



Curso de Mestrado em Enfermagem

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados De Enfermagem Especializados Perante Múltiplas Vítimas Em Situação Crítica

Célia Maria Sizudo Batista Aires

2015



Curso de Mestrado em Enfermagem

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados De Enfermagem Especializados Perante Múltiplas Vítimas Em Situação Crítica

Célia Maria Sizudo Batista Aires

Florinda Galinha e Miguel Soares de Oliveira

2015

Não podemos prevenir todas as catástrofes. Mas podemos trabalhar em conjunto para assegurar que, quando se registarem, estejamos preparados para salvar vidas.

Secretário-Geral da ONU - 2009

AGRADECIMENTOS

A realização de um percurso desta natureza, só é possível graças à colaboração e contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de manifestar algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, nomeadamente:

À professora Florinda Galinha e ao professor Miguel Oliveira Soares, pela disponibilidade demonstrada na orientação deste trabalho, no que refere às valiosas indicações, esclarecimentos e sugestões facultados, bem como no campo da exigência e do rigor científico.

À fantástica turma do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização PSC, em especial a dois grandes companheiros de grupo, Ana Cunha e Paulo Plácido.

Aos enfermeiros orientadores nos campos de estágio, que permitiram este crescimento, através das suas partilhas, em especial à enfermeira Luísa Mendonça, enfermeiro Rafael Marques e enfermeiro Ricardo Matos.

À administração da minha US, por compreender a importância deste projeto e, assim, permitir a progressão do mesmo, em particular à Dra. Maria João de Mello, ao professor Jorge Mineiro, ao enfermeiro Carlos Costa e ao enfermeiro Duarte Mendonça.

Ao SMPCL, pelo interesse e empenho demonstrado desde o primeiro contacto, neste projeto, em especial à engenheira Luísa Coelho.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, pela prestimosa colaboração, amizade e interajuda.

Por último, mas com grandiosa importância, ao suporte que sustentou todo este processo, a família, em particular a cada um, mas todos muito importantes, à minha extraordinária mãe Adelaide, um pilar e grande ajudadora, ao meu marido Rui, pela complacência e compreensão e aos meus queridos príncipes André, Miguel e Sofia que suportaram todas as ausências da mãe, alegres e pacientes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Heart Association

AP – Atendimento Permanente

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

AVD – Atividade de Vida Diária

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CC – Comissão de Catástrofe

CH – Centro Hospitalar

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHLN - Centro Hospitalar de Lisboa Norte

CI – Cuidados Intensivos

CML – Câmara Municipal de Lisboa

DGS – Direção Geral de Saúde

DPC – Departamento de Proteção Civil

EC – Ensino Clínico

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

HCD – Hospital Cuf Descobertas

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

HSJ – Hospital de São José

HSM – Hospital de Santa Maria

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JMS – José de Mello Saúde

PEE – Plano de Emergência Externo

PEI – Plano de Emergência Interno

PEUS – Plano de Emergência das Unidades de Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVP - Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMPCL – Serviço Municipal de Proteção Civil de Lisboa

SNBPC – Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

STNACN – Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses

SU – Serviço de Urgência

SUG - Serviço de Urgência Central

TIP – Transporte Inter-Hospital Pediátrico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UNISDR - United Nations Office for Disaster Risk Reduction

US – Unidade de Saúde

RESUMO

Durante muitos séculos, as causas das catástrofes limitaram-se aos fenómenos de origem natural, mas a intervenção humana e a evolução tecnológica provocaram o aumento da frequência de acontecimentos catastróficos súbitos, com efeitos cada vez mais nefastos. Esses eventos afetam, cada vez mais, a mortalidade, morbidade e bem-estar de grandes populações.

Tendo como quadro de fundo esta problemática, surgiu o meu objetivo geral, a necessidade de desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados a múltiplas vítimas em situação crítica, nomeadamente pessoa adulta e (pessoa) criança. Este processo decorreu através do desenvolvimento aprofundado de conhecimentos nesta área, do trabalho da equipa multidisciplinar e da aquisição de competências específicas, durante três períodos de estágio, que ocorreram, respetivamente numa UCIP, numa UCI Ped e num serviço de AP.

O conhecimento histórico de ocorrência de catástrofes naturais, na região de Lisboa, faz-me concluir que, mais do que reconstruir memórias, registar a evolução e as lições aprendidas, é necessário passar à ação, através de iniciativas que possam, quando for necessário, fazer a diferença. Para tal, empenhei-me na construção do PEUS da US, da qual faço parte, com a colaboração e motivação da instituição, para o tema. Este trabalho envolveu as várias entidades competentes e intervenientes e, a breve prazo, também a comunidade local, para uma US mais resiliente e mais segura, para todos os que ali passam, trabalham e vivem.

O percurso iniciado, embora não terminado, uma vez que não foi possível concluir o PEUS, pelas limitações impostas pelo tempo, permitiu-me adquirir as competências de Mestre, Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010).

Palavras-chave: Catástrofe, Cuidados de enfermagem especializados, Desastre, Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

For many centuries, the causes of catastrophes were limited to natural events, but the human intervention and the technology evolution has increased the frequency of unexpected catastrophes with even more severe effects. These occurrences affect the mortality and the wealth of the large populations.

With that being stated my overall goal was to develop specialized skills for nurses on taking care of multiple victims at critical stages, particularly adults and children. This process has occurred by developing my knowledge through this subject by multidisciplinary-team work and by the acquisition of particular skills during three internship periods that took place in Intense Care Unit, Paediatric Intense Care Unit and Emergency services.

The historical episodes of natural catastrophes in Lisbon has made me think that besides reconstructing memories, registering the evolution and the lessons learned, it is necessary to take action through initiatives that could make a difference whenever they occur. For this purpose, I rely on the construction of External Plan of Emergency from Hospital, which I make part of, with the institution collaboration and motivation to the subject.

This work involved various competent entities and intervener organizations and, for a short period of time the local community as well, for the Hospital more resilient and safer for all who work, live and pass by.

The course was started, but it has not finished yet, since it was not possible to complete the External Plan of Emergency due to the limited time frame. It has allowed me to acquire the skills of Masters, Common Male Nurse Specialist and Specified Nurse Specialized in Nursing Patients in Critical Condition (OE, 2010).

Key-words: Catastrophe; Specialized Nurse care; Disaster, critical emergency patient.

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 Catástrofe: Uma visão global	17
1.2 PEUS e seus princípios	27
1.2.1 Planos de Emergência Externos: A necessidade de uma abordagem emergente	29
1.3. Sistemas de triagem multivítimas: A Pessoa em Situação Crítica ...	39
1.3.1 Sistemas de Triagem Hospitalares	43
1.3.1.1 Triagem de Manchester	44
1.3.2 Sistemas de triagem pré-hospitalares	47
1.3.2.1 START Triage	48
1.3.2.2 Jump START Triage.....	51
1.4 Competências do enfermeiro especialista em PSC, perante múltiplas vítimas em situação crítica	52
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO ACADÊMICO	56
2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	59
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico e Transporte Inter-hospitalar Pediátrico	65
2.3 Atendimento Permanente	74
3. CONCLUSÃO	83
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES	99
APÊNDICE I: Cronograma de estágio do 3º trimestre	
APÊNDICE II: Cronograma SAPV	
APÊNDICE III: Encontro de Enfermagem de Emergência	
APÊNDICE IV: I Encontro de Enfermagem de Cuidados Intensivos de Pediatria	
APÊNDICE V: <i>Workshop</i> (Ventilação Não Invasiva e Trauma Pediátrico)	
APÊNDICE VI: I Grelha de Observação de Dados	
APÊNDICE VII: STOP Quedas	
APÊNDICE VIII: Cronograma de Atividades UCIP	
APÊNDICE IX: Escala de <i>Morse</i>	
APÊNDICE X: Escala PBS	

APÊNDICE XI: Jornal de Aprendizagem

APÊNDICE XII: Cronograma de Atividades do UCIPed

APÊNDICE XIII: Estudo de Caso

APÊNDICE XIV: Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM

APÊNDICE XV: Cronograma de Atividades AP

APÊNDICE XVI: *Checklist* SINAS

APÊNDICE XVII: Apresentação 15 de Outubro

APÊNDICE XVIII: Ata da 1ª Reunião da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XIX: Planeamento do PEI

APÊNDICE XX: Análise do Resultado do Simulacro

APÊNDICE XXI: Ata da 2ª Reunião da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XXII: Regulamento da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XXIII: Ata da 3ª Reunião da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XXIV: Levantamento de Dados: Recursos Humanos e Materiais

APÊNDICE XXV: 1ª Reunião SMPCL

APÊNDICE XXVI: Estrutura do plano de catástrofe da US

APÊNDICE XXVII: 2ª Reunião SMPCL

APÊNDICE XXVIII: Ata da 4ª reunião da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XXIX: Avaliação da Área de Influência da US

APÊNDICE XXX: Ata da 5ª reunião da Comissão de Catástrofe

APÊNDICE XXXI: 3ª Reunião do SMPCL

APÊNDICE XXXII: Plataforma de Cidades Resiliente

APÊNDICE XXXIII: Programa de Apresentação Lisboa Cidade +Resiliente+ Segura

APÊNDICE XXXIV: Brochura 260 Anos Terramoto 1755

APÊNDICE XXXV: Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências UCIP

APÊNDICE XXXVI: Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências UCIPed

APÊNDICE XXXVII: Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências AP

ÍNDICE DE FIGURAS	Pág.
Figura 1. Quem é vulnerável, a quê e porquê?	22
Figura 2. Fluxo de clientes na triagem.....	41
Figura 3. Sistema de classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester.....	46
Figura 4. <i>Triage Sieve and Sort</i> - Avaliação Triagem de Manchester.....	47
Figura 5. Categorização das vítimas, de acordo com o método <i>START</i> .	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Números e tipos de desastres naturais, 1950-2012.....	21
Gráfico.2. Distribuição temporal das ocorrências <i>Disaster</i> de cheias/inundações e movimentos de massa em vertentes em Portugal continental.....	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela. 1. Classificação de desastres naturais.....	20
--	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui o Relatório de Estágio realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, na *Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para a obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização médico-cirúrgica.

Resultante da minha reflexão, enquanto enfermeira há 18 anos, a prestar cuidados num serviço de Atendimento Permanente (AP) de uma unidade de saúde privada da região de Lisboa, há 13 anos, com experiência no pré-hospitalar e na área da formação em reanimação, pareceu-me importante ir mais além, do que ser apenas espetadora. Nesse sentido, decidi passar à ação, contribuindo, de forma ativa, na produção de um documento que desse resposta aos meus objetivos pessoais de aprendizagem e da unidade de saúde, com vista à instituição de uma “prática competente”. (Benner, 2001).

Tendo em conta estes pressupostos e o caminho percorrido durante o estágio, comecei por focalizar o olhar sobre a minha prática diária e, de uma forma intuitiva, percebi que me encontro numa unidade de saúde com uma área de cerca de 30.000 m², 141 camas, 13 salas de bloco operatório, 14 camas de cuidados intensivos, 72 gabinetes de consulta, 3 departamentos de urgência (adulto, pediatria e obstetrícia) e um hospital de oncologia. Dispõe de 520 médicos, 200 enfermeiros, 50 técnicos e 110 administrativos.

Num dia típico, 45 clientes têm alta, 1100 visitam para consultas, 1500 fazem exames, efetuam-se cerca de 50 cirurgias, 300 procuram a urgência e 11 nascem nessa unidade de saúde.

O AP funciona vinte e quatro horas por dia, com uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos (Pediatria, Medicina Interna, Medicina geral e familiar), auxiliares e administrativos. Registou-se um aumento da afluência no de 2012, de mais cerca de 254 clientes por dia, com maior incidência no AP de adulto.

Através da avaliação dos dados da Triagem de Manchester, foi possível compreender que a incidência de clientes, amarelos, laranjas e vermelhos, aumentou durante o ano de 2012, com cerca de 1.883 doentes críticos, em média, a darem entrada no serviço de urgência em cada mês (Relatório Anual AP- HCD, 2012).

Na sequência destes factos, identifiquei a inexistência de um plano de Emergência Externo (PEE). Constatei, ainda, que no final de 2012 foi levantado um pedido de ação corretiva pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), durante um processo de auditoria.

Desta forma, defini um conjunto de estratégias e ações que me permitiram percorrer um caminho **“REAL”** do ponto de vista operacional, **“IMPORTANTE”**, **“PARTE INTEGRANTE”** e **“ABRANGENTE”**.

“REAL”, porque fez sentido todo o esforço, uma vez que me foi dado todo o apoio. A sensibilidade para esta realidade, foi adquirida através do diagnóstico que realizei da situação, bem como através da excelente receptividade obtida por parte de alguns responsáveis, nomeadamente, enfermeiro diretor, diretor clínico, enfermeiro chefe do AP, diretor clínico do AP e, posteriormente, de forma formal, em sede de direção assistencial - administração.

“IMPORTANTE”, porque irá demarcar mais um parâmetro de qualidade que fará a diferença, numa unidade de saúde privada que pretende ser uma referência na qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal.

“PARTE INTEGRANTE”, é um desejo muito pessoal, aliado a um compromisso dedicado para com a instituição. Para Bonvalot e Courtois (1984), “o projeto é (...) algo muito pessoal que reflete a personalidade do seu construtor”. (in Botelho, 1994).

“ABRANGENTE”, para que façam parte do mesmo, todos os colaboradores que assim desejarem. No entanto, requer um trabalho específico e integrado, de uma equipa multidisciplinar, motivada e comprometida, de modo a possibilitar uma operacionalização do PEE, com sucesso (Peduzzi, 2001).

Pretendi implementar, durante o processo de estágio, de forma substanciada e consistente, os conceitos apreendidos nas várias unidades curriculares e desenhados no meu projeto, que respeitam à aquisição e desenvolvimento de competências, segundo preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010).

No entanto, pretendo também realçar, no âmbito dos objetivos a que me proponho, a competência específica prevista no Regulamento nº. 124/2011 (artigo 4º, alínea b) das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”*. (OE, 2011)

Gostaria, ainda, de salientar a importância da demonstração de conhecimentos, sustentada na capacidade de compreensão, integração, reflexão, comunicação e raciocínio, inerentes ao grau de mestre e com aplicabilidade prática num projeto desta índole.

A proposta do PEE que executei tem, como finalidade, permitir fazer face a uma situação excecional, mantendo uma continuidade de cuidados de saúde, preservando, ao mesmo tempo, a segurança dos doentes e dos profissionais. (DGS, 2010)

Assim, surgiu como objetivo geral, a necessidade de desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados a múltiplas vítimas em situação crítica, nomeadamente pessoa adulta e (pessoa) criança. Este processo decorreu através do desenvolvimento aprofundado de conhecimentos nesta área, do trabalho da equipa multidisciplinar e da aquisição de competências específicas durante o estágio.

Deste modo, defini como objetivos específicos para o estágio, os que constam no projeto e presente relatório:

1. Desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, decorrente de uma catástrofe, nomeadamente à pessoa politraumatizada numa situação emergente.

2. Desenvolver competências de enfermagem especializada na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, ao nível da conceção à ação.
3. Desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
4. Colaborar ativamente na criação de uma proposta do plano de emergência externo, do hospital onde exerço funções.

O modelo teórico de enfermagem que sustenta este projeto é a teoria de médio alcance das transições da teórica egípcio-americana *Afaflbrahim Meleis*, (Meleis et al, 2000)

Considero ser este um modelo que se adequa, pelo facto de que a ocorrência de calamidades, sejam elas naturais ou provocadas pelo homem, são cada vez mais frequentes e devastadoras.

Vivemos num mundo em rápido desenvolvimento, cheio de instabilidades, momentos de incerteza e de insegurança, obrigando o ser humano a adaptar-se permanentemente, de forma a conseguir enfrentar várias etapas ao longo do ciclo de vida.

Meleis atribuiu uma grande importância às mudanças que ocorrem durante o ciclo de vida do indivíduo, considerou que provocam alterações no ser humano e denominou-as de transições:

“ (...) mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, ou nas capacidades. Implica mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. Transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, mudando comportamentos, e assim mudando a definição de self num contexto social: de um self saudável ou doente, de necessidades internas ou externas, afectando o estado de saúde”. (Meleis, 1991)

Segundo Morin & Moigne (2000), o futuro é muito incerto, porque talvez nos encontremos numa fase particularmente inconstantes do mundo, onde parece que as grandes bifurcações históricas do passado não foram ainda

apreendidas, o homem não sabe para onde caminha.

Assim sendo, cabe-me a mim, enquanto enfermeira, tirar partido da teoria na minha prática quotidiana, mediante a utilização de ferramentas pertinentes, com o objetivo de melhor responder aos vários contextos que se apresentem perante o indivíduo e família, no todo biopsicossocial.

“(...) os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os clientes para a transição eminente e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com experiências de saúde e doença do cliente” (Meleis et al, 2010)

Neste relatório, utilizei a metodologia descritiva, analítica e reflexiva, através da narrativa e descrição, onde é possível detalhar as situações experienciadas ao longo do processo de aprendizagem, nomeadamente apresentação do problema, compreensão dos temas, respostas a questões iniciais, limitações e considerações do ponto de vista prático.

Abordarei a pertinência da temática e alguns conceitos que considerei importantes para a compreensão da mesma, bem como as atividades realizadas em cada campo de estágio, para atingir os objetivos a que me propus.

Na conclusão, pretendo espelhar as aprendizagens que constituíram ganhos na minha prática profissional e pessoal e que, no futuro, devem traduzir uma resposta eficaz e interventiva a questões na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Catástrofe: Uma visão global

“Em 1755, cerca de sessenta mil pessoas morreram vítimas de um terramoto, de um incêndio e de um tsunami que atingiram Lisboa (...) Em Janeiro de 2010 mais de duzentos e vinte mil pessoas morreram num terramoto que atingiu o Haiti (...) Entre 1975 e 1999 foram registados menos trezentos desastres por ano. Mas, entre 2000 e 2010, a média foi de mais quatrocentos desastres por ano (...)” (A Sentinela, 2011)

Mais de 200 milhões de pessoas, sobretudo nos países em desenvolvimento, são atingidas anualmente por catástrofes naturais. O número de pessoas forçadas a deslocar-se por motivo de conflitos ou perseguição foram, em finais de 2012, 45 milhões. (PNUD, 2014)

Considero, de alguma forma, difícil encontrar um único conceito para catástrofe ou desastre, devido à sua abrangência e complexidade. Penso que este é um entendimento demasiado amplo e genérico. Assim, numa tentativa de encontrar uma noção mais precisa, pesquisei várias fontes, tanto no âmbito nacional como internacional.

