

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

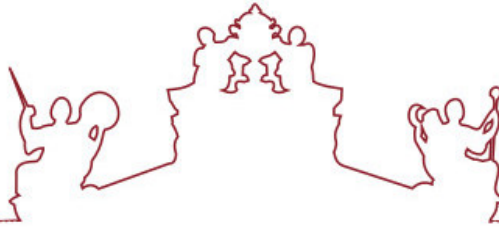
Relatório de Estágio

Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico

Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

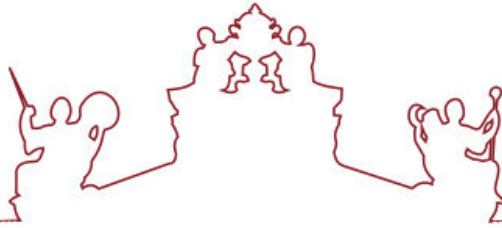
Relatório de Estágio

Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico

Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja) (Arguente)

“A maior recompensa pelo trabalho não é o que a pessoa ganha, é o que se torna através dele”

John Ruskin

Há caminhos que só são possíveis de trilhar com a ajuda e o apoio de terceiros, e este foi um deles.

UM AGRADECIMENTO ESPECIAL:

Ao professor orientador, obrigado por todo o conhecimento transmitido, como também a sua dedicação e disponibilidade. Não seria possível sem a sua orientação. Obrigado!

À minha família, por ajudarem a manter o foco e apoiarem nos momentos mais difíceis. Obrigado por acreditarem em mim!

À Rita, obrigado por estares incondicionalmente ao meu lado, apoiando sempre e dividindo muita vez o nosso tempo em prol deste caminho. Obrigado!

Aos colegas de Mestrado, principalmente o João e o André que estiveram sempre presentes e dispostos a ajudar. Obrigado pela vossa amizade!

Aos enfermeiros orientadores, obrigado pela vossa paciência, disponibilidade e partilha de conhecimentos. Foram essenciais neste percurso, um exemplo a seguir. Obrigado!

Aos colegas de serviço, obrigado pela vossa prontidão em ajudarem com trocas, rendições mais cedo e perceberem a minha maior ausência do serviço. Facilitaram este percurso. Obrigado!

RESUMO

Título: Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico

O presente relatório de estágio, enquadrado no âmbito da Unidade Curricular Relatório, surge como resultado da etapa final da conclusão do Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Inicia-se pela caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, sendo de seguida descritas as etapas de implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço numa Urgência Médico-Cirúrgica, seguindo a Metodologia de Projeto e tendo por base o Modelo de Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy, com o objetivo de promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem através da implementação do *debriefing*.

Termina com uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos clínicos dos estágios, como também o contributo das restantes Unidades Curriculares, de forma a demonstrar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: *Debriefing*, Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doente; Urgência; Segurança do Doente

ABSTRACT

Title: Debriefing as a strategy to promote the safety of critical patient

This internship report, framed within the scope of the curricular unit “relatório”, arises as a result of the final stage of the Master’s degree in Nursing in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing in the aspect of the Person in Critical Situation.

It begins by characterizing the clinical contexts where the internships took place, followed by the description of the stages taken to implement a Service Intervention Project in a Medical-Surgical Emergency Service, supported by the Project Methodology and based on Joanne Duffy’s Quality-Care Model, with the purpose to promote quality and security of nursing care through the implementation of the debriefing.

It ends with a reflection on the activities developed throughout the clinical contexts of the internships, as well as the contribution of the other curricular units, in order to demonstrate the acquisition of master and specialist nurse skills in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation.

Keywords: Debriefing, Medical-Surgical Nursing, Patient, Urgency, Patient Safety

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Fluxograma protocolo de triagem de Manchester 20

Figura nº2 - Tempos alvos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester..... 20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT 36

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR - Área Dedicada aos Doentes Respiratórios

AR – Assembleia da República

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

ITLS - *International Trauma Life Support*

META - Modelo Extra-hospitalar de Triagem Avançada

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIS – Plano de Intervenção em Serviço

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SO – Serviço de Observação

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UH – Unidade Hospitalar

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA	14
1.1. Caracterização Da Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente	14
1.1.1 – Estrutura física	14
1.1.2 – Recursos humanos e modo de organização de trabalho	15
1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	16
1.2.1 – Estrutura física	17
1.2.2 – Recursos humanos e metodologia de trabalho.....	18
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	21
2.1. – Enquadramento Conceptual e Teórico	22
2.1.1. – Modelo Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy	22
2.1.2. – <i>Debriefing</i>	25
2.1.3. – Qualidade e Segurança do Doente	28
2.1.4. – Incidente Crítico	34
2.2. – Diagnóstico de Situação	35
2.3. – Definição de Objetivos	37
2.4. – Planeamento.....	37
2.5. – Execução	38
2.6. – Análise, avaliação e divulgação dos resultados.....	40
3. DEMONSTRAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	42
3.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem ...	42
3.1.1. – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	43
3.1.2. – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade	45
3.1.3. – Domínio da gestão dos cuidados	47
3.1.4. – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	50
3.2. – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	52
3.2.1. – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	52
3.2.2. – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	54
3.2.3. – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas ...	56
CONCLUSÃO	57
BIBLIOGRAFIA.....	60

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto De Estágio.....	LXVII
APÊNDICE II - Autorização Implementação Projeto De Intervenção Em Serviço	LXXXIII
APÊNDICE III - Norma De Procedimento Após Incidentes Críticos.....	LXXXV
APÊNDICE IV - Poster: Debriefing Após Incidentes Críticos.....	XCVII
APÊNDICE V - Autorização De Tiago Bagorriha Para Utilização De "Guião De Debriefing" E "Formulário De Observação De Debriefing No Serviço De Urgência"	XCIX
APÊNDICE VI - Revisão Scoping: Debriefing Realizado Por Enfermeiros Após Incidentes Críticos: Uma Revisão Scoping"	CI
APÊNDICE VII - Resultados Do Questionário De Avaliação Da Formação Em Serviço: Debriefing Após Incidentes Críticos	CIV

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Comprovativo De Presença Conferência All Talk Sobre O "Debriefing Clínico"	CXI
ANEXO II - Comprovativo Da Conclusão Do Curso Internacional Trauma Life Support	CXIII
ANEXO III - Declaração De Participação IX Curso De Controlo De Infecção E Das Resistências Aos Antimicrobianos Da ULS.....	CXV

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, pela Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Setúbal, foi solicitado a elaboração de um relatório de estágio com o objetivo de refletir sobre as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica e do grau de Mestre em Enfermagem e demonstrar a sua aquisição decorrentes da frequência deste mestrado.

O presente relatório consiste na descrição e reflexão detalhada e fundamentada das atividades desenvolvidas no estágio em contexto clínico.

No início do estágio final foi elaborado um projeto de estágio (apêndice I), onde se explanam as atividades a desenvolver e as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica e de Mestre em Enfermagem a adquirir.

Neste estágio, elaborou-se e desenvolveu-se um projeto de intervenção em serviço, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] de uma Unidade Local de Saúde [ULS], unidade diferenciada onde é realizado o acolhimento das situações de urgência/emergência, ou seja, local onde se prestam cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica, subordinado ao tema “O *debriefing* realizado pela equipa de enfermagem do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória”.

A implementação deste projeto teve como objetivo principal a promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem através da implementação do *debriefing* em contexto de urgência, através da consolidação dos conhecimentos da equipa de enfermagem do local de estágio relativamente ao *debriefing*, da elaboração de uma norma de procedimento e realização de uma ação de formação relativa à implementação do *debriefing* e a elaboração de um poster informativo sobre a implementação do *debriefing* após incidentes críticos.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica incluem as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, nas quais o Enfermeiro Especialista deve ser o pilar dinamizador e desenvolvedor de práticas

de qualidade, contribuindo na gestão e ser parte integrante de programas de melhoria contínua, garantindo também um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Assim, este projeto de intervenção assume um papel crucial para que seja possível implementar o *debriefing* no dia-a-dia da prestação de cuidados da equipa de enfermagem do SUMC, promovendo a segurança do doente.

Como objetivo geral deste relatório de estágio, encontra-se definido:

- Demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente à pessoa em situação crítica, e das competências de mestre.

Sendo que como objetivos específicos do mesmo, se define:

- Caracterizar os contextos clínicos onde decorreram os estágios;
- Descrever as atividades realizadas para aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente à pessoa em situação crítica, e das competências de mestre;
- Descrever de forma fundamentada as etapas do projeto de intervenção em serviço;

O presente relatório divide-se em 3 capítulos, onde no primeiro capítulo é realizada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios, o segundo capítulo explana o projeto de intervenção em serviço implementado no estágio final realizado no SUMC e o terceiro capítulo é realizada a análise reflexiva da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem, como também dos conhecimentos e aprendizagens adquiridas ao longo do contexto teórico-prático.

O presente relatório encontra-se elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição e de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA

Qualquer estágio em contexto clínico implica a passagem por um processo de integração e adaptação ao serviço e à equipa multidisciplinar do mesmo, com o objetivo de obter maior aproveitamento dos momentos e experiências presenciados. Assim, é necessário conhecer profundamente o funcionamento dos locais de estágio, tal como o método de trabalho das suas equipas (especialmente dos enfermeiros), o seu espaço físico e os equipamentos existentes no mesmo.

O primeiro estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e o segundo num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo os dois contextos pertencentes à mesma Unidade Local de Saúde.

1.1. Caracterização Da Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] encontra-se situada no primeiro piso da unidade hospitalar [UH], localizada junto às instalações do bloco operatório. Apresenta-se como a unidade de destino de todos os utentes com necessidade de terapia intensiva para a manutenção das suas funções vitais, sendo maioritariamente provenientes do serviço de urgência médico-cirúrgica, como também dos serviços de internamento da ULS, exceto utentes em idade pediátrica.

Nesta UCIP os diagnósticos, durante o ano 2021, a maior prevalência de diagnósticos de admissão são: pneumonia associada ao vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* [SARS-CoV-2], choque séptico, choque cardiogénico e cirurgia eletiva da coluna.

1.1.1 – Estrutura física

A UCIP apresenta uma área de receção, um gabinete administrativo, vestiários com casa de banho (um para cada género), uma copa, uma sala de refeições, uma sala de visitas, uma casa de banho destinada às visitas, uma sala de sujos, uma sala de limpos, dois armazéns destinados a equipamentos técnicos, dois gabinetes médicos, um gabinete da

chefia de enfermagem, uma sala aberta e cinco quartos de isolamento (cada um com uma unidade funcional independente). O local onde se prestam os cuidados à pessoa crítica é a sala aberta, que é composta por seis unidades funcionais independentes e um balcão com três computadores e central de monitorização onde se realiza a passagem de turno da equipa de enfermagem, junto ao balcão encontra-se um frigorífico de medicação e diversos armários com consumíveis clínicos, apresenta também três armários com toda a medicação e antibioterapia necessária aos cuidados prestados na UCIP. As 5 unidades funcionais com capacidade de isolamento apresentam adufa e pressão negativa, sendo que toda a unidade tem capacidade de se tornar isolada também com a capacidade de implementação de pressão negativa. Todas as onze unidades estão equipadas com monitor hemodinâmico, ventilador mecânico, bombas e seringas infusoras, bomba de alimentação entérica, sistema de aspiração e computador com acesso às ferramentas clínicas necessárias à prestação de cuidados. Para além dos equipamentos pertencentes à unidade individual do doente, a UCIP também possui diversos monitores de diálise, ventiladores de transporte, um gasómetro, dois ecógrafos e dois carros de emergência.

A plataforma de suporte informático aos cuidados de saúde da UCIP é o software BSIMPLE, sendo que nesta plataforma se encontra consolidada toda a informação clínica dos doentes, permitindo consultar num único local todo o processo clínico do doente, prescrições medicamentosas e os procedimentos de enfermagem realizados e a realizar, como também permite a transmissão em tempo real dos dados procedentes de todos os aparelhos de telemetria clínica (ventiladores, gasómetro, monitores hemodinâmicos).

1.1.2 – Recursos humanos e modo de organização de trabalho

A equipa multidisciplinar é constituída por vinte e sete enfermeiros, incluindo a enfermeira responsável, sendo cinco enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; onze assistentes operacionais; um administrativo; seis médicos de escala fixa com apoio de médicos exteriores ao serviço.

Para além destes grupos que se encontram em permanência na UCIP, também colaboram com este serviço outros profissionais, principalmente Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (Fisioterapeutas, técnicos de radiologia, terapeutas da fala, entre

outros) de forma a assegurar os exames complementares de diagnóstico necessários e colaborar na reabilitação dos doentes, como também os profissionais de limpeza que asseguram a higiene e limpeza da UCIP.

Relativamente à equipa de enfermagem, o número de elementos é de cinco por turno, não contando com a enfermeira responsável. Na ausência desta existe um elemento que é responsável de turno, considerado chefe de equipa, sendo o mesmo que distribui os doentes pelos enfermeiros, e o método de prestação de cuidados é o individual. Os cuidados de enfermagem fundamentam-se no “conceito de cuidado global e implicam a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir” (Pinheiro, 1994 citado por Costa, 2016: 237), o enfermeiro avalia e coordena os cuidados, sendo assim responsável pelos cuidados prestados, embora haja autores que concordam que o enfermeiro chefe é responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados, mantendo o poder de decisão em todas as etapas do processo.

De forma a avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, a UCIP utiliza o *Nursing Activities Score* (NAS), de forma a adequar o número de doentes por enfermeiro. O NAS tem por base o sistema *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), tendo sido reformulado devido à necessidade de ajustar o índice, de forma que a carga de trabalho fosse avaliada de forma mais fiável, sendo que o TISS-28 apenas mensurava cerca de 43% de intervenções terapêuticas, e que o NAS permite mensurar cerca de 81% da carga de trabalho de enfermagem em unidade de cuidados intensivos (Miranda et al., 2003:374). Esta ferramenta aprecia a prestação de cuidados diretos ao doente e sua família (cuidados de higiene, posicionamentos, cuidados à família, entre outros), tal como também contempla as atividades de gestão e burocráticas, não estando intimamente ligado à gravidade do doente, mas sim tendo por base as atividades de enfermagem autónomas e interdependentes (Macedo, 2017).

1.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Em contexto de urgência/emergência a ULS dispõe de três serviços que funcionam em complementaridade, sendo dois Serviços de Urgência Básica [SUB], sendo que um SUB se situa a cerca de 45 minutos de viagem a norte e o outro SUB situa a cerca de 60 minutos a sul da UH.

O SUMC respeita a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica no contexto da sua responsabilidade hospitalar e é o serviço de articulação de cuidados de saúde pré-hospitalares, sendo que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica se desenvolve essencialmente na sala de emergência e no serviço de observação.

1.2.1 – Estrutura física

O SUMC situa-se no piso 0 da UH, podendo ser neste momento subdividido em três zonas funcionais distintas: Área Dedicada aos Doentes Respiratórios [ADR], Urgência Pediátrica e Urgência de Adultos.

A ADR divide-se numa zona destinada aos adultos e outra dedicada a crianças, sendo que na ADR destinada a adultos podemos encontrar uma área de espera, uma sala de triagem, uma sala de emergência, um gabinete médico, três casas de banho, uma sala aberta que apresenta um espaço anexo destinado a doentes respiratórios que necessitem de permanecer em maca, e um gabinete destinado a realização de testes de diagnóstico do vírus SARS-CoV-2.

A ADR pediátrica encontramos apresenta uma área de espera, uma sala de triagem (a mesma que para os adultos), uma casa de banho, um gabinete médico, uma sala de tratamentos e um gabinete destinado a realização de testes de diagnóstico do vírus SARS-CoV-2.

A urgência pediátrica é constituída por uma área de espera, uma sala de triagem, um gabinete médico pediátrico, uma sala de observação, uma sala aberta pediátrica, uma casa de banho e um gabinete administrativo.

Na urgência de adultos, local onde decorre a maior parte da atividade assistencial, encontra-se um gabinete administrativo, uma área de espera, uma sala de emergência, uma sala de triagem, um gabinete do enfermeiro responsável do SUMC que é partilhado com a chefia dos assistentes técnicos, uma sala aberta com casa de banho destinada aos utentes, quatro gabinetes médicos (dois de atendimento geral, um de cirurgia geral e um de medicina interna), uma casa de banho para os utentes junto aos gabinetes médicos, uma casa de banho assistida que neste momento se encontra adaptada para realização de testes de diagnóstico do vírus SARS-CoV-2, uma sala destinada à realização de eletrocardiograma, duas salas de

pequena cirurgia, uma sala de ortopedia onde também se situa o gabinete médico de ortopedia, um serviço de observação [SO] que dispõe de onze camas em regime de “*Open Space*” que permitem a monitorização não invasiva, uma sala de observação secundária que se encontra anexa ao serviço de observação (esta apenas funciona como reforço do SO, uma vez que esteja se encontre lotado e haja necessidade de aumento do número de vagas), uma sala de pausa/passagem de turno de enfermagem, uma sala de sujos, duas copas para os profissionais de saúde e duas salas de arrumos de material clínico e não clínico.

1.2.2 – Recursos humanos e metodologia de trabalho

Para além da importância de descrever a estrutura física do SUMC, importa também descrever a equipa multidisciplinar que constituem o mesmo.

A equipa médica, por turno, é constituída por dois médicos de clínica geral, três médicos de medicina interna, três cirurgiões e três ortopedistas.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de cinquenta e quatro elementos que se encontram divididos em cinco equipas de trabalho, contando com o enfermeiro responsável que tem funções de gestão. Da totalidade dos elementos, dezassete são enfermeiros especialistas, dez em enfermagem médico-cirúrgica, dois em enfermagem de reabilitação e cinco em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por um total de trinta e dois elementos, divididos por cinco equipas de trabalho, encontrando-se presentes seis elementos no turno da manhã e da tarde, e cinco elementos no turno da noite, de forma a assegurar o apoio necessário aos cuidados de saúde prestados no SUMC.

A equipa de assistentes técnicos é constituída por um total de onze elementos, sendo que nos turnos da manhã e da tarde se encontram presentes dois elementos e no turno da noite apenas um elemento.

Para além destes grupos que se encontram em permanência no SUMC, também colaboram com este serviço outros profissionais, principalmente Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, de forma a assegurar os exames complementares de diagnóstico necessários, como também os profissionais de limpeza que asseguram a higiene e limpeza do SUMC e por último os seguranças que asseguram o bom funcionamento do SUMC.

