

Indicações para alimentação pós pilórica:

- ☐ Gastroparésia, que não responde aos procinéticos
- ☐ Pancreatite grave
- ☐ Estenose da saída gástrica
- ☐ Hiperemese (incluindo gravídica)
- ☐ Aspiração recorrente
- ☐ Fístula traqueoesofágica.

Contraindicação absoluta para a alimentação pós-pilórica é a obstrução intestinal ou a perfuração/fugas.

(Niv, E et al., 2009)

Enquadramento Teórico

INSERÇÃO E VERIFICAÇÃO DE SONDA

- ☐ Colocada por via endoscópica, o que permite a colocação sob visão direta.
- ☐ Taxa sucesso de 93-98%
- ☐ A posição adequada das sondas deve ser verificada **radiograficamente** antes de se iniciar a alimentação.

(Niv, E et al., 2009)

Enquadramento Teórico

COMPLICAÇÕES

Frequentes » 10%

- ☐ Falha colocação
- ☐ Deslocamento
- ☐ **Obstrução**
- ☐ Epistaxe
- ☐ Irritação nasal, faríngea ou esofágica
- ☐ Dor abdominal
- ☐ Complicações metabólicas como hiperglicemia

Pouco frequentes «10%

- ☐ Úlceras pressão na mucosa
- ☐ Úlceras esofágicas
- ☐ Deslocamento incorreto (entubação pulmonar)

(Niv et al., 2009)

ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy

Joseph I. Boullata, PharmD, BPh, BCNSP, FASPEN, FACP;
 Amy Lang Carreno, MS, RD, CNSC, CWCMA®;
 Lillian Harvey, MD, FACS, CNSC; Arlene A. Ezzara, MS, RD, LD, CNSC;
 Lauren Hudson, MS, RD, LDN; Andrew Mays, PharmD;
 Umi McGinnis, DNP, RN, CNS, CNSC;
 Jacqueline J. Wood, MEd, RDN, CNSC, CSP, CLE®;
 Sarita Rajpal, PhD, RD, CD, CNSC; Mara Lee Bader, RD, LD, CNSC;
 Tamara J. Kinn, MS, RD, LDN, CNSC;
 Mark G. Klug, MS, BPh, BCNSP, PhD; Linda Lord, NP, ACNP-BC, CNSC;
 Karen Martin, MA, RDN, LD, FASD®;
 Cecilia Pompa-Wolfe, RD, LDN, CNSC; Jackie Sullivan, MS, RDN, CDE;
 Abby Wood, RD, LD, CNSC; Alimley Ma
 Paggi Gunter, PhD, RN, FAAN®; ASPEN
 Therapy Task Force, American Society for

Rationale

Small internal diameter and longer feeding tubes, such as nasogastric and nasojejunal tubes, have a higher risk of clogging compared to shorter and large diameter tubes such as gastrostomy tubes.^{1-3,7} The larger the diameter of the tube lumen, the better the flow. Larger bore tubes are less likely to be occluded by either medication or highly viscous formulas.^{3,4,8}

In a retrospective review of 560 long-term home EN patients, Ao et al⁹ compared complication rates requiring tube replacement between jejunostomy tube and PEG tube patients. The study found that, compared with PEG tubes, jejunostomy tubes are associated with higher rates of complications that require tube replacement, with dislodgement and obstruction being the main causes for tube replacement. Polyurethane tubes are preferable to silicone because polyurethane better sustains patency.¹⁰ However, in a laboratory study by Rucart et al,¹¹ the impact of different unclogging agents (sterile water, sodium bicarbonate, papain, digestive enzymes, cola, orange

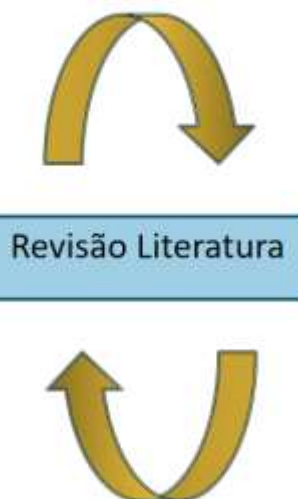
Complicações:

Obstrução

Porquê Investigar ?

- Incidência de obstrução de sondas nasojejunais (Mês Setembro 2/3)
- Ausência de procedimentos normalizados

Implementação de práticas normalizadas, baseadas na evidência, com o intuito de garantir as melhores práticas de cuidados.



Metodologia

Quadro 1 – Construção da questão de Investigação – terminologia PICO

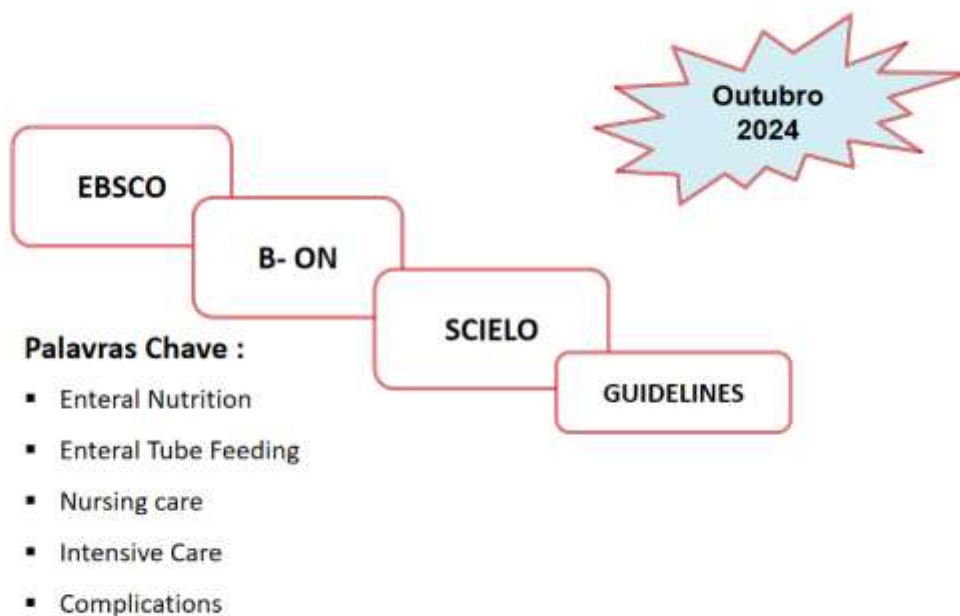
Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
População (P)	Pessoa em situação crítica com necessidade de NE
Intervenção (I)	Intervenções de enfermagem à PSC com sonda nasojéjunal
Comparação (C)	NA
Outcomes (O)	Permeabilidade da sonda nasojéjunal

Questão de Investigação



“Quais as Intervenções de Enfermagem na Manutenção da Permeabilidade da Sonda Nasojéjunal à PSC com NE?”

Metodologia



Metodologia

Quadro 2 – Critérios de inclusão e limitadores dos artigos analisados

Critérios de inclusão dos artigos	Limitadores
• > 18 anos	• Texto integral
• Contexto Hospitalar	• Acesso livre
	• Artigos publicados entre 2019 e 2024
	• Artigos em Português, Inglês e Espanhol

O diagrama de fluxo detalha a seleção de estudos para a revisão. Ele é dividido em duas colunas principais: 'Identificação de estudos em Bases de Dados' e 'Identificação de estudos através de outros métodos'. Ambas as colunas seguem as etapas de 'Identificação', 'Triagem' e 'Inclusão'.

Identificação de estudos em Bases de Dados:

- Identificação:** Artigos B-on (n = 103), Artigos EBSCO (n=9), Artigos Scielo (n=1).
- Triagem:**
 - Artigos removidos por duplicação (n = 2).
 - Artigos sujeitos a triagem (n = 111).
 - Artigos excluídos pelo título (n = 94).
 - Artigos excluídos pelo resumo (n = 5).
 - Artigos com texto integral (n = 11).
 - Artigos excluídos após leitura de texto integral (n = 6).
- Inclusão:** Artigos incluídos na revisão (n = 7).

Identificação de estudos através de outros métodos:

- Identificação:** Artigos identificados Organizações (n = 2).
- Triagem:**
 - Artigos sujeitos a triagem (n = 2).
 - Artigos excluídos (n = 0).
 - Artigos excluídos após leitura de texto integral (n = 0).
- Inclusão:** Artigos incluídos na revisão (n = 2).

Resultados

(Bloom et al., 2022)

1. Placement of Nasogastric Feeding Tube and Postinsertion Care Review

- Não é recomendado adicionar medicamentos à NE;
- Lavar antes e depois da administração da medicação com 30 ml de água;
- Evitar triturar medicamentos;
- Preferir medicamentos líquidos;
- Se obstrução, usar uma solução de enzima pancreática com bicarbonato se a irrigação com água não resultar.

Resultados

(Therrier et al., 2021)

2. Avaliação Da Nutrição Enteral Em Unidade De Terapia Intensiva

Obstrução da sonda ocorre:

- Falta de irrigação com água de forma periódica;
- Lavagem antes e após administração de medicamentos;
- Interação entre medicamentos;
- Interação entre medicamentos e NE.

Resultados

(Montero González, 2023)

3. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico

- A NE deverá ser contínua, salvo indicação em contrário;
- A NE deverá ser administrada durante 23h, com 1h de descanso;
- Os sistemas utilizados para administração da NE devem ser substituídos 1x dia;
- Lavar a sonda com 20/30 ml de água antes e depois da administração da medicação e em alimentação contínua a cada 6 horas com 20 a 50 ml água

Resultados

(Doley, 2022)

4. Enteral Nutrition Overview

- Na alimentação pós-pilórica a NE deve ser contínua;

Causas de obstrução:

- Lavagens com água insuficientes;
- Administração inadequada de medicamentos;
- Utilização de fórmulas ricas em fibras.

- Lavar a sonda com mínimo de 15 ml de água antes e depois de cada medicação e bólus de NE administrada;
- Evitar medicamentos triturados.

Resultados

(Hoffmann et al., 2021)

5. Risks in Management of Enteral Nutrition in Intensive Care Units: A Literature Review and Narrative Synthesis.

Riscos e problemas: não utilização de avaliação clínica, gestão inadequada da sonda, falta de meta energética, falta de nutricionista, má higiene e manuseamento, gestão errada do tempo e da velocidade, interrupções nutricionais, posição corporal errada, complicações gastrointestinais e infeções, falta ou não utilização de diretrizes, falta de pessoal e de formação.

Resultados

(Boullata et al., 2017)

6. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy

- Evitar misturar diferentes medicamentos;
- Os comprimidos devem ser esmagados até formar um pó fino e misturados com cerca de 30 a 60 ml de água.
- Interromper a alimentação e lavar com 15 ml água antes e depois de administrar a medicação;
- A diluição de suspensões viscosas deve ser num volume de 1:1.
- Não recomenda o uso de coca-cola ou outras bebidas gaseificadas que podem piorar as oclusões devido ao pH ácido destes fluidos. O ácido pode fazer com que as proteínas da fórmula entérica precipitem para o interior da sonda, piorando a obstrução.

Desobstrução da sonda :

- Instilar água morna utilizando uma seringa de 30 ou 60ml e aplicar um movimento suave para a frente e para trás com o êmbolo da seringa.

Se não resolver, utilizar uma solução de enzima pancreática não revestida, esmagando um comprimido e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml. A solução deve ser introduzida na obstrução e pinçada a sonda durante pelo menos 30 min;

Resultados

(Singer et al., 2023)

7. Orientação prática parcialmente revista do ESPEN: Nutrição clínica na UCI"

- O acesso gástrico deve ser utilizado como abordagem padrão para iniciar a NE;
- Em doentes com intolerância à alimentação gástrica não resolvida com agentes procinéticos, deve ser utilizada alimentação pós-pilórica;
- Nos doentes considerados de alto risco de aspiração, pode ser realizada alimentação pós-pilórica, principalmente jejunal;
- As orientações baseadas no melhor conhecimento e evidência atual fornecem um conjunto de recomendações nutricionais nas situações clínicas mais frequentes encontradas na prática diária na UCI.

Discussão

De acordo com a literatura:

- ☐ A **obstrução** da sonda nasojejunal associa-se, frequentemente, à incorreta administração de medicamentos pelo lúmen jejunal (Rosa et al., 2005).
- ☐ As sondas nasojejunais por serem mais compridas e de menor diâmetro são suscetíveis a serem obstruídas por **medicamentos esmagados, alimentos viscosos e lavagem inadequada**. Recomendam **lavar** as sondas a cada **4-6 horas** e **antes e depois** administração de medicamentos (Niv et al., 2009).
- ☐ A **desobstrução** da sonda pode ser com **água quente, Coca-Cola** ou enzimas pancreáticas (Niv et al., 2009).

Discussão

De acordo com os resultados desta revisão as principais causas de obstrução são:

☐ **Falta de irrigação com água em momentos necessários e/ou de forma periódica;**

(Therrier et al., 2021; Bloom & Seckel, 2022; Montero, 2023; Doley, 2022; Boullata et al., 2017).

☐ **Interação entre medicamentos ou entre medicamentos e a NE;**

(Bloom & Seckel, 2022; Therrier et al., 2021; Doley, 2022; Boullata et al., 2017).

☐ **Utilização de fórmulas ricas em fibras.;**

(Doley, 2022);

☐ **Falta ou não utilização de diretrizes.**

(Singer et al., 2023; Hoffmann et al., 2021)

Discussão

☐ A ASPEN refere que a **prevenção** é a forma preferencial de minimizar a obstrução da sonda de alimentação entérica. A lavagem consistente e programada de **todos os tipos de sondas** durante a alimentação e administração de medicamentos é a melhor forma de diminuir a incidência de oclusão da sonda (Boullata et al., 2017).

☐ ASPEN, não valida o uso de coca-cola ou outras bebidas gaseificadas que podem piorar as oclusões devido ao pH ácido destes fluidos. O ácido pode fazer com que as proteínas da fórmula entérica precipitem para o interior da sonda, piorando a obstrução (Boullata et al., 2017).

Discussão

- ❑ Em caso de **obstrução** é recomendada a lavagem com água morna. Se não resultar utilizar uma **solução de enzima pancreática** não revestida, esmagando um comprimido e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml de água (Boullata et al., 2017; Bloom et al., 2022).

Discussão

Cuidados Enfermagem

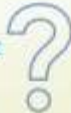


- ❑ Lavar a sonda a cada 4-6 horas, com volume mínimo de 30 ml água (Boullata et al., 2017; Bloom et al., 2022; Montero González, 2023; Doley, 2022).
- ❑ Evitar misturar diferentes medicamentos (Boullata et al., 2017; Therrier et al., 2021).
- ❑ Os comprimidos devem ser esmagados até formar um pó fino e misturados com cerca de 30 a 60 ml de água (Boullata et al., 2017).
- ❑ Alimentação deve ser interrompida e a sonda lavada antes e depois de administrar a medicação com pelo menos 15 ml de água (Boullata et al., 2017; Doley, 2022; Therrier et al., 2021).
- ❑ A diluição de suspensões viscosas deve ser num volume de 1:1. Quanto maior a osmolaridade, maior será o volume de diluente necessário (Boullata et al., 2017).
- ❑ Em caso de obstrução lavar com água morna, e se não resultar deve ser tentada uma solução de enzima pancreática e um comprimido de bicarbonato de sódio 325 mg (Bloom et al., 2022; Boullata et al., 2017).

BE PRACTICE SAFE ENTERAL MEDICATION DELIVERY

BE AWARE

Ask the Pharmacist about...