Entende-se por *Catástrofe*, um acidente natural ou provocado pelo homem, do qual resulta um elevado número de vítimas, originando um desequilíbrio entre o número de feridos e a capacidade de resposta dos serviços de socorro. (INEM, 2010)

A Lei de Bases de Proteção Civil (Lei nº 27/2006), no artigo 3º., alínea 2, define Catástrofe, como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Os *Desastres* consistem numa “perturbação séria do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais generalizadas, que excede a capacidade da comunidade ou sociedade afetada para reagir usando os seus próprios recursos”. (ONU, 2009)

O *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*, define Desastre como “uma situação ou um acontecimento que ultrapassa a capacidade local, implicando um pedido de assistência externa ao nível nacional ou internacional; um evento imprevisto e muitas vezes repentino que causa grandes danos, destruição e sofrimento humano”. (CRED, 2009)

Para a *International Law Commission*, *Desastre* significa “uma interrupção grave do funcionamento da sociedade, excluindo os conflitos armados, causando significativa perda humana generalizada, material ou ambiental”. (ILC, 2009)

Segundo a Lei de Bases de Proteção Civil (Lei nº 27/2006), no artigo 3º., alínea 1, *Acidente Grave* é “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente”.

Contudo, outros conceitos igualmente importantes emergem, tal como situação de exceção, assim “Uma *Situação de Exceção*, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica, consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.”. (INEM 2013)

Segundo a DGS (2013), “Eventos com massas ou multidões (*Mass Gatherings*) podem ser definidos como reunindo mais do que um determinado número de pessoas (mais de 1000 pessoas, embora grande parte da literatura disponível descreva encontros de dimensão superior a 25 000 pessoas) num local específico, para uma finalidade específica, por um período definido no tempo”.

Nem todos os eventos (*Mass Gatherings*) são iguais, motivo pelo qual, alguns autores sugerem a classificação de eventos em dois tipos (INEM, 2012):

- . Categoria tipo 1: eventos de curta duração (< 6 horas), localizados em um espaço confinado, em que os espetadores estão todos sentados (ex. jogos de futebol, concertos musicais);

- . Categoria tipo 2: eventos de maior extensão no tempo (> 1 dia), com várias localizações ao longo dos dias, em que os espetadores estão em pé e mobilizam-se de um espaço para outro (ex. feiras).

Em Portugal, o organismo responsável por planear, coordenar e executar a política portuguesa de Proteção Civil é a Autoridade Nacional de Proteção Civil. Neste sentido, e de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 27/2006 de 3 de Julho no seu artigo 43º, o seu objetivo é:

“prevenir os riscos colectivos e a ocorrência de acidente grave ou de catástrofe deles resultantes; atenuar os riscos colectivos e limitar os seus efeitos; socorrer e assistir as pessoas e outros seres vivos em perigo, proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público e apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afectadas por acidente grave ou catástrofe”.

Segundo Alves & Redondo (1999), os riscos potenciais definem-se em três tipos: riscos de origem natural, riscos derivados do desenvolvimento tecnológico e catástrofes relacionadas com o comportamento humano.

Após esta análise, constato que as catástrofes podem ter causas naturais, humanas ou ambas. No que respeita às causas humanas, refiro alguns exemplos que incluem emergências com materiais perigosos, extravasamentos de produtos químicos e contaminação das águas subterrâneas. Os incêndios podem causar danos materiais significativos e perda de vidas. As comunidades também são vulneráveis a ameaças representadas por grupos extremistas que usam a violência contra pessoas e bens.

Outros alvos de alto risco incluem instalações militares e civis dos governos, aeroportos internacionais, grandes cidades e até mesmo pontos turísticos. O Cyber-terrorismo envolve ataques contra computadores e redes informáticas, cujo objetivo é intimidar ou coagir um governo ou seu povo, com fins políticos ou sociais. (ONU, 2005)

Mas, como referi, as catástrofes também podem ser de origem natural. Anualmente, mais de duzentos milhões de pessoas são afetadas por secas, inundações, ciclones, terremotos, incêndios florestais, entre outras ameaças. Para além disto, a pobreza, a densidade populacional crescentes, a degradação

do meio ambiente e o aquecimento global estão a provocar um impacto cada vez pior destas causas naturais. (ONU, 2005)

Segundo a *International Strategy for Disaster Reduction (ISDR)*, os acontecimentos dos últimos anos devem-nos fazer pensar que as ameaças naturais podem afetar todos, em qualquer parte. Desde um *tsunami* devastador no Oceano Índico no sul da Ásia a um terremoto no Caribe, à devastação que produzem os furacões e ciclones nos Estados Unidos, as fortes inundações na Europa e Ásia, centenas de milhares de pessoas perdem as suas vidas e suas fontes de sustento devido aos desastres ocasionados por causas naturais. (ONU, 2005)

Tabela. 1. Classificação de desastres naturais

Grupo	Tipo Principal	Sub-Tipo	Sub-sub-tipo
Geofísico	Terramoto	Tremor de terra	
		Tsunami	
	Vulcão	Erupção	
	Deslizamento de massas	Queda de rochas	
		Avalanche	Neve
			Detritos
		Deslizamento de terras	Lamas
			Detritos
Meteorológico	Tempestade	Tropical	
		Ciclone	
		Locais	
			Trovoada
			Neve
			Areia/Pó
			Tornado
Hidrológico	Cheias	Inundação	
		Deslizamento de terras	Detritos
		Avalanche	Neve
			Detritos
Climatológico	Temperaturas extremas	Onda de calor	
		Onda de frio	Geada/Gelo
		Invernia	Neve
			Gelo
			Granizo
Biológicos	Seca		
	Fogos	Florestais	
	Epidémicos	Infeções	Vírus
			Bactérias
			Parasitas
			Fungos

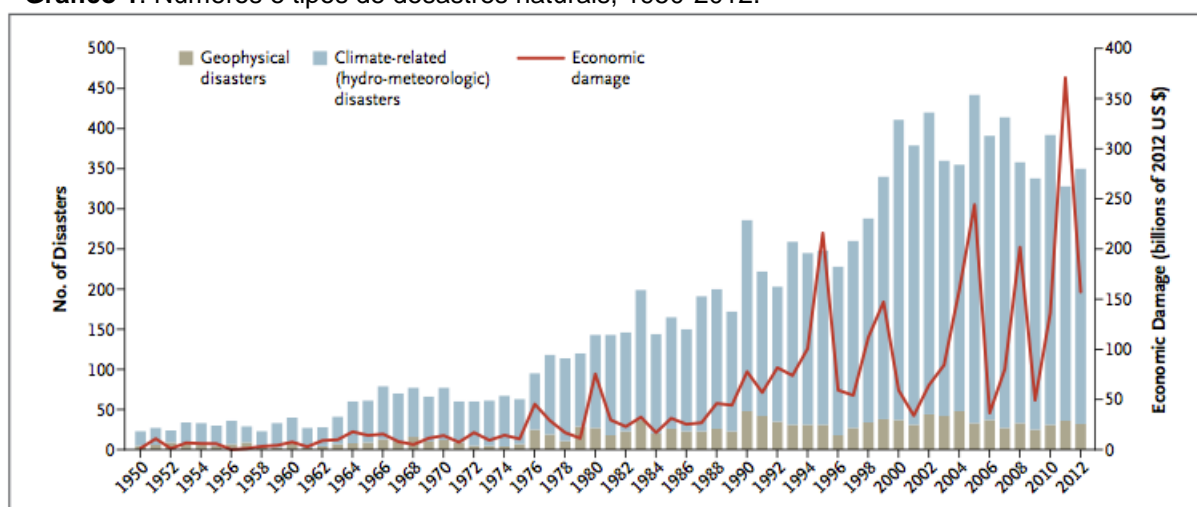
.Fonte: Instituto de Ciências Jurídico Políticas (ICJP, 2012)

Noto que existe uma relação de interdependência entre a dimensão humana/social e a dimensão natural. De acordo com Mattedi & Butzke (2001) nas suas teorias de *Hazards* e desastres, a transformação da sociedade humana, ao longo dos tempos sugere um conceito multidimensional. A mesma refere que os impactos não são um elemento do ambiente, mas são construídos na confluência da sociedade, ambiente e tecnologia.

The New England Journal of Medicine refere que, nas últimas décadas, a dimensão das catástrofes expandiu-se exponencialmente devido ao aumento

das taxas de urbanização, desmatamento, degradação ambiental e à intensificação variáveis climáticas, como: temperaturas mais elevadas, precipitações extremas, tempestades de vento e de água mais violentos. Atualmente, os efeitos das catástrofes sobre as populações incluem morte, deficiência imediata e surtos de doenças causadas por mudanças ecológicas. Por exemplo, o terremoto de 2010 no Haiti e o ciclone Nargis, que atingiu Mianmar em 2008, matou 225.000 e 80.000 pessoas, respetivamente, em questão de minutos. (Leaning & Guha-Spaur, 2013)

Gráfico 1. Números e tipos de desastres naturais, 1950-2012.



Fonte: The New England Journal of Medicine (2013)

Outro aspeto relevante é o impacto económico, que um desastre provoca na economia local, que geralmente consiste em consequências diretas (EX: danos nas infraestruturas) e consequências indiretas (EX: perda de receitas, desemprego, destabilização do mercado). O prejuízo económico médio, estimado para o ano em que ocorre o desastre, é de dois milhões de dólares. (Banco de dados EM-DAT, 2014)

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, as catástrofes naturais expõem e aumentam as vulnerabilidades, como a pobreza, a desigualdade, a degradação ambiental, entre outras. De acordo com o mesmo, os países ou comunidades que não estão preparados nem conscientes dos riscos e que apenas dispõem de uma capacidade preventiva mínima, sofrem o impacto das catástrofes com uma intensidade muito superior. (PNUD, 2014)

De acordo com a WHO (2002), vulnerabilidade é um grau em que a população, indivíduo ou organização, não são capazes de lidar, resistir ou recuperar-se dos impactos dos desastres.

Figura 1. Quem é vulnerável, a quê e porquê?



Fonte: Gabinete do Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2014)

A vulnerabilidade das diferentes sociedades às catástrofes, especialmente naturais, depende do seu grau de desenvolvimento: são mais vulneráveis os países subdesenvolvidos, caracterizados por grande pobreza, elevadas densidades populacionais e sem capacidade tecnológica e financeira para evitar e/ou reduzir os efeitos dos acontecimentos catastróficos. (PNUD, 2014)

Para minimizar as consequências dos riscos naturais e evitar que se transformem em catástrofes, as Nações Unidas criaram, em 2000, a ISRD – *International Strategy for Disaster Reduction*, um organismo que tem como duplo objetivo ajudar as comunidades a criar estratégias para a prevenção de catástrofes e aumentar a resistência económica e social das comunidades (ISRD, 2000).

A estratégia internacional denominada *Marco de Hyogo*, assinada por 168 países, incluindo Portugal, em 2005, durante a Conferência Mundial sobre Redução de Desastres, em Kobe (Japão), visa reduzir os riscos de catástrofes

globais até 2015. O mesmo define cinco ações prioritárias e suas respectivas atividades a serem adotadas pelos países e organizações (ONU, 2007):

1 - Garantir que a redução do risco de desastre seja uma prioridade nacional e local com uma forte base institucional para sua implementação;

2 - Identificar, avaliar e monitorizar os riscos de desastres, e aumentar os alertas prévios;

3 – Utilizar conhecimento, inovação e educação para construir uma cultura de segurança e resiliência;

4 - Reduzir os fatores fundamentais do risco;

5 - Fortalecer a preparação em desastres para uma resposta eficaz.
(UNISDR, 2005)

Para a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC, 2009), resiliência é a “capacidade de um sistema absorver perturbações e reorganizar-se, enquanto está sujeito a forças de mudança, mantendo o essencial das suas funções, estrutura, identidade e mecanismos”.

A cultura de resiliência torna-se uma premissa urgente nos nossos dias, tendo em conta que esta pode estar na base de uma resposta rápida, eficaz e imediata perante uma situação de catástrofe, em que, provavelmente, sociedades ou comunidades que não estão preparadas, poderão incorrer em perdas e danos muito extensos e prolongados.

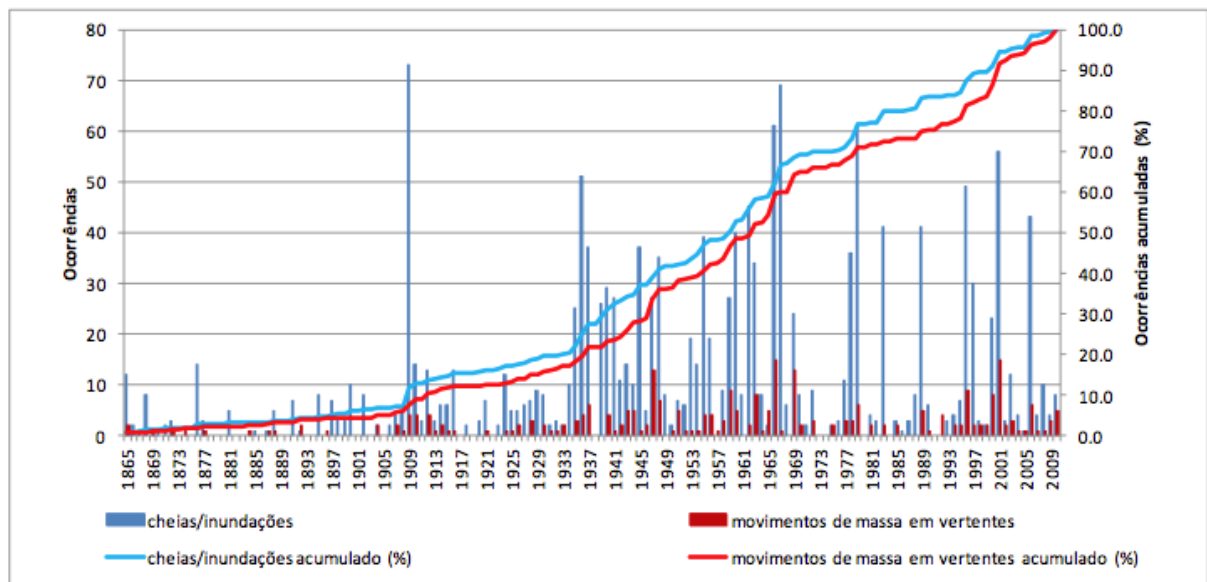
Do ponto de vista global, nota-se uma grande preocupação com esta temática. Em 1988 é implementada uma base de dados internacional de desastres naturais e tecnológicos (EM-DAT), pela OMS, em conjunto com o Centro de Investigação e Epidemiologia dos Desastres (CRED), da universidade católica de Louvain (Bélgica), este inclui cerca de 18000 registos de desastres naturais e tecnológicos, desde o ano 1900 até ao presente dia (EM-DAT, 2014).

Segundo Zêzere, et al. (2013), “surge a primeira plataforma Web SIG realizada em Portugal continental com dados de ocorrências hidrogeomorfológicas de cheias/inundações e movimentos de massa em vertentes registadas entre 1865 e 2010, oriundas do projeto *Disaster*. A partir da consulta de fontes hemerográficas, foram registadas todas as ocorrências que produziram

mortos ou feridos, ou desaparecidos, ou evacuados, ou desalojados, independentemente do número de afetados, e atribuídos a um local geograficamente identificável”

O Web SIG do projeto *Disaster* está alojado no Servidor da Universidade de Lisboa em riskam.ul.pt/disaster e, de acordo com o mesmo, os desastres naturais mais frequentes em Portugal são as cheias/inundações e os movimentos de massa em vertentes.

Gráfico. 2. Distribuição temporal das ocorrências *Disaster* de cheias/inundações e movimentos de massa em vertentes em Portugal continental.



Fonte: Zêzere *et al.* (2013)

A evolução temporal das ocorrências de cheias/inundações e de movimentos de massa em vertentes nos 146 anos, não evidencia qualquer tendência nítida de crescimento, no entanto, nota-se um maior número de ocorrências desde 1936. (Zêzere, et al, 2013)

De acordo com Morton e Fontaine (2011), na ocorrência de um desastre, o papel do enfermeiro nos cuidados críticos é fundamental. Salienta a dependência deste em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis.

Na análise efetuada, verifico que as catástrofes afetam gravemente as condições de vida das populações e, eventualmente, a estrutura socioeconómica

de um país, devido a processos de rutura entre o ambiente natural do indivíduo e o sistema social envolvente, processos esses que poderão ser indicadores de uma transição saudável ou não. (Meleis, et al. 2000)

A Teoria defendida por Meleis e suas colaboradoras permite-nos ,aqui, enquadrar e perceber a complexidade do processo de resposta do sujeito, vítima de catástrofe, que podemos vir a ter ao nosso cuidado. Poderemos observar vários tipos, modelos e propriedades das transições quanto à sua natureza, os quais nos devem alertar para a existência de condições facilitadoras ou inibidoras da passagem na transição experienciada, bem como modelos de resposta: indicadores de processo e resultado. Esta diversidade e complexidade das transições devem ser foco da atenção das Intervenções do Enfermeiro especialista em enfermagem na PSC. (Meleis, Sawyer, In, Messias & Schumacher, 2000)

Neste contexto, tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa, comunidade, sociedade, deve o enfermeiro, em especial, neste caso, compreender rapidamente a transição vivenciada, *assessment of readiness*, assim procurando a perspetiva do cliente e, se possível, intervir no período anterior a uma mudança esperada, *preparation for transition*, preparando a transição e prevenindo os potenciais efeitos negativos e melhorando os resultados em saúde (Schumacher & Meleis, 1994, p.125).

Permite-me concluir que o aumento da ocorrência dos desastres, demonstra a importância de nos prepararmos para tais eventos, contribuindo para que os efeitos destes não sejam tão devastadores.

Neste âmbito saliente, a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC, enquanto elemento dinamizador na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

De acordo com o regulamento elaborado pela OE (2010), “a *pessoa em situação crítica* é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. E sendo que cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

é uma competência especializada – considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Na perspetiva biomédica, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008) considera como pessoa em situação crítica aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Para Hesbeen (2000), a pessoa não se define pelo local onde se encontra, mas sim por si próprio; os cuidados à pessoa em situação crítica são dirigidos à pessoa a vivenciar processos saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Ser enfermeiro implica uma intenção de ajuda e um compromisso em desenvolver as práticas de cuidar, ambicionando a excelência que possibilita colocar a técnica ao serviço da pessoa de forma original e criativa – a arte de cuidar (Benner, 2001).

Ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, colocam-se novos desafios e uma enorme responsabilidade para com o indivíduo, comunidade e sociedade. Este deve significar um novo contributo da enfermagem no cuidar, no propósito de apoiar ou antecipar as situações de transição, sejam elas um acidente, uma situação de exceção, um desastre ou uma catástrofe.