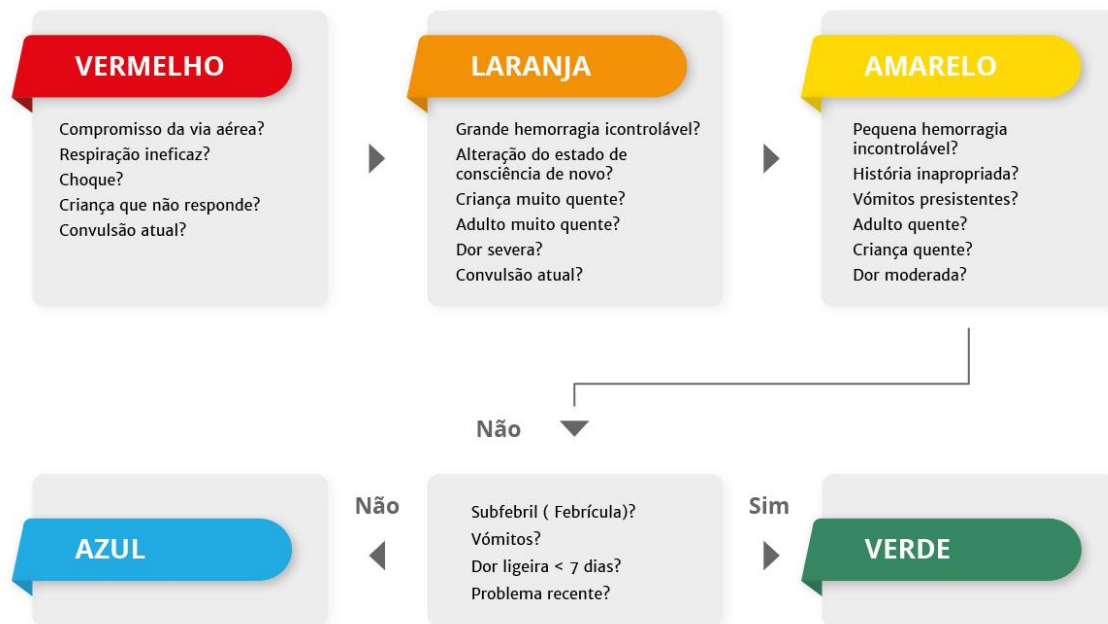
Os profissionais de enfermagem distribuem-se em cada turno por seis postos de trabalho (sala de triagem, serviço de observação, área dedicada aos doentes respiratórios, sala de emergência, sala aberta e um posto destinado a um elemento que presta apoio à sala de pequena cirurgia e ortopedia, como também ao posto de trabalho que mais necessitar). De forma a assegurar eficazmente e garantir a segurança dos cuidados em todos os postos de trabalho, o ideal seria a presença de dez enfermeiros no turno da manhã e tarde, sendo que no turno da noite o ideal seriam nove elementos.

Relativamente à metodologia de trabalho, a equipa de enfermagem presente em cada turno é distribuída pelo chefe de equipa pelos postos de trabalho, sendo que na sala de triagem, ADR, sala de emergência e na sala aberta se pratica o método por posto de trabalho e no serviço de observação o método individual. Todo o suporte informático relativo à prestação de cuidados é realizado na plataforma informática Alert®, sendo possível realizar todos os registos de enfermagem, consultar as informações médicas e respetivas prescrições medicamentosas, como também os procedimentos de enfermagem prescritos.

Importa também nesta abordagem, caracterizar o circuito pelo qual os doentes fluem, sendo que o circuito se inicia aquando da inscrição no balcão administrativo, sendo que após este ato o doente aguarda na sala de espera a sua chamada para a sala de triagem, onde se aplica o Protocolo de Triagem de Manchester.

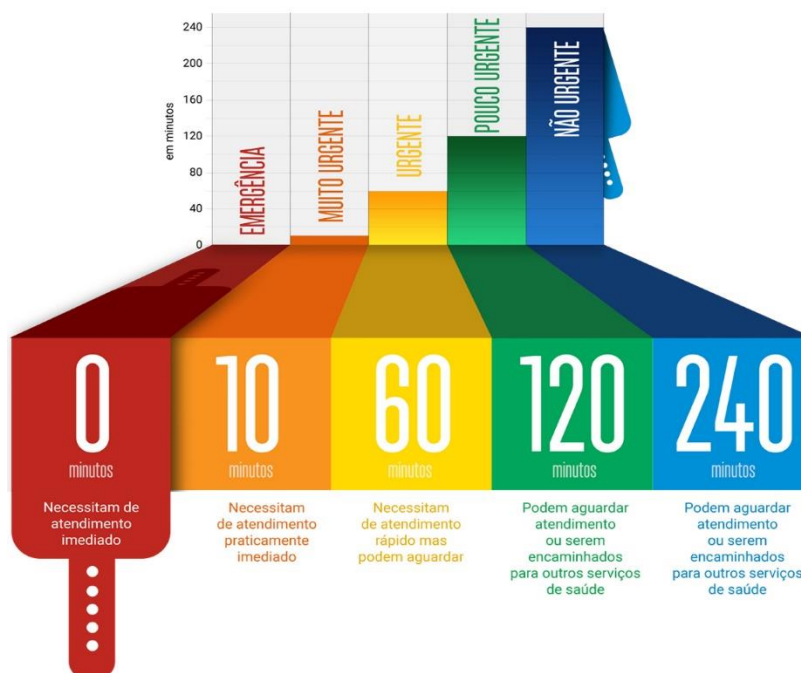
Este protocolo surgiu em 1994, em Inglaterra, tendo por objetivo estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, criando normas de triagem com base na determinação do risco clínico. O ponto de partida para a avaliação clínica é a queixa apresentada (o principal sintoma ou sinal identificado pelo profissional de saúde ou pelo doente), depois de escolhido o fluxograma que melhor responde à queixa do doente é necessário percorrer os discriminadores constantes no fluxograma, escolhendo-se assim o primeiro que seja positivo ou que não haja possibilidade de se negar e a avaliação é realizada sempre a partir da prioridade clínica mais elevada. No final do processo de triagem é atribuída uma cor conforme o grau de prioridade (Grupo Português de Triagem [GPT], 2022). O fluxograma e o tempo alvo previsto de atendimento para as 5 cores encontram-se explícitos na figura nº1 e na figura nº2, respetivamente.

Figura nº 1 - Fluxograma protocolo de triagem de Manchester



Fonte: (GPT, 2022)

Figura nº2 - Tempos alvos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester



Fonte: (GPT, 2022)

Após a realização da triagem pelo enfermeiro triador, os utentes com menor prioridade, tendo em conta o risco clínico, são encaminhados para a sala de espera e os de maior prioridade são encaminhados para a sala aberta ou para a sala de emergência. Quando há necessidade de os doentes ficarem sob observação por um curto período de tempo os doentes ficam internados no SO, sendo que tal também acontece quando há necessidade de internamento nos serviços de internamento da UH mas estes não têm vaga para receber os mesmos. Existe também necessidade de transferir doentes para outras unidades hospitalares quando os mesmos carecem de observação e intervenção por parte de especialidades médicas que a UH não possui, como é o caso de doentes que necessitem de observação por parte de otorrinolaringologia, psiquiatria, pneumologia, cardiologia, entre outros, sendo que a UH possui uma escala de prevenção de enfermagem para assegurar este tipo de transferências, sempre que os transportes carecem de acompanhamento por parte de enfermagem.

Relativamente aos doentes em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos de idade) passam pelo mesmo tipo de circuito, mas em espaço próprio, nunca estando em contacto com os doentes adultos.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A implementação do Plano de Intervenção em Serviço [PIS] surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] “Estágio Final”, que decorreu no SUMC já citado anteriormente neste relatório, sendo esta uma unidade diferenciada onde é realizado o acolhimento das situações de urgência/emergência da unidade hospitalar, ou seja, o local onde os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em situação crítica e existe a necessidade de dominar um leque alargado de competências, procedimentos/técnicas e conhecimentos, indo de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O PIS foi implementado respeitando a metodologia de projeto, tendo cumprido todas as suas etapas. Segundo Ferrito et al., (2010):

“a Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência.” (Ferrito et al., 2010: 2).

A temática e título do PIS vai de encontro ao título do presente relatório, intitulando-se “*Debriefing* após incidentes críticos”. Desta forma, iniciar-se-á por fundamentar teoricamente a temática do *Debriefing*, abordando as teorias de enfermagem que sustentam o projeto, explanando as suas diversas fases de execução, abordando os resultados obtidos e discussão dos mesmos, de forma a alcançar as conclusões referentes à implementação deste PIS.

A metodologia de projeto, segundo Ferrito et al., (2010), é constituída por cinco etapas, sendo elas: Diagnóstico de situação, Definição dos Objetivos, Planeamento, Execução e avaliação, e divulgação.

2.1. – Enquadramento Conceptual e Teórico

De forma a melhor compreender o PIS, importa realizar um enquadramento conceptual e teórico de forma a descrever os conceitos associados à temática. Assim, procede-se de seguida à conceptualização do Modelo Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy, dos conceitos de *debriefing*, qualidade e segurança do doente e incidente crítico.

2.1.1. – Modelo Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy

Segundo o critério de nível de abstração de teorias de enfermagem, existem três níveis de teorias: *Grand theories* – teorias compreensivas e amplas, *Practice theories* – teorias da prática e as *Mid-range theories* – teorias intermediárias, sendo que estas últimas podem ter origem a partir da prática ou através de uma *Grand theory* (embora se mantenha norteada pela prática). Seguindo este critério, o Modelo Qualidade-Cuidado é classificado como teoria intermediária (Meleis, 2012; Venturi et al., 2009).

As *Mid-range theories* são teorias com uma abrangência mais limitada, são menos abstratas, abordam fenómenos ou conceitos específicos e refletem a prática. Os

fenómenos ou conceitos tendem a cruzar diferentes campos de enfermagem, refletindo uma grande variedade de situações dos cuidados de enfermagem. Estas teorias tendem a abordar contextos empíricos, pois os seus conceitos são mais específicos e podem ser operacionalizados no imediato (Meleis, 2012; Venturi et al., 2009).

O Modelo Qualidade-Cuidado de Joanne Duffy (Duffy & Hoskins, 2003) teve a sua origem através de uma *Grand Theory* de enfermagem, embora se encontre orientado para a prática, tendo sido construído com base no Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian e na Teoria de Cuidado Humano de Watson, interligando aspetos multidimensionais de cuidado humano com componentes de qualidade, que partilham entre si alguns conceitos. (Venturi et al., 2009).

Este modelo foca-se nos resultados de cuidados centrados em relacionamentos, refletindo uma tendência direcionada à prática baseada na evidência, como também vai de encontro à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, através da avaliação dos seus resultados, permitindo a implementação de mudanças com o objetivo em melhorias na prestação de cuidados de saúde (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

Os conceitos centrais do Modelo Qualidade-Cuidado e que se encontram interligados são os relacionamentos de cuidado e pessoa, focando que a enfermagem se centra em relacionamentos de cuidado e que os mesmos incluem de forma parcial as expectativas dos clientes e dos seus familiares. O conceito de pessoa refere-se a “um ser multicontextual ligado a um mundo maior, dito pluralista, com o qual tem uma relação de interdependência” (Venturi et al., 2009: 282), tornando-se este conceito evidente quando nos serviços de saúde os enfermeiros, doentes e seus familiares, como também outros profissionais de saúde se articulam e cooperam para que aconteçam mudanças reais na saúde da comunidade (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003).

Os componentes centrais deste modelo são a estrutura, o processo e os resultados, que se encontram interligados com os principais conceitos da Teoria do Cuidado Humano, proporcionando os componentes centrais do modelo. (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003)

O primeiro componente principal, a estrutura, encontra-se misturado com o constructo passado causal da Teoria do Cuidado Humano e o conceito de participantes, sendo que estes são os prestadores de cuidados de saúde, os doentes e seus familiares e o

próprio sistema de saúde. Este componente central refere-se a fatores importantes que estão presentes inclusivamente antes da prestação de cuidados de saúde. Dentro de cada um dos participantes são visíveis atributos e características únicas que compõem os seus passados causais, como por exemplo a região demográfica onde vivem, diversos fatores fisiológicos, socioculturais e espirituais, encontrando-se também incluído um campo fenomenológico conhecido apenas pelos próprios. No que diz ao sistema de saúde, estão incluídos fatores como a cultura organizacional, os recursos disponíveis, o modelo de recursos humanos, entre outros que são exclusivos a cada contexto, sendo que esta exclusividade do sistema de saúde integra também o campo fenomenológico. O modelo aborda todos os conceitos, como também subconceitos da estrutura, devido ao facto de estes influenciarem o processo de cuidar, influenciando por sua vez os resultados do cuidado, de forma direta ou indireta. (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003)

O segundo grande componente desde modelo, o processo, envolve intervenções ou práticas que os prestadores de cuidados de saúde oferecem e caracteriza-se por ser o foco deste modelo (Duffy & Hoskins, 2003). Este componente compreende os relacionamentos de cuidado, sendo eles os relacionamentos independentes (específicos da enfermagem) e os relacionamentos colaborativos (multidisciplinares). Os primeiros incluem as interações doente/família com o enfermeiro, interações estas implementadas pelos profissionais de enfermagem de forma autónoma e pelas quais são os únicos responsáveis. Esta interação inclui valores, atitudes e comportamentos que os enfermeiros realizam em parceria com os doentes e familiares, facilitando intervenções específicas da enfermagem, como por exemplo a gestão da dor, conduzindo a resultados sensíveis e mensuráveis pelos enfermeiros. No que diz respeito às relações colaborativas, estas incluem as atividades e responsabilidades que os enfermeiros partilham com outros elementos da equipa multidisciplinar de saúde, como por exemplo a titulação medicamentosa, que acabam por levar a resultados partilhados de cuidados. Em suma, o conjunto dos relacionamentos independentes e os relacionamentos colaborativos, identificam e constituem a maior parte do trabalho de enfermagem. (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003)

O terceiro grande componente do Modelo Qualidade-Cuidado, o resultado, corresponde ao constructo futuro da Teoria do Cuidado Humano. Neste constructo futuro podem ser identificados os resultados intermédios, que se referem a uma mudança de comportamento, que pode (ou não) influenciar o resultado final, incluindo também os

sentimentos relativamente ao processo de cuidados de saúde; e os resultados finais que se identificam como os principais conceitos de resultado final que afetam o futuro, como por exemplo a qualidade de vida, variáveis específicas da doença e a própria satisfação com a prestação de cuidados ou os seus custos. Os resultados são dinâmicos e podem ser continuamente melhorados, o sucesso para alcançar os resultados encontra-se fortemente dependente de que as relações independentes e colaborativas sejam dinâmicas e equilibradas (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003).

A principal proposta do modelo é que as relações caracterizadas pelo cuidado contribuam para resultados positivos para os doentes/famílias, profissionais de saúde e para os próprios sistemas de saúde. Um dos princípios importantes deste modelo é que se compreenda que os componentes estrutura/processo/resultados dependem do tempo e das circunstâncias do contexto, não sendo uma simples cadeia linear de acontecimentos (Venturi et al., 2009; Duffy & Hoskins, 2003).

Em suma, o Modelo Qualidade-Cuidado retrata um número ilimitado de fatores interrelacionados que influenciam os três componentes centrais num ciclo dinâmico de possibilidades, consistente com uma busca contínua pela excelência da prestação de cuidados (Duffy & Hoskins, 2003). O objetivo principal deste modelo é a avaliação e análise da prestação de cuidados de enfermagem, tendo como outros objetivos a orientação desta prestação, realçar o trabalho invisível da enfermagem, descrever as relações entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano e propor a investigação como um meio para evidenciar o valor da enfermagem (Venturi et al., 2009). Este apresenta-se como uma forma de salvaguardar e preservar a essência da enfermagem, demonstrando simultaneamente o seu valor, como também pode ser usado como um guia para a prática e investigação, bem como base para intervenções de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003).

2.1.2. – *Debriefing*

A prática do *debriefing* surgiu durante a Segunda Guerra Mundial, onde se realizaram intervenções com os combatentes, tendo como objetivo avaliar a missão, analisar o seu impacto e identificar as dificuldades encontradas de forma a procurar estratégias de melhoria, sendo que ao longo do tempo a prática transitou para outras áreas profissionais

que estão sujeitas a situações de stress e emergência, como é o caso da enfermagem. (Guimarães et al., 2007; Bagorriha, 2020; Gregório, 2017).

O *debriefing* estabelece-se como uma discussão de ações e processos de pensamento após um evento que tem como objetivo promover a aprendizagem reflexiva e melhorar o desempenho clínico (Mullan et al., 2014), sendo que Bagorriha (2020) refere o *debriefing* como uma reflexão estruturada após uma experiência que orienta as pessoas para refletirem sobre as atitudes e ações realizadas nesse momento, contribuindo para que se alcance a melhoria do seu empenho individual e em equipa, melhorando assim a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. A realização de sessões de *debriefing* em grupo podem fornecer aos profissionais o apoio necessário para combater o impacto negativo de situações com elevado nível de stress (Hammerle et al., 2017)

Os eventos que devem ser alvo de sessões de *debriefing* devem ser identificados pelos profissionais de saúde, todavia segundo Kessler et al. (2015) há seis questões fundamentais que norteiam esta prática, sendo elas:

- Porquê? – Para identificar os aspetos onde a equipa apresentou uma boa performance e onde houve dificuldades, de forma a determinar estratégias para melhorar futuras intervenções. A prática do *debriefing* não tem como objetivo culpabilizar algum dos elementos, mas sim proporcionar uma observação eficaz de todos os factos e perspetivas disponíveis que irão ajudar a melhorar os processos e os resultados em favor dos doentes. Para os indivíduos e para as próprias equipas, reconhecer e compreender as causas que contribuem para um erro é fundamental para que o corrijam, sendo também benéfico a reflexão em grupo relativamente a atitudes, habilidades ou comportamentos de trabalho em equipa realizados durante um incidente crítico
- O quê? – O *debriefing* deve abordar a performance individual e em equipa, os processos ou problemas de sistema que se forem modificados irão beneficiar o próximo doente numa situação clínica semelhante. Os incidentes críticos que devem desencadear a realização de uma sessão de *debriefing* devem ser seleccionados tendo em conta as necessidades da equipa e as suas prioridades, sendo que a literatura refere a paragem cardíaca como um dos incidentes que mais desencadeia as mesmas, apesar de que inclusive interações interpessoais disfuncionais ou problemas comuns em doentes não críticos possam ser alvo de

sessões de *debriefing*, criando oportunidades para haver melhoria da qualidade em saúde.