- drug-nutrient interactions
- drug-drug interactions
- adverse drug reactions
- appropriate dosage form
- risk of a drug clogging the tube
- whether location of the feeding tube's distal end allows safe and adequate drug delivery

Water ONLY



- to dilute medications (including liquid meds)
- to routinely flush the tube
- flush before/after each medication administered using an amount appropriate for the patient's age and condition
- use water **ONLY** (no carbonated beverages, juices, coffee, other liquids)

Administer medications



- identify if tube location (distal end) allows for safe and adequate drug delivery
- 1 medication at a time – do not mix drugs together
- do not add medication directly to formula
- identify medications that must be separated from formula by ≥30 minutes

Remember the 'Rights'



- right patient, drug, time, dose, route (PO vs. via tube)
- right syringe, drug formulation, dilution, tube and medication port
- Only:**
 - oral or enteral syringes
 - immediate-release solid or oral liquid dosage forms

Establish evidence-based protocols



- follow your facility's medication protocols
- establish specific enteral medication protocols based on:
 - National Guidelines
 - Practice Recommendations
 - www.nutritioncare.org/safety

https://www.nutritioncare.org/guidelines_and_clinical_resources/toolkits/enteral_nutrition_toolkit/be_aware_pdf/

Conclusões

- ☐ Relativamente à resposta para a **questão** que motivou a realização desta revisão, podemos concluir que as principais causas de obstrução das sondas são as lavagens com água insuficientes, nos momentos necessários e/ou de forma periódica e a administração inadequada de medicamentos.
- ☐ Parece não existir consenso no uso de bebidas gaseificadas para desobstrução da sonda.
- ☐ A **ASPEN** menciona a necessidade de estudos para avaliar estas opções. Ou seja, é necessária maior evidência entre as guidelines recomendadas e a prática clínica real (Boullata et al., 2017).

Conclusões

- ❑ Em caso de **obstrução** é recomendada a lavagem com água morna. Se não resultar utilizar uma **solução de enzima pancreática** não revestida, esmagando um comprimido e um comprimido de bicarbonato de sódio de 325 mg misturados em 5ml de água (Bouliata et al., 2017; Bloom et al., 2022).
- ❑ Destaca-se o **papel do enfermeiro** na manutenção da permeabilidade das sondas.

Conclusões

- ❑ A identificação das **principais** causas de **obstrução** e as recomendações para a prevenção das mesmas poderão permitir a implementação de práticas normalizadas, baseadas na evidência, com o intuito de garantir as melhores práticas de cuidados.
- ❑ A **ESPEN**, sugere a utilização do acesso gástrico como padrão e a implementação do acesso pós-pilórico em caso de intolerância à alimentação gástrica por gastroparesia e em doentes com risco elevado de aspiração (Singer et al., 2023).

Conclusões

- ❑ Este estudo apresentou algumas limitações como o **tempo** disponível para a sua realização, o **reduzido** número de resultados de acordo com os descritores limitadores definidos e o **tipo de estudos** incluídos.
- ❑ Para obter uma resposta mais efetiva, robusta e com maior validade parece-nos importante continuar a realizar estudos nesta área, envolvendo amostras mais significativas.



Referências Bibliográficas

- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2020). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. <https://www.nutritioncare.org/guidelines>
- Boulata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., McGinnis, C., Wessel, J. J., Bajjal, S., Beebe, M. L., Kinn, T. J., Kiang, M. G., Lord, L., Martin, K., Pompeii-Wolfe, C., Sullivan, J., Wood, A., Malone, A., Guenter, P., & ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy Task Force, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2017). ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(1), 15–103. <https://doi.org/10.1177/0148607116680668>
- Bloom, L., & Seckel, M. A. (2022). Placement of nasogastric feeding tube and postinsertion care review. *AACN Advanced Critical Care*, 33(1), 68–84. <https://doi.org/10.4037/aacnacc.2022306>
- Doley, J. (2022). Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 14(11), 2180. <https://doi.org/10.3390/nu14112180>
- Hoffmann, M., Schwarz, C. M., Fürst, S., Starch, C., Lobmayr, E., Sendhofer, G., & Jeitner, M.-M. (2021). Risks in management of enteral nutrition in intensive care units: A literature review and narrative synthesis. *Nutrients*, 13(1), 82. <https://doi.org/10.3390/nu13010082>
- Montero González, M. L. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 40, 51–57. <https://doi.org/10.20960/nh.04681>
- Niv, E., Fireman, Z., & Valsman, N. (2009). Post-pyloric feeding. *World Journal of Gastroenterology*, 15(11), 1281–1288. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.1281>
- Rosa, I., Henriques, R., Dias, A., Páscos, B., Gonçalves, L., Medeiros, I., ... & Queiroz, A. (2005). Nutrição entérica em cuidados intensivos. *GE-J Port Gastroenterol*, 12, 204–210.
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A. R. H., Ozkowsk, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Therrier, S., Marize Carlos, C., Fernandes Costa, R., Rezende Simino, G. P., & Guimarães Barbosa, J. A. (2021). Avaliação da nutrição enteral em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 35, 1–10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38558>



**APÊNDICE III –*Debriefing* no Extra-Hospitalar: Qualidade e
Segurança nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica**



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Revisão Literatura

***DEBRIEFING* NO EXTRA- HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Por: Sónia Marlene Machado Silva

Sob Orientação: Professor Doutor Vasco Silva Neves

Porto, março de 2025



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Revisão Literatura

***DEBRIEFING* NO EXTRA- HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Por: Sónia Marlene Machado Silva

N: 396423016

Sob Orientação: Professor Doutor Vasco Silva Neves

Porto, março de 2025

RESUMO

Introdução: O *debriefing* é uma estratégia fundamental para otimizar a qualidade dos cuidados e reforçar a segurança na assistência à Pessoa em Situação Crítica. Consiste numa discussão estruturada entre profissionais de saúde, permitindo analisar o desempenho da equipa, identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens. Em contextos de emergência, a comunicação eficaz e a reflexão sobre a prática clínica são essenciais para o aperfeiçoamento das equipas. Esta revisão da literatura explora o impacto do *debriefing* na segurança dos cuidados em contexto Extra-hospitalar, destacando os seus benefícios na coesão das equipas, no bem-estar emocional e na melhoria da prática assistencial.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre o uso do *debriefing* após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar e analisar o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, via EBSCO. Inicialmente, foram identificados 94 artigos, tendo sido excluídos 91 artigos. Os critérios de inclusão integraram estudos sobre *debriefing* pós-eventos críticos no Extra-Hospitalar, com resumo ou texto integral disponível, em inglês e português. Excluíram-se artigos duplicados e publicações anteriores a 2020. Após análise das referências bibliográficas, foram incluídos mais dois artigos e uma dissertação de mestrado, totalizando seis documentos analisados. Para garantir a análise da melhor evidência clínica, excluiu-se o *debriefing* aplicado à simulação.

Resultados: O *debriefing* é um processo essencial na análise do desempenho das equipas, promovendo a aprendizagem contínua e a melhoria dos cuidados. Após eventos críticos, os principais benefícios identificados incluem: melhoria do desempenho e da segurança do doente, através da identificação e correção de erros; promoção do bem-estar emocional, permitindo redução do stress e do impacto psicológico nos profissionais; maior coesão da equipa, pelo aprimoramento da comunicação e do trabalho interdisciplinar; fortalecimento da cultura de segurança, proporcionando um ambiente propício à reflexão e melhoria contínua. A revisão da literatura aponta que a falta de tempo e adesão dos profissionais são desafios à implementação do *debriefing*, tornando essencial a utilização de modelos estruturados. O modelo STOP5, já aplicado em contextos hospitalares, surge como uma alternativa viável para otimizar o processo no Extra-Hospitalar. Estudos sugerem que a adoção de um formato ágil e objetivo, pode aumentar a adesão e maximizar os benefícios desta estratégia.

Conclusão: O *debriefing* constitui uma ferramenta relevante para a melhoria contínua da prática assistencial no contexto Extra-Hospitalar, promovendo a análise do desempenho das equipas, a identificação de oportunidades de melhoria e o fortalecimento da cultura de segurança. Para além da sua contribuição na redução de erros clínicos e na qualidade dos cuidados, destaca-se o seu impacto positivo no bem-estar emocional dos profissionais, ao mitigar os efeitos do stress associado a eventos críticos. No entanto, os resultados disponíveis apresentam limitações, como o número reduzido de estudos, a diversidade metodológica e a escassez de investigações longitudinais. Recomenda-se a implementação de protocolos estruturados, como o modelo STOP5, facilitado por enfermeiros e envolvendo toda a equipa presente no evento, bem como o desenvolvimento de políticas institucionais de incentivo à prática do *debriefing*. São ainda necessários mais estudos que avaliem a sua eficácia e impacto sustentado na segurança dos cuidados.

Palavras-chave: *Debriefing, Prehospital emergency care*

ABSTRACT

Introduction: Debriefing is a fundamental strategy for optimizing the quality of care and reinforcing safety in the care of critically ill patients. It consists of a structured discussion between healthcare professionals, allowing the team's performance to be analyzed, areas for improvement to be identified and learning to be consolidated. In emergency contexts, effective communication and reflection on clinical practice are essential for improving teams. This literature review explores the impact of debriefing on the safety of care in a pre-hospital setting, highlighting its benefits for team cohesion, emotional well-being and improved care practice.

Objective: To map the scientific evidence on the use of debriefing after critical events in the prehospital setting and analyze its impact on the quality and safety of care for people in critical situations.

Methodology: A literature review was carried out in the CINAHL Complete and MEDLINE Complete databases, via EBSCO. Initially, 94 articles were identified and 91 were excluded. The inclusion criteria included studies on debriefing after critical events in the prehospital setting, with an abstract or full text available, in English and Portuguese. Duplicate articles and publications from before 2020 were excluded. After analyzing the bibliographic references, two more articles and a master's thesis were included, making a total of six documents analyzed. To ensure analysis of the best clinical evidence, debriefing applied to simulation was excluded.

Results: Debriefing is an essential process in analyzing team performance, promoting continuous learning and improving care. After critical events, the main benefits identified include: improving performance and patient safety by identifying and correcting errors; promoting emotional well-being by reducing stress and the psychological impact on professionals; greater team cohesion by improving communication and interdisciplinary work; strengthening the safety culture by providing an environment conducive to reflection and continuous improvement.

The literature review points out that the lack of time and adherence of professionals are challenges to the implementation of debriefing, making the use of structured models essential. The STOP5 model, which has already been applied in hospital contexts, appears to be a viable alternative for optimizing the process in the prehospital setting. Studies suggest that adopting an agile and objective format can increase adherence and maximize the benefits of this strategy.

Conclusion: Debriefing is a relevant tool for the continuous improvement of care practice in the out-of-hospital context, promoting the analysis of team performance, the identification of opportunities for improvement and the strengthening of a safety culture. In addition to its contribution to reducing clinical errors and the quality of care, it also has a positive impact on the emotional well-being of professionals by mitigating the effects of stress associated with critical events. However, the available results have limitations, such as the small number of studies, methodological diversity and the lack of longitudinal research. We recommend the implementation of structured protocols, such as the STOP model⁵, facilitated by nurses and involving the entire team present at the event, as well as the development of institutional policies to encourage the practice of debriefing. More studies are still needed to assess its effectiveness and sustained impact on the safety of care.

Keywords: *Debriefing, Prehospital emergency care*

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AHA – *American Heart Association*

APA- *American Psychological Association*

CODU- Centro Orientação de Doentes Urgentes

EE – Enfermeiro Especialista

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

VMER -Viatura Médica de Emergência e Reanimação

TALK- T- “Target”; A- “Analysis”; L- “Learning Points”; K- “Key Actions”

STOP5 – S – "Summarise the case; T – "Things that went well; O – "Opportunities to improve"; P – "Points to action and responsibilities

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	151
1. <i>DEBRIEFING</i> NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	153
2. METODOLOGIA.....	159
3. RESULTADOS.....	163
4. DISCUSSÃO.....	166
5. CONCLUSÕES.....	174
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
APÊNDICES.....	181
APÊNDICE I- PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO <i>DEBRIEFING</i>	182
APÊNDICE II – PLANO DA ATIVIDADE FORMATIVA.....	186
APÊNDICE III - POSTER <i>DEBRIEFING</i> : ADAPTAÇÃO DO MODELO DE <i>DEBRIEFING</i> STOP5 DE WALKER, ET AL. (2020).....	188
APÊNDICE IV - TABELA EVIDÊNCIAS	190

INTRODUÇÃO

Este trabalho reflete o percurso realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais especificamente na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). O principal objetivo deste trabalho consiste na busca de evidência científica que sustente a relevância da implementação do *debriefing* como estratégia para otimizar a qualidade dos cuidados prestados e reforçar a segurança da PSC.

O Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um papel fundamental na conceção e implementação de projetos institucionais voltados para a melhoria contínua da qualidade assistencial, promovendo a disseminação das melhores práticas sustentadas pela evidência científica mais atual (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Partindo desse princípio e após a imersão no contexto de estágio, identificaram-se áreas da prestação de cuidados à PSC com potencial para aprimoramento e atualização. No que se refere aos domínios identificados para aperfeiçoamento, destacou-se a necessidade da aplicação do *debriefing* após eventos críticos nas equipas do Extra-Hospitalar visando otimizar a segurança e a qualidade dos cuidados.

O *debriefing* após eventos críticos é considerado pela literatura como um processo fundamental que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. No entanto, apesar de muito apoiado pela literatura, existe uma lacuna entre o princípio e a realidade. Em estudos na área da saúde, como refere (Kam et al., 2022); (Arriaga et al., 2020), verifica-se que o *debriefing* após eventos críticos ocorre apenas numa percentagem pequena das situações, apenas em cerca de 25% dos eventos pós reanimação são desenvolvidos *debriefings* pelas equipas envolvidas.

Também a *American Heart Association*, recomenda o *debriefing* após todas as paragens cardíacas, consideradas eventos críticos (American Heart Association, 2020). E esta recomendação vem no sentido de implementar programas de melhoria da qualidade, promovendo a análise do desempenho das equipas, assim como, o suporte mental e bem-estar dos profissionais. A presente revisão da literatura está organizada em três partes principais.

A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, oferecendo uma introdução ao conceito de *debriefing*. Nessa secção, são explorados diversos aspetos fundamentais, incluindo a sua definição, estrutura e principais modelos, com especial enfoque na sua aplicação no contexto Extra-Hospitalar. A segunda parte integra a metodologia utilizada, os resultados e a discussão dos mesmos. Por último, apresentam-se as conclusões desta revisão onde se pretende destacar a importância da implementação do *debriefing* após eventos críticos no Extra-Hospitalar, não apenas como uma estratégia de suporte emocional, mas também como um instrumento essencial para a melhoria contínua da qualidade assistencial e da segurança dos cuidados prestados.

Reconhecendo as barreiras associadas à sua aplicação, esta análise visa identificar um modelo de *debriefing* adequado à realidade do Extra-Hospitalar, garantindo a sua viabilidade e eficácia na otimização do desempenho das equipas de emergência. Para a elaboração deste trabalho, foram utilizadas as normas de redação de trabalhos escritos com base nas orientações da *American Psychological Association* (APA).

1. *DEBRIEFING* NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A emergência médica Extra-Hospitalar combina a prestação de cuidados de saúde personalizados à situação do doente com uma gestão adequada, de forma a promover uma melhor resposta de cuidados até à chegada a uma unidade hospitalar. A prestação de cuidados neste contexto exige que os profissionais tenham a capacidade de ser flexíveis, criativos e consistentes na abordagem à PSC. O desenvolvimento de competências não técnicas como o juízo clínico, o trabalho em equipa, a tomada de decisão em situações complexas, a comunicação com os doentes, família e outros profissionais, a gestão de prioridades e a liderança, assumem um papel importante na prevenção de erros, melhorando a resiliência dos profissionais e contribuindo para a melhoria da qualidade e o aumento da segurança dos doentes (Servotte et al., 2020).