Este desenvolvimento de competências está inerente ao conceito de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, explícito no Regulamento n.º 124/2011 de competências específicas do seu exercício profissional de enfermagem, que define:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;

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

O enfermeiro especialista nesta área deve caracterizar-se pelo seu elevado grau de conhecimento e competências, direcionados para uma capacidade de diagnóstico e tomada de decisão, quer de forma autónoma, quer integrado numa equipa. Na maioria das vezes, a este enfermeiro colocam-se dilemas como pessoas entre a vida e a morte, sem diagnóstico, substâncias tóxicas, entre outras, não porque é mais talentoso do que qualquer outro profissional, mas porque se apresenta na linha da frente.

1.2 PEUS e seus princípios

A eminência da desadequação entre o número de vítimas e a capacidade de socorro, em qualquer dos cenários atrás focados, pode surgir facilmente a qualquer momento. Assim sendo, torna-se imperativo a existência de uma resposta organizada, multidisciplinar e polivalente nas unidades de saúde.

“Não existe um plano perfeito e é impossível fazer um só plano que se adapte a todos os hospitais, detalhando qualitativamente e quantitativamente todos os requisitos. Existem, porém, certas linhas comuns que permitirão o desenvolvimento posterior desses planos”.
(Alves & Redondo, 1999)

Neste sentido, a Orientação da Direção Geral de Saúde (DGS nº007/2010), “recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração de um Plano de Emergência Médica”, de acordo com o “Guia Geral de orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”.

De acordo com a mesma orientação, a elaboração do PEUS deverá obedecer aos seguintes princípios:

1. Metodologia de alerta, ativação e desativação. (Elaboração de um catálogo de riscos, bem como um catálogo de recursos).
2. Definição e organização da cadeia de responsabilidades, comando e controlo.

3. Níveis e especificidades de ativação.
4. Definição e organização das comunicações internas e externas.
5. Sistematização das questões referentes à segurança dos profissionais do serviço de urgência.
6. Reorganização do serviço de urgência.
7. Definição de postos de trabalho-chave.
8. Conceção de *Actions cards*.
9. Orientações para a ativação de mais profissionais.
10. Levantamento da situação, rentabilização dos meios e áreas estratégicas.
11. Organização dos serviços de apoio clínicos e não clínicos.
12. Transporte de doentes, definições e critérios.
13. Registos.
14. Divulgação e formação.
15. Atualização.

Segundo Oliveira, et al. (2013) alguns estudos efetuados após o “11 de Setembro”, revelaram que os serviços de urgência têm grande dificuldade em lidar com vítimas resultantes de catástrofes ou situações de exceção, mesmo quando em pequeno número. Referem dificuldades relacionadas com a confusão instalada, falta de planeamento, treino e preparação para este tipo de situações.

A mesma fonte refere alguns pontos fracos a considerar nas unidades de saúde (Ex: estrutura de comando não definida), bem como questões genéricas a serem colocadas a um PEUS, que se pretende, seja de sucesso:

- Quais as possíveis catástrofes em que poderá estar envolvido?
- Quais são as responsabilidades e capacidades reais do hospital?

- Como se deve organizar de forma a maximizar essas capacidades?

Segundo Veiga (2000), um plano de emergência deve obedecer a várias características, nomeadamente: Simplicidade (fácil compreensão), Flexibilidade (adaptação a novos cenários), Dinâmico (permitir atualização), Adequado (à sua realidade), Preciso (na atribuição de responsabilidades).

Um plano de emergência pode ser definido como a sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, destinadas a minimizar os efeitos dos desastres, que se prevê, venham a ocorrer em determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo de forma otimizada o emprego de recursos e a participação de pessoal técnico especializado para lidar com eles. (Araújo, 2012)

Existem Planos de Emergência Internos (PEI) e Planos de Emergência Externos PEE, os quais, embora complementares, cumprem funções distintas. Enquanto o PEI se destina a controlar a situação na origem e a limitar as consequências no interior do estabelecimento, o PEE deverá antecipar os cenários suscetíveis de desencadear um acidente ou catástrofe, definindo, de modo inequívoco, a estrutura organizacional e os procedimentos para a preparação e aumento da capacidade de resposta. (ANPC, 2009).

Neste caso, US já possui um PEI, como já referido no capítulo anterior, denominado Manual de Autoproteção, com a última atualização em Setembro de 2012, encontrando-se, neste momento, em fase de revisão. Sendo que já existe um PEI, devidamente estruturado, o objetivo deste documento incide sob a elaboração do PEE da US.

1.2.1 Planos de Emergência Externos: A necessidade de uma abordagem emergente

“a imprevisibilidade temporal e física de acidentes de grande dimensão, catástrofes provocadas pelo homem ou por fenómenos naturais, para além da prevenção, obriga-nos a estar permanentemente preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer”.
(Almeida, 2012)

As estruturas de saúde, nomeadamente os serviços de urgência dos hospitais, devem ter como objetivo, manter um nível de resposta adequado. Um plano de emergência externo torna-se uma ferramenta determinante na organização de resposta à emergência externa, em situações em que é ultrapassada a normal capacidade dessa resposta.

Para Andrade (2010), o plano hospitalar de emergência é um conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido e em que exista uma relação direta entre o plano e o levantamento dos riscos potenciais, de origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico ou relacionados com o comportamento humano.

Após a reflexão que tenho vindo a desenvolver ao longo deste documento e, tendo presente o objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados a múltiplas vítimas em situação crítica, irei agora ao encontro das necessidades por mim sentidas no “terreno”, enquanto profissional de saúde.

Começo por efetuar a caracterização dos riscos potenciais que, pela respetiva probabilidade de ocorrência, podem conduzir a acidentes graves ou catástrofes na área de influência da US, em estudo, a qual está localizada na zona Oriental de Lisboa e, por isso, foi realizada uma análise desta área envolvente.

Na mesma, é valorizada a sua localização, as potenciais ameaças que poderá enfrentar e a probabilidade de virem a acontecer, nunca esquecendo que quaisquer destas circunstâncias podem também atingir a US e, nesse sentido, será importante avaliar a sua capacidade de resposta.

Demografia: A cidade de Lisboa é a capital de Portugal e a cidade mais populosa do país, com cerca de 547 773 habitantes (Censos 2011), distribuídos em 24 freguesias e apresenta aproximadamente 100 quilómetros quadrados de área total. O aeroporto internacional da portela recebe mais de 15,3 milhões de passageiros anualmente e uma rede de autoestradas e ferrovias de alta velocidade (alfa pendular) conectam Lisboa a outras cidades. (CML, 2014)

Referindo-me especificamente à US, a mesma encontra-se situada na recuperada zona oriental de Lisboa, localizada na margem direita da bacia interior do estuário do Tejo, junto ao Mar da Palha.

Uma vez que esta área se encontra, tanto no limite geodinâmico entre a placa Africana e Euro-Asiática, como de outras fontes sísmicas, com registo histórico de sismos de elevada magnitude, sendo o mais recente em Benavente no ano de 1909, importa referir a existência do Plano Diretor Municipal de Lisboa (2012), do Plano Especial de Emergência para o Risco Sísmico na área Metropolitana de Lisboa e Conselhos Limítrofes (2009) e do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (2013), todos da responsabilidade da ANPC.

Vulnerabilidade Sísmica dos Solos: De acordo com a carta de distribuição de intensidades sísmicas (SMPC, 2012) e perante um cenário com epicentro no Vale inferior do Tejo (27 Km) e magnitude 7 (Escala de *Richter*), prevê-se uma intensidade VII (Escala de *Mercalli* Modificada) no território emergente da US, o que poderá resultar em “transeuntes têm dificuldade em se deslocar; há fendas nos edifícios, tijolos e mosaicos caem; sinos grandes tocam”. (SMPC, 2012)

Outro cenário poderá ainda ser colocado, pois de acordo com a carta de distribuição de intensidades sísmicas, se o epicentro ocorrer no Banco de *Gorringe* (227 Km) com uma magnitude 8 (Escala de *Richter*), prevê-se uma intensidade IX (Escala de *Mercalli* Modificada), no território emergente da US. Daqui, poderão resultar efeitos mais danosos, como “danos consideráveis em todo o edifício; areia e lama a brotar do solo”. Esta simulação baseia-se num cenário caracterizado pela ocorrência de um sismo muito forte, idêntico ao que ocorreu em 1755. (SMPC, 2012)

Segundo Machado (2007), a escala de *Mercalli* modificada mede a **intensidade** de um sismo com base na destruição observada à superfície da terra, nomeadamente nas construções feitas pelo homem e, refere ainda, que a mesma apresenta 12 graus.

Para o mesmo autor, a escala de *Richter* é utilizada para descrever a **magnitude** dos sismos, tendo-se registado, até hoje, valores de 1-9. Considera, ainda, magnitude de um sismo como o valor calculado com base na quantidade de energia libertada no local da rutura ou foco do sismo. Essa energia é determinada através da medição da amplitude máxima das ondas registadas nos sismogramas. (Machado, 2007)

Após a pesquisa efetuada, verifico ainda que existe a Escala Macrossísmica Europeia, cuja última revisão ocorreu em 1998, daí ser conhecida por EMS-98. Esta é uma escala de intensidade que pretende constituir um padrão europeu, substituindo a escala de *Mercalli* Modificada. Mantém a estrutura clássica em graus e tem 12 divisões. (Alves, 2004)

Perante esta simples avaliação, há que meditar seriamente sobre o assunto, pois este tipo de emergência é passível de ocorrer e pode ter consequências muito graves, caso não sejam tomadas as medidas previstas no PEE.

Vulnerabilidade à Inundação: A história passada e atual da cidade de Lisboa, está associada a relatos de ocorrências de inundações que interferiram no seu normal funcionamento, provocando danos em pontos vitais da cidade e, de um modo geral, em infraestruturas.

A sua vulnerabilidade, face a episódios de inundação, encontra-se associada à ocorrência e precipitação intensa (como último exemplo, o dia 22 de setembro de 2014, em que ocorreu uma precipitação intensa, sem aviso prévio e, que inundou a zona ribeirinha da capital e outras zonas, com conhecido risco de inundação), à natureza geológica, ao tipo de relevo e ao elevado índice construtivo da cidade. De acordo com a carta de vulnerabilidade ao risco de inundação no concelho de Lisboa, é atribuído, à área de influência da US, um risco baixo. (CML/DPC, 2008)

Suscetibilidade de ocorrência de movimentos de massa em vertentes: Este risco encontra-se associado a diversos fatores, entre eles a natureza geológica das formações, a geomorfologia e a presença de água. É um fenómeno frequente em períodos de maior pluviosidade mas, normalmente, não

assume grande dimensão, nem danos avultados na região de Lisboa. Segundo a planta de riscos naturais, atribui-se, à zona envolvente da US, um risco baixo. (CML, 2011)

Infraestruturas: Alguns tipos de infraestruturas poderão constituir riscos potenciais para a população, património e ambiente envolvente. Nomeadamente, na área abrangente da US, encontram-se: o Aqueduto que abastece a cidade de Lisboa, um Reservatório de água da EPAL, uma Via ferroviária, uma Estação de comboios, uma Linha de metro, o Gasoduto e uma Linha de alta tensão. (SMPC, 2014).

Segundo Andrade (2010), as catástrofes mais significativas provocadas pelo homem, no que refere à sua probabilidade de ocorrência ou gravidade, incluem: acidentes graves de tráfego, incêndios, transporte de mercadorias perigosas, colapso de estruturas, epidemias e explosões.

A possibilidade de ocorrência de acidentes, no que refere ao transporte de substâncias perigosas, é uma realidade, seja por via rodoviária, ferroviária ou por condutas. A suscetibilidade de ocorrência de acidentes com gasoduto deve ser considerada neste documento, devido à sua elevada perigosidade e proximidade da US. (SNBPC, 2006)

Os possíveis acidentes com gasoduto estão associados a fugas de gás, que podem ser responsáveis por asfixia, incêndio, elevados níveis de radiação térmica e explosão. Em Portugal, o transporte de gás natural em estado gasoso é feito através de um gasoduto de alta pressão, que é operado a partir das instalações situadas em Bucelas. A infraestrutura atual tem cerca de 1069km e o ramal principal situa-se a litoral entre Valença e Setúbal. (SNBPC, 2006)

Neste caso, penso que será importante referir a distância geográfica entre a US e as entidades de socorro mais próximas: corporação de Bombeiros Voluntários situada a 2,4km, Regimento de Sapadores Bombeiros situados a 4,8Km e uma esquadra da Polícia de Segurança Pública (PSP) situada a 3,7Km.

Equipamentos e Serviços: Segundo a Projeção cartográfica (Transversa de Mercator), numa área reduzida, sensivelmente 20Km², envolvendo a US, encontram-se: Creches, Jardins-de-infância, escolas do ensino básico públicas

e privadas, ensino superior, corporações de bombeiros, centro comercial, hotéis, um sala de espetáculos com 5.200 m² e capacidade para 20.000 pessoas, um centro de cultura, constituído por vários edifícios (um com 20.000 m², que no ano de 2012 recebeu 900.000 visitantes, outro edifício com 4.000 m², que recebe cerca de 850 visitantes por dia e um monumento de interesse público com 3.762 m² e capacidade para 6.000 pessoas sentadas), instalações desportivas e um cemitério. (SMPC, 2014)

Segundo alguns autores, a existência de um PEE deve alertar as US para perigos potenciais em áreas geográficas específicas, facilitando a preparação por parte das mesmas, antecipando dificuldades, auxiliando no processo de priorização de medidas a serem adotadas, evitando assim riscos desnecessários. (Castro et al., 2010)

Neste seguimento, existem outros exemplos que originam aglomerados de pessoas nesta localização, nomeadamente: Corrida da Mulher, Meia Maratona de Lisboa, Corrida do Oriente, Corrida EDP, Corrida do Tejo, entre outro tipo de atividades. Assim, podemos escrutinar que este tipo de eventos, envolvendo multidões, podem ser enquadrados no âmbito das situações de exceção, que anteriormente designámos por eventos **Mass Gathering**.

Exemplos destas situações ocorreram em Lisboa em Janeiro 2010, com a queda da bancada do Circo *Chen*, que causou 28 feridos ligeiros e, em Setembro do mesmo ano, no Brasil, após a queda de bancadas numa prova de automobilismo, em que 111 pessoas ficaram feridas, das quais, 22 com gravidade.

De acordo com o INEM (2012), eventos de grandes dimensões são frequentes, nomeadamente, culturais, comerciais, competições, desportivos, científicos, educação, entretenimento, políticos, sociais, entre outros que, pela sua natureza, dimensão e mediatismo, mobilizam um elevado número de pessoas, que se concentram num determinado local, aumentando assim a probabilidade de ocorrência de situações invulgares num determinado espaço geográfico.

Este tema deve constituir uma preocupação para a US, devido à sua proximidade dos eventos, bem como ao facto de ser contactada diversas vezes para dar apoio aos mesmos, enquanto hospital de referência. Temos, como exemplo, a 59ª edição da liga dos Campeões da UEFA 2013-2014, a maior competição europeia organizada pela UEFA, em que a final decorreu no estádio da Luz, em Lisboa. Estiveram presentes cerca de 60.796 espectadores, num recinto com cerca de 200.000 m². A US foi a referência, em modo de alerta, para prestar apoio às equipas e a todo o comité da UEFA. (UEFA, 2014)

O estudo *“Disasters at Mass Gatherings: Lessons from history”* (2012), revela que, este tipo de eventos, têm um enorme potencial para colocar pressão sobre os serviços de saúde, devido ao aglomerado de pessoas, pontos restritos de acesso, falta de segurança contra incêndios, difícil controlo das multidões e falta de cuidados de saúde especializados no local, o que faz com que, por vezes, estes problemas culminem em desastre. (Soomaroo & Murray, 2012)

No decurso desta análise, outras questões podem ser levantadas, nomeadamente quando um terramoto faz desabar um hospital, soterrando os pacientes e a equipa de saúde, multiplicando-se os custos humanos. Quando uma doença infecciosa se propaga porque um hospital tem um sistema de ventilação deficiente ou foi mal construído ou porque os profissionais de saúde estão mal preparados, estamos a faltar ao nosso dever para com a população, no momento em que está mais vulnerável.

Em 2009, o Dia Mundial da Saúde adotou o tema «Salvar vidas. Tornar os hospitais seguros em situações de emergência». Este foi um apelo mundial à ação, para que os países se dediquem à preparação dos seus sistemas de saúde em situações de emergência. Quando ocorre uma catástrofe, são indispensáveis serviços de saúde bem preparados e que funcionem. Os hospitais públicos ou privados e os centros de saúde, precisam de reagir rápida e eficazmente. Devem também proporcionar refúgios seguros e não se tornarem zonas de catástrofe. Os trabalhadores da saúde devem estar preparados para trabalhar em segurança em situações de emergência, para que possam salvar vidas, em vez de se tornarem também vítimas. (ONU, 2009)

As instalações da US em estudo, são abrangidas pelo Decreto-Lei nº220/2008 de 12 de Novembro (Regime Jurídico de Segurança em Edifícios) e pela portaria nº 1532/2008 de 29 de Dezembro (Regulamento Técnico de Segurança em Edifícios). De acordo com a legislação, as medidas de Autoproteção aplicadas no estabelecimento, integram o Plano de Segurança Interno (registos de segurança, plano de prevenção, plano de emergência interno, ações de sensibilização e formação e simulacros). A ANPC fiscaliza e verifica a execução das medidas de Autoproteção, através de inspeções regulares ao edifício. (Fernandes, 2012)

Sendo o serviço de urgência o maior destinatário de uma situação de exceção ou catástrofe, deve a sua equipa multidisciplinar estar preparada para receber o doente crítico, devendo conhecer o plano de emergência e realizar ações regulares de formação, bem como treinos frequentes.

A principal finalidade do enfermeiro, perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família que vivenciam situações críticas de saúde em contexto de catástrofe, deve incluir a criação de condições que garantam uma prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, através da criação de um planeamento efetivo e estruturado, de modo a dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Na Conferência Geral sobre Desastres, ocorrida em Brasília no ano de 2007, o problema mais importante detetado foi a falta de recursos humanos, preparados e treinados, perante uma catástrofe. (Ministério de Integração Nacional, 2007)

Neste contexto, mostra-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências a partir de conhecimentos, aptidões e atitudes, que lhes permitam atuar numa situação de crise, de modo a garantir cuidados de excelência. Estas competências contribuem para salvar vidas, bem como reduzir gastos nos cuidados hospitalares e, posteriormente, de saúde pública. O socorro às vítimas dependerá muito da atuação sincronizada de uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, tem papel fundamental.