- Quem? – Todos os profissionais de saúde que participaram ativamente no Incidente Crítico. Comumente o líder/facilitador das sessões é o chefe de equipa, o elemento mais diferenciado da equipa, mas o seu papel como facilitador tem o potencial de inibir ou enviesar a discussão. É também importante que o facilitador da sessão tenha treino específico relativamente ao *debriefing*, como também relativamente a educação em fatores humanos, segurança do doente e metodologias de melhoria da qualidade.
- Como? – As sessões de *debriefing* devem-se realizar numa atmosfera amigável, com perguntas abertas e diálogo honesto, identificando comportamentos ou perceções que levem a melhores resultados. O método mais citado para realização de sessões de *debriefing* em ambiente clínico envolve a reflexão baseada em grupo, avaliando o que correu bem, o que não correu bem e sobre o que os participantes necessitam aperfeiçoar para melhorar a prestação de cuidados. A essência desta abordagem é envolver os participantes numa avaliação ativa de desempenho e de seguida usar as suas observações como pontos de partida para discussões sobre como melhorar o mesmo. Embora esta abordagem seja fácil de aprender e implementar, um facilitador de sessão inexperiente pode cair em algumas armadilhas, torando as sessões numa “sessão de culpa”, deixando os membros fora da discussão, sendo que seguir um formato estruturado pode ajudar o facilitador e os participantes da sessão a evitar estas armadilhas.
- Quando? – Encontrar tempo para realizar *debriefing* é muitas vezes um desafio. Existem três modalidades para o momento em que se deve realizar o *debriefing*: o “Quente”: imediatamente após o Incidente Crítico; o “Morno”: minutos ou horas após o Incidente Crítico; o “Frio”: dias ou semanas após o Incidente Crítico. Quando é viável, o *debriefing* deve ser realizado o mais rapidamente possível após um incidente crítico. As vantagens de realizar *debriefing* “quente” e “morno” são que normalmente toda a equipa se encontra presente, o viés de recordação é minimizado e os problemas urgentes podem ser resolvidos no imediato, sendo que também o *debriefing* “frio” pode tirar vantagem da disponibilidade de dados e informações sobre o doente e do seu estado, como também incluir elementos que não participaram no incidente crítico na sessão de *debriefing*.

- Onde? – O local deve ser escolhido de acordo com o objetivo a alcançar. Preferencialmente deve realizar-se no local onde decorreu o Incidente Crítico, embora por exemplo no caso da sala de emergência deve ter-se em conta que a mesma se deve encontrar sempre operacional. O *debriefing* realizado no mesmo espaço ajuda as equipas a avaliar fatores que de outra forma podem ser perdidos ao realizar-se a sessão de *debriefing* num espaço diferente, como por exemplo o cenário, os recursos e processos do incidente crítico. Ainda assim, a realização de *debriefing* num espaço diferente pode permitir o alívio da tensão, aumentar a privacidade, limitar as distrações e aumentar o conforto do participante.

Annielo & Karl (2021) concluem que existem diversos fatores que se estabelecem como fulcrais para que uma sessão de *debriefing* seja realizada com sucesso, sendo eles a utilização de questões abertas, a utilização de linguagem objetiva (tentar não utilizar questões indiretas como: “Adivinha o que estou a pensar”), não apontar erros (evitar apontar a culpa ou declarações diretas como “eu” ou “tu”) e manter as conversas confidenciais entre o grupo envolvido.

Tanto Kessler et al. (2015), como Spencer et al. (2019), identificam diversos obstáculos à implementação do *debriefing*, sendo que a falta de tempo e a falta de treino/experiência/conhecimento são identificados como os mais importantes. Nadir et al., 2017 também corrobora esta informação e acrescenta que a falta de espaço, a existência de colegas desinteressados e características específicas relativamente ao ambiente de trabalho são também barreiras à realização de *debriefing* após incidentes críticos.

A implementação de um programa de *debriefing* pode ser uma ferramenta efetiva para mitigar rapidamente o stress após incidentes críticos num serviço de urgência (Hammerle et al., 2017).

2.1.3. – Qualidade e Segurança do Doente

Atualmente, um dos grandes desafios e objetivos na prestação de cuidados de saúde, aos quais as diversas classes de profissionais de saúde devem responder, é a segurança do doente, enquadrando-se na qualidade em saúde, sendo um tópico da prática clínica, gestão

em saúde e investigação que se aborda há relativamente pouco tempo. A problemática da segurança do doente tem cada vez ganho mais relevância, preocupando-se com a existência de erros clínicos e as consequências que deles advêm (Carneiro, 2010).

A publicação do livro “*To err is human: building a safer health system*” colocou no centro da política dos sistemas de saúde a segurança dos doentes, uma vez que os seus autores calcularam que nos Estados Unidos da América morreriam entre 44.000 e 98.000 doentes por ano devido a erros clínicos (Carneiro, 2010).

A complexidade dos sistemas de saúde e o aumento da consciencialização dos danos associados aos cuidados de saúde resultou no surgimento da Segurança do Doente como uma área dos Cuidados de Saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019). Em 2004, devido ao impacto desta problemática foi criada a *World Alliance for Patient Safety* pela OMS, tendo por objetivo a promoção das práticas de segurança do doente a nível global, que estabeleceu os *Global Patient Safety Challenges* que identificam os desafios com maior peso e risco na segurança do doente, como também facilita o apoio aos estados-membros (OMS, 2019).

A OMS, em 2009, definiu segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011:14).

Associado à segurança do doente encontra-se o conceito de incidente de segurança do doente, sendo que este “é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” (DGS, 2011:15). Esta noção de dano desnecessário está relacionada com o dano que é provocado ao doente, não como consequência da sua situação de doença, mas sim como resultado da prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. Os incidentes durante a prestação de cuidados de saúde podem atingir e lesar o doente, sendo considerados eventos adversos, ou ser intercetados ou corrigidos antes de terem consequências, sendo considerados quase-incidente ou *near-miss* (Lage, 2010).

A segurança do doente exige que os profissionais de saúde a abordem de forma sistémica e contínua, tendo por base uma lógica não punitiva e de melhoria. Os profissionais prestadores de cuidados de saúde são os responsáveis pela qualidade da mesma, dado que todas as instituições apresentam um ambiente próprio e é reconhecido que o contexto e as condições no qual são prestados cuidados de saúde influenciam a

segurança do doente e a efetividade dos cuidados. Assim, a formação dos profissionais de saúde, a forma como a sua prestação de cuidados é organizada e os percursos dos cuidados são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Ministério da Saúde [MS], 2021).

Em 2021, a OMS lançou o Plano de Ação Global de Segurança do Doente, fornecendo uma estrutura para os países desenvolverem os seus respetivos planos de ação nacionais sobre segurança do doente, bem como alinhar os instrumentos estratégicos já existentes com o objetivo de melhorar a segurança do doente em todas as áreas clínicas e relacionadas à saúde (OMS, 2021), sendo que este plano reforça a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos a potenciais danos associados aos cuidados de saúde (Barroso et al., 2021)

A segurança do doente estabelece-se como uma prioridade para a prestação de cuidados dos profissionais de saúde, ainda assim deve-se assumir a existência de um grau de risco consequente desta prestação, seja pelo contexto onde são prestados, pelos recursos disponíveis, pela complexidade da situação clínica do doente ou pela dificuldade dos procedimentos. Ainda assim, todos os riscos devem ser geridos e antecipados para que não afetem os doentes, sendo que desta forma será possível alcançar o desafio proposto pela OMS em 2020 para a segurança do doente: “zero danos evitáveis”. Assume-se assim que todos os profissionais de saúde, ou outros que tenham influência na área da saúde, que prestem ou não cuidados de saúde diretos, devem estar cientes que a sua atuação vai influenciar o resultado do cuidado para o doente (Barroso et al., 2021).

Presentemente, num mundo cada vez mais globalizado e no qual os cidadãos se encontram cada vez mais informados sobre os seus direitos e deveres, a procura contínua de melhoria de qualidade, aliada à segurança do doente, é uma das principais missões das organizações que prestam serviços à sociedade.

No decorrer da evolução das sociedades o conceito de qualidade tem-se vindo a alterar, no início do século XX encontrava-se associado à busca de falhas num determinado produto ou serviço, atualmente encontra-se centrado na procura da satisfação das necessidades que os clientes apresentam, através da melhoria contínua e da garantia e controlo de ações ou produtos (Silva & Saraiva, 2012).

A qualidade em saúde pode ser definida como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis

e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (MS, 2015: 13551).

A procura pela qualidade em saúde tem-se tornado um dos principais focos de atuação das entidades prestadoras de cuidados de saúde às populações. O guia da OMS “*Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health System*”, que pretende servir de guia para que os países definam as estratégias de aumento de qualidade em saúde, sugere que um sistema de saúde deve procurar fazer melhorias em seis áreas ou dimensões da qualidade. Segundo a OMS (2006) estas dimensões exigem que os cuidados de saúde sejam:

- Eficazes: prestando cuidados de saúde baseados em evidência, conseguindo melhores resultados de saúde para indivíduos e comunidades;
- Eficientes: prestando cuidados de saúde de forma a maximizar os recursos, evitando o desperdício;
- Acessíveis: prestando cuidados de saúde a tempo e num local onde as habilidades e os recursos são adequados às necessidades médicas;
- Focados no doente: prestando cuidados de saúde que tenham em consideração as preferências e aspirações dos clientes dos serviços, tal como a cultura da comunidade;
- Equitativos: prestando cuidados de saúde que não variam em qualidade devido às características pessoais do cliente, tal como o seu sexo, raça, etnia, localização geográfica ou status socioeconómico.

Em Portugal, e fundamentando-se no documento da OMS, têm sido desenvolvidos programas com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados na saúde, tendo em conta a exigência da melhoria da efetividade e eficiência da prestação de cuidados, considerando estas como os pilares da qualidade em saúde. O MS refere que a qualidade em saúde, correlacionada com a segurança do doente, se estabelece como a garantia de sustentabilidade do sistema de saúde português (MS, 2015).

Foi neste contexto que no período de 2009-2014 o MS implementou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [ENQS] que compreendeu a elaboração de normas clínicas e respetiva realização de auditorias clínicas, o lançamento nacional do projeto da OMS “*Cirurgia Segura Salva Vidas*” e o “*Notific@ - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*”, este último com o objetivo de permitir a comunicação e

gestão de incidentes e eventos adversos, tendo uma filosofia não punitiva como base. Foram também integrados os programas de controlo de infeção e de resistência aos antibióticos num único programa nacional, criaram-se regras para a identificação inequívoca dos doentes e reforçou-se o processo de acreditação dos serviços do Serviço Nacional de Saúde (MS, 2015).

A reflexão relativa aos resultados alcançados com a implementação da ENQS entre os anos 2009 e 2014 permitiram concluir que se deveria continuar com esta estratégia, tendo sido atualizada e adequada a mesma às estratégias e ações propostas pelo Programa de Ação para a Saúde da União Europeia 2014-2020, como também tendo em consideração as recomendações presentes no relatório da Fundação Calouste Gulbenkian “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel” (MS, 2015).

O relatório da Fundação Calouste Gulbenkian identificou sete elementos-chave para alcançar uma transição do sistema atual, que se foca no hospital e na doença, onde as ações e estratégia desenvolvidas têm como alvo o doente, para um sistema de saúde centrado nas pessoas e na própria saúde, encontrando como parceiros para a promoção da saúde e dos cuidados de saúde, os cidadãos. Propõe utilizar os conhecimentos e tecnologias mais atualizadas de forma a proporcionar serviços de elevada qualidade, tanto no domicílio e na comunidade, como nos hospitais e centros especializados. Os sete elementos-chave incluem um novo pacto para a saúde: exigindo uma ampla mudança dos seus paradigmas e pilares; a participação dos cidadãos: onde os mesmos devem intervir de forma mais ativa na gestão da sua saúde contribuindo para ajustar e melhorar o sistema de saúde, devem possuir informações sobre qualidade e estar incluídos nos processos de decisão; a participação de todos os sectores da sociedade: para alcançar o objetivo de melhorar a saúde é necessária a participação de todos os cidadãos, bem como do estado e dos municípios; a procura contínua da melhoria da qualidade: com a vantagem de reduzirem o desperdício e a despesa e com o objetivo de beneficiarem os doentes, devem existir serviços de tratamento precoce com elevada qualidade e baseados na evidência científica mais atual, promovendo as boas práticas comprovadas em todo o sistema de saúde; um sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado em equipas: propõem a criação de novos modelos de prestação de cuidados integrados, tendo como foco a gestão de doenças crónicas, melhorar os serviços de apoio domiciliário e a criação de redes de especialidades associadas a centros de especialidade, de forma equitativa em todo o território nacional; novas funções e uma liderança reforçada a todos os níveis: os

profissionais de saúde são agentes de melhoria e devem ser líderes nas comunidades e nos serviços de saúde, cooperando entre si; sustentabilidade financeira: a maior parte dos gastos em saúde derivam dos cuidados associados a doentes crónicos, a sustentabilidade financeira só é possível ser alcançada através da redução da incidência das doenças que os afetam e das suas morbilidades, sendo que esta redução pode ser alcançada através do desenvolvimento de novos modelos de cuidados de saúde que permitam aplicar de forma sistemática as evidências científicas de forma generalizada, reduzindo o desperdício ao mínimo (Crisp et al., 2014)

A ENQS 2015-2020 redefiniu as suas prioridades, reforçando e priorizando a melhoria da segurança dos cuidados de saúde através da criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, indo de encontro à Recomendação do Conselho da União Europeia de 2009, visando reforçar especialmente as estratégias e ações de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde (MS, 2015)

A discussão/resultados da revisão da literatura realizada em contexto do estágio no SUMC permitiu verificar diversos benefícios da utilização do *debriefing* como ferramenta de melhoria da segurança do doente.

Em diversos artigos (Clark et al., 2018; Mullan et al., 2017; Cant et al., 2016; Lyman, 2021; Porter et al., 2017) verificou-se que a realização de sessões de *debriefing* após incidentes críticos permite criar condições para que haja melhoria da prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros, permitindo assim alcançar uma maior segurança de cuidados para o doente, situação corroborada por Bagorrihla (2020) no seu relatório de estágio e por Gregório (2017) na sua dissertação de mestrado.

Intrínseco à segurança do doente e à qualidade em saúde encontra-se o facto da capacidade do treino do trabalho em equipa ajudar a reduzir significativamente os erros, melhorando assim o resultado para o doente (Freytag et al, 2017). Gregório (2017) refere que o *debriefing* se apresenta como uma boa ferramenta para melhorar o trabalho em equipa, permitindo que em futuros incidentes críticos se alcance uma melhoria dos cuidados prestados, sendo que o mesmo é corroborado por diversos artigos da revisão acima supracitada realizada por mim (Cant et al., 2016; Lyman, 2021; Porter et al., 2017).

2.1.4. – Incidente Crítico

Os incidentes críticos podem ser definidos como eventos que ameaçam sobrecarregar a capacidade de uma pessoa o enfrentar, ou que produz emoções, pensamentos ou comportamentos excecionalmente fortes na pessoa que o experiência (Burns, 2016), sendo que no caso dos profissionais de saúde coloca em causa as suas habilidades (Healy & Tyrrell, 2013). Estes eventos podem ser agressões, cuidados prestados a doentes críticos e a reanimação ou a própria morte de doentes (Healy & Tyrrel, 2013). Em suma, o incidente crítico é um evento traumático que faz com que os indivíduos experienciem respostas emocionais tão fortes que os mecanismos de coping usuais são ineficazes (Magyar & Theophilos, 2010).

Em enfermagem, eventos classificados como incidentes críticos podem variar dependendo da especialidade envolvida, enfermeiros que prestam cuidados numa área pediátrica classificam o síndrome da morte súbita infantil como um evento que justifica a realização de *debriefing*, enquanto enfermeiros que trabalham num serviço de urgência classificam a violência no local de trabalho, eventos multivítimas e a prestação de cuidados a doentes politraumatizados como eventos com um stress significativo associado, justificando a realização de sessões de *debriefing*. No serviço de urgência o stress é muitas vezes exacerbado pelos enfermeiros devido ao facto de terem que lidar com múltiplos incidentes críticos num curto espaço de tempo, deixando pouco tempo para recuperação. Também se podem classificar as tentativas de suicídio, o suicídio consumado, a autoagressão severa ou violência contra os profissionais como incidentes críticos em áreas onde se prestam cuidados de saúde mental (Burns, 2016). Em suma, os incidentes críticos podem ocorrer em todos os ambientes de prestação de cuidados, e os profissionais de saúde devem estar preparados para gerir o impacto resultante dos mesmos (Mayer & Hamilton, 2018).

A exposição dos enfermeiros a incidentes críticos pode fazer com que sofram de síndrome de burnout (um estudo realizado em 2015 por Adriaenssens e seus colaboradores, determinou que 26% dos enfermeiros de serviço de urgência sofrem de burnout, sendo a exposição prolongada a eventos traumáticos uma das suas determinantes), fadiga por compaixão (forma de burnout onde a pessoa sente exaustão emocional e despersonalização, resultando numa performance diminuída (Hammerle et al., 2017)), baixa satisfação por compaixão, incapacidade de lidar com o evento e stress traumático secundário (Clark et al., 2018), como também pode ter efeitos na saúde física

(Hammerle et al., 2017). Todos estes fatores podem contribuir para a impossibilidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade (McDermid et al., 2019).

2.2. – Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é considerado a primeira etapa da metodologia de projeto, sendo que este diagnóstico visa “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar ou mudar” (Ferrito et al., 2010:10).

Em saúde, para se desenvolver um projeto é necessário efetuar uma análise das necessidades da população para que se possa proceder ao desenvolvimento de estratégias, integrando e mobilizando os profissionais para que se possa criar respostas de qualidade a estas necessidades, uma vez que são os recursos humanos o elemento fulcral para que haja mudança em qualquer instituição. O diagnóstico de situação deve ser realizado eficaz e rapidamente para que possibilite implementar o projeto de forma pertinente e que solucione o problema diagnosticado (Ferrito et al., 2010)

São diversos os métodos que são utilizados para a elaboração do diagnóstico de situação, sendo que os mais utilizados são a entrevista e o questionário, tal como métodos de análise de situação como a análise SWOT (Ferrito et al., 2010). Intrínseco a estes métodos encontra-se “a observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização” (Ferrito et al., 2010:13).