Na literatura existe alguma imprecisão entre o conceito de *feedback* e *debriefing*. O *debriefing* e o *feedback* são métodos eficazes de discussão pós-cenário, promovendo a aquisição e retenção de competências não-técnicas. A aliança da prática reflexiva do *debriefing* com o estilo diretivo de *feedback*, alternando apropriadamente entre facilitação e instrução, é um compromisso aceitável para alcançar uma discussão educacionalmente significativa num tempo limitado (Sá-Couto et al., 2023).

O *debriefing* é um processo de discussão reflexiva que permite o *feedback* interpessoal (Kam et al., 2022). A utilização de estratégias de *feedback* envolvendo a participação dos profissionais de saúde contribui para a diminuição de perturbações e/ou falhas na comunicação dentro das equipas de saúde responsáveis pela diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes (Joint Commission International, 2018) .

Em contexto de emergência, a comunicação e a implementação de processos como o *debriefing*, que permitam a reflexão das equipas sobre as suas práticas, assumem especial importância. Este tem uma dupla tarefa, por um lado permite fornecer *feedback* orientado para a melhoria do desempenho das equipas, por outro lado funciona como ferramenta de suporte emocional dos profissionais, considerado essencial do ponto de vista da melhoria da qualidade e segurança dos doentes (Kam et al., 2022).

Corroborado por Miller et al. (2018) o *feedback* assume particular relevância, uma vez que permite ajustes imediatos, impactando diretamente a qualidade dos cuidados prestados. Para ser eficaz, deve ser oportuno, baseado em evidências e focado em comportamentos observáveis, promovendo um ciclo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento (Kessler et al., 2015).

Segundo Kessler et al. (2015) o *debriefing* tem como objetivo identificar áreas de desempenho eficaz e aquelas que apresentam potencial de melhoria, com vista à definição de estratégias que favoreçam o aperfeiçoamento contínuo da atuação da equipa. O foco final não deve ser a culpabilização dos indivíduos, mas sim analisar todos os factos e perspetivas disponíveis que ajudarão a melhorar os processos e resultados das pessoas. Segundo o mesmo autor, o objetivo na área da saúde é facilitar a discussão de ações e processos de pensamento, incentivar a reflexão e, finalmente, assimilar comportamentos de melhoria na prática.

O princípio básico do *debriefing* clínico real é a reunião dos colegas da equipa, discutindo e revendo o que aconteceu, o que funcionou e o que especificamente poderia ser feito melhor da próxima vez. É importante estabelecer um tom de respeito mútuo, mantendo uma atmosfera livre de culpa. Os temas para discussão incluem as suposições, ações e sentimentos da equipa, o trabalho e a comunicação da equipa, e a utilidade ou disponibilidade de equipamento e recursos (Kessler et al., 2015).

Contudo um *debriefing* clínico requer um facilitador qualificado ou experiente que atue como líder e oriente o processo de troca da equipa. No entanto, a literatura diz-nos que a falta de facilitadores treinados é uma das barreiras mais referidas (Kessler et al., 2015).

O *debriefing* inclui três fases gerais: descrição, análise e aplicação a eventos futuros. A maioria das sessões incluirá uma visão geral do *debriefing*, o formato e as regras básicas necessárias para estabelecer um ambiente psicologicamente seguro, discussão de conteúdo relevante para os objetivos, revisão das ações reais, discussão sobre o que funcionou e o que não funcionou, discussão sobre como melhorar no futuro e um resumo dos pontos principais (Kessler et al., 2015).

Os mesmos autores sistematizam as características que o *debriefing* deve cumprir para garantir a sua eficácia. Estas são descritas na forma de 6 perguntas: i) Porquê? ii) O Quê? iii) Quem? iv) Como? v) Quando? vi) Onde?

Porquê?

A função do *debriefing* é identificar áreas de desempenho e, em seguida, determinar formas de melhorar o desempenho futura das equipas. Os indivíduos e as equipas beneficiam da reflexão do grupo sobre o conhecimento, atitudes, competências ou comportamentos de trabalho em equipa exibidos durante um evento. O mesmo oferece oportunidades para explorar e dar sentido ao que aconteceu durante um evento, discutir o que correu bem e identificar o que pode ser feito para mudar, melhorar e fazer melhor da próxima vez (Gardner, 2013).

O Quê?

A natureza dinâmica e complexa dos eventos no contexto Extra-Hospitalar pode tornar desafiante a definição dos critérios para a realização de um *debriefing*. Embora, em teoria, qualquer evento possa ser objeto de reflexão, a sistematização e categorização destes momentos permite identificar as situações em que este se revela mais pertinente e benéfico, otimizando assim a utilização dos recursos disponíveis.

A seleção dos eventos a serem alvo de *debriefing* deve basear-se nas necessidades específicas de cada contexto clínico e nas suas prioridades operacionais, garantindo que este processo contribua de forma eficaz para a melhoria contínua das práticas e para a segurança dos doentes. Apesar da sua realização se encontrar mais sustentada pela evidência em situações de PCR, esta pode ser desenvolvida noutras situações complexas, através das quais seja possível produzir ganhos nas equipas e organizações (Kessler et al., 2015).

Também Nocera & Merrit (2017) identificam eventos pediátricos para os quais o *debriefing* é alegadamente utilizado como a morte de uma criança, politrauma, síndrome de morte súbita, abuso infantil e erro clínico.

Quem?

Deve-se incentivar a participação de todos os profissionais envolvidos na situação de emergência. Adicionalmente, pode considerar-se a inclusão de elementos que, embora não tenham atuado diretamente no evento, possuam experiência relevante que contribua para a reflexão e otimização das práticas.

Como?

Deve ocorrer num ambiente acolhedor, incentivando perguntas abertas, diálogo honesto e assertivo, bem como a identificação de comportamentos e percepções que possam contribuir para a melhoria dos resultados.

O método mais comumente citado para o *debriefing* no ambiente clínico é geralmente chamado de “*Plus-Delta*” e envolve reflexão e avaliação em grupo sobre o que funcionou, o que não funcionou e o que os participantes precisam de mudar para melhorar os cuidados. A essência desta abordagem é envolver os participantes numa avaliação ativa do desempenho e depois utilizar as suas observações como pontos de partida para discussões sobre como melhorar o desempenho (Kessler et al., 2015).

Os mesmos autores enfatizam a sua importância como um processo reflexivo na área da saúde, sugerindo este método como um facilitador da discussão multidisciplinar sobre as intervenções realizadas. Através desta abordagem, torna-se mais acessível a assimilação de novos conceitos, aprendizagens e comportamentos, consolidando o *debriefing* como uma ferramenta educacional essencial e um instrumento promotor da qualidade dos cuidados prestados.

Este modelo destaca-se por ser rápido, prático e de fácil aplicação, tornando-se uma ferramenta eficaz para a revisão pós-ação e a melhoria contínua dos cuidados prestados (Gardner, 2013).

O foco não é simplesmente nos resultados obtidos, mas também nas estruturas e processos que contribuíram para esses resultados (Kessler et al., 2015).

É importante garantir que o método de *debriefing* deve ser adequado às necessidades específicas de um departamento e, em seguida, adotar a estrutura que melhor se adapte a essas necessidades (Kam et al., 2022).

Quando?

Encontrar tempo para a sua realização pode ser um desafio, especialmente em contextos exigentes como o Extra-Hospitalar, onde a dinâmica operacional e a necessidade de resposta imediata podem dificultar a sua implementação sistemática.

O *debriefing* pode ser classificado como "*hot*", "*warm*" ou "*cold*", dependendo do tempo decorrido após o evento. Os "*hot*" e "*warm*" *debriefings* " oferecem vantagens como a disponibilidade imediata da equipa, a minimização do viés da memória e a abordagem precoce de questões críticas. No entanto, podem ser limitados por tempo restrito durante o turno, espaço inadequado e a prontidão emocional da equipa. A escolha do momento ideal para a sua realização deve equilibrar essas considerações, visando a reflexão eficaz e a melhoria contínua dos cuidados prestados. O "*cold*" *debriefing* permite usar dados clínicos detalhados e incluir profissionais não participantes, mas enfrenta desafios como a dificuldade em reunir toda a equipa e a necessidade de recursos administrativos para organizar as sessões. Os "*hot*" e "*warm*" *debriefings* geralmente têm uma duração aproximada de 10 minutos, enquanto os "*cold*" *debriefings* tendem a durar uma hora ou mais. Para determinados eventos selecionados, como mortes evitáveis, pode ser adotada uma abordagem híbrida, em que se realiza tanto um "*hot*" quanto um "*cold*" *debriefing* para o mesmo evento, permitindo uma reflexão mais completa e aprofundada (Kessler et al., 2015).

Segundo Gilmartin et al. (2020) o "*hot*" *debriefing* é uma forma de *debriefing* que ocorre "*on the spot*" após um evento clínico. Tem a vantagem de uma intervenção mais precoce, melhor participação e melhor recordação de eventos.

As barreiras mais referidas incluem o timing das sessões, obtenção de adesão dos líderes ou participantes, o agendamento, a procura de um espaço apropriado ou o desconforto com o processo do mesmo (Nocera & Merrit, 2017).

Onde?

O local para a sua realização pode variar consoante os objetivos, assim como o momento em que é realizado. A vantagem de realizar esta intervenção no local em que o evento tomou lugar pode permitir mais facilmente avaliar fatores que afetaram a atuação, como as condições ambientais, os recursos e equipamentos, ou os processos envolvidos. Contudo, a realização no mesmo local deve ser ponderada tendo em conta fatores como a privacidade, confidencialidade e necessidade do local para o atendimento de outros doentes (Kessler et al., 2015).

O *hot debriefing* habitualmente ocorre, pela sua natureza, no mesmo local do evento, enquanto o *cold debriefing* ocorre habitualmente em salas próprias para o efeito ou auditórios (Kessler et al., 2015).

De acordo com o “Manual de Suporte Avançado de Vida” emitido pelo Departamento de Formação em Emergência Médica do INEM, é possível constatar que no final de todas as situações de PCR é recomendada a realização de um *debriefing* tendo como objetivo promover a crítica construtiva, potenciar a aprendizagem através de cada experiência e a melhoria contínua (INEM/DFEM, 2020).

Também através da análise da bibliografia e estado da arte é possível depreender que a evidência suporta a utilização do *debriefing* como uma ferramenta com utilidade e benefícios quando utilizada pelos profissionais de saúde perante pessoas vítimas de PCR ou outros eventos considerados críticos. A recomendação para a implementação desta intervenção encontra-se ainda plasmada nas principais *guidelines* internacionais de SAV e abordagem ao doente crítico, nomeadamente as emitidas pelas associações *European Resuscitation Council* (Greif et al., 2021) e da AHA (Berg et al., 2020), assim como no documento de consenso de referência *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations* (Soar et al., 2021).

Desta forma, pelos benefícios que o *debriefing* pode representar para a equipa como ferramenta de melhoria de cuidados, e também pelo próprio interesse dos profissionais na sua realização, determinou - se como sendo uma área de interesse para intervenção.

O foco desta pesquisa está na utilização do *debriefing* como ferramenta para a promoção da segurança dos cuidados prestados à PSC. O objetivo principal é mapear a evidência existente sobre o uso do *debriefing* após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar, analisando como este processo pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o aperfeiçoamento das práticas das equipas multidisciplinares.

2. METODOLOGIA

A metodologia em investigação científica refere-se ao conjunto de princípios, estratégias e procedimentos sistemáticos utilizados para planejar, conduzir e analisar um estudo, garantindo a validade e a fiabilidade dos resultados (Creswell & Creswell, 2018).

Este capítulo apresenta a metodologia adotada para a formulação da questão de investigação e para a identificação da evidência científica pertinente. São descritos os critérios de inclusão e exclusão utilizados na seleção dos artigos analisados, bem como o processo de pesquisa conduzido nas diferentes bases de dados. Por fim, são expostos os resultados obtidos, garantindo a transparência e a reprodutibilidade do estudo.

O primeiro aspeto a definir é o objetivo da revisão da literatura. Este deve ser evidente e ser congruente com o título, devendo indicar o que o projeto está a tentar alcançar.

Dessa forma, e como já foi referido, este trabalho tem como finalidade mapear a evidência existente sobre o uso do *debriefing* após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar, analisando como este processo pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o aperfeiçoamento das práticas das equipas multidisciplinares, sensibilizando as equipas para a importância da sua realização após eventos críticos.

Para dar resposta a estas necessidades e tendo em conta os objetivos específicos traçados para o presente projeto foram delineadas as seguintes atividades:

- Sensibilizar as equipas do Extra-Hospitalar para a importância da realização do *debriefing* após evento crítico:
 - o Pesquisar bibliografia sobre *debriefing* no Extra-Hospitalar após eventos críticos;
 - o Pesquisar modelos para a realização estruturada do *debriefing*;
- Promover a realização sistemática do *debriefing* após evento crítico pelas equipas do Extra-Hospitalar:
 - o Elaborar proposta de protocolo para a realização do *debriefing*;
 - o Realizar atividade formativa e apresentar sugestão de modelo(s) para realização do *debriefing*;

Definido o objetivo, importa estabelecer a questão de investigação. A questão deve ser clara, de modo a facilitar a procura da literatura. Foi utilizada a tipologia de pergunta PCC (população, conceito e contexto) sendo que: População (P): Equipas do Extra-hospitalar

(SIV e VMER); Conceito (C): o uso do *debriefing* após eventos críticos; Contexto (C): Extra-Hospitalar .

Assim este trabalho procura responder à seguinte questão de investigação: "Qual o impacto do uso do *debriefing*, após eventos críticos no Extra-Hospitalar, na segurança e qualidade dos cuidados a PSC?"

Após a formulação da questão de investigação, torna-se essencial selecionar as bases de dados onde será realizada a pesquisa. Para este estudo, procedeu-se a uma revisão da literatura recorrendo às bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, ambas acessíveis através da plataforma *EBSCO*.

Definidas as bases de dados e os descritores de pesquisa, tornou-se essencial estabelecer os critérios de inclusão, de forma a assegurar a relevância e a qualidade da evidência científica selecionada. Para este estudo, foram adotados dois critérios de inclusão: a seleção de artigos cujo objetivo de investigação seja o *debriefing* após eventos críticos no Extra-Hospitalar e a disponibilidade do resumo ou do texto integral.

Adicionalmente, foram definidos critérios de exclusão, abrangendo artigos duplicados, publicações anteriores a 2020 e estudos redigidos em idiomas distintos do português ou do inglês. A exclusão do *debriefing* em simulação prende-se com a necessidade de mapear a melhor evidência da prática clínica e do uso do *debriefing* em contexto clínico real.