Assim, espera-se do especialista em enfermagem em PSC, uma atitude sustentada, no conhecimento teórico e nas competências adquiridas, demonstrada através de uma liderança participativa, reconhecendo, delegando funções, gerindo cada momento, para uma intervenção precisa, concreta, eficiente e, em tempo útil. (OE, 2010)

Uma abordagem pró-ativa para lidar com emergências e desastres, tem muitos benefícios mas, embora as unidades de saúde precisem de uma capacidade reativa e eficaz no momento da crise, podemos reduzir os riscos por meio de estratégias de mitigação e, assim, estar melhor preparados para responder no momento e, posteriormente, recuperar.

A Mitigação de risco pode ser definida como "qualquer ação sustentada para reduzir ou eliminar os riscos a longo prazo para as pessoas e bens, dos perigos e os seus efeitos". (ANPC, 2009)

O Marco de Ação de *Hyogo*, considerado no capítulo anterior e, como já referido, visa implementar uma efetiva e eficiente redução do risco de desastre. A sua visão estratégica incide na preparação, prevenção e mitigação deste tipo de eventos. É fundamental que exista uma cultura de segurança, baseada na redução das vulnerabilidades, no reconhecimento e consciencialização do risco, por parte das US.

Este Marco definiu cinco ações prioritárias e as suas respetivas atividades. Neste contexto, este projeto ambiciona incidir a sua atuação sobre as atividades 3 e 5, com o objetivo de capacitar a US de estratégias que lhe permitam responder perante a complexidade das ameaças atuais.

A Terceira Atividade – *Utilizar conhecimento, inovação e educação para construir uma cultura de segurança e resiliência*, cuja prioridade está relacionada com a dimensão social da redução do risco de catástrofe, entendendo-se assim, que as pessoas, enquanto elementos da US ou da comunidade, são sujeitos ativos num processo de construção de uma cultura de prevenção e resiliência. Esta compilação e posterior disseminação, pode ser colocada em prática por

meio de ações educativas e informações relevantes sobre riscos e vulnerabilidades.

A Quinta Atividade – *Fortalecer a preparação em desastres para uma resposta eficaz*, cuja prioridade está relacionada com a dimensão das ações envolvidas na preparação para este tipo de eventos.

Para Alves e Redondo (1999), um plano de emergência, por mais bem elaborado e concebido teoricamente, deve ser sempre testado e verificado através de exercícios e simulações, para que assim possam ser identificados os aspetos a melhorar. É necessário treino e avaliações, devendo ser um processo dinâmico, em constante atualização e adaptação.

Os treinos devem ocorrer de forma regular e, o facto de acontecerem de modo irregular ou esporádico, pode causar uma falsa sensação de segurança para a equipa. Os momentos de treino podem ter vários níveis ou apresentações: exercícios em papel, simulacros com divulgação do dia e hora, com um cenário previsto, testes de comunicação e exercícios surpresa.

Segundo a Revista de Enfermagem Profissional, a preparação prévia dos hospitais é o que definirá a qualidade e rapidez no atendimento às vítimas. Segundo a mesma, o PEE deve ser uma combinação de profissionais, instalações, serviços, equipamentos, procedimentos e comunicações, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade às vítimas durante um incidente. (Valentim, 2014)

A capacidade de resposta das unidades de saúde e dos seus profissionais, só por si, não são suficientes para conseguir o objetivo de dar o melhor ao maior número possível de vítimas e o imprevisto afasta-nos da prestação de cuidados com qualidade. É necessário que haja sensibilização, planeamento, organização da resposta, formação e treino. (Almeida, 2012)

Gostaria, ainda, de sublinhar a importância que constitui o trabalho de equipa, quando nos referimos à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Impõe-se à equipa de cuidados; organização, definição de papéis, de objetivos e a escolha certa dos meios para atingir os fins desejados. Neste

sentido, a promoção da comunicação e do trabalho de equipa são pilares fundamentais que se exigem presentes, em especial se tivermos em presença de múltiplas vítimas, numa situação de catástrofe. (Stone, 2010)

Na atualidade, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, tem ao seu dispor padrões de qualidade que lhe permitem nortear uma prática especializada e de excelência. Neste sentido, deve assumir-se como uma mais-valia, na condução de processos complexos, com vista à implementação de cuidados de qualidade. Em específico, neste percurso, pode traduzir-se pela liderança no processo de elaboração do PEUS da US.

1.3. Sistemas de triagem multivítimas: A Pessoa em Situação Crítica

De acordo com o Professor Francesco Della Corte, diretor do *European Master in Disaster*, a triagem de vítimas é de extrema importância em cenários de catástrofe, assume-se como um processo dinâmico, contínuo e, muitas vezes, envolvendo considerações éticas. (ARS- Algarve, 2014)

O trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, numa urgência hospitalar, é muito diferente de estar num cenário de catástrofe, sobretudo em proporção de profissionais de saúde por vítima. Comando, controlo e coordenação, são palavras-chave para lidar, da melhor forma, com estas situações.

A triagem multivítimas é uma situação de escolha que requer uma avaliação rápida para um tratamento otimizado. Integrada numa organização e gestão hospitalar, com um plano de emergência externo devidamente elaborado, implementado e testado.

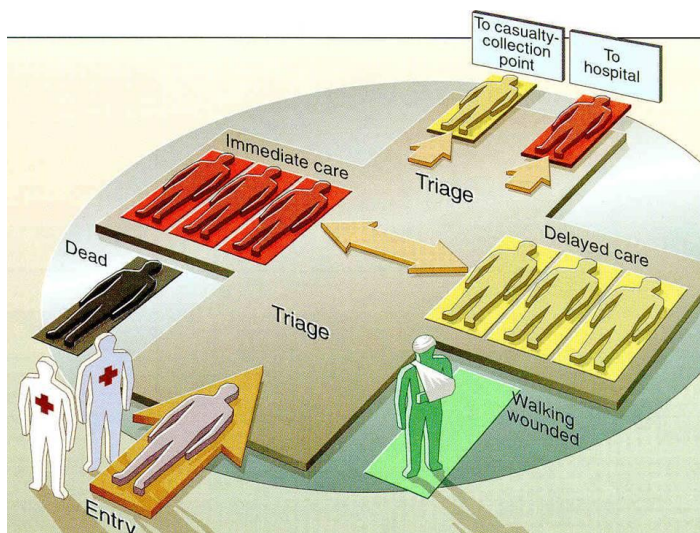
Nas situações com múltiplas vítimas, a organização da resposta das US para tratar os doentes mais graves, constitui um desafio e, este deve prever, simultaneamente, a capacidade de admissão e o tratamento do doente crítico. Essa organização da resposta deve assentar em modelos de triagem de doentes, de acordo com critérios previamente definidos.

Durante o ano de 2011, o tornado “Fugita” atinge o noroeste da Geórgia e, o estudo “*Natural Disaster Outcome sat a Level I Trauma Center*” (2012), revela que as vítimas foram triadas por protocolos de desastre em massa, indicando também que, dos cento e quatro pacientes adultos que foram admitidos no serviço de emergência, 28 (27%) pacientes necessitaram de admissão ao serviço de trauma. As lesões mais frequentes foram as dos tecidos moles, fraturas ósseas e as de tórax. As intervenções incluíram toracotomias, laparotomias exploratórias, fixações ortopédicos, reconstruções de tecidos moles, e craniotomia. (Hartmann et al, 2012)

Numa situação de catástrofe, os profissionais de saúde deparam-se frequentemente com vítimas de trauma, as quais, tanto adultos como crianças, requerem cuidados de enfermagem especializados na satisfação eminente das suas necessidades, colocando desafios permanentes aos enfermeiros que constituem estas equipas de resposta imediata.

A palavra triagem tem a sua origem no verbo Francês *trier*, que significa separar, escolher ou seleccionar. (Funderburke, 2008).

Figura 2. Fluxo de clientes na triagem



Legenda. Verde-anda, Preto, morto, estão fora da área de tratamento, Vermelhos e Amarelos em tratamento, mas o estado do paciente pode mudar- A triagem é dinâmica.

Fonte: University of Pittsburgh, 2014

Segundo o INEM (2012), “*Triagem é um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência, para racionalizar recursos médicos limitados, quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para*

as tratar”.

A enfermagem constituiu uma importante contribuição na classificação de doentes em risco, uma vez que *Florence Nightingale*, ao atuar na guerra da Criméia, em 1854, iniciou o agrupamento dos pacientes, de acordo com o tipo de tratamento e com a gravidade dos casos (Vargas et.al, 2007).

A história também refere que, os primeiros médicos a fazer triagem terão sido os cirurgiões do exército de Napoleão. Foi num cenário de guerra, com recursos completamente exíguos e desajustados que, quem teve de decidir, resolveu utilizar um método que lhe permitisse, sob determinados critérios, ajuizar sobre as necessidades de uns em detrimento das de outros (Blagg, 2004)

Após a segunda guerra mundial, triagem passou a ser denominado o processo de identificação de soldados feridos que, após intervenção médica, teriam maior probabilidade de voltar ao campo de batalha. (Bracken *in* Sheehy, 2000)

A triagem militar continuou a evoluir durante as guerras da Coreia e do Vietname com o princípio de “fazer o bem para o maior número de feridos”. Os refinamentos na medicina, no campo de batalha e triagem militares, continuaram durante conflitos mais recentes, incluindo o Iraque. (Bracken *in* Sheehy, 2000)

A Triagem é o primeiro passo essencial para o funcionamento eficiente e eficaz de qualquer serviço de urgência. É uma ferramenta que salva vidas e reduz a mortalidade, ao identificar pacientes que estão em risco de deterioração eminente. (DK et al, 2014)

Segundo o *Advanced Trauma Life Support* “a triagem envolve a classificação dos doentes, de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos disponíveis”. Conforme a mesma fonte, existem dois tipos de triagem: *múltiplas vítimas*, quando o número de doentes e a gravidade das lesões não excedem a capacidade de atendimento do hospital, ou *vítimas em massa*, quando o número de doentes e gravidade das lesões, excedem a capacidade de atendimento da instituição e da equipa.(ACS, 2008)

Segundo Rocha (2003), não existe um sistema de triagem perfeito, como também não existe um critério ideal de triagem, variando de um sistema para outro e na dependência de diversos fatores, como a magnitude, a área de abrangência do desastre, o tipo de desastre e a qualificação das equipas e equipamentos.

Estudos, demonstram que não existe um consenso mundial sobre o método de triagem mais eficaz para eventos de grande magnitude, envolvendo multivítimas. (Oliveira, 2013)

Na literatura, podemos encontrar referência a vários sistemas de triagem, em diversos ambientes, hospitalar e pré-hospitalar. No entanto, todos têm um objetivo principal comum, o de auxiliar o profissional de saúde a identificar rapidamente os cidadãos/ utentes em situação de doença e/ ou lesão emergente e/ ou urgente.

Segundo *Eric Laroche*, Diretor Assistente da *Health Action in Crises*:

“Nurses are often the first medical personnel on site after disaster strikes. In these situations where resources are scarce, nurses are called upon to take roles as first responder, direct care provider, on-site coordinator of care, information provider or educator, mental health counsellor and triage officer.” (WHO, 2008)

Neste sentido, os enfermeiros têm demonstrado o seu valor em numerosas situações de desastre, apesar dos desafios e da complexidade dos mesmos, através de um planeamento oportuno, conhecimentos e competências adequadas, tanto no que refere à triagem, como à abordagem da PSC como um todo. Os enfermeiros demonstram contribuir, de forma positiva, para dar a melhor resposta perante um desastre.

A Triagem é essencial para o pronto reconhecimento da PSC e constitui o início rápido de um tratamento, o que reduz a morbilidade e a mortalidade. Compreendemos que o início precoce do tratamento, não só salva vidas, mas também reduz os custos com os cuidados de saúde.

De acordo com o estudo *Disaster Triage System and Educational Strategies*, a triagem de catástrofe é um processo de tomada de decisão ativa, que determina a prioridade de tratamento dos pacientes. Os membros destas equipas devem estar bem treinados, preparados, ter elevados conhecimentos sobre esta matéria, para que possam manter a calma e, ao mesmo tempo, prestar cuidados. Neste processo, espera-se do enfermeiro, especialista em enfermagem em PSC, capacidade de gestão e liderança, cooperação, coordenação e tomada de decisão. (Khoshnevis et al 2014)

1.3.1 Sistemas de Triagem Hospitalares

Embora a triagem tenha surgido, como já referido historicamente, no meio pré-hospitalar, acabou por existir a necessidade de ser implementada também para o ambiente hospitalar.

Os SU foram organizados, inicialmente, com a finalidade de atender casos graves, de forma rápida e eficaz, prestando assistência em situações de urgência ou emergência. No entanto, a disponibilização de um atendimento imediato à população, tem levado, nas últimas décadas, ao recurso indevido aos SU e, muitas vezes, à sobrelotação dos mesmos, situação que ocorre, não só em Portugal, mas também em diversos países do mundo. (Duro, 2014)

Neste sentido, os serviços de urgência hospitalares da Austrália foram os primeiros a utilizar um sistema de triagem estruturado, estando os mesmos, atualmente, difundidos internacionalmente. Este processo de triagem é realizado por enfermeiros em todo o mundo, após formação adequada. (Albino et al, 2007)

Acosta et al. (2012), no seu estudo sobre triagem hospitalar, revela que os enfermeiros possuem conhecimentos teóricos e competências específicas para a definição de prioridades no atendimento e classificação de risco dos utentes, contribuindo para a diminuição da morbilidade e mortalidade.

Existem vários sistemas de triagem hospitalar estruturada, no mundo, nomeadamente; NTS – *National Triage Scale* (Austrália), CTAS – *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale* (Canadá), MTS – *Manchester Triage System* (Reino Unido), ESI – *Emergency Severity Index* (Estados Unidos)

MAT – *Model Andorra de Triatge* (Espanha), entre outros. Todos estes sistemas de triagem apresentam uma escala de prioridades, válida à luz das evidências científicas atuais.. A existência de um PEE na US, irá determinar as ações e o tipo de cuidados a serem prestados pelos enfermeiros da triagem, motivo pelo qual estas duas questões estão intimamente ligadas. (Albino *et al.* 2007)

De acordo com Valentim (2004) as instituições hospitalares devem estar familiarizadas com o sistema de triagem pré-hospitalar, de forma a reconhecerem a classificação feita nesse ambiente para, posteriormente, darem continuidade aos cuidados previamente estabelecidos, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade das vítimas, organizando-se com recursos humanos e materiais, já existentes no seu meio.

1.3.1.1 Triagem de Manchester

A triagem de prioridades constitui uma etapa essencial na abordagem e gestão de qualquer situação em que o número de doentes excede a capacidade de resposta das equipas de saúde, seja durante o funcionamento normal dos serviços de saúde, em situações de exceção, ou catástrofe multivítimas.

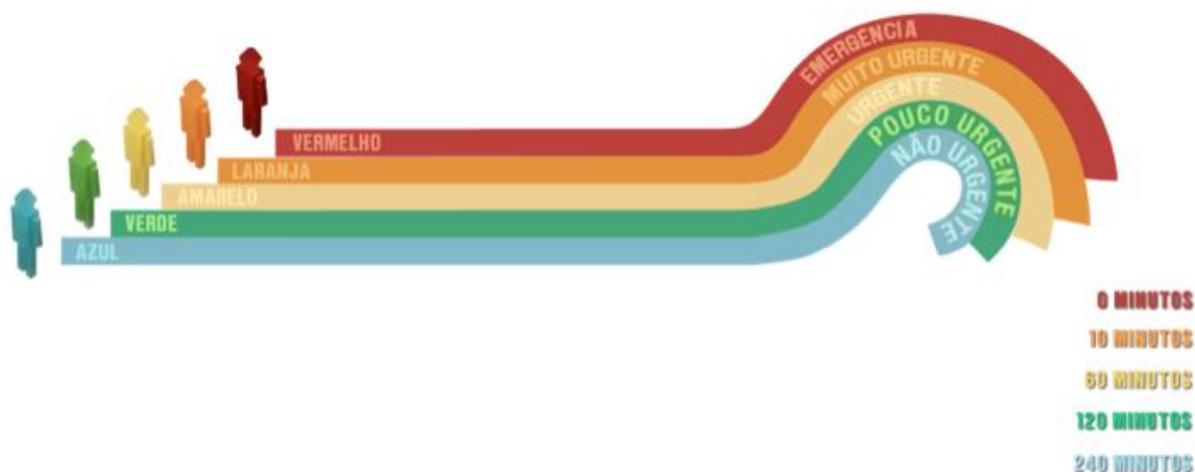
O Sistema de Triagem de Manchester (STM), é uma metodologia implementada em Manchester no ano de 1997 e, nesta sequência, surge em Portugal, em 2000, no Hospital Fernando Fonseca e no Hospital Geral de Santo António. Em 2001 é criado o Grupo Português de Triagem (GPT), que vem a promover a implementação deste sistema em vários hospitais do nosso país. (GPT, 2014)

O STM, visa identificar critérios de gravidade, de forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica. Este processo não pretende estabelecer diagnósticos. (GPT, 2014)

O mesmo, teve início na US, em estudo no ano de 2004, é efetuado apenas por enfermeiros e mantém-se até hoje em pleno funcionamento. Durante o ano de 2014, a US foi novamente auditada pelo GPT e, uma das não conformidades assinaladas, foi o facto de não ter PEE, ficando o compromisso de,

na próxima auditoria, em 2016, o mesmo já existir. O STM é constituído por cinco cores, consoante o grau de gravidade e o tempo previsto para o atendimento do utente (GPT, 2014):

Figura 3. Sistema de classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester.



Fonte: <http://www.tolife.com.br/noticias/page/2/>

Com o uso crescente dos sistemas de triagem, tornou-se necessário criar soluções adaptadas á realidade pediátrica. Em Portugal, existem algumas experiências no hospital de São João, onde foi implementada a “*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*” (PeadCTAS) e, no Hospital Fernando Fonseca, onde foi implementada a triagem de Manchester, adaptada à pediatria.


Numa situação de catástrofe, os critérios de triagem alteram-se e os enfermeiros devem compreender que a triagem e os cuidados devem providenciar o maior bem ao maior número de doentes. Decisões difíceis devem ser tomadas, sempre que permitam a sobrevivência de outros. (Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses, 2008)

O STM é bastante vantajoso, no sentido em que permite a utilização de um instrumento aplicado no quotidiano de um serviço de urgência e em situação de catástrofe ou emergência multi-vítimas. Para isso, integra dois fluxogramas denominados “Catástrofe – Avaliação Primária” e “Catástrofe – Avaliação Secundária”.

Neste caso, os critérios de triagem, em situação de catástrofe, alteram-se (STNACN):

- **Vermelho:** Prioridade mais elevada. Lesões ou situações médicas que podem ser tratáveis se forem imediatamente prestadas medidas de *lifesaving*.
- **Amarelo:** Segunda prioridade. O tratamento pode ser adiado enquanto os doentes, gravemente feridos, recebem tratamento;
- **Verde:** Terceira prioridade. São as vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitem adiar a atenção e podem aguardar tratamento;
- **Preto:** Sem prioridade: São as vítimas que apresentam lesões obviamente mortais ou para identificação de cadáveres.