Para se definir o tema a abordar no PIS a implementar no SUMC, no início do estágio final, foi validado o tema do *debriefing* junto do docente orientador, posteriormente e realizando uma entrevista não estruturada ao enfermeiro chefe e enfermeira orientadora foi também validada a pertinência da implementação desta temática, uma vez que se identificou a mesma como sendo uma lacuna no serviço. A entrevista é “um meio bastante utilizado para recolha de informação, opiniões ou de necessidades, e até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e pertença a um grupo.” (Ferrito et al., 2010). A entrevista não estruturada permite que a mesma não siga um guião e é utilizada quando o entrevistador quer compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno do ponto de vista dos entrevistados (Fortin, 2009).

Para além desta validação, foi realizada também uma análise SWOT, sendo esta caracterizada por ser um “exercício de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes, sendo estes constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades” (Ferrito et al., 2010:14), permitindo a realização de uma reflexão e confronto entre os fatores positivos e negativos da situação em análise. Nos fatores positivos identificamos as forças, elemento favorável e interno ao próprio sistema, e as oportunidades que apresentam um caráter externo, enquanto nos fatores negativos encontramos as fraquezas, com caráter interno, e as ameaças que provêm do exterior, podendo eventualmente afetar negativamente o sistema (Ferrito et al., 2010).

Tabela 1 - Análise SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores internos	<p>S (Forças)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermeiro responsável atento e motivado para a formação em serviço; -Importância do <i>Debriefing</i> após Incidentes Críticos. 	<p>W (Fraquezas)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escassez de tempo, por parte dos profissionais, para a realização de formações em serviço; -Fracá adesão da equipa de enfermagem às formações em serviço; -Escassez de recursos humanos e intrínseca sobrecarga de trabalho.
Fatores externos	<p>O (Oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Possibilidade de realização da sessão de formação através das novas tecnologias; -Possibilidade de melhorar a qualidade da segurança do doente e dos cuidados de enfermagem prestados. 	<p>T (Ameaças)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contexto pandémico em que o período de estágio decorre, existindo elevado absentismo de enfermeiros;

Ao longo de todo o diagnóstico da situação foi possível observar que a equipa de enfermagem do SUMC não realizou nenhuma sessão de *debriefing*, sendo ela mais ou menos formal, fator validado pela própria equipa de enfermagem quando questionada. Podemos assim afirmar que a implementação de sessões de *debriefing* neste contexto é necessária, tornando assim possível implementar este projeto.

2.3. – Definição de Objetivos

Ao definirmos os objetivos, estamos a apontar os resultados que se pretendem alcançar, incluindo diferentes níveis, desde o geral ao mais específico (Ferrito et al., 2010).

Os objetivos gerais são “enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados” (Mão de Ferro, 1999 citado por Ferrito et al., 2010:18). Assim, projeto de intervenção em serviço, desenvolvido no estágio final, apresentou como objetivo geral:

- Promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem através da implementação do *debriefing* em contexto de serviço de urgência.

Os objetivos específicos deste projeto de intervenção em serviço são:

- Consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem do local de estágio relativamente ao *debriefing*;
- Elaborar uma instrução de trabalho sobre a aplicação do *debriefing*, no local de estágio;
- Realizar uma ação de formação, no local de estágio, relativamente à implementação do *debriefing*, tendo por base a evidência científica mais atual;
- Elaborar um poster informativo sobre a implementação do *debriefing* após incidentes críticos, a afixar no local de estágio;

2.4. – Planeamento

Depois da realização do diagnóstico da situação e da definição de objetivos do PIS, impera delinear as atividades e estratégias a desenvolver, bem como um cronograma a cumprir (Ferrito et al., 2010), sendo que estas têm o objetivo de colmatar as lacunas encontradas relativamente ao *debriefing* da equipa de enfermagem do SUMC.

O PIS foi apresentado e discutido com a enfermeira orientadora, com o enfermeiro responsável do serviço e com o professor orientador, que deram o seu parecer positivo. Posteriormente, foi submetido o pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULS, na pessoa da sua Presidente, tendo sido o mesmo autorizado (apêndice II). Também na fase inicial do estágio foi realizado um cronograma com a calendarização das atividades planeadas.

Segundo Ferrito e colaboradores (2010), é na fase de planeamento que se deve realizar o levantamento das limitações que podem condicionar o próprio projeto, sendo que uma das limitações encontradas foi a escassez de tempo e a fraca adesão dos profissionais de enfermagem às formações em serviço e a própria escassez de recursos humanos, situação já identificada na análise SWOT realizada no diagnóstico da situação, situação ainda mais acentuada pelo contexto pandémico que se atravessa, provocando ainda mais absentismo da equipa de enfermagem.

De forma a tentar contornar estas limitações, adaptou-se a estratégia a adotar relativamente à realização da ação de formação, realizando-se a mesma através de meios digitais, permitindo a visualização da ação de formação online e no momento que o profissional de enfermagem tivesse disponibilidade, sabendo à priori qual o tempo a dispender para tal, divulgando-se no SUMC e por meio de um grupo informal utilizado pelos enfermeiros, reforçando-se a necessidade de visualizarem a formação e responderem ao respetivo questionário de avaliação, também disponibilizado em formato digital, sempre que se considerou necessário.

Foi planeada a realização de uma instrução de trabalho/norma de procedimento sobre a aplicação do *debriefing*, como também a elaboração e divulgação de um poster informativo sobre a implementação do *debriefing* após momentos críticos.

A realização da sessão de formação em serviço, a construção e divulgação da norma de procedimento e a elaboração e divulgação do poster informativo têm a função de permitir alcançar os estabelecidos para este PIS.

2.5. – Execução

É na quarta etapa da metodologia de projeto que se coloca em prática tudo o que foi planeado (Ferrito et al., 2010), sendo que “a ruptura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas que, ao serem resolvidos, podem potencializar o(s) seu(s) leque(s) de competências” (Nogueira, 2005, citado por Ferrito et al., 2010:23).

Foi nesta fase que, após pedido de autorização e respetiva aprovação para a implementação do projeto ao Conselho de Administração da ULS, se elaborou a norma

de procedimento sobre a aplicação do *debriefing*, com o título de “*Debriefing* após incidentes críticos”, presente no apêndice III. Foi elaborado o poster informativo, apêndice IV, também integrado como elemento da norma de procedimento, tendo sido afixado prontamente, no momento da realização da sessão de formação, em diversos locais do SUMC. No momento que foi submetida à Comissão de Qualidade e Segurança [CQS] da ULS, foi sugerido pelos seus membros que a norma de procedimento se aplicasse a todas as unidades funcionais e profissionais da ULS, o que foi aceite. Foram realizadas as alterações supracitadas e realizada nova submissão, tendo sido a mesma aprovada pela CQS e pelo Conselho de Administração da ULS, encontrando-se no momento da redação deste relatório aprovada por ambos os organismos e implementada em todas as unidades funcionais da ULS.

A norma de procedimento é composta por uma introdução relativa à temática do *debriefing* e a segurança do doente, aborda os conceitos/definições intrínsecos ao *debriefing*, estabelece o seu objetivo e em que âmbito deve ser implementado, como também as responsabilidades dos diversos profissionais (Conselho de administração, CQS, responsáveis de serviços/unidades funcionais) para com a mesma, estabelece o procedimento a seguir para que sejam realizadas sessões de *debriefing*. O procedimento incorpora um guião de *debriefing* que deve ser seguido, com base na Estrutura Básica do *Debriefing*, como também uma lista de verificação de *debriefing*, que garante aos profissionais que todas as fases previstas no guião de *debriefing* foram cumpridas, como também para que fiquem registadas as conclusões da sessão e possíveis melhorias. O guião de *debriefing* utilizado foi elaborado por Bagorrihla (2020) e a lista de verificação adaptada do formulário de Observação de *Debriefing* do mesmo, tendo sido a sua utilização autorizada pelo autor (apêndice V). Esta norma também estabelece a obrigatoriedade, de todas as unidades funcionais da ULS, em afixar o poster em local visível.

Também nesta etapa foi construída e divulgada a ação de formação, seguindo os pressupostos já descritos no subcapítulo de planeamento. A ação de formação irá manter-se disponível para consulta futura no endereço eletrónico: https://youtu.be/IWF_tDQIEcw.

No decorrer do estágio foi realizada uma revisão da literatura, subordinada ao tema do PIS, com a metodologia *scoping review* (Apêndice VI). Esta metodologia tem por

objetivo retratar os principais conceitos de uma área de pesquisa, sendo efetivas para resumir evidências em saúde que necessitam de ser descritas de forma mais abrangente (Mazoni et al., 2018). Esta revisão da literatura serviu como base científica sólida para elaborar os diversos conteúdos do PIS, complementada por pesquisa bibliográfica diversa.

2.6. – Análise, avaliação e divulgação dos resultados

Após a etapa da execução do PIS, surge a etapa da análise, avaliação e divulgação dos resultados obtidos após a implementação do PIS, sintetizando todas as estratégias utilizadas. A opinião dos formandos é fulcral no domínio da melhoria contínua da qualidade da formação em serviço.

Depois da realização da sessão de formação, foram completados apenas 23 questionários, o que corresponde a aproximadamente 43% dos elementos da equipa de enfermagem. Relativamente às respostas ao questionário de avaliação da sessão de formação, o mesmo pode ser consultado no apêndice VII, sendo que podemos concluir que a maioria dos formandos (91,3%) consideraram os objetivos da sessão “Muito claros” e a pertinência da temática “Totalmente adequada”, relativamente à estrutura da sessão de formação houve 60,9% dos participantes a considerarem a mesma “Muito correta”, consideramos assim que a mesma pode ser melhorada ao longo do tempo. Considerando a duração da sessão de formação, a maioria dos formandos (73,9%) consideraram a mesma “Totalmente adequada”, havendo 60,9% que avaliaram a metodologia utilizada como “Totalmente adequada”, o que nos leva a crer que um formato misto entre formações por vídeo e formações presenciais poderiam melhorar este fator, uma vez que permite uma maior dinamização da sessão, com a participação e discussão ativa entre formandos e formadores, o que vai ao encontro relativamente à opinião sobre os recursos materiais utilizados, onde apenas 56,5% dos formandos os consideraram “Totalmente adequados”. Os conteúdos da sessão foram amplamente aceites, sendo que 78,3% dos formandos os consideraram “Totalmente adequados”, convergindo com a opinião relativamente à utilidade dos conteúdos que obteve a opinião de 73,9% dos formandos em que os mesmos serão “Aplicáveis” no contexto do SUMC. No item de avaliação da satisfação com a sessão de formação, 60,9% dos formandos revelam que se encontraram

“Muito satisfeitos” com a mesma, sendo que no item da avaliação global da sessão de formação, 69,6% dos formandos classificaram a formação como “Excelente”. Na avaliação do domínio do assunto pelo preletor e relativamente à avaliação da linguagem utilizada pelo mesmo, cerca de 70% dos enfermeiros classificaram como “Pleno” ambos os itens, indo de encontro à percentagem de formandos que avaliaram o empenho do preletor como “Elevado”.

As razões que podem justificar esta baixa adesão por parte da equipa correspondem às fraquezas e ameaças já identificadas na análise SWOT previamente realizada, ou seja: a escassez de tempo, a fraca adesão, a escassez de recursos humanos e intrínseca sobrecarga de trabalho e o contexto pandémico que se atravessa, provocando elevado absentismo na equipa de enfermagem.

A baixa adesão verificada pode ser combatida implementando estratégias e ações direcionadas para a dinamização do *debriefing*:

- Continuação da divulgação da formação através de correio eletrónico e por meios mais informais que a equipa utiliza para comunicação;
- Divulgação e disponibilização da formação através da Intranet (rede interna da ULS) e via correio eletrónico institucional;
- Visitas pontuais ao serviço, de forma a ser demonstrada disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, como também para aceitação de sugestões de melhoria do projeto;
- Realização de formação presencial assim que o contexto da equipa e o contexto pandémico o permitam.

A avaliação do PIS não se limita apenas à avaliação da sessão de formação, sendo que na temática do *debriefing* a mesma deve ser realizada a médio/longo prazo, através da observação direta realizada pelo enfermeiro responsável do SUMC, com a colaboração dos chefes de equipa de enfermagem, como também pela CQS através da realização das auditorias à norma de procedimento implementada na ULS, utilizando a grelha de auditoria incluída na própria norma, que permite concluir se as sessões de *debriefing* estão implementadas e a ser cumpridas no SUMC, incluindo todos os seus componentes.

Relativamente à divulgação dos resultados, considerando que no curto período de tempo em que decorreu o contexto clínico não foi possível avaliar a eficácia do PIS e concluir se os objetivos foram ou não atingidos na sua plenitude, divulga-se o presente

relatório e a sua discussão e posterior publicação em repositório de acesso público, como também a revisão da literatura (*scoping review*, que será posteriormente publicada em formato de artigo). Ferrito et al., 2010 consideram que a divulgação dos resultados permite que os clientes conheçam os esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornecendo informação científica aos mesmos, como também aos profissionais da instituição e servindo de exemplo a outras instituições.

3. DEMONSTRAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, sejam elas comuns ou específicas, e do grau de Mestre em Enfermagem estabelece-se como um dos principais objetivos a alcançar através das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios.

A atribuição do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela Ordem dos Enfermeiros, reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nesta área. As competências do enfermeiro especialista têm a sua origem no aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns e específicas (OE, 2019).

Neste capítulo serão referidas as atividades desenvolvidas que contribuíram para alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como também as atividades realizadas para obter o grau de mestre.

3.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

“Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto

da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2019: 4744).

As competências comuns são transversais a todas as áreas de especialidade em enfermagem e demonstram-se pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, como também pela especialização ao nível da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

3.1.1. – A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- Competências comuns do Enfermeiro Especialista
 - A1. – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”
 - A2. – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”
- Competência de Mestre nº 3
 - “Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No decorrer dos estágios, e de forma a conseguir atingir o que cada competência preconiza, houve a necessidade de mobilizar e colocar em prática conhecimentos transmitidos durante as unidades curriculares do tronco comum do Mestrado em Enfermagem. No caso desta competência foram os conhecimentos adquiridos na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, onde foi desenvolvido um trabalho em grupo, com o tema do “Sigilo profissional”, que contribuíram para o seu

desenvolvimento. Ao realizar este trabalho, foi possível desenvolver e reforçar os conhecimentos relativos ao sigilo profissional do ponto de vista epistemológico, ético, deontológico e jurídico. Considerando que a informação a que os enfermeiros têm acesso são pertença das pessoas a quem prestam cuidados de saúde e com base no princípio da confiança, o dever de sigilo presente no Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República [AR], 2015) constitui garantia individual da manutenção da segurança da informação recolhida. O direito de cada pessoa ver respeitada a reserva sobre a sua informação de saúde, encontra-se de forma evidente abrangida pelo nosso ordenamento jurídico, pelo que compete ao enfermeiro especialista manter o respeito e a garantia deste direito. No Estatuto da OE constam os princípios e deveres que os enfermeiros são obrigados a observar durante a prática de cuidados de enfermagem. Neste trabalho foi realçado o Código Deontológico do Enfermeiro (AR, 2015), destacando os artigos nº 99 (princípios gerais da profissão), nº 100 (dos deveres deontológicos em geral), nº 101 (do dever para a comunidade) e nº 106 (do dever de sigilo).

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

Ao longo deste percurso foram sempre respeitados os aspetos éticos, deontológicos e legais da profissão, havendo a necessidade de consultar e rever o Código Deontológico do Enfermeiro. Uma vez que os locais de estágio, UCIP e SUMC, se apresentam como serviços complexos, onde existe um elevado risco de vida e se experienciam situações de vida ou de morte, tornando-se necessário tomar decisões em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, principalmente com a equipa médica, subsiste a necessidade de ter bem presentes os princípios éticos, deontológicos e legais da profissão para que as decisões tomadas sejam objetivas e claras.

A minha prestação de cuidados em contexto de estágio pautou-se sempre pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de todas as pessoas, e suas famílias, a quem prestei cuidados de enfermagem, informando de forma responsável e cuidada as mesmas relativamente aos cuidados de enfermagem e guardando segredo profissional sobre a sua situação clínica,

partilhando apenas a informação necessária com outros profissionais de saúde implicados no plano terapêutico, tendo sido consolidada esta competência.

Na realização do PIS também foram cumpridos todos os procedimentos ético-legais necessários à sua implementação, tendo sido realizado pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULS.

Ao refletir sobre esta competência, tendo em conta o contexto clínico, considero ter realizado um percurso profissional, seguro e ético, à luz do Código Deontológico do Enfermeiro, embora já desenvolvesse esta competência na prestação de cuidados diária no meu local de trabalho, que contribuiu para aperfeiçoar e relembrar aspetos importantes, permitindo assim alcançar as competências acima descritas neste ponto.

3.1.2. – B. Domínio da melhoria contínua da qualidade

- Competências comuns do enfermeiro especialista
 - B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica.
 - B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
 - B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.
- Competência de mestre
 - 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.
 - 5. Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contexto multidisciplinares.
 - 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Esta competência foi desenvolvida ao longo do desenvolvimento do PIS, desde a fase de diagnóstico da situação até à fase da sua avaliação, sendo que este se incorpora na área da melhoria da qualidade.

Segundo o Instituto de Medicina, o conceito de qualidade em saúde encontra-se inerente aos cuidados de saúde quando há um grau ótimo de prestação de cuidados de saúde, direcionado para os resultados de saúde expectáveis, tendo por base as diretrizes do conhecimento profissional (Cerqueira, 2018).

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

Ao longo dos estágios, por meio de pesquisa bibliográfica, desenvolvi esforços para consolidar conhecimentos teórico-práticos com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados de saúde, bem como através da colaboração e discussão com a enfermeira orientadora dos diferentes momentos experienciados e também através da consulta dos protocolos e normas de procedimentos patentes na instituição de acolhimento deste estágio. A prestação de cuidados de saúde baseados numa cultura de segurança e de elevada qualidade, sustentados pela evidência científica mais atualizada promovem a satisfação máxima dos clientes e profissionais. Os enfermeiros assumem, perante a sociedade, um compromisso de prestar cuidados de qualidade e promover a segurança dos cidadãos que só é possível cumprir se integrarmos na nossa prática todas as diretrizes minimizadoras do risco de ocorrência de erros, que só é possível atingir se assimilarmos todos os protocolos e normas de procedimento existentes no contexto de prestação de cuidados de saúde.