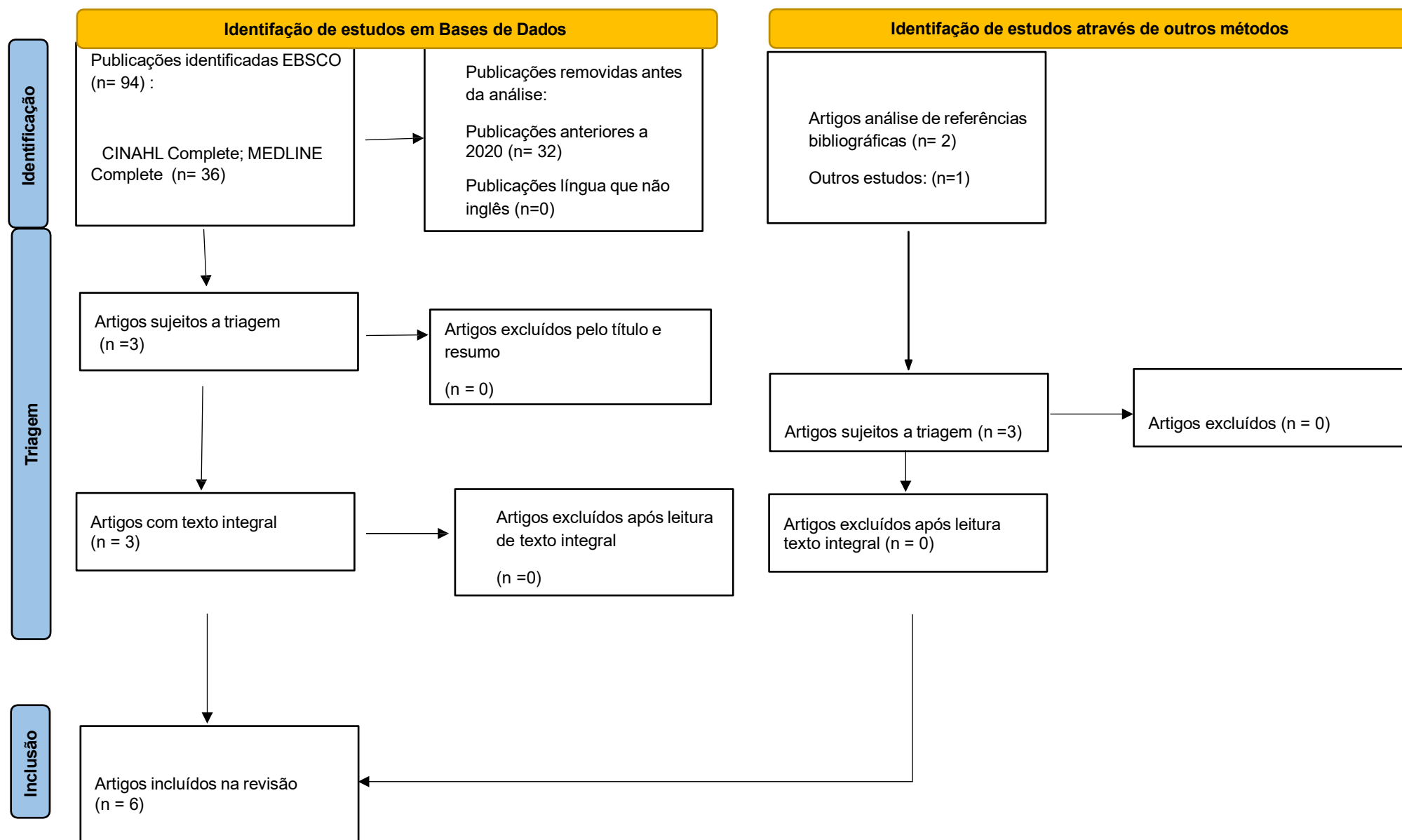
Tendo em conta a questão de investigação, foram definidos os seguintes descritores de pesquisa: *Debriefing*, *Prehospital emergency care*. Cumpre destacar que o termo *debriefing* não é reconhecido como um descritor oficial nas terminologias *DeCS/MeSH*, nem figura como descritor na base de dados *CINAHL*. Contudo, a utilização deste termo foi deliberadamente escolhida pelos autores desta investigação, dado que é amplamente aceite pela comunidade científica e identificado em diversos estudos académicos relevantes. Importa referir, novamente, que foram incluídos nesta revisão, após análise do título e texto integral, estudos com os termos “*debriefing*” ou “*feedback*” que evidenciem resultados pertinentes para a resposta à questão que motivou esta investigação tendo em conta a indefinição destes conceitos nos artigos identificados e a sua conceptualização na área da emergência. Segundo Sá-Couto et al., (2023) há uma escassez de estudos quantitativos comparando objetivamente o *debriefing* e o *feedback* como métodos de discussão pós-cenário e o seu impacto na aquisição e atualização de competências não técnicas pelas equipas de saúde.

A seleção dos artigos foi realizada em fevereiro de 2025. Importa ainda destacar que, para a pesquisa dos artigos, foi definida a seguinte expressão booleana: *debriefing AND prehospital emergency care NOT simulation*.

O processo de seleção dos artigos extraídos para a revisão é apresentado na forma de um fluxograma, conforme as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)

.

DIAGRAMA PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)



3.RESULTADOS

Na fase de identificação foram encontrados 94 registos. Através da remoção de registos duplicados, publicações anteriores a 2020, e escritas em língua que não o inglês, foram excluídos 91 registos.

Numa segunda fase, a fase de análise, foram revistos os 3 registos quanto ao título e resumo permanecendo para análise de texto completo. Através de análise de referências bibliográficas foram ainda identificados outros 2 registos para análise de texto completo e uma dissertação de mestrado

Tabela Síntese de Resultados

Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. <i>Clinical and experimental emergency medicine</i>, 7(4), 259–266. https://doi.org/10.15441/ceem.19.086	Os benefícios identificados incluíram coesão da equipa; melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC; bem-estar emocional e uma cultura de aprendizagem. Dez alterações de processos e equipamentos resultaram diretamente do STOP5 ao longo de 12 meses.
Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department , 9. doi:10.1136/bmjoc-2020-000913	Nenhum “hot debriefing” ocorreu após uma PCR nos 6 meses anteriores à introdução do projeto. A introdução de um documento de hot <i>debriefing</i> levou à sua realização após 42% de todas as PCR ocorridas no serviço. Desde a sua introdução, foram identificados problemas (técnicos e não técnicos) na abordagem da via aérea. Também foram detetados problemas ao nível de registos clínicos durante as PCR, o que tornava difícil o acompanhar do caso (tanto para profissionais que prestavam cuidados desde o início do evento, como para aqueles que chegavam durante o evento). 100% dos participantes sentiram que o <i>debriefing</i> melhorou ou mudou a sua prática clínica, 90% dos entrevistados sentiram que o processo ajudou para o seu bem-estar mental e 95% sentiram o tempo necessário para concluir o processo de hot <i>debriefing</i> foi “perfeito”.
Malas, O., Perez-Cuit, X., García-Sicard, J., Cuartero, A., & Cuartero, G. (2024). The talk debrief experience: Intervention in prehospital personnel care during the Covid-19 pandemic. <i>AIMS Public Health</i>, 11(3), 819–834. https://doi.org/10.3934/publichealth.2024041	O modelo TALK facilitou a comunicação aberta e construtiva entre a equipa de saúde durante as sessões de esclarecimento, permitindo a identificação e aplicação de estratégias práticas para abordar as suas preocupações. Isto sugere que as sessões além do apoio emocional promovem a colaboração e a troca de ideias entre pares.

Wilson, C., Howell, A.-M., Janes, G., & Benn, J. (2022). The role of feedback in emergency ambulance services: a qualitative interview study. <i>BMC Health Services Research</i> , 22(1), 296. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07676-1	O fornecimento atual de <i>feedback</i> é inadequado, podendo ter um impacto negativo na segurança do doente ao impedir a aprendizagem com os erros. Acredita-se que melhorar o <i>feedback</i> melhoraria o atendimento ao doente e o bem-estar da equipa, apoiando o desenvolvimento pessoal e profissional.
Wilson, C., Janes, G., Lawton, R., & Benn, J. (2023). Types and effects of feedback for emergency ambulance staff: a systematic mixed studies review and meta-analysis. <i>BMJ Quality & Safety</i> , 32(10), 573–588. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015634	O <i>feedback</i> teve efeito positivo na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento profissional. O <i>feedback</i> aos profissionais do pré-hospitalar teve efeitos na melhoria da documentação e da adesão ao protocolo, bem como efeito na melhoria do desempenho em caso de paragem cardiorrespiratória, tomada de decisão clínica, tempos na ambulância e taxas de sobrevivência.
Alves, J. F. (2023). Debriefing em situação de paragem cardiorrespiratória: uma oportunidade de reflexão, aprendizagem e melhoria. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Obtido em fevereiro de 2025, de https://hdl.handle.net/1822/85939	A implementação do <i>debriefing</i> em situações de PCR no contexto clínico tem o potencial de produzir ganhos para os enfermeiros da EEMH, assim como para toda a equipa multidisciplinar. Através da sua realização sai reforçada a importância da reflexão constante acerca da prática diária, assim como do potencial de aprendizagem e melhoria que existe em cada evento crítico da mesma. Esta intervenção poderá ainda de forma indireta produzir ganhos em saúde para a PSC.

4. DISCUSSÃO

À luz da evidência científica mais recente, o *debriefing* afirma-se como uma ferramenta essencial em contextos de emergência, promovendo a reflexão estruturada e o *feedback* interpessoal, elementos fundamentais para a aprendizagem contínua, a melhoria do desempenho e o reforço da segurança clínica (Kam et al., 2022).

A utilização de estratégias de *feedback* envolvendo a participação dos profissionais de saúde contribui para a diminuição de perturbações e/ou falhas na comunicação dentro das equipas de saúde responsáveis pela diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes (Joint Commission International, 2018).

O fenómeno do *feedback* é bem investigado na área da saúde, incluindo, por exemplo, o *debriefing*, o *feedback* da experiência do doente e o *feedback* dos relatórios de incidentes. O *feedback* foi definido como o fornecimento sistemático de informações aos profissionais do Extra-Hospitalar sobre o seu desempenho utilizando métricas de processo, métricas de resultados do doente ou ambos os tipos.

Wilson et al. (2022), desenvolveram um estudo que teve como objetivo explorar as perceções dos profissionais do Extra-Hospitalar em relação à importância do *feedback* e as suas opiniões sobre como este impacta os cuidados e a segurança do doente e o bem-estar da equipa. Os tipos de *feedback* relatados incluíram *feedback* sobre os resultados do doente, sobre a experiência do doente, *feedback* entre pares e sobre o desempenho. Os participantes levantaram preocupações de que o *feedback* inadequado poderia ter um impacto negativo na segurança do doente ao impedir a aprendizagem com os erros. Este estudo enfatiza as limitações no fornecimento atual de *feedback* para os profissionais do Extra-Hospitalar e destaca a necessidade destes profissionais por orientações relacionadas com a prestação de *feedback* Extra-Hospitalar.

O estudo de Wilson et al. (2023) procurou mapear na literatura os efeitos dos diferentes tipos de *feedback* na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes, no bem-estar da equipa e no desenvolvimento profissional.

Neste estudo, verificou-se que o *feedback* teve um efeito positivo na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento profissional, na melhoria da documentação e da adesão ao protocolo, bem como pequenos efeitos na melhoria do desempenho em caso de PCR, tomada de decisão clínica, tempos de ambulância e taxas de sobrevivência.

Estes benefícios são suportados na literatura por Nocera & Merrit (2017) referindo que o *debriefing* após um evento crítico pode servir vários propósitos, como revisão do desempenho da equipa, educação, identificação de erros, apoio emocional e planeamento para eventos futuros. Segundo os mesmos autores as barreiras ao *debriefing* como o tempo, o local, o desconforto com o processo, as adesões dos participantes devem ser exploradas para otimizar a implementação desta prática.

Os resultados da revisão sugerem que o *feedback* aos profissionais do Extra-Hospitalar pode melhorar o desempenho e atendimento ao doente e destaca também a necessidade de projetos de *feedback* mais robustos.

Contudo, ambos os estudos anteriormente citados corroboram a clara necessidade de desenvolver um consenso sobre os principais mecanismos de *feedback* para os profissionais do Extra-Hospitalar.

Malas et al. (2024) centraram o seu estudo na experiência do TALK *Debrief* no pessoal do Extra-Hospitalar. O estudo teve como objetivo aplicar a intervenção de *debriefing* clínico TALK à equipa, identificar as suas emoções, estratégias de *coping* e propostas de solução.

O modelo TALK destaca-se pela ênfase na análise das necessidades e na procura de soluções práticas, tornando-o adequado para abordar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante eventos críticos (Malas et al., 2024).

Na literatura, Diaz-Navarro et al. (2021) apresenta o TALK, como uma abordagem prática ao *debriefing* clínico alinhada com as evidências mais recentes, que visa promover uma cultura inclusiva de diálogo construtivo e capacitar as equipas para se envolverem em ações de melhoria contínua.

O modelo TALK é composto por quatro etapas: Meta, Análise, Aprendizagem e Ações-chave, que orientam os indivíduos a terem conversas focadas e construtivas com resultados práticos. O objetivo é rever o evento enfatizando os comportamentos bem-sucedidos e identificar áreas onde a equipa pode melhorar o seu desempenho. Permite uma comunicação eficaz entre diversas equipas de profissionais de saúde que trabalham juntas de forma regular ou ocasional em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Segundo os mesmos autores o TALK *debriefing* pode ser utilizado numa variedade de cenários clínicos, incluindo áreas de cuidados agudos, não agudos, pré-hospitalares e comunitários. Qualquer membro da equipa pode iniciar o TALK *debriefing*, este não deve demorar mais de 10 minutos e pode ser realizado imediatamente após um evento clínico.

Os princípios básicos do TALK passam por incentivar as equipas a partilhar reflexões de forma significativa, inclusiva, construtiva e sem julgamentos, procurando aprender continuamente com a experiência e melhorar os cuidados prestados ao doente. Este modelo foi criado para promover a segurança do doente e uma cultura de diálogo e apoio, orientando as equipas clínicas a realizar *debriefings* curtos, estruturados e baseados em soluções após eventos de aprendizagens diários (Díaz-Navarro et al., 2021).

Os valores deste modelo assentam na Positividade, destacando estratégias e comportamentos positivos demonstrados por outros, para que possam ser reproduzidos por todos; concentrar em soluções, em vez de apontar culpados; comunicação valorizando todos os inputs e “*Step by step*”, isto é, identificar sucessos que possam ser replicados ou identificar pequenos problemas que possam ser facilmente resolvidos.

Os resultados deste estudo indicam que o modelo TALK facilitou a comunicação aberta e construtiva entre a equipa de saúde, permitindo a identificação e aplicação de estratégias práticas para abordar as suas preocupações. Isto sugere que as sessões não só fornecem apoio emocional, como também promovem a colaboração e a troca de ideias entre pares.

Concluindo, de acordo com Malas et al. (2024) o *debriefing* clínico TALK mostrou-se uma ferramenta eficaz para promover a comunicação aberta e construtiva entre a equipa Extra-Hospitalar.

No estudo de Gilmartin et al. (2020) o principal objetivo foi introduzir o *debriefing* rápido no serviço de urgência após todas as PCR, tendo como objetivo secundário implementar mudanças contínuas de melhoria da qualidade na gestão da PCR, com base em ações sugeridas em *debriefings* rápidos. A ferramenta original de *debriefing* STOP 5 foi adaptada pela equipa do projeto e implementada. Importa perceber a análise desta estratégia e perceber-se que a medida de resultado registada foi o número de *debriefings* realizados e documentados por mês, em comparação com o número de PCR tratadas no SU. As medidas de processo em que se focaram envolveram a análise das alterações práticas efetuadas como resultado do processo de *debriefing* dinâmico. O *feedback* qualitativo foi obtido através de inquéritos aos participantes. De acordo com os resultados do estudo a introdução de uma ferramenta de *debriefing* dinâmica levou a mudanças reais no tratamento da PCR como: alterações nos equipamentos da sala de reanimação, nas competências não técnicas dos profissionais e nas atividades educativas dos departamentos.