Figura. 4. *Triage Sieve and Sort- Avaliação Triagem de Manchester.*



Folha de Catástrofe

Caso nº _____
 Data ____/____/____ Hora ____:____

1- Avaliação Primária

Anda Sim Verde

Respira após abertura da via aérea Não Preto

Freq. Resp. > 29 Sim Vermelho

Freq. Resp. < 10 Sim Vermelho

Preenchimento capilar > 2 Sim Vermelho

Pulso > 120 Sim Vermelho

Amarelo Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

	Hora											
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
		T		T		T		T		T		T
Cor		Red		Red		Red		Red		Red		Red
Prioridade		Yellow		Yellow		Yellow		Yellow		Yellow		Yellow
		Green		Green		Green		Green		Green		Green
		Black		Black		Black		Black		Black		Black
Nº Mec.												

Escala de Comas de Glasgow		Escala TRTS	
		TRTS	COR
Abertura de olhos	Espontânea 4	10 a 29	4
	Voz 3	> 29	3
	Dor 2	6 a 9	2
	Si Resposta 1	1 a 5	1
Resposta verbal	Orientada 5	0	0
	Confusa 4	> 90	4
	Inapropriada 3	75 a 89	3
	Imperceptível 2	60 a 75	2
	Si Resposta 1	1 a 49	1
	Ortam 0	0	0
Resposta motora	Localiza 6	13 a 15	4
	Fuga 4	9 a 12	3
	Flexão 3	6 a 8	2
	Extensão 2	4 a 5	1
	Si Resposta 1	3	0

Prioridades TRTS

1 a 10	→	Vermelho
11	→	Amarelo
12	→	Verde
0	→	Preto

Observações:

Fonte: GPT (2007)

Como já anteriormente abordado, uma situação de catástrofe é um evento que ultrapassa rapidamente a capacidade de resposta dos serviços, resultando na rutura dos mesmos. Conforme se apresenta nos algoritmos específicos de catástrofe do STM, o objetivo é identificar pacientes críticos e assegurar, se

necessário, que recebam reanimação imediata, ao passo que o princípio de gestão de desastres é “fazer o melhor para a maioria das pessoas”.

1.3.2 Sistemas de triagem pré-hospitalares

Os cuidados de saúde pré-hospitalares apresentam algumas características singulares, quando comparados com os cuidados prestados numa US. Fora do hospital, o ambiente por vezes é hostil e existem muitas variáveis que não é possível controlar, como chuva, calor, frio, falta de iluminação, risco de um novo desastre, entre outras. Neste contexto, o profissional do pré-hospitalar deve ser capaz de tomar decisões rápidas e objetivas, ao mesmo tempo que convive com estas adversidades.

Os sistemas de triagem Pré-hospitalares visam organizar as vítimas em grupos homogêneos. Pretendem classificar os feridos, de forma rápida, segundo a gravidade das suas lesões e probabilidade de sobrevivência. De um modo geral, segundo os mesmos, a triagem é o único meio que pode proporcionar um benefício máximo ao maior número possível de vítimas, numa situação de catástrofe. (Rocha, 2003)

“Os cuidados pré-hospitalares podem fazer a diferença entre a vida e a morte, entre uma sequela temporária, grave ou permanente, entre uma vida produtiva e uma destituída de bem-estar.”(PHTLS, 2007)

O estudo *Making Better decisions during triage* demonstra que as interações entre enfermeiros de emergência e pacientes, durante a triagem, são cruciais. Os resultados indicam que, aos enfermeiros, é exigida muita experiência, bem como conhecimentos e competências nesta área, para uma correta tomada de decisões. O mesmo conclui que, durante uma situação de catástrofe, uma experiência superior à triagem pré-hospitalar rotineira, a exigência para uma tomada de decisões, seja bastante mais complexa. (Sanders & Minick, 2014)

1.3.2.1 START Triage

Simple Triage And Rapid Treatment (START), é um método de triagem que foi desenvolvido em 1983, na Califórnia, com o objetivo de melhorar a rotina de utilização massiva dos SU, tendo sido posteriormente atualizado, em 1994. Segundo alguns autores, o *START* é descrito como o melhor método de estratificação de vítimas e também o mais utilizado em todo o mundo. (Valentim et al., 2014)

Pela sua simplicidade inerente, este método de triagem pode ser executado em situações de emergência por médicos, enfermeiros, técnicos de emergência ou socorristas, permitindo-lhes classificar rapidamente as vítimas durante um incidente em massa, com base na gravidade da lesão. (Borges, 2012)

Foi o método utilizado nos primeiros minutos após o atentado das torres gêmeas, em Nova Iorque, e no Pentágono, em Washington, em 11 de Setembro de 2001, nos Estados Unidos. O método *START* também foi utilizado no tsunami do Japão, em 2011 e, mais recentemente, no ataque à bomba na Maratona de Boston em 2013. Durante a Maratona de Boston, a 15 de Abril de 2013, duas bombas explodiram numa panela de pressão, perto da linha de chegada na *Boylston Street*, matando três pessoas e ferindo 264. (Padilha, 2013)

As 264 pessoas feridas foram tratadas em 27 hospitais. Pelo menos 14 delas necessitaram de amputações, na decorrência das explosões. Um grande número de lesões eram graves e necessitaram de cuidados intensivos. Pareciam "ferimentos de guerra" de mutilação, causados pelos estilhaços e desmoronamentos. O chefe da cirurgia do *Trauma Boston Medical Center*, disse: "Observámos pacientes com extremidades mutiladas, mas não vemos dezasseis ao mesmo tempo". (Padilha, 2013)

Provavelmente, nenhuma US poderá dizer que está preparada para uma situação de catástrofe ou emergência multivítimas, devido ao seu grau de imprevisibilidade inerente, no entanto, será necessário ficarmos atentos, refletir sobre o assunto e principalmente passar à ação, por criarmos as melhores

condições ao nível do planeamento, treino, equipamento e proteção, para que não sejamos apanhados desprevenidos numa situação desta natureza.

Uma enorme vantagem deste método é a linguagem universal que ele propõe, baseada em cores. No terramoto do Haiti, em 2010, diversos grupos de busca e salvamento, de diferentes países, dirigiram-se voluntariamente para a ilha devastada. Entre americanos, franceses, ingleses, chineses, brasileiros, japoneses, chilenos e outros, encontrávamos diferentes idiomas e diferentes culturas. O método *START*, naquela situação, constituiu uma linguagem uniforme na abordagem às múltiplas vítimas que se encontravam em situação crítica. (Padilha, 2013)

O método *START* pretende triar, de forma rápida, um grande número de vítimas. Para tal, são usados discriminadores muito simples, como:

- . Vítima anda? Ferida?
- . Respira? Frequência respiratória?
- . Frequência cardíaca?

Com base nesses discriminadores, são utilizados fluxogramas (adulto ou pediátrico) e, assim, é possível realizar uma divisão grosseira das vítimas em quatro categorias:

- Prioridade 1 (cor vermelho): Vítima emergente;
- Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave;
- Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave;
- Morto (cor preto).

O fluxograma de triagem está desenhado para permitir, não só a imposição da ordem, mas também para assegurar que, perante um grande número de vítimas, a triagem seja feita de uma forma célere. (INEM, 2012)

Figura 5. Categorização das vítimas, de acordo com o método *START*.



Fonte: INEM (2012)

O método *START* deve ser realizado no menor espaço de tempo possível, não devendo ultrapassar 1 minuto. São permitidas pequenas manobras, como permeabilização da via aérea e controle de hemorragias externas. A sua sistematização permite uma classificação simples e rápida, sem margem para dúvidas. Este método utiliza a avaliação de alterações, com o objetivo de identificar a ordem do que mata mais rapidamente. (Oliveira, 2013)

De acordo com a Diretiva Operacional Nacional nº1/2010 da Autoridade Nacional de Proteção Civil, o INEM coordena todas as atividades de saúde em ambiente pré-hospitalar, a triagem (de acordo com o modelo *START*), as evacuações médicas primárias (para as zonas de triagem) e secundárias (para as US), bem como a montagem de postos de triagem.

Na sequência da triagem *START* (triagem primária), o INEM realiza a triagem secundária pelo método *Triage Revised Trauma Score* (TRTS). É um processo contínuo e dinâmico que pretende triar, de forma mais precisa, um grande número de vítimas. O *TRTS* consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas (frequência respiratória, estado de consciência, segundo a escala de coma de Glasgow e pressão arterial sistólica). (INEM, 2012)

No método *TRTS*, a pontuação das vítimas é obtida da seguinte forma; A soma das variáveis codificadas de 0-4 permite obter uma pontuação *TRTS* de 0-12.

- *TRTS* (1-10) – prioridade 1
- *TRTS* (11) – Prioridade 2

- *TRTS (12)* – Prioridade 3
- *TRTS (0)* – Morto

Triar consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas, para estabelecer prioridades de tratamento. É uma metodologia que determina prioridades de ação que, quando bem utilizada, traduz-se em sucesso pela diminuição da mortalidade e morbilidade, em acidentes com múltiplas vítimas.

De acordo com Teixeira & Olcerenko (2007), a utilização de métodos como o *START*, por si só, não garantem uma triagem eficaz, uma vez que estes devem estar associados a profissionais treinados (teoricamente e na prática), devendo também possuir preparação psicológica e agilidade na tomada de decisão.

Da análise efetuada, conclui-se que é de extrema importância a existência de um planeamento para situações de catástrofes, ou acidentes múltiplas vítimas, para que não se transfira o caos, do local da catástrofe, para o hospital, o que pode suceder em eventos deste tipo de grandeza.

1.3.2.2 Jump START Triage

O método *Jump START Triage* foi desenvolvido em 1995, especificamente para a triagem de crianças entre 1 e 8 anos, num ambiente multivítimas ou de desastre. Hoje, é amplamente utilizado nos EUA e no Canadá e tem vindo a ganhar popularidade em todo o mundo.

O *Jump START Triage* tem, por objetivo, otimizar a triagem primária de crianças feridas num cenário multivítimas, melhorar a eficácia da distribuição de recursos a todas as vítimas e reduzir a carga emocional do pessoal que efetua a triagem e que pode ter de tomar decisões rápidas, de vida ou de morte, sobre crianças feridas em circunstâncias caóticas. Para a maioria das crianças, este método de triagem pode ser efetuado até 15 segundos. (Roming, 2002)

O método *Jump START* apresenta um quadro de triagem muito objetivo, o que ajuda a garantir que as crianças feridas sejam triadas por uma equipa que usa a cabeça em vez do coração, o que irá reduzir o fenómeno “*overtriage*”, que

significa a sobrevalorização da necessidade real da atribuição de prioridade, com a prestação de cuidados superiores aos realmente necessitados, eventualmente em detrimento de outros. Ou seja, o fenômeno “*overtriage*” poderá vir a desviar recursos de crianças que deles necessitam mais, o que pode resultar em trauma físico e emocional para as mesmas. (Roming, 2002)

O método *Jump START* reconhece as principais diferenças entre adulto e a pediatria, utilizando, assim, parâmetros fisiológicos pediátricos apropriados para a tomada de decisão. Neste momento, o *Jump START* é referenciado em inúmeros textos de “Disaster and Emergency Medicine Resources” e foi incorporado em cursos como *Pediatric Disaster Life Support (PDLS)* e *Advanced Pediatric Life Support (APLS)*. (Khoshnevis et al, 2014)

De acordo com as *Ethical Guidelines for the Development of Emergency Plans (2010)*, será essencial não esquecer que este tipo de eventos vai exigir integrar algumas importantes considerações éticas por parte dos enfermeiros. Nomeadamente, no que concerne à triagem, a identificação das vidas que podem ser salvas, ou não, ser útil (beneficência) por fazer o bem ao maior número de vidas, o dever de não causar dano (não maleficência), o dever de prestar assistência a todos (Autonomia, Justiça).(AHCA, 2010)

1.4 Competências do enfermeiro especialista em PSC, perante múltiplas vítimas em situação crítica

Desde que Florence Nightingale demonstrou ao mundo o importante papel que os enfermeiros desempenham na linha da frente da resposta a desastres, o campo da enfermagem na PSC continuou a expandir o seu alcance e definir o seu significado.

Nenhuma entidade, disciplina, organização ou jurisdição pode ou deve reivindicar a responsabilidade exclusiva pela matriz complexa de desafios relacionados com as catástrofes e emergências, tanto naturais como provocadas pelo homem. No entanto, a perícia em enfermagem na PSC, pode e deve ser usada durante todas as fases do ciclo de desastre: mitigação, preparação, resposta e recuperação.

De acordo com o artigo *“The Role, Preparedness and Management of Nurses During Disasters”* (2011), os enfermeiros podem contribuir com competências específicas em tempos de desastre. Eles servem, não só como primeira resposta durante os eventos, mas também têm uma visão com base na pessoa em estado crítico, que lhes permite desenvolver políticas e planos abrangentes, assentes na conduta e competências adquiridas, capacitados para avaliar a resposta a exercícios e outros processos de treino.(Magnaye, 2011)

Atualmente, as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, estão contempladas no Regulamento nº. 124/2011, artigo 4º, que refere:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da conceção à ação.
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas, em tempo útil.

Neste contexto, é importante realçar a definição de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que, segundo o preâmbulo do Regulamento nº. 124/2011, refere:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.(OE, 2011)

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC exigem; observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e, em tempo útil.(OE, 2011)

E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das clínicas especializadas, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação. Os enfermeiros, especialistas na PSC, podem ser membros integrantes em equipas de apoio a desastres, núcleos de comando, cargos de liderança, de gestão, bem como no terreno, na primeira linha da prestação dos cuidados de saúde essenciais. (OE, 2011)

Esta competência específica também está prevista no Regulamento nº. 124/2011 das competências específicas do EEEPSC, que refere que o enfermeiro *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”* (artigo 4º, alínea b).

Quando no centro da gestão de desastres, o enfermeiro especialista na PSC, pode colaborar com profissionais de outras disciplinas de forma a melhorar a resposta a nível local, regional ou nacional. Isto, inclui colocar em prática planos de emergência externos, bem como apoiar a continuidade da vida quotidiana. Este desenvolvimento de competências está inerente ao descritivo previsto no Regulamento nº. 124/2011 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que refere:

“ (...) intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”
(OE, 2011)

Com base na exposição realizada ao longo deste enquadramento teórico, concluo que é fundamental que o enfermeiro, especialista na PSC, se empenhe arduamente, de modo a adquirir o conhecimento necessário para cuidar bem de múltiplas vítimas em situação crítica, que poderão apresentar uma variedade de doenças agudas e lesões. Importa também referir a necessidade da aquisição de competências ao nível da gestão de desastres.

Penso que os enfermeiros, especialistas na PSC, enfrentam grandes e emocionantes desafios na resposta a situações de catástrofe!

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO ACADÊMICO

Competência pode ser vista como “(...) a capacidade de um indivíduo mobilizar e pôr em prática saberes práticos e teóricos, validados e requeridos para dominar uma situação (...)” (Caetano & Vala, 2007).

Entenda-se, neste caso, que as competências resultam do saber adquirido, fruto do percurso de um estágio. Não obstante, também são consequência de uma experiência anterior, o ponto de partida que motivou este processo de especialização, pelo que é imperioso refletir sobre os contributos que provêm da prática profissional até então e que determinaram todo este percurso.

Segundo Sá-Chaves (1997), o profissional deve ser reflexivo, para que, constantemente, invoque saberes, os quais devem ser selecionados e hierarquizados, para se ajustarem à situação que se apresenta. Segundo este autor, os conhecimentos dos profissionais devem ter por base o saber científico, associado a situações vivenciadas em contextos reais da praxis.

Este percurso iniciou-se com a identificação do problema, seguiu-se planificação das atividades e estratégias e, por fim, a execução das mesmas, seguida do processo de avaliação.

Para atingir os meus objetivos, mas não tendo oportunidade de obter um campo de estágio, onde prestar “Cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica”, por não poder prever a existência de uma situação real de catástrofe, tive que procurar adquirir essas competências junto dos profissionais que têm experiência de atuação nestas áreas.

Assim, pretendi encontrar, em meio hospitalar, potenciais vítimas de uma situação de catástrofe, de maneira a munir-me das competências necessárias, enquanto enfermeira especialista na PSC.

Para tal, e de forma a dar resposta aos meus objetivos específicos, escolhi três campos de estágio idóneos, de acordo com cronograma anexo¹. Nos vários locais procurei encontrar uma diversidade e complexidade de situações eventual numa situação de catástrofe. Para tal pretendi obter a experiência do cuidar da PSC adulto, bem como da PSC criança, uma vez que ambos poderão ser vítimas de um desastre.

O EC 2 foi desenvolvido durante dezassete semanas, com início no dia 7 de Outubro de 2013 e o seu término no dia 14 de Fevereiro de 2014. Este período foi dividido em três, correspondendo o estágio inicial a um período de oito semanas numa UCIP de um reconhecido CH da área metropolitana de Lisboa.

O segundo período decorreu durante sete semanas numa UCIPED de um CH de grande mérito da cidade de Lisboa; este incluiu duas semanas de estágio no TIP alocado à mesma unidade. Por último, seguiram-se duas semanas num serviço de AP, numa unidade privada, de excelência, para a área da saúde na cidade de Lisboa.

Este percurso de estágio teve, como objetivo, a aquisição de novos conhecimentos, capacidades e competências que, respetivamente, permitiram:

- a) Desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, decorrente de uma situação de catástrofe, nomeadamente à pessoa politraumatizada numa situação emergente;
- b) Fomentar competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- c) Desenvolver competências de enfermagem especializada na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, ao nível da conceção à ação.

Pretendo ainda, nos termos do Decreto-Lei n.º42/2005, a aquisição do grau de mestre, através da demonstração da capacidade de compreensão,

¹APÊNDICE I – Cronograma de estágio do 3º trimestre

desenvolvida e aprofundada dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos.

Durante este EC, fiz o percurso de *trainee*, enquanto instrutora júnior, num curso suporte avançado de vida (SAVP) da *American Heart Association (AHA)*, realizado sob tutoria da *Ocean Medical*², com a duração de 20H. Este teve, como objetivo, dar continuidade ao curso de *provider*, anteriormente realizado e que permitiu desenvolver competências ao nível da enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Também tive a oportunidade de participar no *Encontro de Enfermagem de Emergência*³, com a duração de 13H, que se realizou no auditório da ESEL, polo Artur Ravara e que teve, como principais objetivos, compreender algumas dinâmicas, bem como abrir a porta à discussão sobre o papel desempenhado pelo enfermeiro no pré-hospitalar, a organização dos cuidados no trauma, aspetos mais recentes das emergências em pediatria e a formação e investigação em emergência. O mesmo, foi ao encontro dos meus objetivos, sobretudo, desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, decorrente de uma situação de catástrofe, nomeadamente à pessoa politraumatizada numa situação emergente.