No estágio realizado na UCIP foi possível desenvolver uma ação de formação e uma revisão bibliográfica relativamente à segurança da comunicação aquando da transição de cuidados, mais propriamente relativamente à implementação da técnica ISBAR, que consolidou o meu conhecimento e melhorou a qualidade da transmissão de informação. Estas ações tiveram o objetivo de garantir que a equipa de enfermagem da UCIP se tornasse mais eficaz ao nível da comunicação nos momentos de transição de cuidados e promoveu a uniformização de procedimentos relativamente à partilha de informação,

concretizando-se numa transmissão de cuidados com maior qualidade e mais segura para o doente.

Com o objetivo de alcançar esta competência estive presente numa conferência sobre o “*Debriefing* clínico: retos e oportunidades no âmbito assistencial” (Anexo I), organizado pela Univerisitat de Barcelona, el Clinic de Barcelona, Helse Stavanger (Stavanger Universitetssykehus) e pelo Cardiff and Vale University Health Board, que permitiu aumentar e consolidar conhecimentos no âmbito do *debriefing*, que se encontra intimamente relacionado com a qualidade em saúde.

De realçar que um dos grandes contributos que permitiu alcançar esta competência da melhor forma foi o desenvolvimento do PIS no estágio final, principalmente da norma de procedimento relativa à temática do *debriefing*, que se podem identificar como instrumentos de melhoria contínua da qualidade em saúde, nomeadamente tendo em conta a área da segurança do doente, permitindo a identificação de procedimentos com necessidade de melhoria.

Tendo por base todas as ações acima descritas, considero atingidas as competências referidas neste ponto.

3.1.3. – Domínio da gestão dos cuidados

- Competências comuns do enfermeiro especialista
 - C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
 - C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
- Competência de mestre
 - 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

A atividade profissional dos enfermeiros na área da gestão, formação e assessoria contribui para a melhoria e evolução da sua prestação de cuidados, considerando-se assim de extrema importância na medida que assegura a qualidade do exercício profissional dos próprios. A OE estabelece o enfermeiro gestor como a força motriz do desenvolvimento

profissional da equipa que gere, sendo responsável pela construção de um ambiente favorável à prática clínica e pela qualidade dos cuidados prestados ao cidadão, gerindo os profissionais e as suas práticas seguras, adequando os recursos e gerindo as relações profissionais (OE, 2015).

Nos dois estágios realizados, embora não tenha sido exequível assumir papéis de gestão e liderança, foi possível constatar a importância dos enfermeiros a exercer estas funções, nomeadamente dos chefes de equipa. Esta observação permitiu uma reflexão no que diz respeito à melhor tomada de decisão e práticas a seguir, possibilitando uma posterior implementação na minha atuação diária, uma vez que assumo também este papel no meu contexto profissional.

Tendo sido esta observação mais concisa no estágio de SUMC, em que por diversos turnos a enfermeira orientadora assumiu a função de chefe de equipa, foi possível verificar as ações intrínsecas ao cargo relacionadas com a gestão de recursos e equipa, a referir: distribuir os enfermeiros e auxiliares no início do turno – de forma a garantir da melhor forma a segurança dos cuidados em cada posto de trabalho; contabilizar os estupefacientes no final de cada turno e realizar o pedido de reposição dos mesmos à farmácia em caso de necessidade; gerir, assumir e responsabilizar-se por qualquer situação que surja e seja sua competência; registar no final de cada turno as ocorrências relevantes para o serviço que ocorreram no turno em que assumiu a função.

Todas estas ações e atitudes estabelecem-se como fundamentais para aquisição desta competência, indo de encontro aos critérios de avaliação descritos para as unidades de competência estipuladas, nomeadamente na coordenação e disponibilização de assessoria à equipa de prestação de cuidados e na negociação e utilização de recursos de forma eficiente com vista à qualidade. O reconhecimento dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa está também inerente à função tendo em conta a otimização da equipa na distribuição dos profissionais.

No que diz respeito aos sistemas de informação utilizados, o SUMC recorre ao sistema informático Alert®, importante recurso na gestão dos cuidados prestados, dado que dos seus recursos e características fazem parte vários sistemas de triagem e atribuição de prioridades aos utentes, permitindo uma organização da intervenção com base nos dados recolhidos. Faculta também o acesso e partilha imediata de informação com outros utilizadores e a criação de alertas para intervenções de carácter imediato. Toda a

informação clínica, bem como prescrição de intervenções e terapêutica encontram-se no mesmo sistema, facilitando o acesso por parte dos profissionais, estando, no entanto, os limites de acesso à informação de acordo com os níveis de competência de cada um.

Este não só permite um acompanhamento do utente ao longo de todo o episódio de urgência, como facilita a comunicação interprofissional, promovendo a organização de atuação e conseqüente aumento da segurança dos utentes e profissionais de saúde.

Previamente à componente prática do plano de estudos, as Unidades Curriculares teóricas assumem também um papel relevante na aquisição e desenvolvimento de competências, sendo neste caso de referir a UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Através da explanação de conteúdos relacionados com a organização e modelos de unidades de saúde, sistemas de informação, liderança e promoção de ambientes favoráveis à prática com qualidade, permite para além de uma aquisição de conhecimentos na área, uma conseqüente segurança e base teórica relativamente à organização e atuação nos serviços a integrar posteriormente.

Ainda no contexto da UC, através da elaboração de um trabalho sobre “Gestão do risco e segurança do doente – administração segura de medicamentos” foi possível a consolidação de informação relativa às temáticas da segurança do doente, gestão do risco e qualidade na saúde e uma aproximação à atuação, tendo em conta que consistiu na análise de um caso real com vista à análise e proposta de medidas de melhoria com base na evidência científica existente. Este permitiu para além do desenvolvimento do sentido crítico, o aprofundamento da competência em causa, uma vez que promove a reflexão acerca da adaptação da gestão dos recursos tendo em conta a especificidade de situações e contextos, considerando que o enfermeiro especialista se apresenta como ator principal em todo o processo de administração de medicação, sendo vital a gestão na adoção de práticas corretas na preparação, manuseamento, administração e monitorização da medicação administrada por toda a equipa.

O desenvolvimento do PIS abordado anteriormente insere-se também na gestão dos cuidados, uma vez que a implementação de um projeto que permita promover a aprendizagem reflexiva e melhorar o desempenho clínico se traduz numa otimização da equipa prestadora de cuidados, para além de que a identificação de lacunas existentes na atuação permitirá uma adaptação posterior da gestão de recursos e conseqüente potenciação de um ambiente favorável à prática.

3.1.4. – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- Competências comuns do enfermeiro especialista
 - D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.
 - D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
- Competência de Mestre
 - 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.
 - 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
 - 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, é competência do enfermeiro especialista a capacidade e desenvolvimento de autoconhecimento, bem como a consciência de si e da sua interação na relação com o outro (OE, 2019).

Através da autoconsciencialização, o profissional tem a capacidade de gerir a relação terapêutica com enfoque no bem-estar do utente e nos resultados esperados, adequando os seus comportamentos para aqueles que se demonstrem necessários ao estabelecimento e manutenção da relação de confiança, podendo-se deduzir que “a eficiência do enfermeiro depende diretamente de suas atitudes para consigo mesmo e para com os outros.” (Leoni, 1996 citado por Esperidião et al., 2002: 517).

A procura do autoconhecimento mostra-se assim necessária para a adaptação e melhoria da forma de estar profissional nos diferentes contextos e interações, sendo também um fator promotor da qualidade e segurança na intervenção.

Para o aprofundamento desta competência contribuiu especificamente a UC de Desenvolvimento Pessoal. Através da elaboração de um Ensaio reflexivo autobiográfico, foi possível a tomada de consciência dos fatores e experiências pessoais que regem e todam a minha forma de estar na prática clínica.

A nossa identidade enquanto enfermeiros é indubitavelmente consequência daquilo que somos enquanto pessoas e o conhecimento dos meus valores, crenças, sentimentos e

reações a determinados estímulos permitem-me não só ultrapassar de forma saudável as diversas transições e situações de stress com que me deparo, mas também desenvolver as minhas competências nesse contexto, possibilitando-me a mobilização criteriosa de recursos pessoais quando necessário. Desta forma, o trabalho executado permitiu, para além de reconhecer características e limites próprios que influenciam a relação interpessoal, identificar estratégias de adaptação de emoções em situações de stress, potencializando assim a resposta necessária para uma atuação de qualidade. Por outro lado, o conhecimento das minhas características permite-me a adequação de respostas no que diz respeito à gestão de disposições potenciadoras de conflitos, não só na resolução de situações em que esteja diretamente envolvido, mas também na atuação como agente facilitador da compreensão de diferentes posições na equipa.

Apesar de o processo de autoanálise não ser estanque e estar em constante desenvolvimento, considero que através dos conhecimentos desenvolvidos na UC e reflexão realizada consegui atingir os objetivos esperados para a aquisição da consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro e consequente capacidade de gerar respostas adaptativas a nível individual e organizacional.

Como refletido em outras competências e ao longo deste relatório, algumas das competências apenas se conseguiram alcançar através da consolidação dos conhecimentos através da literatura científica, ou seja, baseando a prática na evidência.

Durante o estágio realizado no SUMC, realizei uma revisão da literatura intitulada “*Debriefing* realizado por enfermeiros após incidentes críticos: uma revisão scoping”, o que me permitiu adquirir conhecimentos mais atuais relativos à temática do PIS implementado em contexto de estágio no SUMC, sendo que a própria elaboração do PIS e sua divulgação permitiu partilhar o conhecimento com os restantes enfermeiros. O desenvolvimento do PIS consolidou também os conhecimentos relativos à metodologia de projeto, baseada nos cuidados de saúde.

Face ao exposto, concluo ter atingido a presente competência.

3.2. – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

As competências específicas do enfermeiro especialista provêm das respostas humanas fornecidas aos processos de vida e aos problemas de saúde, inseridos no campo de ação de cada área de especialidade, apresentando um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica são:

- 1. Cuida da pessoa, familiar/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- 2. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- 3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica estabelece que a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018: 19362) e que os cuidados à mesma são cuidados altamente qualificados prestados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, respondendo às necessidades afetadas de forma a permitir manter as funções básicas de vida, atuando na prevenção de complicações e limitando incapacidades, com o objetivo de uma recuperação total (OE, 2018).

3.2.1. – 1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Esta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, está intrinsecamente ligada às seguintes competências de mestre:

- 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.
- 4. Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

A pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, como também a sua família, necessitam que o enfermeiro especialista mobilize os seus conhecimentos e múltiplas habilidades de forma a responder em tempo útil e de forma holística, devido ao grau de complexidade das situações de saúde e dos cuidados necessários (OE, 2018).

No decorrer dos estágios, tive a oportunidade de contactar em diversos momentos com pessoas que apresentavam uma situação crítica e/ou falência de pelo menos um órgão, tanto na UCIP como na sala de emergência do SUMC, sendo que houve necessidade, como a OE (2018) distingue, prestar cuidados altamente diferenciados de forma a dar resposta às necessidades comprometidas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com o objetivo final de obter uma recuperação total. O contacto com estas situações exigiram a mobilização de conhecimentos aprofundados e diferenciados, que apenas foi possível alcançar através da pesquisa e aprofundamento dos conhecimentos ao longo do tempo em que decorreu o estágio, sendo que esta abordagem foi importante de forma a alcançar esta competência. Para além de aprofundar estes conhecimentos, também houve a necessidade de em ambos os estágios, em conjunto com os enfermeiros orientadores demonstrar o conhecimento na manipulação de equipamentos diversos como ventiladores, monitores hemodinâmicos e de hemodiálise, entre outros, que são essenciais para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Os conteúdos programáticos da UC de enfermagem médico-cirúrgica 4, que contemplou o curso de Suporte Avançado de Vida [SAV] e o curso *International Trauma Life Support* [ITLS] (Anexo II) foram essenciais para aprofundar conhecimentos teórico-práticos relativos à abordagem à pessoa em situação crítica, uma vez que facultam o conhecimento e competências relativas às evidências científicas mais atuais, como também as *guidelines* mais recentes em suporte avançado de vida e trauma.

Um dos momentos que mais me marcou durante o estágio no SUMC, foi o momento em que colaborei na admissão e cuidados emergentes, na sala de emergência de um doente acompanhado pela equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com

taquicardia ventricular com pulso, em que já tinha sido realizada a tentativa de cardioversão química em contexto pré-hospitalar da qual não obteve qualquer benefício, assim, foi necessário realizar cardioversão elétrica, na qual me foi possível colaborar em realizar os procedimentos necessários e mobilizar assim os conhecimentos anteriormente adquiridos, tornando-se sempre necessário nestas situações estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa através da comunicação sobre o processo que atravessa.

Na UCIP, um dos procedimentos, que embora rotineiro, é de extrema importância, é a realização de gasometria arterial (como também nos doentes com necessidade de técnica de substituição renal é a realização de gasometria venosa), esta técnica foi por mim realizada aos doentes que me eram atribuídos durante o turno. Neste serviço são os enfermeiros que são responsáveis pela realização desta técnica, tornando-se assim os primeiros a terem acesso ao seu resultado, sendo essencial que se saiba realizar a interpretação imediata do mesmo, de forma a atuarem em tempo útil e de forma eficiente, principalmente nos doentes sob ventilação mecânica, para que sejam ajustados os parâmetros ventilatórios, mas também nos doentes sob técnica dialítica de forma a ajustar a mesma.

Ambos os estágios permitiram observar de perto a prestação de cuidados por parte os respetivos orientadores, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, tornando-se esta observação atenta crucial para consolidar lacunas e pormenores que de outra forma passariam despercebidos na minha prática diária.

Conforme acima exposto, considero que a competência tenha sido totalmente atingida.

3.2.2. – 2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A OE estabelece que o enfermeiro especialista perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe concebe, planeia e gere a resposta em tempo útil e de forma sistematizada, de forma eficaz e eficiente, não descurando a preservação de vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Esta competência revelou-se difícil de abordar por inteiro, uma vez que as características dos locais de estágio não o permitem. Contudo, ambos os estágios decorreram em situação de exceção devido a estes terem decorrido durante a pandemia por SARS-CoV-2, o que proporcionou um maior afluxo de doentes em ambos os serviços, como também uma adequação da prestação de cuidados. Apenas no SUMC seria mais suscetível abordar uma situação de catástrofe, como por exemplo um acidente com múltiplas vítimas, mas tal não aconteceu no período de estágio. Optou-se então, com o objetivo de alcançar esta competência, por tomar conhecimento dos protocolos instituídos na ULS e nos próprios serviços relativamente a situações de catástrofe, sendo que o conhecimento sobre os mesmos me permitiriam adequar a minha atuação em caso de necessidade. Foi também possível observar que o SUMC possui na sala de triagem material preparado para o caso de um acidente com múltiplas vítimas que permite, através da Triagem de Manchester, triar as vítimas, esta temática foi abordada junta da enfermeira orientadora.

A UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 permitiu a consolidação de conhecimentos sobre catástrofe, sendo que o conhecimento transmitido pelos docentes e outros colaboradores foi essencial para o mesmo, ao transmitirem a sua experiência em situações reais, como também a legislação em vigor em Portugal, Também nesta UC, o desenvolvimento de um poster e de um suporte *powerpoint* sobre o Modelo Extra-hospitalar de Triagem Avançada [META], permitiu a aquisição de conhecimento relativamente ao tipo de triagem que é possível realizar num cenário de acidente com múltiplas vítimas, sendo que uma triagem e evacuação adequadas no local do evento diminuem a mortalidade associada (Bazyar et al., 2019) e que o META se estabelece como um sistema de triagem eficaz em acidentes com múltiplas vítimas e que a sua principal contribuição é a deteção precoce de vítimas graves com necessidade de avaliação cirúrgica urgente.

Como já abordado na competência anterior, também a frequência dos cursos de SAV e ITLS permitiram adquirir habilidades e conhecimentos que são prementes para a prestação de cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Tendo presente as todas as limitações dos locais de estágio relativamente a esta competência e face ao exposto anteriormente, acredito que esta competência foi desenvolvida e atingida.

3.2.3. – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Esta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, está intrinsecamente ligada à seguinte competência de mestre:

- 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. A IACS, não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção” (OE, 2017: 10).

Segundo a OE, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tendo em conta os múltiplos contextos em que atua e realiza técnicas invasivas durante a prestação de cuidados a pessoas com doença aguda ou crónica e perante processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2017). Durante a prestação de cuidados nos dois locais de estágio foi possível considerar este aspeto, tanto durante a realização de procedimentos invasivos como a colocação de cateteres arteriais, cateteres venosos centrais, cateteres vesicais, cateteres para realização de técnicas dialíticas, entre outros, como no simples contacto com o ambiente do doente, respeitando os cinco momentos relativos à higienização das mãos: antes do contacto com o doente; antes de um procedimento limpo/assético; após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; após o contacto com o doente e após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (DGS, 2019). Em suma, ao longo dos dois contextos de estágio foram sempre respeitados os princípios de assepsia e controlo de infeção.

Ainda em contexto de estágio, foi possível estar presente no Curso de Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos da ULS (anexo III), com a duração de 12h, nos quais foram abordados conhecimentos desde a introdução e conceitos básicos de controlo de infeção, à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, à

prevenção e resistência aos antimicrobianos e relativamente à atividade do laboratório no controlo de infeção e a política da instituição relativamente a antissépticos e desinfetantes. Este curso permitiu rever conhecimentos básicos relativos ao controlo de infeção e aprofundar outras temáticas mais complexas.

Para além do exposto acima, foi também consultado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direção Geral de Saúde, pelo qual todas as instituições de saúde se devem reger, permitindo consolidar os meus conhecimentos de forma a fundamentar a minha prestação de cuidados.

Devido a tudo o acima descrito, a presente competência foi atingida na sua totalidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório surge com o intuito de materializar o percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem, através da reflexão e análise do mesmo, centrando-se particularmente na UC Estágio Final, abordando a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como também de mestre em enfermagem, integrando os conteúdos lecionados nas restantes unidades curriculares do mestrado que se apresentaram essenciais para a aquisição e aprofundamento das bases teóricas a aplicar na prática clínica.

Os contextos de estágio permitiram a mobilização das competências adquiridas ao longo deste percurso, sustentadas na teoria adquirida ao longo do anterior percurso teórico do mestrado, sendo evidente a necessidade e a importância da prática baseada na evidência. Permitiu também o crescimento a nível pessoal e profissional, uma vez que fui posto à prova por diversas vezes ao longo do percurso, e só este crescimento me permitiu superar os meus limites e melhorar as minhas capacidades.

No estágio final foi possível desenvolver um projeto de intervenção em serviço, devidamente abordado e explanado neste relatório, o que permitiu identificar as lacunas do serviço e ir de encontro a um projeto que trouxesse melhoria na qualidade e segurança do doente. Este projeto despertou o interesse dos pares, como também da própria Comissão de Qualidade e Segurança da ULS, que implementou a temática ao nível de todas as suas unidades funcionais.