De acordo com os mesmos autores o “*hot*” *debriefing* como ferramenta em si permitiu melhorias focadas no tratamento da PCR. Segundo os autores o “*hot*” *debriefing* deve ocorrer no momento após um evento clínico e tem a vantagem de uma intervenção mais precoce, melhor participação e melhor memória dos eventos. Além disso, o processo beneficiou a prática clínica e o bem-estar psicológico dos participantes referindo que a promoção e o envolvimento contínuo das equipas conduzirão a uma maior apropriação e sustentabilidade do processo (Gilmartin et al., 2020).

No estudo de Walker et al. (2020) procurou-se conceber, testar e desenvolver uma ferramenta que fosse rápida e fácil de utilizar para qualquer membro da equipa e utilizada para facilitar cuidados mais seguros ao doente, desenvolvimento da equipa e melhoria da qualidade no departamento de emergência médica. Os potenciais benefícios identificados incluíram coesão da equipa, melhor atendimento para futuros doentes, promoção de uma cultura de aprendizagem, segurança do doente e melhoria da qualidade.

O modelo STOP 5 identificado por Walker et al. (2020) estima a duração média da sua realização em cerca de 5 minutos, corroborado por Kessler et al. (2015) que caracteriza o “*hot*” *debriefing* como uma intervenção rápida, que leva entre 5 e 15 minutos, tendo lugar no contexto em que acontece o evento.

Este modelo prevê que qualquer profissional da equipa multidisciplinar possa dinamizar e liderar o *debriefing*, garantindo uma estrutura organizada e sistematizada à intervenção. O instrumento pode ser estruturado em duas secções: a primeira consiste num guião contendo um conjunto de afirmações que devem ser proferidas e reiteradas em cada sessão e a segunda abrange quatro tópicos destinados à discussão.

Na primeira fase, o profissional responsável por iniciar o *debriefing* deve começar por agradecer a toda a equipa e questionar se todos se encontram bem. Os eventos críticos representam momentos de elevado stress, podendo desencadear diversas respostas emocionais nos participantes, as quais devem ser respeitadas e consideradas na decisão de realizar e aderir ao *debriefing*.

De seguida, o modelo propõe a enunciação de quatro afirmações fundamentais:

1. "Vamos realizar um *debriefing* de equipa com a duração de cinco minutos."
2. "O objetivo desta sessão é melhorar a qualidade dos cuidados prestados e este não é um espaço para atribuição de culpas."

3. "A participação é bem-vinda, mas não obrigatória."
4. "Toda a informação discutida durante este *debriefing* é confidencial."

Estas afirmações são intencionalmente introduzidas para promover um ambiente psicologicamente seguro, incentivando a participação voluntária, honesta e focada na melhoria do trabalho em equipa. Este enquadramento visa mitigar possíveis efeitos negativos associados a figuras de autoridade ou hierarquias percebidas, facilitando, assim, a participação equitativa de todos os elementos da equipa. Consequentemente, qualquer membro pode assumir a liderança, dinamizar e contribuir para o *debriefing* em igualdade de condições (Walker et al., 2020)

Numa segunda fase, o modelo propõe a discussão em equipa de quatro tópicos estruturados segundo o acrónimo STOP:

- S – "Summarise the case": Resumo do caso, proporcionando uma visão global do evento.
- T – "Things that went well": Identificação dos aspetos positivos da intervenção.
- O – "Opportunities to improve": Reflexão sobre possíveis áreas de melhoria.
- P – "Points to action and responsibilities": Definição de medidas concretas a implementar e atribuição de responsabilidades.

Esta abordagem sistematizada permite uma análise objetiva e orientada para a otimização dos processos e da dinâmica de equipa (Walker et al., 2020).

O primeiro tópico, S – "*Summarise the case*", consiste na realização de um sumário/resumo dos eventos ocorridos. O profissional que desempenhou a função de *team leader* durante a reanimação pode ser o mais indicado para conduzir esta fase, dada a sua posição de supervisão e visão global do evento. Esta recomendação torna-se particularmente relevante em cenários onde o líder adota uma abordagem "*hands-off*", isto é, não intervindo diretamente nas manobras, mas coordenando a equipa e a resposta clínica.

Por outro lado, os restantes membros da equipa podem estar focados em tarefas específicas, o que pode limitar a sua perceção situacional global. Assim, a clarificação dos acontecimentos pelo *team leader* contribui para uma compreensão partilhada e estruturada da intervenção (Walker et al., 2020).

Os tópicos seguintes, T – "*Things that went well*" e O – "*Opportunities to improve*", centram-se na identificação das tarefas e eventos que, na perceção da equipa, decorreram de forma eficaz, bem como naqueles que podem ser aprimorados.

Este método enquadra-se no modelo "*plus-delta*", amplamente adotado em diferentes abordagens de *debriefing*. Conforme já referido, e em consonância com Walker et al. (2020), o modelo "*plus-delta*" promove uma reflexão estruturada, centrada na identificação dos aspetos positivos da atuação (*plus*) e naquilo que pode ser melhorado (*delta*), incentivando a melhoria contínua do desempenho individual e coletivo. Importa salientar que o foco desta metodologia não se limita apenas aos desfechos clínicos do doente, mas estende-se também aos procedimentos adotados, às competências individuais e coletivas, bem como às estruturas e processos que influenciaram os resultados obtidos.

O último componente do modelo STOP, P – "*Points to action and responsibilities*", visa a identificação, descrição e formalização dos problemas de processo reconhecidos pela equipa. Além disso, promove a definição de estratégias e soluções específicas que possibilitem a sua resolução de forma eficaz.

Esta fase é essencial para garantir que as lições retiradas do *debriefing* resultem em mudanças concretas e melhorias contínuas, atribuindo responsabilidades claras a cada membro da equipa para a implementação das ações propostas (Walker et al., 2020).

No processo de implementação deste modelo, foram igualmente estabelecidos os critérios e situações que justificam a sua realização. Estes incluíram: traumatismos graves; PCR; morte durante a reanimação; ativação pré-hospitalar; pedido de qualquer membro da equipa de profissionais.

A definição destes critérios permite garantir que o *debriefing* seja realizado de forma estruturada e sempre que necessário, promovendo a reflexão e melhoria contínua das práticas clínicas.

Algumas das principais barreiras identificadas foram a pressão do tempo, a carga de trabalho, prioridades clínicas concorrentes, ansiedade relacionada com a *performance*, garantia de segurança psicológica para os elementos da equipa e dispersão da equipa após a reanimação. Também Nocera & Merrit (2017) identificam barreiras ao *debriefing* como o tempo, o horário, o local, o desconforto com o processo, a adesão dos participantes, sendo que estas devem ser exploradas de acordo com o departamento de emergência para otimizar a implementação desta prática.

Porém, os autores preveem que a estrutura STOP5 seja globalmente generalizável e eficaz para muitas equipas de emergência médica.

Também Alves (2023), na sua Dissertação de Mestrado, procurou, através do seu projeto de intervenção em serviço, implementar um modelo de *hot debriefing* que fosse rápido e de fácil aplicação, a realizar imediatamente após o evento. Este modelo seria facilitado pelos enfermeiros da Equipa de Emergência Médica Hospitalar (EEMH) e envolveria todos os profissionais presentes na reanimação. Após a apresentação dos diferentes modelos identificados aos *stakeholders* (enfermeiro gestor, enfermeiro supervisor e enfermeiros da EEMH), determinou-se que o modelo mais adequado para a prática seria o STOP5 (*“STOP for 5 minutes”*), conforme proposto por (Walker et al., 2020).

Neste projeto foram contactados os autores do modelo a solicitar autorização para a sua adaptação e implementação no contexto clínico e uma vez conseguida essa autorização procedeu-se à sua tradução para a língua portuguesa mantendo o conteúdo do modelo, assim como o guião para a sua realização e os aspetos a abordar. Neste projeto o autor também elaborou um esquema síntese do modelo, reproduzido na forma de póster, de forma a permitir relembrar os profissionais da realização do *debriefing*, assim como orientar de forma fácil quais os aspetos a considerar na sua realização.

Sendo um dos objetivos do projeto de intervenção a implementação do *debriefing* como uma intervenção a ser realizada de forma sistemática e estruturada em situações de PCR, o autor considerou oportuno o desenvolvimento de um protocolo interno que permitisse formalizar a sua realização, assim como definir como, quando e onde deveria ser realizado, quem deveria participar, e que modelo deveria ser utilizado na realização e registo.

Considerando esse contexto, Alves (2023) propôs a criação de um protocolo específico para a realização do *debriefing* em situações de PCR, inserido como uma adenda ao Manual de Emergência Médica do Hospital. Esse protocolo foi elaborado com base na revisão da literatura e incorporou o modelo STOP5, garantindo um formato padronizado para a condução e registo do *debriefing* pela EEMH.

O trabalho desenvolvido por (Alves, 2023) vem corroborar a conclusão do estudo anterior, de Walker et al. (2020) prevendo que a ferramenta fosse generalizável e eficaz para muitas equipas de emergência médica.

De acordo com Alves (2023) a implementação do *debriefing* em situações de PCR no contexto clínico tem o potencial de produzir ganhos para os enfermeiros da EEMH, assim

como para toda a equipa multidisciplinar. Através da sua realização sai reforçada a importância da reflexão constante acerca da prática diária, assim como do potencial de aprendizagem e melhoria que existe em cada evento crítico da mesma. Esta intervenção poderá ainda de forma indireta produzir ganhos em saúde para a PSC. Corroborado por Gardner (2013) o “*debriefing* é uma oportunidade única para discutir e analisar experiências, dar sentido ao que aconteceu e integrar lições aprendidas para melhorar o desempenho e ter um melhor desempenho no futuro”.

A implementação desta intervenção, conduzida por enfermeiros, reforça o papel do enfermeiro especialista na área da PSC dentro da equipa de saúde, potenciando a sua função como promotor de cuidados de excelência. Além disso, destaca a sua responsabilidade na identificação contínua de oportunidades de melhoria, contribuindo para a otimização das práticas assistenciais. Segundo James et al. (2022) o empoderamento do enfermeiro através de um modelo de distribuição da liderança favorece um maior envolvimento da equipa de cuidados e facilita o processo de *debriefing*.

5. CONCLUSÕES

Derivado do papel que o EE deve assumir na equipa de saúde, através do desenvolvimento constante da prática de enfermagem, melhoria contínua assistencial, e otimização dos cuidados em todos os momentos, considerou-se oportuna a exploração de algumas temáticas. Entre estas elencou-se a importância do *debriefing* após eventos críticos no Extra-Hospitalar como área de atuação primordial, que resultou numa revisão de literatura.

Este estudo teve como objetivo sensibilizar as equipas de Emergência Extra-Hospitalar, nomeadamente dos meios SIV e VMER, para a importância da implementação do *debriefing* após eventos críticos. Esta intervenção pretende maximizar o potencial educativo de cada evento real, promovendo a reflexão, a discussão e a melhoria contínua do desempenho das equipas de saúde, contribuindo assim para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A exploração de uma temática específica exigiu a realização de pesquisa sistemática, assim como reflexão e análise crítica sobre resultados de investigação, nomeadamente na identificação das características do *debriefing*, assim como na interpretação dos resultados da sua implementação e evidência científica que suporta a intervenção. Denotou-se ainda nesta exploração que o *debriefing* produz melhores resultados quando implementado com recurso a modelos estruturados para uma realização uniforme e sistemática.

Um dos principais desafios identificados na literatura que impedem a sua implementação envolve ultrapassar as barreiras percecionadas pelos profissionais, como a falta de tempo, a complexidade na sua realização, o receio de exposição individual e crítica externa, ou a descrença de que o *debriefing* possa produzir benefícios na prática clínica. A utilização de ferramentas de apoio ou modelos pré-definidos que funcionem como guião que sejam fáceis de utilizar e rápidos podem dar resposta a algumas destas barreiras (Kessler et al., 2015).

Uniformizar o formato, a linguagem e os processos de *debriefing* nas equipas Extra-Hospitalar promoverá a sustentabilidade e facilitará a monitorização e o relato dos resultados de *debriefing* dentro de um sistema (Kessler et al., 2015).

Isto sugere que adaptar um método às metas e preferências organizacionais é a melhor forma de implementar práticas eficazes de *debriefing* após eventos críticos. Devem ser exploradas barreiras específicas do contexto Extra-Hospitalar para otimizar a implementação desta prática.

Assume-se assim, que o *debriefing* é um recurso essencial em locais trabalho complexos, como o Extra-Hospitalar, pois ajuda a melhorar a dinâmica, a aumentar a proficiência e a reforçar o desempenho da equipa, promovendo ainda a reflexão e aprendizagem organizacional. Nesta revisão bibliográfica foram identificados vários estudos que discutem a proposta de implementação de novos protocolos de *debriefing* em ambientes clínicos.

O *debriefing* é amplamente reconhecido pelos profissionais de saúde como uma ferramenta valiosa, contudo, a sua aplicação na prática clínica permanece limitada ou praticamente inexistente. Este estudo de investigação, aliado à sua disseminação, pode contribuir para a sensibilização das entidades de saúde, incentivando a sua implementação sistemática. A adoção do *debriefing* na rotina dos cuidados de saúde representa uma oportunidade significativa para a melhoria contínua da qualidade assistencial, traduzindo-se em benefícios inequívocos para a segurança do doente e para o desempenho das equipas.

Tendo em conta o contexto profissional em que esta revisão se insere e as suas especificidades, propõe-se a implementação de um modelo de “*hot*” *debriefing* que seja ágil e de fácil aplicação, realizado imediatamente após o evento crítico. Este modelo seria facilitado pelos enfermeiros do Extra-Hospitalar e envolveria todos os profissionais presentes no evento, promovendo uma reflexão estruturada e a melhoria contínua da prática clínica.

Além disso, este estudo permite sugerir, com base na literatura, a adaptação de modelos de *debriefing* pré-existent, ajustando-os às especificidades e exigências desta realidade, com vista à otimização das práticas e à melhoria contínua da qualidade assistencial. Deste modo, sugere-se que, após a apresentação dos modelos identificados aos principais *stakeholders*, nomeadamente o enfermeiro coordenador, o enfermeiro responsável pelo Centro de Formação e os enfermeiros do Extra-Hospitalar, seja realizada uma análise para identificar o modelo mais adequado à realidade local. Com base na literatura, a proposta recai sobre a avaliação do modelo STOP5 (“*STOP for 5 minutes*”) descrito por Walker et al. (2020), e já traduzido e adaptado por Alves (2023) dada a sua aplicabilidade prática e eficácia na otimização do desempenho das equipas em cenários de emergência.

A implementação de práticas de *debriefing* em contexto Extra-Hospitalar revela-se uma estratégia fundamental para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Esta abordagem promove a reflexão crítica, o desenvolvimento profissional e o fortalecimento da

cultura de segurança, contribuindo de forma efetiva para a otimização do desempenho das equipas e para a excelência na prestação de cuidados em cenários de emergência.

A apresentação deste projeto ao Departamento de Formação do INEM evidenciou a relevância do tema e a necessidade de sensibilizar e capacitar as equipas de emergência para a adoção sistemática desta metodologia.

A proposta contemplou a adaptação do modelo STOP5, com o objetivo de capacitar as equipas para a realização de *debriefings* curtos, estruturados e eficazes após a ocorrência de eventos críticos. Em continuidade com esta iniciativa, foi igualmente desenvolvido um póster orientador, concebido para apoiar as equipas na condução de *debriefings* breves e focados em soluções, aplicáveis a situações do quotidiano com potencial de aprendizagem e melhoria contínua, tendo por base o modelo adaptado STOP5 de (Walker et al., 2020).