Ainda, durante este EC, foi possível assistir ao *I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria*⁴, realizado no Hospital Fernando Fonseca, com a duração de 16H, que incluiu a realização de dois Workshop⁵ (Ventilação não invasiva e Trauma pediátrico), com a duração de 4H cada. Este encontro foi mais um espaço de reflexão e debate sobre o conhecimento e as práticas desenvolvidas nos cuidados à criança/família

²APÊNDICE II – Cronograma do curso de SAVP - AHA

³APÊNDICE III – *Encontro de Enfermagem de Emergência*

⁴APÊNDICE IV – *I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria*

⁵APÊNDICE V – Workshop (Ventilação não invasiva e Trauma pediátrico)

hospitalizada, em contexto de cuidados intensivos pediátricos. Para mim, foi fulcral no desenvolvimento de uma compreensão mais aprofundada e inovadora, sustentando os meus objetivos, em particular, por desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Durante o EC, efetuei visitas aos SU dos CH onde estagiei, sendo, assim, possível obter ganhos ao nível da melhor compreensão, daquilo que, na realidade, constitui um PEE e da complexidade que envolve todo o seu processo de construção, elaboração e implementação, o que foi exequível através da aplicação de uma grelha de observação⁶, bem como de conversas informais com peritos e o acesso aos próprios PEE.

No final deste percurso, que decorreu numa unidade de saúde privada de Lisboa, foi possível terminar com o objetivo último concluído; colaborar ativamente na criação de uma proposta do plano de emergência externo do hospital onde exerço funções.

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Durante cerca de oito semanas (duzentas e quinze horas), tive o privilégio de estagiar numa UCIP, nível III, de um reconhecido CH da área metropolitana de Lisboa, o que me permitiu prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica das várias especialidades médica, cirúrgica e traumatológica.

Esta UCIP é uma unidade equipada para receber doentes que necessitem de monitorização e vigilância hemodinâmica contínua, suporte ventilatório e/ou técnicas de substituição renal, recebendo doentes de todo o centro hospitalar, de outros hospitais ou através dos CODU, após contacto telefónico prévio e mediante a existência de vaga. Dispõe de uma lotação de doze camas, sendo oito, destinadas a doentes de cuidados intensivos, onde o rácio enfermeiro/doente é de 1:2 e, as restantes quatro, a doentes de cuidados intermédios, onde o rácio enfermeiro/doente é de 1:4. O tempo de internamento

⁶APÊNDICE VI– Grelha de observação

dos doentes é muito variado, podendo ser de algumas horas a várias semanas. (CHLC, EPE, 2009)

A equipa é composta por uma enfermeira chefe, mais duas enfermeiras com funções de gestão em horário fixo e, trinta e nove enfermeiros na prestação de cuidados com horário rotativo, divididos em 5 equipas.

Considera-se doente crítico, “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. (Ordem dos Médicos e SPCI, 2007).

Nesta UCIP, pude observar que, diariamente, são prestados cuidados de enfermagem altamente diferenciados, pautados por elevados padrões de qualidade, visto ser uma unidade que se preocupa com a prevenção, diagnóstico, tratamento e com o *Cuidar* em “condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis” (DGS, 2003).

O corpo de enfermagem que constitui esta unidade, corrobora com um projeto emanado pelo CH, que assume três áreas prioritárias no âmbito dos indicadores de qualidade; avaliação do risco de queda⁷, avaliação do risco de úlceras de pressão e monitorização da dor. Estes princípios são transmitidos, desde o primeiro dia, aos alunos nos programas de ensino de formação em enfermagem, durante a prática do cuidar em cuidados intensivos.

Pretendi, com este estágio, adquirir competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica, politraumatizada, visto esta ser uma potencial vítima da catástrofe ou emergência multi-vítimas.

Durante o mesmo, surgiu a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem específicos e com maior complexidade do ponto de vista do rigor técnico e científico, tais como: Ventilação invasiva e não invasiva, técnicas de substituição renal (hemofiltração venovenosa contínua). Colaboração em

⁷APÊNDICE VII – Stop Quedas – Programa de gestão e controlo das quedas de doentes em ambiente hospitalar

procedimentos de traqueostomia, colocação de drenagens torácicas, entubação endotraqueal, colocação de cateteres para avaliação de pressão intracraniana (PIC), avaliação de pressão intra-abdominal (PIA), colocação de cateter de (PICCO), monitorização contínua e avaliação.

Também foi possível participar no transporte do doente em estado crítico para a realização de exames complementares de diagnóstico, bem como a participação em manobras de reanimação cardio-respiratória ao nível suporte básico e avançado de vida.

Durante as oito semanas de estágio, permaneci sempre em CI, uma vez que estas camas se encontravam sempre lotadas com doentes politraumatizados, o que representou uma excelente oportunidade de aprendizagem e favoreceu a concretização dos objetivos previamente delineados⁸.

Cuidar da pessoa, a vivenciar processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, em ambiente de CI e, nesta UCIP em especial, foi para mim muito gratificante, tanto do ponto de vista humano como profissional. Embora já tenha tido uma experiência anterior em CI, num hospital distrital, apenas com valências médico-cirúrgicas, neste estágio o cuidar do politraumatizado e sua família, constituiu um grande desafio e trouxe novas exigências.

Segundo a *American Trauma Society*, o Politraumatizado é definido, como todo o doente vítima de acidente, com duas ou mais lesões traumáticas graves: traumatismo crânio-encefálico (TCE), lesão facial, vertebro-medular, torácica, abdominal, pélvica e extremidades, ou que necessite de internamento numa unidade de Cuidados Intensivos (UCI). (ATS, 2011)

Como já referi, dediquei-me, praticamente, de modo exclusivo, ao cuidar do doente politraumatizado, sempre muito apoiada pela minha tutora, tendo, inicialmente, ficado com um doente/família e, após a quinta semana e até ao final do estágio, ficado responsável pelos dois doentes/famílias da minha tutora, de modo autónomo, com a respetiva supervisão.

⁸APÊNDICE VIII – Cronograma – Atividades desenvolvidas em UCIP

Como acima focado, nesta UCIP existem três áreas prioritárias no âmbito dos indicadores de qualidade, que assumem particular interesse. Neste sentido, senti necessidade de efetuar um estudo aprofundado em cada uma delas, de forma a corresponder de modo adequado.

Tendo como premissa, de que a avaliação do risco de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento, é aplicada na UCIP, a *Escala de Braden* a todos os doentes com respetivo critério, de acordo com a norma da DGS 07/2011. Como o meu desempenho de funções diário é num serviço de urgência e na emergência pré-hospitalar, não estava desperta para a gravidade desde problema, conseqüente sofrimento e diminuição da qualidade de vida causados, bem como para a importância do conhecimento dos fatores de risco como chave para a implementação de estratégias de prevenção.

No que refere à avaliação do risco de queda, os doentes a quem tive oportunidade de prestar cuidados, não se incluíam nesse grupo, no entanto, segundo a política do CH e da UCIP, é prioritário promover boas práticas na prevenção de quedas do doente, através da identificação de fatores de risco e fatores contribuintes associados aos incidentes de quedas dos doentes, com a posterior introdução de ações de melhoria ao nível das práticas e, eventualmente, no meio físico, quando detetadas. Neste caso, é utilizada a *Escala de avaliação de risco de queda de Morse*⁹ e, posteriormente, efetuado um plano de intervenções gerais e específicas, conforme o nível de risco. Na UCIP, o registo das avaliações do risco de queda, é efetuado no sistema informático.

A avaliação da dor na pessoa em situação crítica, que se encontra quase sempre sedada e incapaz de verbalizar as suas experiências de dor, foi um dos procedimentos mais desafiadores e mais complexos para mim, enquanto enfermeira. A escala de monitorização da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS)¹⁰ está indicada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e

⁹APÊNDICE IX – *Escala de avaliação de risco de queda de Morse*

¹⁰ APÊNDICE X – *Behavioral Pain Scale* (BPS)

incapazes de se autoavaliarem e é a utilizada pelo CH e pela UCIP.. Nesta unidade, o registo das avaliações da escala BPS, é efetuado no sistema informático. (Puntillo et al., 2009)

Diariamente e, várias vezes no turno, tentei monitorizar, da forma mais correta, a dor àqueles a quem prestei cuidados de enfermagem, no entanto, senti algumas dificuldades na aplicação da escala *BPS*, pelo que suponho existir um grau de subjetividade intrínseco a esta avaliação que raramente podemos excluir. Penso que a sua utilização requer formação e o treino para minimizar estes “efeitos adversos”, especialmente em relação ao indicador *Adaptação ao Ventilador*, ponto onde senti mais dificuldade em quantificar.

Durante este percurso realizei um jornal de aprendizagem¹¹, baseado na metodologia do ciclo reflexivo de *Gibbs*, onde refleti acerca das limitações na comunicação, inerentes ao doente crítico traqueostomizado, durante o seu processo de internamento.

“a comunicação é (...) considerada como pedra angular dos cuidados de enfermagem e é a área onde os enfermeiros dedicam a maior parte do seu tempo. É essencial que esta seja calorosa e adaptada à situação particular do doente, pois é muito mais que a simples transmissão de informação, revelando-se o fulcro dos cuidados de enfermagem”.
(Fernandes, 2007)

Vivenciei o impacto causado pela alteração da Atividade de Vida Diária (AVD) comunicação, bem como interação que essa alteração produziu em outras AVD, tais como mover-se e dormir.

Essa situação fez-me reconhecer a necessidade da utilização de competências específicas, tais como, formas não verbais de comunicação, para atingir o sucesso no relacionamento interpessoal, enfermeiro/doente/família.

“cabe ao enfermeiro desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente uma condição adequada de comunicação, ajudando-o a identificar suas necessidades” (Melles & Zago, 2001).

¹¹ APÊNDICE XI – Jornal de Aprendizagem – “Comunicar com o doente crítico traqueostomizado – um processo de aprendizagem”

Ao longo deste percurso, tive a possibilidade de desenvolver um conjunto de atividades, como o acolhimento, prestação de cuidados à pessoa que vivencia um processo complexo de doença crítica, administração de protocolos terapêuticos complexos, articulação com a equipa multiprofissional, suporte emocional/comunicação terapêutica com a família que vivencia uma transição situacional ou uma transição saúde /doença e comunicação de más notícias. (Schumacher & Meleis, 1994)

Outro aspeto de fulcral importância onde também desenvolvi competências, foi em relação à maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção à pessoa politraumatizada em ambiente de UCIP, bem como na identificação precoce dos critérios de *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (SIRS). Pude atingir este objetivo, através da utilização de boas práticas ao nível das precauções básicas do controlo de infeção, por observar a minha tutora e outros peritos e por consultar e refletir sobre as aulas Sepsis, no primeiro semestre, e acerca de bibliografia variada sobre o tema.

Diariamente, desde há alguns anos, contacto com a pessoa em situação crítica no “terreno”, quando presto cuidados a nível pré-hospitalar ou no SU quando no hospital. Este é habitualmente um “olhar breve” sobre o doente crítico, onde observo de modo imediato, ou a muito curto prazo, os resultados dos meus cuidados, esforço, empenho e dedicação.

Na UCIP, lugar onde vou levar, ou para onde são transferidos os doentes que levo aos SU, tive a oportunidade de dar continuidade aos cuidados prestados. Esta experiência permitiu-me refletir sobre este percurso, de forma a otimizar os meus conhecimentos, através da permanente análise crítica.

“ a reflexão sobre a situação de trabalho efetuada pelos próprios atores que realizam esse trabalho implica a sua participação ativa, passando estes a assumir um estatuto de objeto e de meio nos processos de transformação em curso. Esta implicação dos próprios profissionais exige que se efetue uma análise retrospectiva do trabalho realmente desenvolvido, o que fomenta o reconhecimento de saberes, de práticas e de capacidades até aí desconhecidas.” (Menoita, 2011)

Esta reflexão contribuiu para a melhoria e valorização da minha prática dos cuidados, no que concerne aos registos de enfermagem, considerando a importância dos mesmos como indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, nomeadamente a comunicação, uma vez que verifico esta lacuna na prática de cuidados no pré-hospitalar, onde a possibilidade do enfermeiro proceder aos registos dos cuidados prestados é bastante limitada.

E se nos referimos a uma vítima de trauma, considero o registo de dados fundamental, onde nada deve falhar, sendo essencial qualquer um dos seus componentes, só assim é possível estabelecer um plano de ação e através da análise do mesmo delinear novas estratégias. (DGS, 2010)

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico e Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

De modo a obter competências, no que refere à prestação de cuidados diferenciados e altamente especializados a doentes em idade pediátrica, em situação crítica, com risco ou falência das funções vitais, selecionei o segundo campo de estágio, que decorreu na UCIPed de um CH de excelência, durante um período de sete semanas (182H).

A UCIPed é uma unidade polivalente e pluridisciplinar e constitui um excelente exemplo de assistência em Neurotrauma grave, desde 1989, que garante a prestação de cuidados ao utente pediátrico, gravemente doente, com recurso a técnicas e procedimentos avançados de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular. A admissão na mesma, pode ser por referência interna ou externa, envolvendo, neste caso, uma área de abrangência, que inclui as regiões de Lisboa e, desde 2002, passou a ser o centro de referência de trauma em idade pediátrica, para a zona sul do país, Alentejo e Algarve.

O estudo retrospectivo “Trauma em Cuidados Intensivos Pediátricos – Experiência do HSM” (2007), demonstra que os mecanismos de acidente mais frequentes nesta unidade, são: quedas (32%), acidentes de viação (30%) e atropelamentos (28%). O mesmo, refere ainda, que os traumatismos mais frequentes são TCE (87%), ortopédicos (46%), torácicos (24%) e abdominais (23%).

Esta unidade, atende uma multiplicidade de situações, sendo impossível referi-las a todas, pelo que irei mencionar as mais frequentes:

- Doenças do foro respiratório (bronquiolite, pneumonia, laringotraqueobronquite, asma, aspiração de corpo estranho, derrames pleurais, pnemo e hemotórax, enfisema subcutâneo);
- Doenças do foro cardiovascular (insuficiência cardíaca, derrames do mediastino, choque);
- Doenças do foro neuro-cirúrgico (tumores vários, derivações ventrículo peritoneais, ou ventricular externa, hemorragia sub-aracnoideia);
- Doenças renais (insuficiência renal aguda, transplante renal);
- Doenças do foro infecto-contagioso (sépsis, meningite);
- Doenças metabólicas descompensadas;
- Doenças do foro hematológico (drepanocitose, transplantes de medula);
- Doenças do foro dermatológico (epidermolise bolhosa);
- Crianças com comprometimento sério dos sistemas vitais (politraumatizadas, com falência múltipla sistémica);
- Crianças provenientes de diversos blocos operatórios, para fazer o período pré ou pós-operatório, (bloco de cirurgia plástica – crianças com fenda palatina e lábio leporino; bloco central – crianças submetidas a laparotomia exploradora e as mais diversas intervenções ortopédicas, bloco de oftalmologia).

A unidade é constituída por dois sectores, nomeadamente, Unidade de Cuidados Intensivos, com capacidade para seis camas, uma das quais de isolamento e a Unidade de Cuidados Intermédios, com capacidade para duas camas. A equipa de enfermagem está organizada da seguinte forma; um enfermeiro chefe, dois de apoio à gestão e vinte enfermeiros na prestação de cuidados, divididos em quatro equipas. O rácio enfermeiro/doente é de 1:2, no entanto, pode variar. Essa gestão é efetuada após avaliação do estado do doente e das suas necessidades, durante a passagem de turno, pelo chefe de equipa.

Segundo o INEM (2012), a abordagem da criança gravemente doente ou com lesão traumática importante é, provavelmente, um dos desafios mais stressantes para o profissional de saúde que atua em ambiente pré-hospitalar, pois existem diversos fatores que podem dificultar a mesma avaliação, como;

interação limitada com a criança, diferenças anatomo-fisiológicas, sinais vitais difíceis de obter e um cuidador habitualmente pouco treinado e ansioso. Eis os motivos que considerei de primordial importância e que justificaram a pertinência desde estágio.

Com o objetivo de desenvolver competências de enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, elaborei um cronograma com um conjunto de atividades¹².

Uma vez que esta unidade é um serviço dotado de recursos físicos e humanos, capazes de assegurar a prestação de cuidados de alta complexidade, médico-cirúrgicos e de enfermagem aos doentes pediátricos, foi-me possível participar nos mesmos, tais como: cuidados de enfermagem de higiene e conforto, alimentação (administração de alimentação entérica, administração de alimentação parentérica), reanimação cardio-respiratória, ventilação invasiva, não invasiva (CPAP e BIPAP) e ventilação de alta frequência, apoio à colocação de cateteres venosos centrais, cateteres para avaliação de pressão intracraniana (PIC), avaliação de pressão intra-abdominal (PIA), colaboração no tratamento dialítico (Prisma), apoio à colocação de drenagens torácicas, à punção lombar, cateterismo vesical, entubação naso/oro gástrica, monitorização cardio-respiratória, avaliação de parâmetros vitais (PVC através de linha arterial), avaliação de balanço hídrico, manutenção da permeabilidade das vias aéreas (aspiração de secreções no tubo endotraqueal, oro e nasofaringe), execução de electrocardiograma, execução de vários pensos (pensos de cateteres e feridas operatórias), apoio à colocação de tracção cutânea, colaboração e preparação (informando acerca do que vai fazer e como colaborar) do utente pediátrico / família do doente para os vários exames complementares de diagnóstico: RX, ecografia, tomografia axial computadorizada (TAC); endoscopia digestiva alta (EDA), broncofibroscopia e ressonância magnética (RM).

¹²APÊNDICE XII Cronograma – Atividades desenvolvidas em UCIPed

Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados a crianças submetidas a *Extra Corporal Membrane Oxygen ation* (ECMO), que é uma técnica médica muito especializada e relativamente recente no nosso país, que requer cuidados de enfermagem complexos, baseados numa avaliação criteriosa das necessidades da criança.

A participação nas atividades acima descritas, permitiram então o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa criança em situação emergente, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica. Também desenvolvi competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, nos cuidados.

Neste decurso, também tive acesso ao registo clínico informatizado (*PiCiS*), para o registo de toda a informação no processo clínico de cada doente, assegurando assim a continuidade dos cuidados.