Os objetivos propostos para este relatório foram alcançados, bem como os objetivos traçados no início deste percurso, uma vez que tanto as competências comuns, como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foram também adquiridas.

Este relatório estabelece-se como uma das etapas finais do percurso realizado em contexto de mestrado, contudo a caminhada da aquisição de conhecimento e competências não termina com a defesa do mesmo, uma vez que a enfermagem e a sua evidência científica se encontram em constante alteração e a prática clínica do enfermeiro especialista deve ser sempre baseada na evidência científica mais atual.

Em suma, o percorrer deste percurso permitiu a melhoria da minha prestação de cuidados, capacitando-me para adotar uma intervenção mais segura e com maior

qualidade no meu dia-a-dia e estabelecer uma abordagem mais competente à pessoa em situação crítica.

BIBLIOGRAFIA

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Annielo, L., & Karl, C. (2021). Stress debriefing: Making the ICU safe for new nurses. *Nursing made Incredibly Easy*, pp. 22-26: 10.1097/01.NME.0000741832.01219.3b
- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 181, 8059 - 8105.
- Bagorrihla, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. Obtido de Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>
- Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª edição). Lisboa, Portugal: LIDEL
- Bazyar, J., Farrokhi, M. & Khankeh, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), pp. 482–494. DOI: 10.3889/oamjms.2019.119.
- Burns B. (2016). Caring for colleagues through debriefing. *Nursing New Zealand (Wellington, N.Z. : 1995)*, 22(8), 12–42.
- Cant, R. P., Porter, J. E., Cooper, S. J., Roberts, K., Wilson, I., & Gartside, C. (2016). Improving the non-technical skills of hospital medical emergency teams: The Team Emergency Assessment Measure (TEAM™). *Emergency medicine Australasia: EMA*, 28(6), 641–646. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12643>
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 3-10.

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/98504/1/RUN%20-%20RSP%20-%20vol%20tematico10a01%20-%20p3-10.pdf>

- Cerqueira, I. (2018). O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado. Obtido de Repositório aberto da Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/117217>
- Clark, P. R., Polivka, B., Zwart, M., & Sanders, R. (2018). Pediatric Emergency Department Staff Preferences for a Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of emergency nursing*, 45(4), 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.11.009>
- Costa, J. dos S. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 234–251.
- Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, J. (2014). Um Futuro Para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma nº 007/2019 de 16 de outubro de 2019. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Duffy, J., & Hoskins, L. (2003). *The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms*. Advanced Nurse Science.
- Duffy, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership*. (Company Springer Publishing, Ed.) (Kindle).
- Esperidião, E., Munari, D. & Stacciarin, J. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. v. 10, n. 4, 516-522

- Ferrito, C.; Nunes, L. & Ruivo, M. (Eds) (2010, janeiro-março). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fortin, M. (2009). Fundamento e Etapas do Processo de Investigação. Loures, Portugal. Editora Lusodidacta.
- Freytag, J., Stroben, F., Hautz, W. E., Eisenmann, D., & Kämmer, J. E. (2017). Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. *BMJ open*, 7(6), e015977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015977>
- Gregório, C. (2017). O Debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência. Obtido de Instituto Politécnico de Leiria: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3029>
- Grupo Português de Triagem. In: Grupo Português de Triagem – Sistema de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Guimarães, L., Guimarães, P., Neves, S., & Cistia, J. (2007). A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Revista Mudanças - Psicologia da Saúde*, pp. 1-12. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v15n1p1-12>.
- Hammerle, A., Devendorf, C., Murray, C., & McGhee, T. (2017). Critical incidents in the ED. *Nursing management*, 48(9), 9–11. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000522180.69005.1e>
- Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). *Importance of debriefing following critical incidents*. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.
- Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine* Volume 65, no. 6, pp. 690-698. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 11-16. <http://hdl.handle.net/10362/98507>
- Lyman K. (2021). The relationship between post-resuscitation debriefings and perceptions of teamwork in emergency department nurses. *International emergency nursing*, 57, 101005. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101005>

- Macedo, R. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa (Relatório de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Magyar, J. & Theophilos, T. (2010). *Debriefing critical incidentes in the emergency department*. *Emergency Medicine Australasia*. 22, 499-506.
- Mayer, D. & Hamilton, M. (2018). Critical Incidents in Health Care. *MEDSURG Nursing*, 27(4), 231-237.
- Mazoni, S., Castro, K. & Vasques, C. (2018). Uso do método “scoping review” para mapeamento da literatura relacionada às intervenções de enfermagem. Brasília, Brasil
- McDermid, F., Judy Mannix, & Peters, K. (2019). Factors contributing to high turnover rates of emergency nurses: A review of the literature. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(4), 390–396. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.09.002>
- Meleis, A.I. (2012) *Theoretical nursing: Development and Progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde [MS]. (2015). Despacho no 5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, no. 102, pp. 13550-13553. Consultado a 17 de fevereiro de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2ª série, no. 187, pp. 96-103. Consultado a 20 de fevereiro de 2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System (2003). Nursing activities score. *Critical care medicine*, 31(2), 374–382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>

- Mullan, P. C., Kessler, D. O., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*, *312*(22), 2333–2334. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>
- Mullan, P. C., Cochrane, N. H., Chamberlain, J. M., Burd, R. S., Brown, F. D., Zinns, L. E., Crandall, K. M., & O'Connell, K. J. (2017). Accuracy of Postresuscitation Team 18 Debriefings in a Pediatric Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, *70*(3), 311–319. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.01.034>
- Nadir, N. A., Bentley, S., Papanagnou, D., Bajaj, K., Rinnert, S., & Sinert, R. (2017). Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department. *The western journal of emergency medicine*, *18*(1), 146–151. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.10.31467>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. Diário da República. Série II, n.º 48. Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Leiria, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 135, 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. Diário da República, 2.ª Série, n.º 26, 4744 – 4750

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2019). Patient Safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. 2021. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Porter, J. E., Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2018). Rating teams' non-technical skills in the emergency department: A qualitative study of nurses' experience. *International emergency nursing*, 38, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.006>
- Silva, S. & Saraiva, M. (2012). A Gestão da Qualidade como diferencial competitivo na Satisfação e Fidelização de clientes. Consultado a 22 de novembro de 2020. <http://hdl.handle.net/10174/5430>
- Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142, 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280>
- Venturi, K.K., Wolff, L.D.G., Meier, M.J., Montezeli, J.H., Peres, A.M. (2009). Modelo Qualidade-Cuidado: Uma Mind-Range Theory de Enfermagem Fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência Cuidados de Saúde* 2009 Abril/Junho; 8(2):280-285. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v8i2.8212>;

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto De Estágio

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO FINAL
SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Professor Doutor Adriano Pedro

PROJETO DE ESTÁGIO

VASCO MARIA JANTARÃO LOPES DA SILVA - N°48011

outubro
2021

V Mestrado em Associação de Enfermagem
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESTÁGIO FINAL
SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Professor Doutor Adriano Pedro

PROJETO DE ESTÁGIO

VASCO MARIA JANTARÃO LOPES DA SILVA - Nº48011

Orientador de estágio:
Enfermeira Especialista Delmira Cristina Lino

outubro
2021

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR – Área Dedicada aos Doentes Respiratórios

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

OE – Ordem dos Enfermeiros

SARS-CoV-2 – *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1 – CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO	7
1.1 – ESTRUTURA FÍSICA.....	7
1.2 – EQUIPA MULTIDISCIPLINAR.....	8
2 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO E COMPETÊNCIAS.....	10
2.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	10
2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do 2º ano, 1º semestre do ano letivo 2021-2022, do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, 5ª Edição, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, foi proposto aos estudantes a realização de um projeto de estágio com a finalidade de estabelecer de forma estruturada e objetiva as atividades que suportarão a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre.

O estágio final tem a duração de 388 horas, sendo que 336 horas são destinadas à prestação de cuidados, e decorre no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do

sob a orientação da Enfermeira Especialista Delmira Lino e tutoria do Professor Doutor Adriano Pedro.

No decorrer do meu percurso profissional, enquanto enfermeiro, no contexto da prestação de cuidados, deparei-me com doentes em situação crítica, com risco de a desenvolver ou que se encontravam em processo de recuperação após a mesma. O que me levou à frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica foi a vivência do dia-a-dia da minha prática clínica e a necessidade de responder a estas situações de forma eficaz, atualizada e segura, como também o meu interesse pela aprendizagem e aquisição de conhecimentos e maior competência clínica.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, da Ordem dos Enfermeiros (OE), contempla em si o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019), para as quais os estágios se manifestam como primordiais para a obtenção e desenvolvimento de conhecimentos enquanto futuro enfermeiro especialista.

Ao longo deste projeto de estágio será realizada a caracterização do SUMC e apresentadas as atividades a desenvolver e as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre a adquirir. O projeto aqui presente estabelece-se como um plano que apresenta um caráter evolutivo, podendo haver a possibilidade e necessidade de se realizarem alterações ao que foi delineado inicialmente, de forma a alcançar os objetivos aqui instituídos.

Este projeto de estágio estrutura-se de acordo com o plano de estudos, referindo-se aos objetivos da unidade curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O presente projeto de estágio encontra-se redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico e segue as orientações da *American Psychological Association* – APA.

1 – CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O SUMC do . respeita a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica no contexto da sua responsabilidade hospitalar e como o serviço de articulação de cuidados de saúde pré-hospitalares, que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica se desenvolve essencialmente na sala de emergência e no serviço de observação.

1.1 – ESTRUTURA FÍSICA

O SUMC situa-se no piso 0 do , podendo ser neste momento subdividido em três zonas funcionais distintas: Área Dedicada aos Doentes Respiratórios (ADR), Urgência Pediátrica e Urgência de Adultos.

Importa então descrever a estrutura física destas três zonas funcionais.

A ADR divide-se numa zona destinada aos adultos e outra dedicada a crianças, sendo que na ADR destinada a adultos podemos encontrar uma área de espera, uma sala de triagem, uma sala de emergência, um gabinete médico, três casas de banho, uma sala aberta que também apresenta um espaço anexo destinado a doentes respiratórios que necessitem de estar em maca e um gabinete destinado à realização de testes. Na ADR

pediátrica encontramos uma sala de triagem (a mesma que para os adultos), uma casa de banho, um gabinete médico, uma sala de espera, uma sala de tratamentos e um gabinete para realização de testes.

A urgência pediátrica é constituída por uma área de espera, um gabinete médico pediátrico, uma sala de triagem, uma sala de observação, uma sala aberta pediátrica, uma casa de banho para os utentes e um gabinete administrativo.

Na urgência de adultos, local onde decorre a maior parte da atividade assistencial, encontra-se uma sala de emergência, o gabinete do enfermeiro responsável do SUMC, uma área de espera, uma sala de triagem (onde se aplica o protocolo de Triagem de Manchester), uma sala aberta que possuiu uma casa de banho para os utentes, quatro gabinetes médicos (dois de atendimento geral, um de cirurgia geral e um de medicina interna), uma casa de banho para os utentes junto aos gabinetes médicos, uma casa de banho assistida (neste momento adaptada para realização de testes de diagnóstico do vírus SARS-CoV-2), uma sala destinada à realização de eletrocardiograma, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de ortopedia (onde também se situa o gabinete médico de ortopedia), um serviço de observação (dispõe de 11 camas em regime de “Open Space” que permitem monitorização não invasiva) sendo que anexo a este se encontra a sala de pausa/passagem de turno dos enfermeiros, uma segunda sala de observação (funciona como reforço do serviço de observação, quando este se encontra lotado e é necessário aumentar o número de vagas), uma sala de sujos, duas copas para os profissionais de saúde, duas salas de arrumos de material clínico e não clínico e um gabinete administrativo.

1.2 – EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Para além da importância de descrever a estrutura física do SUMC, importa também descrever as equipas que constituem o mesmo:

- A equipa médica é, normalmente, constituída por dois médicos de clínica geral, três médicos de medicina interna, três cirurgiões e três ortopedistas, sendo que em alguns dias há reforço deste número de elementos;
- A equipa de enfermagem é constituída por um total de 54 enfermeiros que se encontram divididos em 5 equipas de trabalho, contando com o enfermeiro responsável que tem funções de gestão, sendo que no momento 5 destes elementos se encontram a gozar

licença de maternidade e outros dois se encontram de baixa por doença. A equipa de enfermagem tem 17 enfermeiros especialistas (10 em médico-cirúrgica, 2 em reabilitação, 5 em pediatria). A equipa, distribui-se por 6 postos de trabalho (sala de triagem, serviço de observação, área dedicada aos doentes respiratórios, sala de emergência, sala aberta e um posto destinado a um elemento de enfermagem que presta apoio à sala de pequena cirurgia e ortopedia, como também ao posto de trabalho que necessitar) sendo que para o turno da manhã seria ideal estarem presentes 10 enfermeiros e no turno da tarde e turno da noite 9 enfermeiros, de forma a assegurar de eficazmente todos os postos de trabalho, embora muitas vezes tenham constrangimentos para que tal possa ser cumprido;

- A equipa de assistentes operacionais: sendo que se encontram presentes seis elementos no turno da manhã e da tarde e no turno da noite encontram-se apenas 5 elementos, de forma a assegurar o apoio necessário aos cuidados de saúde prestados no SUMC;

- A equipa de assistentes técnicos: é composta pelo mínimo de 2 elementos por cada turno de trabalho, havendo a possibilidade de que no período diurno esta equipa se encontre reforçada com o objetivo de melhor assegurar as suas funções;

Para além destes grupos que se encontram em permanência no SUMC, também colaboram com este serviço outros profissionais, principalmente Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, de forma a assegurar os exames complementares de diagnóstico necessários, como também os profissionais de limpeza que asseguram a higiene e limpeza do SUMC e por último os seguranças que asseguram o bom funcionamento do SUMC.

2 – OBJETIVOS DE ESTÁGIO E COMPETÊNCIAS

A Ordem dos Enfermeiros estabelece através de regulamentos próprios o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, visando regimentar um enquadramento regulador para a certificação destas competências e também tornar público o que a sociedade pode esperar destes profissionais (OE, 2018).

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação” (OE, 2018:19360)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver a sua prática clínica baseada nas evidências mais recentes, orientando a sua prática para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo que o mesmo é considerado o pilar fundamental para o desenvolvimento de projetos de investigação, assessoria e formação de forma a promover e atualizar, dentro da sua área de competência, os seus conhecimentos. (OE, 2018)

Tendo por base o que é preconizado pela OE, descrevo, nos próximos pontos, as atividades que proponho desenvolver em contexto de estágio no SUMC de forma a alcançar as competências, comuns e específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como também as competências de mestre.

2.1. – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	Atividades a desenvolver
Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados de enfermagem aplicando conhecimentos relativamente aos princípios deontológicos e éticos;• Respeitar os desejos, valores e crenças do utente, promovendo a proteção dos direitos humanos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir apropriadamente os cuidados de enfermagem que possam comprometer a dignidade, segurança e privacidade do utente; • Promover o direito no acesso à informação por parte do utente e do seu cuidador/familiar;
Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento de necessidades de implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade no SUMC, em colaboração com o enfermeiro responsável e enfermeira supervisora; • Participar em projetos de melhoria contínua da qualidade; • Identificar situações potenciais ou de risco real para o utente/família/cuidador e profissionais do SUMC; • Promover a utilização de plataformas de notificação de incidentes (NOTIFICA e Her+), permitindo a implementação de medidas corretivas e desenvolvimento de estratégias de intervenção; • Implementar medidas de prevenção e controlo de infeção junto dos profissionais do SUMC;
Competências do domínio da gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar os cuidados de enfermagem prestados, tendo em conta a tomada de decisão; • Garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas; • Ajustar os recursos disponíveis às necessidades dos cuidados prestados;
Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e reconhecer as limitações a nível pessoal e profissional; • Autogerir emoções e sentimentos para alcançar uma resposta eficiente na prestação de cuidados; • Refletir sobre comportamentos e prestação de cuidados em situações de emergência; • Reconhecer necessidades formativas relativamente ao doente crítico; • Diagnosticar um tema para desenvolver e implementar um projeto no SUMC;

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um projeto de intervenção no SUMC;
--	--

2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A pessoa em situação crítica exige cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica que compreendem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção de forma a responder adequadamente às suas necessidades, como também da sua família. Verifica-se cada vez mais que os progressos técnicos e científicos dos cuidados de saúde permitem um desenvolvimento ímpar no diagnóstico e tratamento da pessoa em situação crítica, assim, o enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver a sua prática clínica com base nas evidências científicas mais recentes, sendo também o profissional mais adequado para desenvolver projetos de assessoria, formação e investigação com o objetivo de melhorar os seus conhecimentos, potenciando uma melhoria das suas competências na sua área de especialização. (OE, 2018)

Competências específicas do Enfermeiro Especialista	Atividades a desenvolver
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer, gerir e executar protocolos terapêuticos complexos do SUMC; • Gerir a dor e bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; • Estabelecer, gerir e adaptar a comunicação interpessoal que estabelece a relação terapêutica com a pessoa e sua família, perante a situação complexa do seu estado de saúde; • Avaliar, com o enfermeiro responsável, as intervenções realizadas;
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o protocolo de atuação em situações de catástrofe da do SUMC; • Gerir os cuidados de enfermagem planeando respostas concretas em situações de emergência multivítima ou catástrofe;
Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as normas e protocolos de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em vigor no SUMC;

<p>falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Adequar a prática clínica ao cumprimento das normas e protocolos de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em vigor no SUMC;• Estimular a equipa multidisciplinar do SUMC relativamente ao cumprimento das normas e protocolos em vigor no âmbito do controlo de infeção;
---	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de estágio é fruto da proposta que me foi realizada para a construção de um documento orientador para o estágio final, onde ficam delineadas as ações a realizar para alcançar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Com a elaboração deste documento estruturei as ações a realizar em contexto do estágio final, que culminará com a realização de um artigo e do relatório final de estágio. Também neste documento está descrito o serviço onde decorrerá o estágio final, seja a sua estrutura física, seja o método de trabalho dos profissionais de saúde do mesmo.

Escolhi o SUMC da _____ porque penso que seja o contexto onde conseguirei desenvolver as competências refletidas neste documento, sendo que os objetivos aqui traçados foram construídos tendo em conta as características do serviço em causa.