No âmbito desta temática, surgiu a oportunidade de realizar uma comunicação oral no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem, subordinado ao tema “*Comunicação em Enfermagem: A Prática Especializada para a Excelência do Cuidar*”. Esta participação culminou com a distinção atribuída à apresentação, reconhecida com o prémio de “Melhor Comunicação Livre”, reforçando a relevância e o impacto do trabalho desenvolvido.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a reduzida diversidade metodológica das investigações incluídas, bem como o número limitado de estudos centrados exclusivamente em equipas de Emergência Extra-Hospitalar. Esta lacuna evidencia a necessidade de futuras pesquisas que aprofundem o impacto do *debriefing* neste contexto específico. Além disso, reforça-se a importância de novos estudos que permitam compreender de forma mais abrangente os benefícios do *debriefing* após eventos críticos.

Adicionalmente, reconhece-se que a inclusão de um maior número de bases de dados poderia ter ampliado o espectro de estudos analisados. No entanto, optou-se por recorrer a apenas duas bases, de forma a concentrar e otimizar a seleção e análise dos artigos. Importa salientar que as bases de dados selecionadas possuem elevado prestígio e relevância científica, garantindo a qualidade e robustez dos estudos incluídos na revisão.

Deste modo, considera-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, uma vez que foi possível mapear a evidência científica sobre a relevância do *debriefing* após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar.

Entre as principais dificuldades enfrentadas, destaca-se o esforço exigido para conciliar a carga horária do estágio com a realização desta revisão e o exercício da atividade profissional. Este desafio, que envolveu um impacto tanto a nível pessoal como familiar, refletiu-se na necessidade de uma gestão rigorosa do tempo e dos recursos disponíveis. No entanto, essa experiência constituiu também uma oportunidade para o desenvolvimento da resiliência, uma competência fundamental no exercício da profissão e na prática da investigação em saúde.

Assume-se, que capacitar as equipas para fazerem pequenas mudanças adaptativas contínuas resulta em pequenas melhorias no desempenho em diferentes fases do cuidado à PSC, que se acumulam num benefício cumulativo e melhores *outcomes* para os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. F. (2023). *Debriefing em situação de paragem cardiorrespiratória: uma oportunidade de reflexão, aprendizagem e melhoria*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Obtido em fevereiro de 2025, de <https://hdl.handle.net/1822/85939>
- American Heart Association. (2020). *Guidelines for CPR and ECC*. Obtido de <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
- Arriaga, A. F., Szyld, D., & Pian-Smith, M. C. (2020). Real-time debriefing after critical events: exploring the gap between principle and reality. 38, pp. 801-820. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2020.08.003>
- Berg, K. M., Cheng, A., Panchal, A. R., Topjian, A. A., Aziz, K., Bhanji, F., . . . Lavonas, E. J. (2020). Systems of care 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. 2(142), Part 7, S580-S604. *Circulation*. <https://doi.org/doi.org/10.1161/CIR.0000000000000899>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*.
- Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing: TALK. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004JO>
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing in Seminars in perinatology. 37(3), pp. 166-174. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.00>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). *Promoting hot debriefing in an emergency department*, 9. <https://doi.org/10.1136/bmj-2020-000913>
- Greif, R., Lockey, A., Breckoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzoyley, A., . . . Monsieurs, K. G. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation*(161), 388-407. *Resuscitation*. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- INEM/DFEM. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida (versão 2.0). Obtido de). <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Joint Commission International. (2018). Communicating clearly and effectively to patients: how to overcome common communication challenges in health care. Joint Commission International. Obtido de [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicatingclearly-final_(1).pdf)
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., . . . Parker, M. J. (2022). *Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: a comparative crossover study of two post resuscitation debriefing frameworks*, 22(152). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>

- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. 65, pp. 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Malas, O., Perez-Cuit, X., Garcia-Sicard, J., Cuartero, A., & Cuartero, G. (2024). *The talk debrief experience: Intervention in prehospital personnel care during the Covid-19 pandemic*, 11, pp. 819-834. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024041>
- Miller, A., Archer, J., & Weidmann, C. (2018). *Feedback and assessment for clinical learning: The role of the educator*, 1, 23, 59-74. Advances in Health Sciences Education.
- Nocera, M., & Merrit, C. (2017). Pediatric Critical Event Debriefing in Emergency Medicine Training: An Opportunity for Educational Improvement. 1, pp. 2018-214. <https://doi.org/doi.org/10.1002/aet2.10031>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Sá-Couto, C., Rodrigues, D., & Gouveia, M. (2023). Debriefing or Feedback: Exploring the Impact of Two Post- Scenario Discussion Methods in the Acquisition and Retention of Non- Technical Skills. (A. m. portuguesa, Ed.) 36, pp. 34-41. <https://doi.org/10.20344/amp.16898>
- Servotte, J. C., Welch-Horan, T. B., Mullan, P., Piazza, J., Chuysen, A., & Szyld, D. (2020). Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID- 19. 5, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>
- Soar, J., Bottiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djary, T., . . . Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support Resuscitation. (161), 115-151. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). *STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department*, 7, pp. 259-266. <https://doi.org/doi.org/10.15441/ceem.19.086>
- Wilson, C., Howell, A.-M., Janes, G., & Benn, J. (2022). (B. H. Research, Ed.) *The role of feedback in emergency ambulance services: a qualitative interview study*, 22(296). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07676-1>
- Wilson, C., Janes, G., Lawton, R., & Benn, J. (2023). *Types and effects of feedback for emergency ambulance staff: a systematic mixed review and meta-analysis*, 32, pp. 573-588. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015634>

APÊNDICES

APÊNDICE I-
PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO *DEBRIEFING*

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO *DEBRIEFING*

Objetivo: Normalizar a realização do *debriefing* pelas equipas do Extra-Hospitalar após eventos críticos, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados.

Âmbito: Aplica-se a todos os profissionais do Extra-Hospitalar.

Responsabilidades: Compete à Direção do INEM em articulação com o Centro de Formação a implementação deste protocolo.

Descrição: Assume-se, que o *debriefing* é um recurso essencial em locais trabalho complexos, como o Extra-Hospitalar, pois ajuda a melhorar as dinâmicas da equipa, a aumentar a proficiência da equipa, a reforçar o desempenho e a ajudar as organizações a refletir e aprender.

O *Debriefing* define-se como uma discussão entre dois ou mais indivíduos em que são analisados aspetos relacionados com a *performance* e funcionamento da equipa, com o objetivo de fomentar a aprendizagem e melhoria da prática futura. Este deve incidir sobre aspetos como a qualidade dos cuidados, revisão de dados quantitativos, respostas emocionais e reflexão do trabalho de equipa e liderança.

Propõe-se a implementação de um modelo de “*hot*” *debriefing* que seja ágil e de fácil aplicação, realizado imediatamente após o evento crítico. Os eventos críticos definem-se como situações que ameaçam sobrecarregar a capacidade do indivíduo para as enfrentar, ou que lhe trazem um conjunto de emoções, pensamentos ou comportamentos, podendo conduzir a situações em que as suas habilidades sejam afetadas. Consideram eventos críticos para realização de *debriefing*: PCR; Cenários de Trauma; Agressões; Situações Multivítimas; Cenários Pediátricos; Complicações/Erros ou sempre que um profissional sinta essa necessidade.

Tendo em vista a estruturação e sistematização do *debriefing* propõe-se o modelo “STOP5”, uma ferramenta que permite orientar a intervenção, assim como proceder ao seu registo. Esta é composta por algumas frases que devem ser lidas à equipa no início, e posteriormente por quatro itens principais. Qualquer elemento da equipa do Extra-Hospitalar (SIV e VMER) é elegível para iniciar e liderar o *debriefing*, contudo, para a fase inicial deste protocolo este modelo seria facilitado pelos enfermeiros e envolveria todos os profissionais presentes no evento, promovendo uma reflexão estruturada e a melhoria contínua da prática clínica.

Agradecer a toda a equipa e perguntar: “Estão todos bem?” Se <u>sim</u> , abordar os quatro itens abaixo proferindo previamente as seguintes afirmações: • Vamos fazer um <i>debrief</i> de 5 minutos em equipa; • O objetivo é melhorar a qualidade de cuidados ao doente; não é uma sessão de atribuição de culpas; • A participação é voluntária, bem-vinda, mas não é obrigatória; • Toda a informação discutida neste <i>debrief</i> é confidencial		
S	Summarise the case	Sumário do caso
T	Things that went well	Tarefas e atitudes que correram bem
O	Opportunities to improve	Oportunidades de melhoria
P	Points to action and responsibilities	Pontos para ação e responsabilidades

Adaptado do modelo “STOP5: a hot debriefing model for resuscitation cases in the emergency department” (Walker et al., 2020)

As frases iniciais são cuidadosamente elaboradas para estabelecer um ponto de partida e criar um ambiente no qual qualquer elemento da equipa possa participar de forma honesta, assertiva e focada no trabalho em equipa.

No primeiro item “S – Sumário do Caso” deverá proceder-se á revisão da situação clínica abordada, assim como dos eventos que tomaram lugar e intervenções efetuadas. O *teamleader* poderá estar na melhor posição para contribuir para este item, principalmente em situações em que este assume uma posição “*hands-off*”, o que lhe permite ter uma visão mais global dos acontecimentos, enquanto outros elementos da equipa poderão estar focados em tarefas específicas diminuindo a sua capacidade de perceção situacional.

Nos itens seguintes “T – Tarefas e atitudes que correram bem” e O- Oportunidades de melhoria” centram-se na identificação das tarefas e eventos que, na perceção da equipa, decorreram de forma eficaz, bem como naqueles que podem ser aprimorados.

O último item “P – Pontos para ação e responsabilidade” foca a equipa e permite a formalização do processo através da busca de soluções para problemas encontrados durante a reanimação. O objetivo é identificar áreas nas quais é possível intervir, e registar quais serão os passos tomados para as corrigir e melhorar.

O registo da realização do *debriefing* deverá ser efetuado numa plataforma e modelo/impresso a definir, tendo por base os quatro itens predefinidos. Periodicamente, deverá ser realizada uma revisão dos pontos identificados como passíveis de melhoria, com o objetivo de desenvolver e implementar estratégias para a sua otimização.

APÊNDICE II – Plano da atividade formativa

Plano da atividade formativa

Atividade formativa: <i>DEBRIEFING</i> NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA		
Público-alvo: Enfermeiros do INEM		
Responsável: Enfª Sónia Silva - estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Universidade Católica Portuguesa do Porto		
Orientador: Professor Doutor Vasco Neves da Universidade Católica Portuguesa do Porto		
Data: 19/03/2025	Horário: 10h00m	Duração: 20 minutos
Local: reunião via Zoom		
Objetivo geral: Capacitar os formandos a reconhecer as vantagens da prática do <i>debriefing</i> no contexto Extra-Hospitalar, evidenciando o impacto na segurança e na qualidade dos cuidados. Objetivos específicos: No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: • Descrever a revisão de literatura sobre o <i>debriefing</i> no contexto Extra-Hospitalar.; • Assimilar os resultados e conclusões sobre a revisão realizada; • Aplicar de forma sistemática o <i>debriefing</i>, integrando-o à prática clínica.; • Desenvolver análise crítica acerca dos benefícios e desafios da implementação do <i>debriefing</i>.		
Programa		
Horário	10h00m	
Conteúdo Programáticos	• Apresentação do responsável da atividade formativa; • Apresentação da temática; • Exposição do conteúdo temático; • Reflexão sobre a temática.	
Duração	20 min	
Metodologia	Método expositivo	

APÊNDICE III –
POSTER *DEBRIEFING*: Adaptação do modelo de *debriefing* STOP5 de
Walker, et al. (2020)

POSTER DEBRIEFING



Fig 1 - Adaptação do modelo de *debriefing STOP5* de Walker et al. (2020)

APÊNDICE IV - TABELA EVIDÊNCIAS

Tabela de Evidências

Informação bibliográfica	Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. <i>Clinical and experimental emergency medicine</i> , 7(4), 259–266. https://doi.org/10.15441/ceem.19.086
Palavras-chave	Emergencies Resuscitation Clinical competence Feedback Education
Objetivos	Criar um modelo de <i>debriefing</i> rápido personalizado para situações emergência e desta forma otimizar a aprendizagem a partir da experiência clínica, identificar os pontos fortes da equipa, os desafios e incentivar a reflexão honesta, sempre focados em melhorar o desempenho futuro.
Metodologia	Grupos de discussão multidisciplinares do Serviço de Urgência analisaram os modelos existentes, identificaram benefícios/barreiras e criaram novos modelos, testando-os e adaptando-os com recurso a imagens de um caso simulado de reanimação complexa. A nova ferramenta HDB foi cunhada: “STOP5” (STOP durante 5 minutos). Os casos visados foram recuperações pré-hospitalares, traumatismos graves, paragens cardíacas, mortes em reanimação e desencadeados pelo pessoal. Os pormenores da estrutura incluíam uma introdução especificamente escrita, seguida de elementos centrais que eram S: resumir o caso; T: coisas que correram bem; O: oportunidades para melhorar; P: pontos para ação e responsabilidades. Os funcionários foram inquiridos 1 mês antes, 6 e 18 meses após a introdução. Foram utilizados formulários de recolha de dados para identificar e acompanhar os resultados concretos/melhorias do sistema resultantes diretamente dos HDB.
Resultados	Os benefícios encontrados foram: melhoria da moral dos colaboradores; coesão da equipa; melhor atendimento para futuros doentes; promover uma cultura de aprendizagem, segurança do doente e melhoria da qualidade. Dez alterações de processos e equipamentos resultaram diretamente do STOP5 ao longo de 12 meses.
Conclusões	Modelo rápido, fácil de utilizar e eficaz num ambiente urgência/movimentado. Os autores preveem que a ferramenta seja globalmente generalizável e eficaz para muitas equipas de emergência.

Informação bibliográfica	Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). <i>Promoting hot debriefing in an emergency department</i> , 9. doi:10.1136/bmj-2020-000913
Palavras-chave	cardiopulmonary resuscitation; continuous quality improvement; human error; human factors; resuscitation.
Objetivos	Introduzir o <i>debriefing</i> rápido no serviço de urgência após todas as paragens cardíacas.
Metodologia	O modelo STOP5 utilizado foi originalmente criado pelos Drs. Craig Walker, Laura McGregor e Sara Robinson em 2017, em parceria com a Edinburgh Emergency Medicine, o Centro Escocês de Factores Humanos Clínicos e o NHS Education Scotland. A equipa do projeto adicionou ao modelo títulos adicionais para discussão que se focam especificamente na paragem cardíaca. Esta ferramenta foi introduzida no Serviço de Urgência para ser utilizada após todas as paragens cardíacas. Pediu-se ao chefe da equipa que preenchesse um formulário de análise. Estes formulários de balanço foram recolhidos mensalmente e comparados com o registo de paragens cardíacas do departamento. Quaisquer alterações feitas à gestão da paragem cardíaca após o hot debriefing eram registadas. O feedback qualitativo foi obtido através de questionários.
Resultados	Nenhum “ <i>hot debriefing</i> ” ocorreu após uma PCR nos 6 meses anteriores à introdução do projeto. A introdução de um documento de <i>hot debriefing</i> levou à sua realização após 42% de todas as PCR ocorridas no serviço. Desde a sua introdução, foram identificados problemas (técnicos e não técnicos) na abordagem da via aérea. Também foram detetados problemas ao nível de registos clínicos durante as PCR, o que tornava difícil o acompanhar do caso (tanto para profissionais que prestavam cuidados desde o início do evento, como para aqueles que chegavam durante o evento). 100% dos participantes sentiram que o debriefing melhorou ou mudou a sua prática clínica, 90% dos entrevistados sentiram que o processo ajudou para o seu bem-estar mental e 95% sentiram o tempo necessário para concluir o processo de hot debriefing foi “perfeito”.
Conclusões	A introdução de uma ferramenta de <i>debriefing</i> dinâmica levou a mudanças reais no tratamento da paragem cardíaca. O processo beneficia a prática clínica dos participantes, bem como o bem-estar psicológico.