Na UCIPed, o objetivo final consiste na prestação de cuidados diferenciados e de terceira linha, mas, ao mesmo tempo, minimizando os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promovendo a melhor recuperação nas vertentes física, psicológica, social e funcional. Para isso, a unidade conta com uma importante equipa multidisciplinar; enfermeiros, médicos pediatras, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de fisioterapia, uma psicóloga, um educador de infância, uma assistente social, especialistas do serviço de dietética e nutrição, um terapeuta da fala e assistência religiosa, providenciada de acordo com a crença, sempre que necessário.

Foi excelente participar com esta dinâmica de equipa, em especial com o meu tutor. A observação de práticas de cuidar em enfermagem, realizadas por um perito na área da situação crítica pediátrica, contribuiu para a integração das competências expectáveis que o enfermeiro especialista usa para atingir a excelência do cuidar. Desde o momento de admissão da criança doente, nota-se uma enorme preocupação em garantir um atendimento individualizado e de acordo com as necessidades de um utente pediátrico, família, acompanhantes significativos, promovendo a humanização em todos os cuidados. Este conjunto

de atitudes e comportamentos são bem visíveis na forma de estar, saber e fazer desta equipa.

As equipas multidisciplinares reúnem periodicamente e, sempre que se justifique, tendo tido oportunidade de testemunhar alguns desses diferentes momentos. O primeiro, incluiu a equipa e os pais e teve, por objetivo, comunicar a alteração de um diagnóstico/prognóstico. O segundo, envolveu apenas a equipa, com a discussão sobre a continuação de tratamento médico/cirúrgico. O terceiro momento, envolveu vários elementos da família e a equipa multidisciplinar, sobre a decisão de desconexão de uma criança, do ventilador. O quarto envolveu os pais e a equipa e referiu-se à comunicação da morte de um bebé. Esta equipa acolhe o utente pediátrico e a sua família, informa diariamente acerca da situação e da evolução clínica e reúne, sempre que a situação o exige, com apoio de outros profissionais.

A minha participação nestes momentos tão significativos contribuiu para a otimização das competências de enfermeira especialista a nível da comunicação interpessoal, apoiando a família a vivenciar perturbações emocionais decorrentes da situação de doença e morte.

Fui convidada a assistir a uma palestra efetuada por um grupo de trabalho constituído por três enfermeiros, com o tema: "*Paliar na UCIPed*". Este grupo realizou um curso de cuidados paliativos, que culminou com um estágio no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa. Esta palestra teve, como principais metas; motivar a equipa para a abordagem e discussão do tema, melhorar o acompanhamento da família em luto (foi elaborado um cartão de condolências), elaborar um guia orientador de boas práticas à criança/família em cuidados paliativos e, por último, a criação de critérios de inclusão para a criança em cuidados paliativos, com um respetivo plano de cuidados, necessidades e intervenções estruturadas e, se possível, que fosse transversal a todas as unidades de pediatria do CH.

Mensalmente realiza-se, na UCIPed, uma reunião com todos os elementos da equipa multidisciplinar, para análise e discussão dos incidentes críticos ocorridos, com posterior elaboração de recomendações, de forma a diminuir a incidência do erro. Participei numa dessas reuniões e, foi com bastante

satisfação, que constatei que toda a equipa fala abertamente sobre o tema e sem tabus. Constatei, também, a imediata proposta de medidas corretivas, como reforço de cuidados, para o erro em causa e “*Double Check*” na programação das bombas infusoras.

Durante este estágio, elaborei um estudo de caso¹³, de carácter informal, natureza qualitativa, baseado no recurso a diferentes fontes de informação, nomeadamente, entrevistas informais ao prestador de cuidados/pais, observação e exame físico da criança, processo clínico (*PICiS*) e equipa multidisciplinar. Com este processo, pretendi focar as áreas mais importantes da intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, tentando estabelecer uma estrita relação e análise entre os resultados encontrados e os referenciais teóricos evidenciados na literatura.

Selecionei uma adolescente politraumatizada grave, vítima de queda de cavalo, onde foi possível implementar e monitorizar um plano de cuidados de enfermagem individualizado, baseado em problemas reais, com ênfase na necessidade de suporte ventilatório e hemodinâmico, monitorização hemodinâmica invasiva, controlo da dor e apoio à família, a viver uma transição situacional.

O enfermeiro deve compreender, rapidamente, a transição vivenciada, “*assessment of readiness*”, procurando a perspetiva do cliente e, se possível, intervir no período anterior a uma mudança esperada, “*preparation for transition*”, preparando a transição, prevenindo os potenciais efeitos negativos e melhorando os resultados em saúde (Schumacher & Meleis, 1994).

Meleis, na sua teoria, ao considerar o processo de transições de saúde como um processo centrado na interação pessoa – natureza, caracterizado por uma mudança de um estado estável para outro, defende que os enfermeiros são um grupo de profissionais privilegiados, capazes de entender o próprio processo de transição e, por sua vez, implementar um vasto leque de intervenções que

¹³APÊNDICE XIII – Estudo de caso UCIPed

visem uma ajuda efetiva, cooperando com as pessoas, no sentido de atingirem estabilidade e bem estar. (Meleis, 2010)

Com base neste caso clínico, compreendo que o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, deve efetuar uma observação e reflexão minuciosa, de forma a entender a transição que ocorre em cada caso, pois os significados atribuídos às transições são diferentes e variam a cada pessoa, seja ela mãe, pai, ou mesmo criança.

Na UCIPed deste CH, está sediado o transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) de Lisboa, com um médico, um enfermeiro e, um tripulante de ambulância de emergência (TAE), permanentes nas 24H. Neste serviço, tive oportunidade de realizar nove turnos, num total de 72H¹⁴, que envolveram o transporte de crianças e RN em estado crítico.

O TIP faz parte da cadeia de sobrevivência dos recém-nascidos e das crianças, dos 0 aos 18 anos de idade, gravemente doentes. Permite estender a ação das unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais à comunidade, dando atendimento precoce, especializado e contínuo. Assim, permite-se a aproximação de cuidados de elevado nível aos hospitais distritais, onde se geram as necessidades, permitindo, posteriormente, a transferência dos doentes para locais com recursos necessários para o tratamento definitivo. Neste sentido as ambulâncias TIP são um meio INEM ligeiramente diferente dos restantes, uma vez que não realizam transportes primários, mas apenas secundários. Desde 2013, através do *Despacho nº 4651/2013, de 03/04*, toda a atividade relacionada com este tipo de transporte passou a estar regulamentada.

Segundo o Relatório de uma Comissão de Serviço – INEM (2010-2013), desde 2011, corroborado pelo Despacho nº 14898/2011, de 3/11, o INEM iniciou o processo de integração dos meios de emergência médica pré-hospitalares (VMER E ambulâncias SIV) na rede de serviços de urgência, permitindo uma partilha de recursos e sinergias entre estes dois serviços.(INEM, 2013)

¹⁴APÊNDICE XIV – Fichas de realização de estágio em meio INEM

O transporte organizado de recém-nascidos, de risco, iniciou-se em Portugal 1987. Só em 2005 surgiu o primeiro transporte para idade pediátrica na região centro do país. Na região sul, foi implementado um sistema de transporte inter-hospitalar pediátrico em 2010 (SAV Pediátrico), que se fundiu, em 2012, com transporte de recém-nascidos de alto risco, dando origem a um sistema de transporte neonatal e pediátrico organizado: TIP na região Sul, presentemente sediado, de forma alternada, em dois CH da região de Lisboa. Atualmente existem quatro ambulâncias TIP no nosso país, sediadas em Lisboa, Coimbra, Porto e, mais recentemente, em Faro, desde 31 de Março de 2014. Só no ano de 2013 as ambulâncias TIP tiveram 1.289 missões. (INEM, 2014)

De referir que, a equipa da UCIPed que constituiu o TIP, realizou o primeiro transporte em Portugal, de uma criança gravemente doente em *ECMO*, em Novembro de 2010, com enorme sucesso.

Após esta experiência, enquanto enfermeira estagiária no TIP, que considero ter sido bastante enriquecedora, reconheço a necessidade do conhecimento e treino, por parte dos enfermeiros sobre os aspetos muito específicos, respeitantes ao transporte do doente crítico pediátrico, bem como a importância da existência de uma equipa de transporte medicalizada e especializada, preponderante no que refere à sobrevivência destes doentes, nomeadamente no que concerne à redução da morbilidade e da mortalidade.

Perante uma situação de exceção ou desastre, este tipo de vítimas também poderá vir a ocorrer, pelo que esta aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento aprofundado das minhas competências enquanto enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, sendo também, de fulcral interesse, na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. (OE, 2011)

Como já referi anteriormente, durante este EC, fiz o percurso de *trainee*, enquanto instrutora júnior, num curso de suporte avançado de vida (SAVP) da *American Heart Association* (AHA), realizado sob tutoria da *Ocean Medical*¹⁵,

¹⁵APÊNDICE II – Cronograma do curso de SAVP - AHA

Este, permitiu-me desenvolver competências ao nível da enfermagem especializada, através do treino do reconhecimento de situações de periparagem e paragem cardio-respiratória, da identificação e tratamento de urgências respiratórias e tipos de choque e do reconhecimento das principais patologias, potencialmente fatais, em pediatria. No final deste percurso, que decorreu com sucesso, pretendo demonstrar a outros, proficiência técnica, com base científica, nas recomendações da AHA.

O *I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria*¹⁶, constituiu um espaço de reflexão, debate e inovação. Remeteu para alguns aspetos chave, tais como a segurança e qualidade, que envolvem os sistemas de informação, a importância do enfermeiro ser significativo e ser visível. O uso do conhecimento, cuja proveniência é a disciplina de enfermagem; as ontologias e os arquétipos. Este, foi um tema que envolveu acesa discussão com respeito à importância da linguagem versus conceitos, por parte dos enfermeiros. Todos poderíamos tirar melhor partido da CIPE, se realmente existisse esse envolvimento individual, bem como das instituições.

A importância de Gerir emoções e a promoção do papel parental como elemento potenciador de uma transição saudável, também foi outro dos temas abordados e que me ajudou a melhor compreender o cuidar, como um processo relacional, contagiado por emoções e sentimentos, onde a experiência emocional está sempre presente e onde o enfermeiro, que cuida da criança gravemente doente, desempenha um papel ativo como potenciador da esfera da parentalidade.

Outros temas abordados foram alguns desafios em cuidados intensivos pediátricos, com exemplos práticos, como o *ECMO*, grande queimado e os transplantes. Esta apresentação, efetuada por um grupo de enfermeiros de uma UCIPed da área de Lisboa, revelou que o *ECMO*, anteriormente utilizado no pós-operatório de cirurgias cardíacas, desde 2010, é introduzido nas UCI de Portugal e utilizado em patologia respiratória. Neste primeiro ano, esta UCIPed colocou

¹⁶APÊNDICE IV – *I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria*

três crianças em *ECMO*, com enorme sucesso.

O Workshop sobre Ventilação não invasiva (VNI), constituiu uma enorme mais-valia, no sentido em que envolveu formação básica de VNI em pediatria e neonatologia e a sua aplicação prática nas patologias mais frequentes na criança. A metodologia foi essencialmente prática. Para tal, foram usados diferentes modelos de ventiladores de VNI e respetivos casos clínicos.

O Workshop de Trauma pediátrico apresentou estratégias de sistematização de abordagem à criança traumatizada e proporcionou o treino de técnicas de imobilização e remoção de vítimas. Expôs uma vertente pré-hospitalar do trauma pediátrico, que se considera bastante útil, quando aplicada a possíveis vítimas de catástrofe.

De acordo com o Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, o grau de mestre prevê um desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida, em complemento às anteriormente adquiridas. Este EC contribuiu vigorosamente para o desenvolvimento do domínio das minhas aprendizagens profissionais, permitindo também desenvolver o autoconhecimento de forma assertiva e com bases sólidas, tal como preconizado nas competências do domínio das aprendizagens profissionais inerentes ao enfermeiro especialista. Considero, a atualização contínua de conhecimentos, um aspeto de importância crucial para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que pretende ser uma referência para os seus pares, bem como para outros profissionais.

Na análise deste campo de estágio e nas várias experiências envolvidas, entendo, como fundamental, a aquisição de novas competências, no que refere ao cuidar da criança em situação crítica e da família que vivencia um processo de transição situacional.

2.3 Atendimento Permanente

O último campo de estágio selecionado, foi no serviço de Atendimento Permanente de uma unidade de saúde, na região oriental de Lisboa, que iniciou a sua caminhada em 2001 e, atualmente é líder reconhecido na prestação

privada e continua empenhada em inovar e desenvolver um projeto clínico de excelência. (*Ranking Web of Hospitals*, 2014)

O objetivo principal desta etapa foi o de colaborar ativamente na criação de uma proposta do plano de emergência externo, do hospital onde exerço funções. Este trajeto decorreu, especificamente, durante duas semanas (90H), embora todo o processo tenha iniciado o seu desenrolar no início do EC e se mantenha até ao momento, como passarei a descrever à frente, segundo o cronograma específico das atividades.¹⁷

Esta US foi delineada para constituir uma alternativa abrangente na prestação de cuidados de saúde de excelência, centrados no doente. Diariamente, traduz-se em 1.100 consultas, 1.500 exames, 300 urgências, 45 doentes operados, 11 partos e 45 doentes com alta. O seu movimento assistencial e de produção são superiores aos de alguns hospitais públicos centrais. Todos estes factos justificam a necessidade de um PEUS organizado, há muito em falta, de acordo com o preconizado pela Orientação da Direção Geral de Saúde (DGS nº007/2010), que “recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde, a elaboração de um Plano de Emergência Médica”, de acordo com o “Guia Geral de orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”. (DGS, 2010)

O serviço de Atendimento Permanente está disponível 24H, 365 dias por ano, vocacionado para a avaliação e tratamento de situações de urgência/emergência ou outras situações que requerem uma intervenção rápida. Neste caso, de porta aberta à rua e sem limitação de área geográfica, recebe qualquer tipo de patologia, sem qualquer tipo de limitação do ponto de vista médico, no entanto, apresenta algumas limitações do ponto de vista cirúrgico, nomeadamente no que refere à presença física permanente das especialidades. No dia 10 de Dezembro de 2014, contabilizou 1 155 738 clientes admitidos, em 13 anos de atividade.

¹⁷APÊNDICE XV – Cronograma específico das atividades

Para tal, dispõe dos meios necessários para dar assistência à pessoa em estado crítico, bem como de uma equipa de médicos de várias especialidades e um corpo de enfermagem constituído por um enfermeiro chefe, um adjunto, vinte e cinco enfermeiros na prestação de cuidados, com o apoio de dez auxiliares de ação médica (AAM) e treze administrativos. Esta unidade presta assistência a adultos e crianças, com um número médio diário de 180 adultos e 120 crianças, sendo a equipa de enfermagem e de AAM mista, com capacidade de resposta para ambas valências.

Recentemente, a US envolveu-se no projeto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), através do qual a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) tem, como objetivo, avaliar de forma objetiva e consistente, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Os resultados da avaliação deste processo facultam o acesso à informação adequada e inteligível, promovendo a tomada de decisões informada do cidadão e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Neste processo, é analisado um conjunto restrito de parâmetros, selecionados por serem considerados relevantes e diferenciadores. Quando observados, potenciam ou refletem um elevado nível de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Com a dimensão, Adequação e Conforto das Instalações, pretende-se abordar a temática da segurança e conforto das instalações hospitalares. Uma vez que a natureza da realidade, a avaliar neste parâmetro, remete para questões de procedimentos, de organização e de condições físicas e humanas dos prestadores de cuidados de saúde, o modelo de recolha de dados adotado, assenta numa *check-list*¹⁸, cujo preenchimento é da responsabilidade dos prestadores avaliados.

AUS em questão, preencheu esta avaliação em 2011, foi auditada no primeiro semestre de 2013 e, no período pós auditoria, tornou a preencher nova

¹⁸APÊNDICE XVI – *CheckList*– Projeto SINAS

avaliação, sem capacidade de demonstrar evidência do PEUS. De salientar que, no período de 2011 a 2013, foi desenvolvido o PEI.

Neste sentido, com o objetivo de colmatar esta importante falha, numa US que já conta com treze anos de atividade, apresentei, de forma fundamentada, no dia nove de Outubro de 2013, ao senhor enfermeiro diretor, a intenção de desenvolver o PEUS, integrado no contexto do mestrado que estou a realizar. Posteriormente, no dia 15 de Outubro de 2013, numa reunião da direção assistencial, junto da administração da US, foi efetuada a mesma apresentação¹⁹, da qual resultou um enorme interesse pelo tema e total apoio para o progresso do mesmo.

No entanto, em conjunto com a equipa de gestão de risco, tentamos compreender, junto da ERS, sobre a obrigatoriedade, ou não, de um PEUS numa US privada. A resposta da mesma foi:

“a organização deverá contemplar planos de emergência e catástrofe nomeadamente a definição do sistema de ativação: fase de alerta, fase de alarme e fase de execução. Esse plano deverá ser um documento integrado no plano de emergência ou um documento anexo, e deverá ser comunicado a todos os intervenientes da organização incluindo a gestão de topo.

Esta questão contudo tem a opção de N/A para os casos em que; devido à ocorrência de acidentes ou catástrofe, tais como explosões, terremotos, furacões, terrorismo, acidentes nucleares, biológicos, químicos, entre outros; a instituição não sendo hospital de referência poderá não ter encaminhamento destes doentes. Contudo a instituição poderá fazer levantamento de capacidades da urgência /atendimento permanente através de um plano de contingência para resposta a situações de catástrofe”. (ERS, 2014)

Apesar de não existir uma obrigatoriedade em relação à existência do PEUS nesta US, a gestão de topo decidiu prosseguir com este importante projeto, no sentido de proporcionar aos seus clientes e comunidade, uma resposta pronta e eficaz, distinguindo-se também, desta forma, como uma US de referência e confiança dos portugueses.

Após a aprovação da proposta para a constituição da Comissão de Catástrofe (CC) da US, foi efetuada a 1ª reunião da CC²⁰ a 13 de Novembro de

¹⁹APÊNDICE XVII – Apresentação PEUS – 15 de Outubro de 2013

²⁰APÊNDICE XVIII – Ata da 1ª reunião da comissão de catástrofe da US

2013, onde foi efetuado um resumo do projeto de constituição da CC em direção assistencial e onde foram discutidas as fases de implementação do PEUS, conforme cronograma aprovado.

Fui convidada a colaborar, no dia 22 de Novembro de 2013, no planeamento do exercício do PEI²¹, que viria a realizar-se no dia 12 de Janeiro de 2014, enquanto observadora, após o qual foi efetuado um *debriefing* com toda a equipa participante e onde, posteriormente, tive oportunidade de efetuar um relatório²².