A construção deste documento e o cumprimento dos objetivos contidos neste projeto é a continuação de um longo caminho que já percorri enquanto enfermeiro e que será certamente apenas mais uma etapa do percurso de vida profissional que se adivinha longo, uma vez que após alcançar o grau de Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica continuarei à procura de adquirir mais conhecimento, de forma a que os meus cuidados sejam cada vez mais diferenciados e seguros para todas as pessoas que deles necessitam.

BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento no 429/2018 de 16 de Julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2.a Série, no135, 19359 - 19370.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento no 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.a Série, no26, 4744 - 4750.

APÊNDICE II - Autorização Implementação Projeto De Intervenção Em Serviço

I/23090 | 21/11/21
11.11.2021 KA

Exma. Sr.^a Presidente do Conselho
de Administração da

Eu, Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva,

no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, integrada na Universidade de Évora encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do com início no dia 13 de setembro de 2021 e término no dia 28 de janeiro de 2022.

O estágio aqui mencionado prevê a realização de um projeto de intervenção em serviço, pelo qual após reunião com o enfermeiro chefe e a enfermeira orientadora foi validada a necessidade de implementar um projeto de intervenção para a implementação do *debriefing* da equipa de enfermagem do SUMC, promovendo assim a segurança do doente. Este projeto de intervenção, com orientação científica do Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro da Escola Superior de Saúde de Portalegre tem como objetivo geral promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem através da implementação do *debriefing*.

O *debriefing* assume-se como uma reflexão estruturada após uma experiência que orienta as pessoas para refletirem sobre as atitudes e ações realizadas nesse momento, contribuindo para que se alcance a melhoria do seu empenho individual e em equipa, melhorando assim a qualidade dos cuidados e a segurança do doente (Bagorrihla, 2020).

Assim, venho solicitar autorização para:

- Desenvolvimento do projeto no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;
- Identificação da para efeitos de relatório de estágio, comprometendo-me a cumprir todos os procedimentos éticos e a entregar uma versão final do relatório

na

18-11-2021

Pede deferimento,

Santiago do Cacém, 10 de novembro de 2021

Maria Jantarão Lopes da Silva

(Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva)

A intenção do aluno e do SUMC, foi acordado entre os partes a realização do referido projeto de intervenção.
15/11/2021

APÊNDICE III - Norma De Procedimento Após Incidentes Críticos

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.

Norma de Procedimento
Debriefing após incidentes críticos

	NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	1
		Próxima revisão:	2024
		Cód. do documento	

SIGLAS E ABREVIATURAS

NP – Norma Procedimento

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação:
		Data:

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES	4
3. OBJETIVO	5
4. ÂMBITO	5
5. RESPONSABILIDADES.....	5
6. PROCEDIMENTO	6
6.1. Guião de <i>Debriefing</i>	6
6.2. Lista de verificação de <i>Debriefing</i>	6
6.3. Poster – <i>Debriefing</i> após Incidentes críticos	7
7. GRELHA DE AUDITORIA	7
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7
9. ANEXOS.....	8
ANEXO 1 – Lista de verificação de <i>Debriefing</i>	9
ANEXO 2 – Grelha de auditoria	10
ANEXO 3 – Poster <i>Debriefing</i> após incidentes críticos.....	11

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
--	-----------------	---

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

1. INTRODUÇÃO

A segurança do doente requer que os profissionais de saúde a abordem de forma sistémica e contínua, tendo por base uma lógica não punitiva e de melhoria. Os profissionais prestadores de cuidados de saúde são os responsáveis pela qualidade da segurança do doente, dado que todas as instituições apresentam um ambiente próprio e é reconhecido que o contexto e as condições no qual são prestados cuidados de saúde influenciam a segurança e a efetividade dos mesmos, sendo que a formação dos profissionais de saúde, a forma como a sua prestação de cuidados é organizada e os percursos dos cuidados são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Ministério da Saúde, 2021).

O incidente crítico exige que a equipa de profissionais de saúde se reúna, em *debriefing* após o mesmo, de forma a realizar um momento de partilha estruturado com o objetivo de rever os eventos dele decorrentes, identificando comportamentos que foram bem-sucedidos e comportamentos onde pode haver melhoria do desempenho da equipa, permitindo assim implementar ações de melhoria que visam melhorar a segurança do doente.

2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES

Incidente crítico – evento que ameaça sobrecarregar a capacidade de uma pessoa o enfrentar, ou que produz emoções, pensamentos ou comportamentos excecionalmente fortes na pessoa que o experiencia (Burns, 2016), podendo estes ser agressões, eventos de cuidados prestados a doentes críticos, o envolvimento de famílias em grandes acidentes, reanimação ou morte de doentes (Healy and Tyrrell, 2013).

Segurança do Doente – “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção Geral da Saúde, 2011:14).

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
---	----------	---------------------------

	NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	1
		Próxima revisão:	2024
		Cód. do documento	

Debriefing – discussão de ações e processos de pensamento após um evento que tem como objetivo promover a aprendizagem reflexiva e melhorar o desempenho clínico (Mullan et al., 2014).

Team leader – profissional de saúde que esteve presente no Incidente Crítico e que deverá liderar a sessão de *Debriefing*, não sendo obrigatoriamente o chefe de equipa. Este elemento deverá ter, preferencialmente, formação nesta área (*Debriefing*).

3. OBJETIVO

Normalizar a realização de sessões de *Debriefing* pelas equipas prestadoras de cuidados após Incidentes Críticos, promovendo a segurança do doente.

4. ÂMBITO

Todos os profissionais de saúde

5. RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração:

- Homologar e divulgar a presente Norma de Procedimento (NP);
- Promover e garantir os recursos materiais e humanos necessários;
- Garantir o seu cumprimento;
- Analisar os relatórios de auditoria e aprovar as recomendações a seguir.

Comissão de Qualidade e Segurança:

- Providenciar a realização de auditorias à presente NP.

Responsáveis dos Serviços/Unidades Funcionais:

- Divulgar no seio da equipa;
- Coordenar a implementação;
- Garantir o seu cumprimento;
- Reportar as não conformidades que possam ocorrer;
- Participar nas auditorias.

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
---	----------	-----------------------

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

Todos os Profissionais de Saúde:

- Cumprir a presente norma;
- Propor alterações.

6. PROCEDIMENTO

6.1. Guião de *Debriefing*

Para que o *Debriefing* seja realizado corretamente e cumpra todas as suas etapas, deve seguir o seguinte guião, que tem por base a Estrutura Básica do *Debriefing*:

Fase 1 – Reação

- Resumo da situação experienciada
- Resumo dos antecedentes da situação clínica

Fase 2 – Entendimento/Reflexão

- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa
- Reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente
- Reflexão sobre as *guidelines*/protocolos/algoritmos usados
- Pontos positivos da situação
- Pontos a melhorar no futuro

Fase 3 - Sumário

- Aspectos a ter atenção no futuro
- Resumo das aprendizagens

Tabela 2: Sugestão de guião de *Debriefing*, com base na Estrutura Básica do *Debriefing* (Bagorrihla, 2020)

6.2. Lista de verificação de *Debriefing*

De forma a garantir que se cumpriram todas as fases previstas no guião de *debriefing*, deve ser preenchida, pelo *Team Leader*, a lista de verificação de *debriefing* que se encontra no anexo 1, incluindo o campo de notas/conclusões da sessão, de forma a que fiquem registadas as conclusões da sessão e possíveis melhorias.

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
---	----------	---------------------------

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

6.3. Poster – *Debriefing* após Incidentes críticos

Todos os serviços/unidades funcionais da | deverão afixar em local visível, nos locais destinados à realização de sessões de *Debriefing* o poster presente no anexo 3.

7. GRELHA DE AUDITORIA

Ver anexo 2.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bagorriha, T. (2020). Debriefing da Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência como Determinante na Segurança do Doente Crítico. Obtido de Repositório Comum: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33210>

Burns, B. (2016). Caring for colleagues through debriefing. Kai Tiaki Nursing New Zealand vol 22 no 8, pp. 12-15.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Healy, S. & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incident. Emergency Nurse, 20(10), 32-37.

Kessler, D., Cheng, A., & Mullan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. Annals of Emergency Medicine Volume 65, no. 6, pp. 690-698. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>

Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2a série, no. 187, pp. 96-103. Consultado a 20 de Dezembro de 2021. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
--	-----------------	---

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

Mullan, Paul C.; Kessler, David O.; Cheng, Adam (2014). *Educational Opportunities With Postevent Debriefing*. *JAMA*, 312(22), 2333-. doi:10.1001/jama.2014.15741

9. ANEXOS

ANEXO 1 – Lista de verificação de *debriefing*

ANEXO 2 – Grelha de Auditoria

ANEXO 3 – Poster – *Debriefing* após incidentes críticos

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
--	-----------------	---

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

ANEXO 1 – Lista de verificação de *Debriefing*

Lista de Verificação de <i>Debriefing</i>		
Data: ___ / ___ / _____		Hora de Início/Fim: ___ : ___ / ___ : ___
Tempo do <i>Debriefing</i> : ___ : ___		
	Executado	Não executado
Decorreu em ambiente calmo e isolado?		
Foi liderado pelo <i>Team Leader</i> ?		
Fase 1 - Reação		
Foi realizado um resumo da situação experienciada?		
Foi feito um resumo dos antecedentes da situação clínica?		
Foram feitos julgamentos?		
Fase 2 – Entendimento/Reflexão		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance da equipa?		
Houve reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente?		
Houve reflexão sobre as <i>guidelines</i> /protocolos/algoritmos usados?		
Foram descritos pontos positivos da situação?		
Foram descritos pontos a melhorar no futuro?		
Fase 3 – Sumário		
Foram reconhecidos aspetos a ter atenção no futuro?		
Foi feito o resumo das aprendizagens?		
Notas/Conclusões da sessão:		

Anexo 1 – Lista de verificação de *Debriefing*, adaptada do formulário de Observação de *Debriefing* (Bagorrihla, 2020)

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação: Data:
--	-----------------	---

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

ANEXO 2 – Grelha de auditoria

Auditoria à Norma de Procedimento – Debriefing após incidentes críticos	Data:
Auditor Coordenador:	Serviço/UF:
Equipa de auditoria:	Responsável do Serviço/UF:

Lista de Verificação da Norma	C	NC	NA	Observações/Evidências
1. Existe evidência da realização de sessões de <i>Debriefing</i>				
2. Há evidência de preenchimento da lista de verificação de <i>Debriefing</i> .				
3. O póster anexo à norma encontra-se afixado em local visível no serviço.				
4. Há evidência da divulgação da norma na equipa.				

Legenda: C-Conforme; NC – Não Conforme; NA – Não Aplicável

CONCLUSÃO DA AUDITORIA

RECOMENDAÇÃO DA EQUIPA DE AUDITORIA

Conselho de Administração da

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação:
		Data:

NORMA DE PROCEDIMENTO <i>Debriefing após incidentes críticos</i>	Data de entrada em vigor:	
	Versão:	1
	Próxima revisão:	2024
	Cód. do documento	

ANEXO 3 – Poster *Debriefing* após incidentes críticos

DEBRIEFING APÓS INCIDENTES CRÍTICOS

Deve responder a:

Porquê?

Para identificar os aspetos onde a equipa apresentou uma boa performance e onde houve dificuldades, de forma a determinar estratégias para melhorar futuras intervenções.

O quê?

O debriefing deve abordar a performance individual e em equipa, os processos ou problemas de sistema que se forem modificados irão beneficiar o próximo doente numa situação clínica semelhante.

Quem?

Todos os profissionais de saúde que participaram ativamente no Incidente Crítico.

Como?

O debriefing deve realizar-se numa atmosfera amigável, com perguntas abertas e diálogo honesto, identificando comportamentos ou perceções que levem a melhores resultados.

Quando?

Existem três modalidades para quando se deve realizar o debriefing:

- "Quente": imediatamente após o Incidente Crítico;
- "Morno": minutos ou horas após o Incidente Crítico;
- "Frio": dias ou semanas após o Incidente Crítico;

Onde?

O local deve ser escolhido de acordo com o objetivo a alcançar. Preferencialmente deve realizar-se no local onde decorreu o Incidente Crítico.

Sugestão de guião:

Fase 1
Reação

- Resumo da situação experienciada
- Resumo dos antecedentes da situação clínica

Fase 2
Entendimento/Reflexão

- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa
- Reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente
- Reflexão sobre as guidelines/protocolos/algoritmos usados
- Pontos positivos da situação
- Pontos a melhorar no futuro

Fase 3
Sumário

- Aspetos a ter atenção no futuro
- Resumo das Aprendizagens

Pontos Chave

- Utilizar questões abertas
- Utilizar linguagem objetiva
- Não apontar erros
- Manter as conversas confidenciais

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

Mendes, V., & Lino, D. (2024). Debriefing após incidentes críticos. *Revista de Enfermagem em Urgências e Emergências*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.21973/1644-0001.16101010>
 Mendes, V., Chang, K., & Mullan, P. (2017). Debriefing in the Emergency Department after Critical Events. *Acute Care*. *Annals of Emergency Medicine*, 69(4), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.04.010>
 Regenerhoff, T. (2020). Debriefing After Critical Incidents: A Systematic Review. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.07.001>

Autor: Vasco Lopes da Silva
 Docente Orientador: Adrião Pedro
 Enfermeira Orientadora: Delmira Lino

Realização: Delmira Lino; Vasco Lopes da Silva	Revisão:	Homologação:
		Data:

APÊNDICE IV - Poster: Debriefing Após Incidentes Críticos

DEBRIEFING APÓS INCIDENTES CRÍTICOS

Deve responder a:

Porquê?

Para identificar os aspetos onde a equipa apresentou uma boa performance e onde houve dificuldades, de forma a determinar estratégias para melhorar futuras intervenções.

O quê?

O debriefing deve abordar a performance individual e em equipa, os processos ou problemas de sistema que se forem modificados irão beneficiar o próximo doente numa situação clínica semelhante.

Quem?

Todos os profissionais de saúde que participaram ativamente no Incidente Crítico.

Como?

O debriefing deve realizar-se numa atmosfera amigável, com perguntas abertas e diálogo honesto, identificando comportamentos ou perceções que levem a melhores resultados.

Quando?

Existem três modalidades para quando se deve realizar o debriefing:

- “Quente”: imediatamente após o Incidente Crítico;
- “Morno”: minutos ou horas após o Incidente Crítico;
- “Frio”: dias ou semanas após o Incidente Crítico;

Onde?

O local deve ser escolhido de acordo com o objetivo a alcançar. Preferencialmente deve realizar-se no local onde decorreu o Incidente Crítico.

Sugestão de guião:

Fase 1

Reação

- Resumo da situação experienciada
- Resumo dos antecedentes da situação clínica

Fase 2

Entendimento/Reflexão

- Reflexão sobre o comportamento/performance da equipa
- Reflexão sobre o comportamento/performance de cada profissional isoladamente
- Reflexão sobre as guidelines/protocolos/algoritmos usados
- Pontos positivos da situação
- Pontos a melhorar no futuro

Fase 3

Sumário

- Aspetos a ter atenção no futuro
- Resumo das Aprendizagens

Pontos Chave

- Utilizar questões abertas
- Utilizar linguagem objetiva
- Não apontar erros
- Manter as conversas confidenciais

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



APÊNDICE V - Autorização De Tiago Bagorriha Para Utilização De "Guião De Debriefing" E "Formulário De Observação De Debriefing No Serviço De Urgência"

Debriefing como estratégia promotora da segurança do doente crítico

Pedido autorização Guião de debriefing e Formulário de Observação do debriefing

Caixa de entrada x



Vasco Lopes da Silva <vmjls90@gmail.com>
para tiagobagorriha

15:04 (há 7 horas) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Tiago,

Serve o presente e-mail para pedir autorização para utilização do "Guião de Debriefing" presente no cartaz que desenvolveu no âmbito do seu projeto de estágio, tal como do "Formulário de Observação de Debriefing no Serviço de Urgência" que utilizou na sua tese de mestrado, para fins de implementação do meu projeto de intervenção no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A pessoa em situação crítica.

Serão cumpridos todos os pressupostos éticos e académicos para utilização do mesmo.

Obrigado desde já.

Com os melhores cumprimentos,

Vasco Lopes da Silva



Tiago Bagorriha
para mim

18:12 (há 4 horas) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Vasco

Da minha parte dou a autorização do "Guião de Debriefing" presente no cartaz desenvolvido no projeto de estágio e do "Formulário de Observação de Debriefing no Serviço de Urgência".

Desejo que sejam instrumentos válidos e importantes no desenvolvimento do teu projeto de intervenção, pois é através da partilha que crescemos enquanto profissionais e podemos prestar melhor cuidados de enfermagem com vista à excelência dos cuidados.

Cumprimentos académicos e pessoais

Tiago Bagorriha

APÊNDICE VI - Revisão Scoping: Debriefing Realizado Por Enfermeiros Após Incidentes Críticos: Uma Revisão Scoping''

RESUMO

Os incidentes críticos são um evento traumático que fazem com que os enfermeiros experienciem respostas emocionais tão fortes, que os mecanismos de *coping* usuais são ineficazes, colocando em causa a prestação de cuidados e a segurança do doente.

Objetivo: Identificar se a implementação do *debriefing*, por parte dos enfermeiros, após incidentes críticos no serviço de urgência, melhora a segurança do doente.

Método: Através da estratégia PICO, formulou-se a questão: “A implementação do *debriefing* após incidentes críticos nos Serviços de Urgência melhora a segurança dos cuidados de enfermagem?”. Definiram-se palavras-chave e iniciou-se o processo de pesquisa em novembro de 2021, recorrendo à base de dados EBSCOhost e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Resultados: Os estudos selecionados expressam a melhoria da segurança do doente após a implementação do *debriefing* em contexto de serviço de urgência, sendo que existem vantagens de implementar o *debriefing* para os enfermeiros, utentes e para a própria prestação de cuidados.

Conclusões: Esta scoping review permitiu concluir que o *debriefing* melhora a prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros, seja através da aprendizagem para lidar com o stress traumático ou da melhoria da comunicação e do trabalho em equipa, contribuindo assim para a melhoria da segurança dos cuidados de enfermagem em serviço de urgência.

Descritores: serviço de urgência, enfermeiro, *debriefing*

ABSTRACT

Critical incidents are a traumatic event that causes nurses to experience emotional responses so strong that the common coping mechanisms are ineffective, calling into question the care and safety of the patient.

Aim: Identify if the implementation of the debriefing by nurses, after critical incidents in the emergency department, improves patient safety.