Informação bibliográfica	Malas, O., Perez-Cuit, X., García-Sicard, J., Cuartero, A., & Cuartero, G. (2024). The talk debrief experience: Intervention in prehospital personnel care during the Covid-19 pandemic. <i>AIMS Public Health</i> , 11(3), 819–834. https://doi.org/10.3934/publichealth.2024041
Palavras-chave	Anxiety Debriefing Distress mental health prehospital personnel talk debrief.
Objetivos	Aplicar a intervenção de <i>debriefing</i> clínico TALK à equipa clínica de ambulatório durante a pandemia; identificar as suas emoções, pensamentos, estratégias de <i>coping</i> e propostas de solução; determinar as suas exigências para melhorar o bem-estar e a capacidade de <i>coping</i> ; e disseminar conhecimento valioso para lidar com traumas em situações semelhantes.
Metodologia	O estudo utilizou uma metodologia qualitativa no âmbito de uma investigação-ação participativa, conduzindo discussões de grupo (n = 375) e empregando o método de <i>debriefing</i> clínico TALK como estrutura orientadora das sessões. As reuniões dos grupos de discussão foram facilitadas por psicólogos (n = 67) que tinham recebido formação neste método.
Resultados	Os resultados deste estudo estão de acordo com os de outros investigadores quanto à importância do debriefing na abordagem do sofrimento e do stress vivenciado pelos profissionais. Enfatizam a importância de promover ambientes de trabalho de apoio, promover uma comunicação eficaz e implementar estratégias para abordar o bem-estar psicológico dos profissionais. A congruência entre os resultados deste estudo e a literatura existente sublinha o papel do <i>debriefing</i> no tratamento do sofrimento e do stress entre profissionais de saúde, enfatizando assim a importância de mecanismos de suporte contínuos em ambientes de cuidados de saúde.
Conclusões	O modelo facilitou a comunicação aberta e construtiva entre a equipa, permitindo identificação de estratégias práticas para abordar as suas preocupações. Destacou a utilidade do debriefing como uma ferramenta eficaz para promover a comunicação aberta e construtiva entre a equipa Extra-Hospitalar. Permitiu aos profissionais partilhar experiências, expressar emoções e pensamentos e identificar coletivamente estratégias de <i>coping</i> e soluções práticas.

Informação bibliográfica	Wilson, C., Howell, A.-M., Janes, G., & Benn, J. (2022). The role of feedback in emergency ambulance services: a qualitative interview study. <i>BMC Health Services Research</i> , 22(1), 296. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07676-1
Palavras-chave	Emergency medical services Feedback Feedback-seeking behavior Prehospital care Professional development Qualitative Staff wellbeing.
Objetivos	Explorar a experiência dos profissionais do serviço de emergência médica em relação ao fornecimento atual de feedback e as suas opiniões sobre como o feedback tem impacto nos cuidados e segurança do doente e bem-estar da equipa.
Metodologia	Estudo qualitativo realizado no âmbito de um estudo mais alargado sobre o bem-estar relacionado com o trabalho dos profissionais do serviço de emergência médica. Utilizada uma amostragem intencional para seleccionar 24 profissionais da linha da frente de um serviço de ambulâncias no Reino Unido e realizaram-se entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram analisados em ciclos interativos de raciocínio indutivo e dedutivo, utilizando a Análise Abductiva de Redes Temáticas. A análise foi informada pela teoria psicológica, bem como por modelos da literatura mais alargada sobre a eficácia do feedback e o comportamento de procura de feedback.
Resultados	Os participantes consideraram que o atual fornecimento de <i>feedback</i> era inadequado e expressaram sistematicamente o desejo de aumentar o <i>feedback</i> . Os tipos de <i>feedback</i> pré-hospitalar relatados incluíam feedback sobre os resultados para os doentes, feedback sobre a experiência dos doentes, <i>feedback</i> entre pares, <i>feedback</i> sobre o desempenho, <i>feedforward</i> : conselhos no local, debriefing e investigações e relatórios dos médicos legistas. Os participantes manifestaram preocupação com o facto de um <i>feedback</i> inadequado poder ter um impacto negativo na segurança dos doentes ao impedir que se aprenda com os erros. Considerou-se que o reforço da prestação de <i>feedback</i> melhoraria os cuidados prestados aos doentes e o bem-estar do pessoal, apoiando o desenvolvimento pessoal e profissional.
Conclusões	Este estudo destaca o forte desejo de <i>feedback</i> dos profissionais do serviço de emergência médica. O estudo sugere uma tipologia do <i>feedback</i> pré-hospitalar e apresenta uma visão única dos motivos para a procura de <i>feedback</i> utilizando a teoria psicológica.

	Foi desenvolvido um modelo lógico para intervenções de <i>feedback</i> pré-hospitalar para informar futuras pesquisas e desenvolvimentos em <i>feedback</i> pré-hospitalar.
--	---

Informação bibliográfica	Alves, J. F. (2023). <i>Debriefing em situação de paragem cardiorrespiratória: uma oportunidade de reflexão, aprendizagem e melhoria</i> . Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Obtido em fevereiro de 2025, de https://hdl.handle.net/1822/85939
Palavras-chave	<i>Debriefing</i> Intervenção de Enfermagem Paragem Cardiorrespiratória.
Objetivos	Promover a realização do <i>debriefing</i> em situação de PCR pelos enfermeiros da EEMH; Sensibilizar os enfermeiros da EEMH para a importância da realização do <i>debriefing</i> no atendimento à pessoa vítima de PCR; Promover a realização sistemática do <i>debriefing</i> pelos enfermeiros da EEMH no atendimento à pessoa vítima de PCR.
Metodologia	Revisão da literatura com base na metodologia de uma <i>rapid review</i> .
Resultados	A implementação do <i>debriefing</i> em situações de PCR no contexto clínico tem o potencial de produzir ganhos para os enfermeiros da EEMH, assim como para toda a equipa multidisciplinar.
Conclusões	Através da realização do <i>debriefing</i> sai reforçada a importância da reflexão constante acerca da prática diária, assim como do potencial de aprendizagem e melhoria que existe em cada evento crítico da mesma. Esta intervenção poderá ainda de forma indireta produzir ganhos em saúde para a PSC, já que está demonstrado que a sua realização permite aumentar o desempenho das equipas, assim como a eficiência técnica das suas intervenções em situações de PCR.

Informação bibliográfica	Wilson, C., Janes, G., Lawton, R., & Benn, J. (2023). Types and effects of feedback for emergency ambulance staff: a systematic mixed studies review and meta-analysis. <i>BMJ Quality & Safety</i> , 32(10), 573–588. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015634
Palavras-chave	Audit and feedback Decision making Health services research Prehospital care.
Objetivos	Resumir a literatura sobre os tipos de <i>feedback</i> recebido pelos profissionais do Sistema de emergência médica e os seus efeitos na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes, no bem-estar da equipa e no desenvolvimento profissional.
Metodologia	Revisão sistemática e meta análise
Resultados	O <i>feedback</i> teve efeito positivo na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento profissional. O <i>feedback</i> aos profissionais do pré-hospitalar teve efeitos na melhoria da documentação e da adesão ao protocolo, bem como efeito na melhoria do desempenho em caso de paragem cardiorrespiratória, tomada de decisão clínica, tempos na ambulância e taxas de sobrevivência.
Conclusões	São necessárias mais pesquisas para fornecer orientação e estruturas que apoiem uma melhor conceção e avaliação de intervenções de <i>feedback</i> dentro do sistema de emergência médica.

APÊNDICE IV –

**Comunicação Oral: “*Debriefing* no Extra-Hospitalar: Qualidade e
Segurança nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica”**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem

A Prática especializada para a excelência do Cuidar

27.03.2025 | 9h00
Sala EC138A
Universidade Católica Portuguesa - Porto

Curso de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DEBRIEFING NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Sónia Silva^{1,2}, Vasco Silva Neves^{1,4}

¹ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem Porto, Portugal, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica; ² [Redacted], Serviço de Urgência/VMER, enfermeira.

³ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem Porto, Portugal, ⁴ Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal.



Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

DEBRIEFING NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

SUMÁRIO

- ☐ Enquadramento Teórico
- ☐ Metodologia
- ☐ Resultados/Discussão
- ☐ Proposta de Protocolo para realização do *Debriefing*
- ☐ Conclusões



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- ☐ É considerado pela literatura como um processo fundamental que contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (Kam, et al., 2022).

Ocorre apenas numa percentagem pequena das situações, apenas em cerca de 25% dos eventos pós reanimação são desenvolvidos *debriefings* pelas equipas envolvidas.

(Arriaga, Szyld, & Pian-Smith, 2020; Kam, et al., 2022)



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- ☐ Em contexto de emergência, a comunicação e a implementação de processos como o **debriefing**, que permitam a reflexão das equipas sobre as suas práticas, assumem especial importância (Kam, et al., 2022).
- ☐ O foco deve ser a melhoria dos processos, não a culpabilização dos indivíduos (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- ☐ Permite a transmissão de uma análise orientada, com o objetivo de aprimorar o desempenho das equipas (Kam et al., 2022).
- ☐ Ferramenta de apoio emocional para os profissionais, desempenhando um papel fundamental na melhoria da qualidade assistencial e na segurança dos doentes (Kam et al., 2022).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

DEBRIEFING



(Kessler, Cheng, & Mullan, 2015)



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FEBEN

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

- ❑ A análise da bibliografia e do estado da arte revela que a evidência sustenta o *debriefing* como uma ferramenta eficaz e benéfica para os profissionais de saúde em situações de PCR ou outros eventos críticos (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015; Kam et al., 2022).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FEBEN

QUESTÃO INVESTIGAÇÃO

Construção da questão de Investigação – terminologia PCC	
Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa
População (P)	Equipas do Extra-hospitalar
Conceito (C)	Uso do <i>debriefing</i> após eventos críticos
Contexto (C)	Extra-Hospitalar



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACED

QUESTÃO INVESTIGAÇÃO

**“Qual o impacto da utilização da metodologia do
Debriefing, após Eventos Críticos no Extra-Hospitalar, na
Segurança e Qualidade dos Cuidados?”**



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACED

FINALIDADE DO ESTUDO

- ☐ Explorar o impacto do *debriefing* na segurança dos cuidados no contexto Extra-Hospitalar;
- ☐ Identificar um modelo de *debriefing* adequado à realidade do Extra-Hospitalar, garantindo a sua viabilidade e eficácia na otimização do desempenho das equipas de emergência.



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE ENFERMAGEM

DEBRIEFING NO EXTRA-HOSPITALAR: QUALIDADE E SEGURANÇA NOS CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OBJETIVO:

Mapear a evidência existente sobre o uso do *debriefing* após eventos críticos no contexto Extra-Hospitalar.



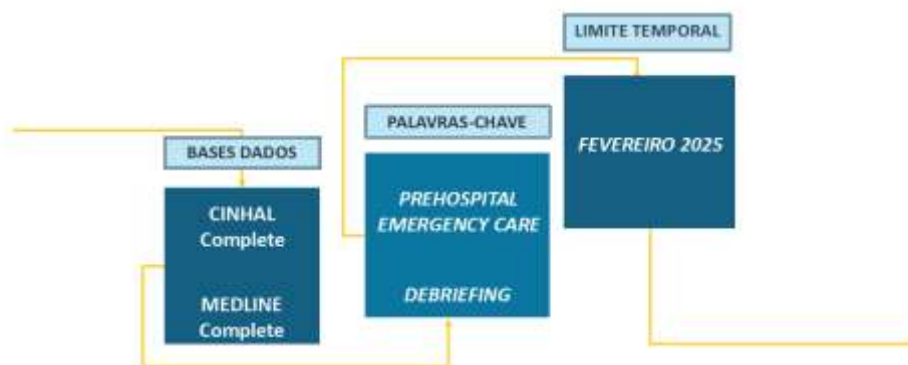
Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE ENFERMAGEM

METODOLOGIA



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

METODOLOGIA

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<i>Debriefing</i> após evento crítico no Extra-Hospitalar	<i>Debriefing</i> em simulação
LIMITADORES	
Resumo ou texto integral disponível	
Inglês ou Português	
Artigos publicados últimos 5 anos	

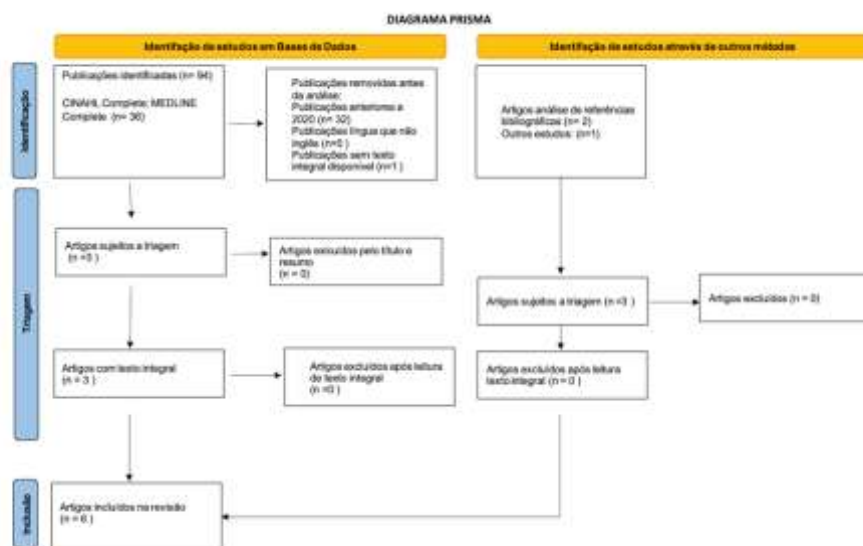


Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESULTADOS



José Carlos Fernandes Reis

Debriefing em situação de paragem cardiopulmonar: uma oportunidade de reflexão, aprendizagem e melhoria



Abstract
The talk debrief experience: interventions by prehospital personnel next during the Covid-19 pandemic
Steph Dikmar¹, Laura Martin², Robyn Kenny³, Jan Collins⁴, Nigel Saker⁵
¹ Department of Prehospital, Resuscitation and Critical Care, University of Lincoln, Lincoln, UK
² Emergency Medical Services, Department of Health and Social Security, Health Department, Government of Catalonia, Spain
³ Emergency Medical Services, Department of Health and Social Security, Health Department, Government of Catalonia, Spain
⁴ Emergency Medical Services, Department of Health and Social Security, Health Department, Government of Catalonia, Spain
⁵ Emergency Medical Services, Department of Health and Social Security, Health Department, Government of Catalonia, Spain



Types and effects of feedback for emergency ambulance staff: a systematic mixed studies review and meta-analysis

Caroline Wilson¹, Gillian Jones², Rebecca Lawton³, Jonathan Brown⁴



Fórum das Especialidades de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Principais benefícios:

-  ☐ Melhoria do desempenho e da segurança do doente, através da identificação e correção de erros;
- ☐ Promoção do bem-estar emocional, permitindo redução do stress e do impacto psicológico nos profissionais;
- ☐ Maior coesão da equipa, pelo aprimoramento da comunicação e do trabalho interdisciplinar;
- ☐ Fortalecimento da cultura de segurança, proporcionando um ambiente propício à reflexão e melhoria contínua (Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S., 2020; Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, L., & Solter, N., 2020; Alves, J. F., 2023; Malas, O., Perez-Cuñt, X., García-Sicard, J., Cuartero, A., & Cuartero, G., 2024; Wilson, C., Janes, G., Lawton, R., & Benn, J., 2023).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

-  O **debriefing** evidencia a importância da reflexão sobre a prática diária e o potencial de aprendizagem em cada evento crítico (Alves, 2023).

-  A falta de tempo, a complexidade na sua realização, o receio de exposição individual e crítica externa e a adesão dos profissionais são desafios à implementação do **debriefing**, tornando essencial a utilização de modelos estruturados (Wilson, Janes, Lawton, & Benn., 2023; Walker, McGregor, Taylor, & Robinson, 2020), corroborado por (Nocera & Merrit, 2017).

-  O modelo **STOPS**, já aplicado em contextos hospitalares, surge como uma alternativa viável para otimizar o processo no Extra-Hospitalar (Walker, McGregor, Taylor, & Robinson, 2020).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESULTADOS/ DISCUSSÃO



O **debriefing** após um evento crítico pode ter diversos objetivos, como avaliar o desempenho da equipa, promover a educação, identificar erros, oferecer apoio emocional e planejar para eventos futuros (Wilson, Janes, Lawton, & Benn, 2023., Nocera & Merrit, 2017).



Demonstrou ser uma ferramenta eficaz para fomentar a comunicação aberta e construtiva na equipa Extra-Hospitalar, permitindo aos profissionais partilhar experiências, expressar emoções e identificar, de forma coletiva, estratégias de coping e soluções práticas (Malas, O., Perez-Cuñ, X., García-Sicard, J., Cuartero, A., & Cuartero, G., 2024).



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Os Eventos Críticos preconizados são:



PCR

EVENTOS PEDIÁTRICOS

TRAUMA

MULTIVÍTIMAS

PROFISSIONAL

(Walker, McGregor, Taylor, & Robinson, 2020., Nocera & Merrit, 2017)



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING

Agradecer a toda a equipa e perguntar: "Estão todos bem?" Se <u>sim</u>, abordar os quatro itens abaixo: - Vamos fazer um <i>debrief</i> de 5 minutos em equipa; - O objetivo é melhorar a qualidade dos cuidados; - A participação é voluntária; - Toda a informação discutida neste <i>debrief</i> é confidencial.		
S	Summarise the case	Sumarizar/Resumir o caso
T	Things that went well	Tarefas e atitudes que correram bem
O	Opportunities to improve	Oportunidades de melhoria
P	Points to action and responsibilities	Pontos para ação e responsabilidades

Adaptado do modelo "STOPS: a hot debriefing model for resuscitation cases in the emergency department" (Walker, McGregor, Taylor, & Robinson, 2020)



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

☐ O registo deverá ser feito numa plataforma e modelo a definir, com base nos quatro itens predefinidos.

☐ Periodicamente, deve-se revisar os pontos passíveis de melhoria, com o objetivo de desenvolver e aplicar estratégias para a sua otimização.

Adaptação do modelo de debriefing STOPS de Walker, McGregor, Taylor & Robinson (2020)



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONCLUSÕES

- ☐ Podemos concluir que os objetivos foram cumpridos, tendo sido possível mapear a evidência científica sobre a importância do **debriefing** após eventos críticos no contexto do Extra-Hospitalar.
- ☐ É um recurso fundamental em ambientes de trabalho complexos, como o Extra-Hospitalar, pois contribui para melhorar as dinâmicas da equipa, aumentar a proficiência, reforçar o desempenho e apoiar as organizações na reflexão e aprendizagem.
- ☐ Adaptar um método às metas e preferências organizacionais é a melhor forma de implementar práticas eficazes após eventos críticos.



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONCLUSÕES

- ☐ Uniformizar o formato, a linguagem e os processos de **debriefing** nas equipas do Extra-Hospitalar promoverá a sustentabilidade e facilitará a monitorização e o relato dos resultados dentro de um sistema (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015).
- ☐ Devem ser exploradas barreiras específicas do contexto Extra-Hospitalar para otimizar a implementação desta prática (Kessler, Cheng, & Mullan, 2015).
- ☐ Para otimizar a aplicação no Extra-Hospitalar, recomenda-se a implementação de protocolos estruturados, como o modelo **STOP5**, que possibilita um **debriefing** rápido e objetivo após o evento crítico. Este modelo seria conduzido pelos enfermeiros, envolvendo todos os profissionais presentes no evento.



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONCLUSÕES

- ❑ Esta revisão apresenta algumas limitações como o número reduzido de artigos analisados, o que pode limitar a generalização dos resultados; variedade metodológica dos estudos, dificultando a comparação direta dos achados; falta de estudos longitudinais, impossibilitando a avaliação do impacto do *debriefing* a longo prazo.



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACED

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Fórum das Especialidades
de Enfermagem

Comunicação em Enfermagem
A Prática especializada para a excelência do Cuidar



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
FACED

ANEXOS

ANEXO I –

Certificado de participação: 1º Seminário de Supervisão Clínica



1º SEMINÁRIO
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

CERTIFICA-SE QUE,

Sónia Silva

ESTEVE PRESENTE NO I SEMINÁRIO EM SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM, QUE DECORREU NO PASSADO DIA 12 DE ABRIL DE 2024, NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE.

PROF.ª DOUTORA MARISA MACHADO
DIRETORA ESSVA

CERTIFICADO Nº 001/2024



ANEXO II –

Certificado: Curso Formadores e Auditores da Triagem de Manchester



Certificado

Unidade Formativa Acreditada em 18 de novembro de 1999, nos termos do Despacho n.º 13 019/98 da Ministra da Saúde

Certifica-se que SONIA MARLENE MACHADO SILVA, natural de VILA NOVA DE FAMALICAO - VILA NOVA DE FAMALICAO, nascido(a) a 1984-01-09, de nacionalidade Portuguesa, portador (a) do Documento de Identidade nº 12311535, frequentou com Aproveitamento, em 09-09-2024, com a duração de 7 horas, o curso de formação profissional

Curso de Formadores e Auditores de Triagem de Manchester

Porto, 27 de setembro de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora

Serviço de Ensino, Formação e Desenvolvimento Humano

ANEXO III –

Certificado de participação no IV Congresso Internacional

Critical Care- CESPU'24



ANEXO IV –
Certificado: Curso SBV/ DAE



ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA DE
BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE BARCELINHOS

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Sónia Mariana Machado Silva natural de Vila Nova de Famalicão nascida em 09/01/1984, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12341533 válido até 30/04/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, em 27/01/2024, com a duração de 700 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (horas)	Classificação (0,20)
Apresentação, Objetivos e Caracterização do Curso	0,15	-
Técnica I - Suporte Básico de Vida Adulto	0,30	-
Demonstração algoritmo de SBV (4 passos)	0,15	-
Sessão Prática I - Suporte básico de vida, Demonstração de PLS, Posição lateral de Segurança, Demonstração algoritmo DVA, Execução da VA	1,00	-
Técnica II - Desfibrilhação Automática Externa/Situações especiais com DAE	0,30	-
Workshop: Correção de DAE e Colocação de Eletrodos	0,30	-
Demonstração algoritmo de SBV com DAE	0,15	-
Sessão Prática II: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso imediato)	0,05	-
Sessão Prática III: Casos clínicos SBV DAE (Choque não recomendado)	0,05	-
Sessão Prática IV: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso)	1,00	-
Sessão Prática V: Casos clínicos SBV DAE (Sucesso tardio)	1,00	-
Avaliação e Encerramento do Curso	0,15	-
Nota Final		20

Barcelinhos, 01 de outubro de 2024

(O/A) Responsável pelo(a) Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Barcelinhos

(Assinatura e selo da entidade emitente)



Certificado n.º 1180/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 494/2019

Válido até Setembro de 2029.



Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Barcelinhos

ANEXO V –

**Certificado de participação no 2º Seminário do Doente Crítico do
Hospital CUF Descobertas**



2º Seminário do Doente Crítico

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

CUF Academic Center
Av. do Forte, nº3 – Edifício Subcília III, Piso 2
2790-073 Camaxide



NOME

Sónia Silva

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

12311535

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-679926a8846d2

AS ATIVIDADES FREQUENTADAS ENCONTRAM-SE NA PÁGINA SEQUENTE

Evento

2º Seminário do Doente Crítico

05-02-2025 09:00 → 08-02-2025 17:30

Nesta 2ª edição do Seminário do Doente Crítico, entre as várias temáticas, do programa, pretende-se dar um enfoque no papel que a inovação tecnológica tem vindo a assumir, cada vez mais preponderante, nas organizações de saúde e muito em particular na era da digitalização com a incorporação da inteligência artificial no software dos equipamentos.

Atividades frequentadas

Seminário

07-02-2025 09:00 → 08-02-2025 17:30 • Duração: 16 horas

academiacuf.up.pt/events
Comprovativo de Emissão do Certificado Eletrónico

ANEXO VI –

**Certificado de participação no “Workshop teórico-prático e
preparação de terapêutica farmacológica no âmbito dos protocolos
SIV”,**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Sónia Marlene Machado Silva**, enfermeira, a realizar estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esteve presente na formação com o tema **"Workshop teórico-prático e preparação de terapêutica farmacológica no âmbito dos protocolos SHV"**, no dia 06 de março de 2025.

Por ser verdade, e ter sido pedido, se emite e assina a presente declaração.

Porto, 02 de maio de 2025

A Enfermeira Gestora, DRN



(Verónica Juliana Gaspar Alves Martins)

ANEXO VII –
Certificado de participação no 2^a Congresso de Enfermagem de
Urgência do Hospital Pedro Hispano

need²
preserve

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

Sónia Silva

Esteve presente no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, organizado pela NEED2PRESERVE e que decorreu nos dias 12 e 13 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde, com a duração de 9 horas.

Vila do Conde, 13 de março de 2025



António Pereira
Presidente

ANEXO VIII –
Workshop: “ECOFAST para Enfermeiros”



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

Sónia Marlene Machado Silva

Esteve presente no workshop "Ecofast para Enfermeiros", integrado no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano, organizado pela NEED2PRESERVE e que teve lugar no dia 11 de março de 2025, no Teatro Municipal de Vila do Conde, com a duração de 4 horas.

Vila do Conde, 11 de março de 2025

António Pereira

Presidente

ANEXO IX –

**Certificado: Precauções Básicas do Controlo de Infecção: Operacionais
do SIEM**



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação

Certificado de Formação

Precauções Básicas Do Controlo da Infecção: Operacionais do SIEM

Certifica-se que

Sonia Marlene Machado Silva

Concluiu com aproveitamento o curso de Formação Precauções Básicas Do Controlo da Infecção, com duração de 2 horas, em 14 de março de 2025

O Departamento de Formação


(Teresa Pinto)

Certificado nº: **QSI-6A1HV16**
Válida até



INEM 2024.03.1

ANEXO X –

**Certificado de participação no VIII Fórum das Especialidades de
Enfermagem - “Comunicação em Enfermagem: A Prática
Especializada para a Excelência do Cuidar”**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declara-se que

Sónia Marlene Machado Silva

participou no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar, que decorreu na Escola de Enfermagem – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, no dia 27 de março de 2025, com duração total de 7 horas.



Prof.ª Doutora Constança Festas
(Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem
da Escola de Enfermagem - Porto)



Prof. Doutor Paulo Alves
(Diretor da Escola de Enfermagem - Porto)

Porto, 27 de março de 2025

DocFes VIII FEE 86/2025

ANEXO XI –

Certificado de participação: Comunicação Oral subordinada ao tema:
***Debriefing* no Pré-Hospitalar: Qualidade e Segurança no Cuidados**
à Pessoa em Situação Crítica



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Declarar-se que,

Sónia Silva; Vasco Silva-Neves

apresentaram no Painel 2 – Contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica (Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) inserida no VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem - Comunicação em Enfermagem - A Prática especializada para a excelência do Cuidar *uma Comunicação oral* subordinado ao tema «*Debriefing no Pré-hospitalar: Qualidade e Segurança nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica*», que decorreu no campus da Foz da Universidade Católica Portuguesa – Porto, no dia 27 de março de 2025.

Prof.ª Doutora Constança Pestas
(Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem
da Escola de Enfermagem - Porto)

Prof. Doutor Paulo Alves
(Diretor da Escola de Enfermagem - Porto)

Porto, 27 de março de 2025

DECL. VIII FEE 2025

ANEXO XII –
Certificado de participação no INTERNATIONAL CONGRESS ON
EMERGENCY (ICE25)



ANEXO XIII –

**Certificado de participação no Congresso do Serviço de Urgência
Adultos**

CONGRESSO

SERVIÇO URGÊNCIA

ADULTOS

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE AVEIRO

CENTRO DE CONGRESSOS DE AVEIRO

22 E 23 MAIO 2025 | AVEIRO

Horas de Certificação: 14 Horas

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Declara-se que **Sonia Silva** participou no Congresso do Serviço de Urgência de Adultos de Aveiro, realizado nos dias 22 e 23 de Maio de 2025 no Centro de Congressos de Aveiro.

PROGRAMA

DIA 1	DIA 2
8:30 ABERTURA DO SECRETARIADO	9:00 PRÉ-HOSPITALAR: O QUE SE PODE MELHORAR?
9:00 SERVIÇOS DE URGÊNCIA: REALIDADE E EVOLUÇÃO	- 119 ou 112?
- O que mudou?	- Bombeiros/SU: Articulação Atual
- Circuito extra-hospitalar do doente crítico -	9:30 GESTÃO DE CIRCUITOS NOS PORTA AVÓS - SUH
- Impacto na Hospitalização	- CRU no SU: O que falta fazer?
- Impacto da Idade no SU	- Quem protege os SUH na gestão de risco?
10:30 Sessão de Abertura	12:30 ALMOÇO LIVRE
11:30 YMER - EVOLUÇÃO DESDE HÁ 35 ANOS	14:00 TRANSPARÊNCIAS INTRA/INTER-HOSPITALAR - O QUE
- Oportunidades das YMER's	FOI FEITO!
- Manuseio dos YMER's	14:30 COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS
13:30 MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE	15:30 Sessão PARA A COMUNIDADE
URGÊNCIA	ADONAMENTO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA 112
13:00 ALMOÇO LIVRE	O QUE FAZER E QUANDO FAZER?
14:00 SALA DE EMERGÊNCIA - REALIDADES ATUAIS	17:00 Sessão de ENCERRAMENTO/ENTREGA DE PRÊMIOS
- A mudança silenciosa do paradigma de	
atuação na Sala de Emergência	
- SICAD num hospital não central	
16:00 TRIAGEM DE MANCHESTER - VAI MESMO MUDAR?	
- Como se vai resolver de emergência?	
- Projeto 1120 - Descongelar os SUH	
17:00 INÍMIGO INVISÍVEL - INDÚSTRIA QUÍMICA	
17:30 ENCERRAMENTO DOS TRABALHOS	

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Raquel Alves

Raquel Alves

A COMISSÃO CIENTÍFICA

Patrícia Cardoso

Patrícia Cardoso

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

SU
SERVIÇO URGÊNCIA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