Methods: The PICO strategy was used to formulate the initial question: "The implementation of the debriefing after critical incidents in the Emergency Services improves the safety of nursing care?". Keywords were defined and the research process began in November 2021, using the EBSCOhost database and the Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Results: The selected studies express the improvement of patient safety after the implementation of the debriefing in the context of emergency services, there are advantages of implementing the debriefing for nurses, patients and for the provision of care itself.

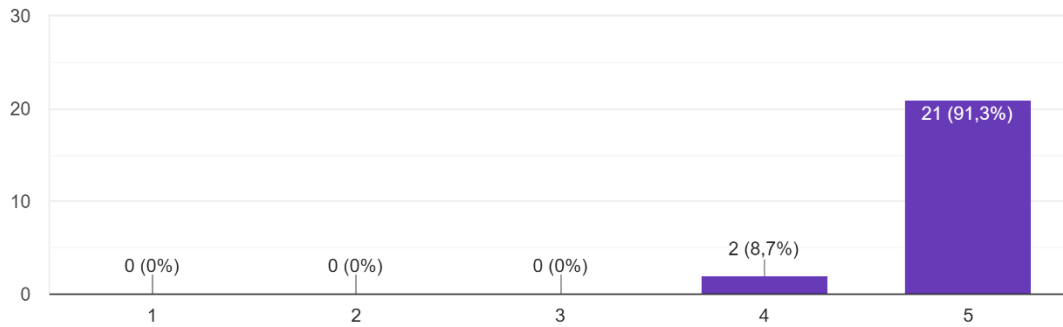
Conclusion: This scoping review allowed us to conclude that the debriefing improves the provision of healthcare by nurses, either through learning to deal with traumatic stress or improving communication and teamwork, thus contributing to the improvement of the safety of nursing care in emergency service.

Keywords: *emergency service, nurse, debriefing*

**APÊNDICE VII - Resultados Do Questionário De Avaliação Da Formação Em
Serviço: Debriefing Após Incidentes Críticos**

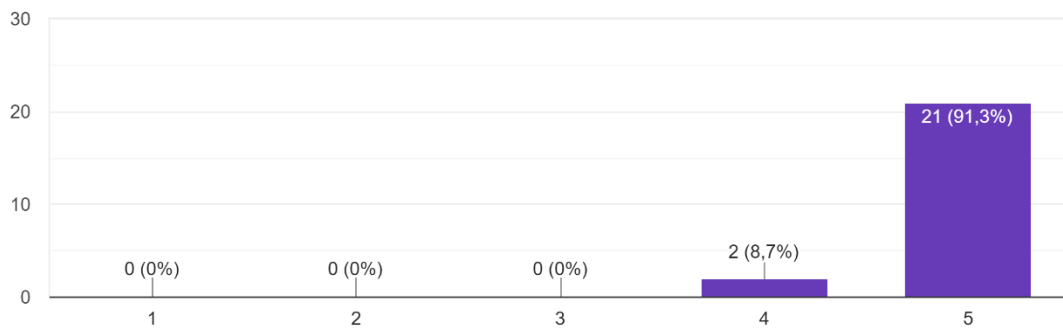
A1 - Objetivos da Sessão de Formação

23 respostas



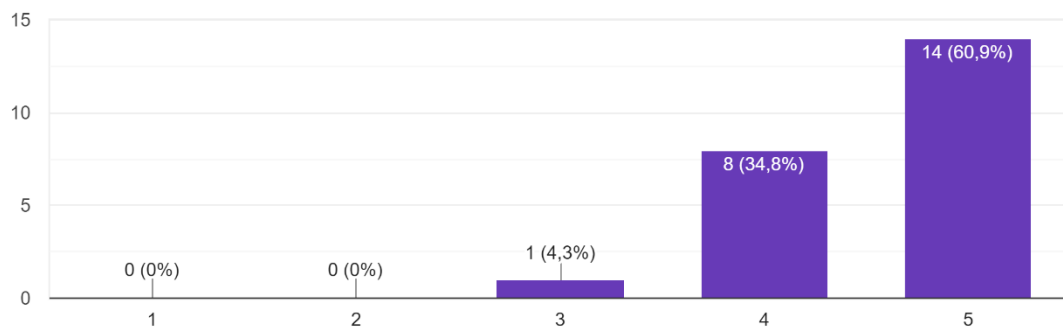
A2 - Pertinência da temática

23 respostas



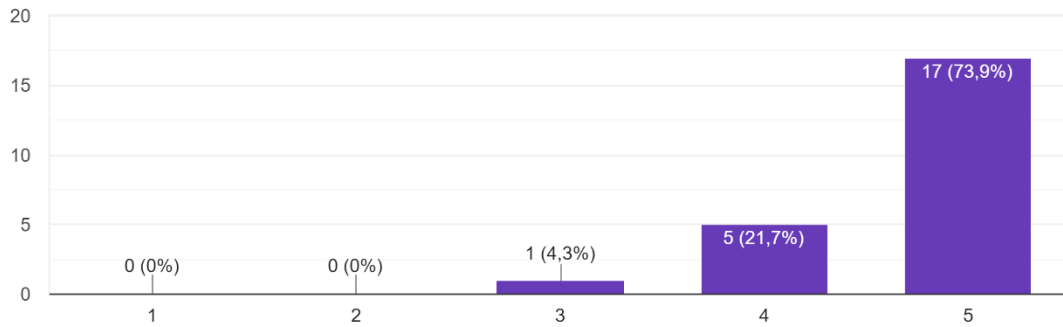
A3 - Estrutura da Sessão de Formação

23 respostas



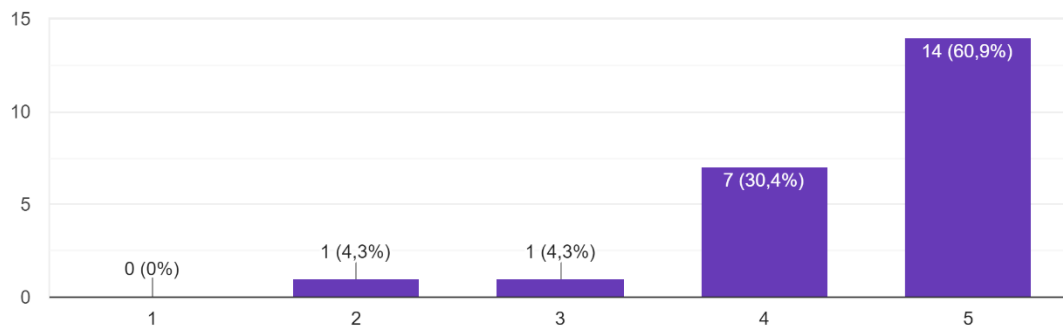
A4 - Duração da Sessão de Formação

23 respostas



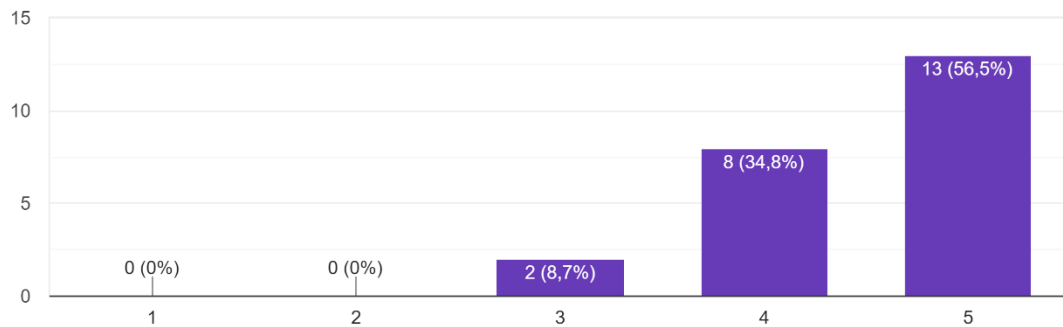
A5 - Metodologia utilizada

23 respostas



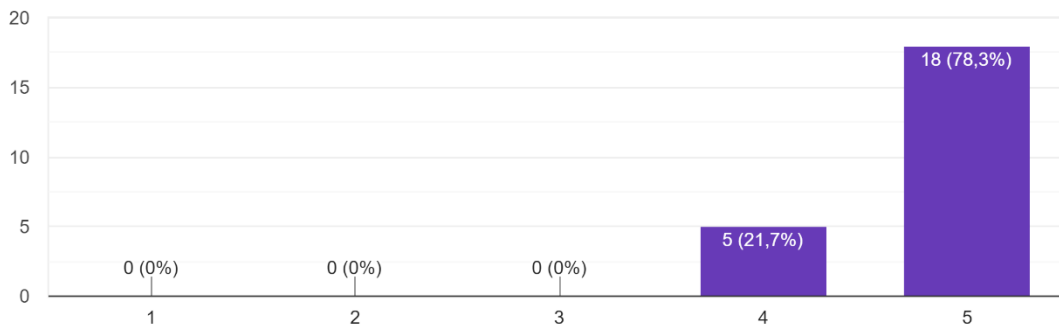
A6 - Recursos materiais utilizados

23 respostas



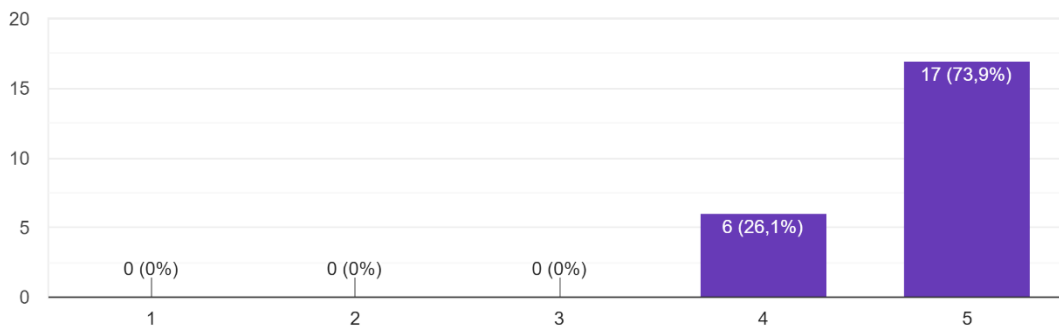
A7 - Conteúdos da Sessão de Formação

23 respostas



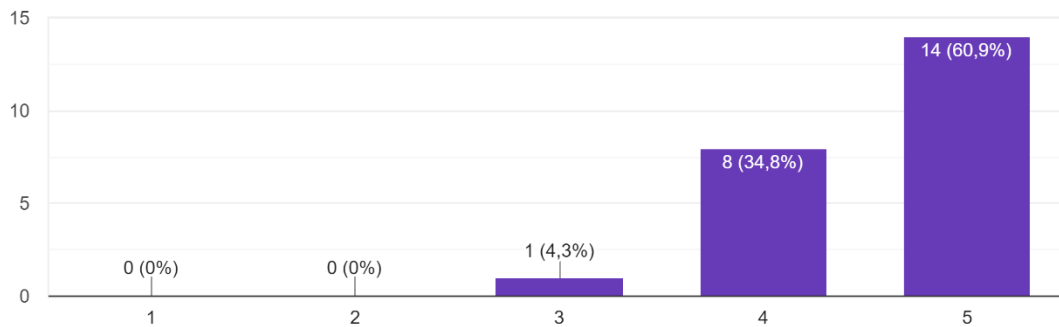
A8 - Utilidade dos conteúdos da Sessão de Formação

23 respostas



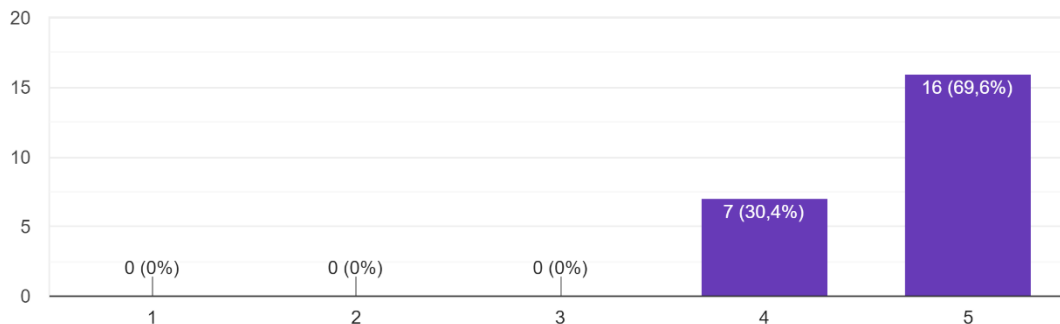
A9 - Satisfação com a Sessão de Formação

23 respostas



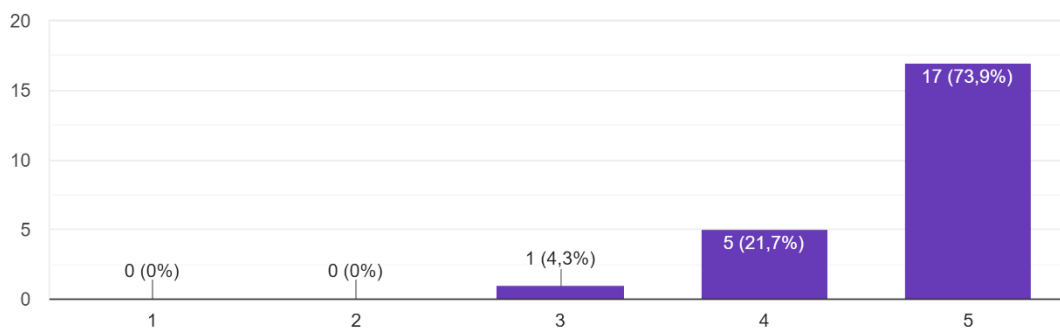
A10 - Avaliação global da Sessão de Formação

23 respostas



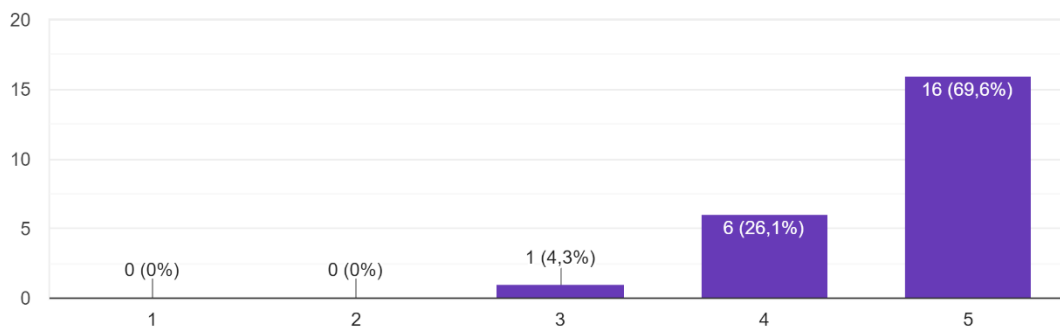
A11 - Avaliação do domínio do assunto do preletor

23 respostas



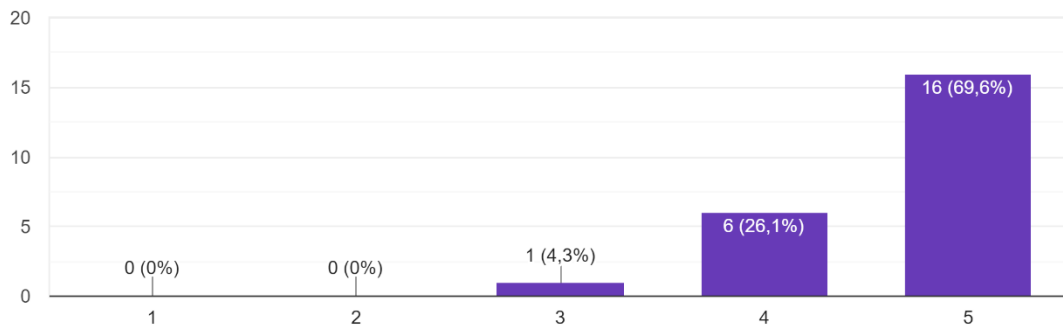
A12 - Avaliação da linguagem utilizada pelo preletor

23 respostas



A13 - Avaliação do empenho do preletor

23 respostas



Sugestões/Criticas?

3 respostas

Excelente apresentação e pertinência da temática.

Parabéns Vasco.

Incentivar os colegas dos serviços a fazerem este tipo de acções de formação

ANEXOS

Anexo I - Comprovativo De Presença Conferência All Talk Sobre O "Debriefing Clínico"



EACCME

European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Certificate

La Conferencia Virtual All TALK. Una conferencia informativa clínica que celebra el último año de una colaboración de innovación e investigación financiada por la UE.

En Barcelona y virtual, España, 09/12/2021-10/12/2021

ha sido reconocida por el Consejo Europeo de Acreditación para la Formación Médica Continuada (EACCME®) con un máximo de 6 créditos CME europeos (ECMEC®S).

Cada médico especialista deberá solicitar solo aquellos créditos que realmente haya completado en la actividad formativa.

La EACCME® es una institución de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), www.uems.eu.

A través de un acuerdo entre la Unión Europea de Médicos Especialistas y la American Medical Association, los médicos pueden convertir sus créditos EACCME® en un número equivalente de créditos de categoría 1 de AMA PRA.

La información relativa al proceso de conversión de créditos EACCME® en créditos AMA se puede encontrar en <http://www.ama-assn.org/education/earn-credit-participation-international-activities>.

Las actividades formativas en vivo celebradas fuera de Canadá, reconocidas por la UEMS-EACCME® para los créditos de ECMEC®, se consideran Actividades de Aprendizaje en Grupo Reconocidas (Sección 1) según lo definido por el Programa de Mantenimiento de la Certificación del Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá.

Enf Vasco Lopes da Silva

Ha obtenido 6 CME (ECMEC®s) por su asistencia en esta conferencia.



Anexo II - Comprovativo Da Conclusão Do Curso Internacional Trauma Life Support



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/16/2021

course site
Escola Superior de Enfermagem de Evora , Evora, INTL
(International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

329308-44583

Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **5/16/2021** Expiration Date **05/2024**

Course Number **44583**

Course Location **Escola Superior de Enfermagem de Evora, Evora, INTL (International)**

Anexo III - Declaração De Participação IX Curso De Controlo De Infecção E Das Resistências Aos Antimicrobianos Da ULS

Declaração

Para os devidos efeitos se declara que **Vasco Maria Jantarão Lopes da Silva**, assistiu como Formando a ação:

IX Curso de Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos da

Esta sessão letiva realizou-se nos dias 27 e 28 de Janeiro, e teve a duração total de 12 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o carimbo em uso no Centro de Formação Multiprofissional.

, 31 de Janeiro de 2022.

~~FORMAÇÃO~~

Domingas Cardadeiro