No dia 23 de Dezembro de 2013 é realizada a 2ª reunião da CC²³, onde é apresentado o regulamento²⁴ da mesma e discutida a estrutura da cadeia de responsabilidades, comando e controlo.

A 28 de Janeiro de 2014 é realizada a 3ª reunião da CC²⁵, onde é aprovado, por unanimidade, o regulamento da mesma e onde, a partir da qual, se inicia contacto com o Serviço Municipal de Proteção Civil de Lisboa (SMPCL).

Durante as duas semanas de estágio, realizadas durante o mês de Fevereiro de 2014, foi possível efetuar um importante trabalho de campo, de modo a elaborar o catálogo de recursos humanos e o catálogo de recursos materiais da US²⁶. Para tal, foi de grande ajuda, passar um dia num SUC de um CH da região de Lisboa, onde tive a oportunidade de conhecer a sua estrutura física, orgânica e funcional, o seu PEUS e respetivo processo de ativação e desativação, bem como identifiquei o sistema de triagem previsto, que é o mesmo da US em causa, tendo também conhecido o percurso da pessoa vítima de situação de exceção naquela US e verificado os *kits* de catástrofe existentes.

²¹APÊNDICE XIX – Planeamento do exercício do PEI

²²APÊNDICE XX – Análise do Simulacro - PEI

²³APÊNDICE XXI – Ata da 2ª reunião da comissão de catástrofe da US

²⁴APÊNDICE XXII – Regulamento da CC

²⁵APÊNDICE XXIII – Ata da 3ª reunião da comissão de catástrofe da US

²⁶APÊNDICE XXIV – Catálogo de recursos humanos e de recursos materiais da US

Durante este curto período de tempo em que decorreu o estágio na US, não foi possível concluir o PEUS, no entanto, ficaram, desde logo, agendadas diversas datas de reuniões e eventos que dariam continuidade a este importante projeto, as quais passo a descrever:

No dia 28 de Março de 2014, é realizada a 4ª reunião da CC²⁷, onde é definida a estrutura do PEUS²⁸ e distribuídos os grupos de trabalho para a sua elaboração.

A 23 de Junho, ocorreu a 1ª reunião da US com o SMPCL²⁹, onde foi apresentado o trabalho realizado até ao momento e onde foram estabelecidas formas de colaboração entre o SMPCL e a US, para a realização do PEUS.

No dia 17 de Julho de 2014, realizou-se a 2ª reunião da US com o SMPCL³⁰, onde foi solicitado ao SMPCL uma avaliação aprofundada dos potenciais riscos existentes na área de influência da US³¹. Nesta reunião, a US foi convidada, por parte do SMPCL, a participar nas iniciativas a decorrer durante o ano de 2015, no âmbito dos 260 anos do *Terramoto de 1755*, bem como a integrar a Plataforma Cidades Resilientes (<http://www.safe-schools-hospitals.net/en/home.aspx>), promovida pela ONU e, da qual, faz parte a cidade de Lisboa.

A 18 de Julho de 2014, realizou-se a 5ª reunião da CC³², onde foi efetuado um ponto da situação, no que respeita ao trabalho efetuado até ao momento e foram também discutidas algumas dificuldades na evolução do processo.

No dia 12 de Dezembro de 2014, realizou-se a 3ª reunião da US com o SMPCL³³, onde foi assumido o compromisso por parte da US, com respeito à

²⁷APÊNDICE XXV– Ata da 4ª reunião da comissão de catástrofe da US

²⁸APÊNDICE XXVI – Estrutura do PEUS

²⁹APÊNDICE XXVII – Ata da 1ª reunião SMPCL

³⁰APÊNDICE XXVIII – Ata da 2ª reunião SMPCL

³¹APÊNDICE XXIX – Avaliação de riscos potenciais da área de influencia da US

³²APÊNDICE XXX - Ata da 5ª reunião da comissão de catástrofe da US

³³APÊNDICE XXXI - Ata da 3ª reunião SMPCL

participação nas iniciativas a decorrer no ano de 2015, nomeadamente com um simulacro do seu PEUS, a realizar no dia 21 de Julho de 2015. A integração na Plataforma Cidades Resilientes da ONU, já foi efetuada³⁴, tornando-se a US pioneira neste campo.

No dia 26 de Janeiro de 2015, dois elementos da comissão de catástrofe da US foram convidados a estar presentes nos Paços dos Concelho³⁵ para assistir à sessão de lançamento do livro *“Catástrofes e Grandes Desastres”* e à apresentação do programa *Lisboa Cidade + Resiliente + Segura – 260 Anos do Terramoto de 1755*³⁶. Ao marcar a sua presença neste programa, a US pretende assumir uma cultura de segurança responsável, inerente ao reforço de uma cidade que se pretende cada vez mais resiliente.

Durante todo este processo, que incluiu várias reuniões, tive um exercício ativo, dinamizador e de tomada de iniciativa, junto da equipa, que envolveu o agendamento das reuniões, definição dos trabalhos, elaboração de atas, bem como o papel de interlocutor entre a US e o SMPCL, colocando, deste modo, em prática, o preconizado pelo regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente no que concerne ao ponto dois do Anexo I: Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

“intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta”. (OE, 2010)

³⁴APÊNDICE XXXII - Integração na Plataforma Cidades Resilientes da ONU

³⁵APÊNDICE XXXIII – Programa (26 de janeiro de 2015)*Lisboa Cidade + Resiliente + Segura – 260 Anos do Terramoto de 1755*,

³⁶APÊNDICE XXXIV – Brochura *Lisboa Cidade + Resiliente + Segura – 260 Anos do Terramoto de 1755*

Tive, por objetivo, enquadrar as competências gerais do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade (Anexo II-B):

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Ao longo das duas semanas de estágio na US, direcionei a minha observação para a estrutura do SU, tanto do ponto de vista dos recursos humanos, bem como da própria estrutura física. Efetuei um levantamento do material existente e das necessidades a serem adquiridas, com vista à constituição dos kits de catástrofe, bem como uma pesquisa de mercado, relativa ao tipo de material mais atual.

Neste estágio, houve também a oportunidade de desenvolver competências na área da gestão, na medida em que colaborei, de forma mais próxima com a equipa de gestão de enfermagem, na prossecução das atividades propostas para a construção do PEUS.

Desta forma, foi possível enquadrar, igualmente, as competências gerais do enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados (Anexo III -C):

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Durante esta estrita colaboração com a equipa de gestão, foi possível estabelecer outros contactos, nomeadamente com elementos “chave”, ao nível da gestão de topo, direção de qualidade, gestão de risco, entre outros, que se mostraram pilares fundamentais para que todo este processo hoje e, no futuro, sejam uma realidade.

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, aprovado em Outubro de 2011, pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica:

“a emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis”. (OE, 2011)

Neste sentido, atendendo aos dados e tendências atuais, onde é possível encontrar uma diversidade de problemáticas na área da saúde cada vez mais complexa, o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, deve assumir-se como elemento diferenciador para uma implementação de cuidados especializados de qualidade.

3. CONCLUSÃO

Com dezasseis anos de profissão e, após desenvolver uma trajetória profissional muito ligada à urgência, emergência pré-hospitalar e formação em emergência, surge o Mestrado em Enfermagem, área de especialização em pessoa em situação crítica, há muito esperado por mim, tendo tido a possibilidade de ingressar no seu 3º curso.

O caminho percorrido durante o mesmo, envolveu um importante processo de aprendizagem, sempre em crescendo, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e do mestrado.

Considero que, o conhecimento e experiência adquiridos na UCIP me capacitaram para melhor cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, por outro lado, o estágio na UCIPed dotou-me de capacidades e competências, permitindo-me agora abordar questões complexas e, de modo aprofundado, inerentes a uma área tão específica como a pediatria.

Ao meditar sobre a experiência deste percurso, verifico que hoje consigo ter um olhar mais crítico, mais construtivo e mais estruturado, assente numa base sólida e sustentada, resultado do conhecimento adquirido dentro e fora da sala de aula, em cada campo de estágio^{37 38 39}, na partilha de experiências, na pesquisa baseada na evidência científica, através da reflexão com tomada de

³⁷ APÊNDICE XXXV - Apreciação do Percurso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências UCIP

³⁸ APÊNDICE XXXVI - Apreciação do Percurso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências UCIPed

³⁹ APÊNDICE XXXVII - Apreciação do Percurso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências AP

consciência, com o objetivo de elevar, cada vez mais, o patamar de diferenciação dos cuidados que presto à pessoa em situação crítica.

Depois de terminado o período de estágio, o projeto PEUS da US teve continuidade, tendo ocorrido várias reuniões, anteriormente programadas e, neste momento, a US tem um PEUS em fase de execução, por uma comissão de catástrofe, com linhas de trabalho perfeitamente definidas e um objetivo próximo muito claro: o simulacro do seu PEUS em parceria com o SMPCL, a 21 de Julho de 2015. Na expectativa de que o trabalho final seja compreendido como um instrumento eficaz, numa situação de recursos reduzidos, é importante sermos capazes de, antecipadamente, prever essas circunstâncias.

Creio que fui uma mais-valia para o impulsionar desta ideia, que deu origem à construção de um documento, onde foram envolvidos vários profissionais, bem como várias entidades. Através da minha ativa colaboração, que contou com uma boa articulação entre os vários profissionais, consegui demonstrar um nível aprofundado de conhecimento nesta área específica da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Durante uma resposta a desastres, a equipe da US deve estar preparada para tomar difíceis decisões sobre os seus pacientes, como prioridades de atendimento ditadas pela probabilidade de sobrevivência e, para isso, é necessário assegurar uma assistência rápida e eficaz às vítimas, que deve estar perfeitamente standardizada, de modo a simplificar ao máximo todos os procedimentos. (Alves e Redondo, 1999)

Nunca esquecendo que, enquanto o PEUS não existir, a nossa capacidade de resposta perante uma calamidade, estará assente na improvisação, acrescendo o facto de que, qualquer serviço e AP ou SU funciona, habitualmente, no limite das suas capacidades. Neste sentido, qualquer ocorrência súbita poderá resultar numa segunda catástrofe, o que não desejamos.

Refiro, como aspetos muito positivos, a forma como a US abraçou o projeto, especialmente ao nível da gestão de topo, como ao nível da gestão do AP. Outro aspeto fulcral neste processo, foi o empenho e interesse do SMPC na

nossa US e na consecução do mesmo, bem como a coincidência no ano de 2015, com a data marcante dos 260 anos do terramoto de 1755, onde, ao evocar o tema, a CML irá levar a cabo um conjunto de iniciativas, das quais fará parte o simulacro do nosso PEUS.

Ocorreram algumas limitações do ponto de vista prático, relacionadas com a motivação do núcleo multidisciplinar, para reunir e trabalhar o tema, especialmente na fase inicial, no entanto, relaciono esta atitude com a sobrecarga diária de trabalho normalmente já existente, pelo que o cronograma, inicialmente elaborado para o término do PEUS, em Novembro de 2014, não foi possível de atingir.

Não alteraria em nada este caminho, apenas gostaria de tê-lo percorrido mais rapidamente, no entanto, o facto de assim não ter sucedido, permitiu-me outras oportunidades que, só no ano de 2015, serão possíveis.

Neste percurso, penso ter conseguido concretizar o que se espera de um mestre em enfermagem, nomeadamente o que está definido no decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, através da demonstração, a um nível aprofundado, de conhecimentos na área específica de enfermagem em PSC.

Considero, neste âmbito, ter desenvolvido uma prática profissional responsável, pautada pelos princípios da ética, em cada campo de intervenção das minhas ações. (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Enquanto enfermeira perita, tenho, agora, uma compreensão profunda e intuitiva, o que me permite uma visão global e consistente, (Benner, 2005).

Ao longo deste processo, iniciei a construção do PEUS, integrado numa estratégia de melhoria contínua da qualidade, segurança e gestão de risco da US. O mesmo, também permitiu o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e um planeamento mais hábil, no que refere à gestão dos cuidados. Constato que, o domínio da aquisição de competências que busquei e que me foi proporcionado pela ESEL, contribuíram amplamente para um desenvolvimento de aprendizagens profissionais diversificadas, que transformaram a pessoa e profissional que sou hoje.

Nesta sequência, considero ter atingido as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, contempladas no Regulamento nº. 124/2011, artigo 4º, que refere:

“a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi - vítima, da concepção à ação.

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas, em tempo útil.”(OE, 2011)

No que refere às competências específicas do enfermeiro especialista em PSC, no Regulamento nº. 124/2011, artigo 4º, não foi abordado, de forma exaustiva, a alínea c), referente à intervenção na prevenção e controlo de infeção, uma vez que não era o foco do tema, no entanto, não foi, de modo nenhum, descurado. Ao longo dos vários campos de estágio, pautei o meu exercício profissional de acordo com este parâmetro, tendo sempre em mente a real importância em identificar e reduzir os riscos de transmissão da infeção. (OE, 2011)

Ao longo deste trabalho, adotei, como suporte teórico, a Teoria das Transições de Afaf Meleis, certamente, foi a escolha adequada, uma vez que a mesma se ajusta, de forma perfeita, ao tema. Entendo que vivemos numa época crítica, onde ocorrem mudanças inesperadas de forma contínua, o que impõe, ao homem, constantes adaptações, nem sempre fáceis. Na sua teoria, Meleis ajudou-me enquanto agente facilitador desses processos de transição, com o objetivo de promover transições saudáveis e aumentar, desta forma, os ganhos em saúde. Obtive essa percepção em cada campo de estágio. No que refere à construção do PEUS da US e, segundo o propósito da autora, enquanto enfermeira, suponho que já estou a apoiar a *pessoa*, na antecipação da transição, com vista ao seu bem-estar. (Meleis et al., 2000)

Por fim, pretendo salientar que do ponto de vista ético, foi sempre salvaguardado durante o estágio, nas colheitas de dados, através da aplicação de grelhas de observação ou entrevistas informais com peritos, o consentimento informado dos participantes e mantido o anonimato de pessoas ou instituições, respeitando a sua privacidade e confidencialidade de informação.

Parafraseando Albert Einstein, “*I never think of the future. It comes soon enough*”, no entanto, é impreterível pensar no amanhã, para que não sejamos fatalmente surpreendidos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, A. et al (2012) - Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa – Artigo de revisão, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 181-190. Acedido a 2/10/2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/23.pdf>

Albino, R. et al (2007) - Classificação risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade- Relato de caso – **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Acedido em 2/10/2014. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>

Almeida S. (2012) - Resposta da medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofes. **Ata Médica Portuguesa**. Lisboa. Nº 25 (Jan-Fev de 2012). p.37-43.

Alves, A., Redondo, J. (1999) - **Plano de Emergência Hospitalar: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica**. Lisboa: Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência. p. 17-75.

Alves, A. et al. (2010) - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santa Maria. Acedido a 10 de Julho 2013 na intranet do **Centro Hospital de Lisboa Norte**. Acedido a 14 de setembro de 2014. Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt>

Alves, P., (2004) - Proposta de questionário para a escala macrossísmica europeia de 1998 – Notas de utilização e exemplos. **Instituto de Meteorologia, Lisboa**. Acedido em 29/09/2014. Disponível em http://www.civil.uminho.pt/masonry/Publications/Sismica_2004/329-338%20c51%20Paulo%20Alves%20_10p_.pdf

Andrade, L. (2010) - **Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira: Contributos Para A Urgência Hospitalar Da Região Autónoma Dos Açores**. Porto: Universidade de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Araújo S. (2012) - Administração de desastres – Conceitos e tecnologias. 3ª Edição, **Syigma- SMS – Gestão de riscos**. Acedido em 29/09/2014. Disponível em

<http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/AdministracaodeDesastres.pdf>,

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL. (2009), Cadernos Técnicos – PROCIV 7, **Manual de Apoio à Elaboração de Planos de Emergência Externos – Directiva “Sevesoll**. Lisboa. ISBN: 978-989-96121-3-6.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL. (2009) - **Cadernos Técnicos – PROCIV 9, “Guia para a Caracterização do Risco no Âmbito da Elaboração de Planos de Emergência de Proteção Civil**. Lisboa. ISBN: 978-989-96121-6-7.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL. (2013) - **Territórios resilientes- Desafios para o séc. XXI**. Carnaxide: PROCIV.

Báez, A. & Sztajnkrzyer, M. (2014) - **Disaster and Multi-Casualty Triage**. University of Pittsburgh. Acedido a: 2/10/2014. Disponível em <http://www.pitt.edu>

Benner, P. (2001) - **De iniciado a perito**. Lisboa: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Blagg, CR. (2004) - Triage: Napoleon to the present day – **Journal of Nephrology**. Vol.17, nº4. p. 629- 632.

Borges, T. (2012) - **Análise de Satisfação com o Sistema de triagem no Serviço de Urgência**. Dissertação de Mestrado. Acedido a: 2/10/2014. Disponível em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3924/1/DM_Tânia%20Borges_2013.pdf

Botelho, J. (1994) - A Pedagogia do projeto - Enfermagem em foco: **Jornal do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**. nº 14. (Fevereiro/Abril). p. 35.

Bracken, J. (2001) - **Triagem**. In **S. Sheehy (Eds.), Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª edição. Loures: Lusociência.

Caetano, A., Vala, J., (2007) - **Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas**. 3ª edição., Lisboa. ISBN 978-972-8871-15-4.

Castro, et al (2014) - **Eventos em massa e Saúde Pública**. Ciência saúde coletiva. Rio de Janeiro. vol.19, nº9. ISSN 1413-8123. Acedido a: 3/10/2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000903717&script=sci_arttext,

COMISSÃO DE CATÁSTROFE (2012) - **Plano de Emergência externo do Hospital Beatriz Ângelo**. Loures.

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO, (2009) - **Um ano de reflexão e mudança**. Administração regional de saúde do Norte. I.P.

Chaves, M. et al (2007) - **Trauma em Cuidados Intensivos Pediátricos – Experiência do HSM**. Ata Pediátrica Portuguesa. ISSN 0873-9781. Vol.38. Nº5. Setembro e Outubro. Suplemento I.

CHLC, EPE, (2009) - **Procedimento Multisectorial: Formação Mandatória Transversal. Circular informativa**. Conselho de administração.

Corte, F. (2014) - **Formação e treino, fatores essenciais em medicina de catástrofe**. Acedido em 22 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/2629>.

Direção-Geral do Ensino Superior. - Processo de Bolonha, objectivos e linha de acção: Descritores de Dublin. Acedido a 26/06/2013. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/>

DK et al. (2014) - **An evaluation of the Triage Early Warning Score in an urban accident and emergency department**. Acedido a: 29/07/2014. Disponível em <http://www.ajol.info/index.php/safp/article/viewFile/102712/92979>,

Duro, C. (2014) - **Classificação de risco em serviços de urgência na perspectiva dos enfermeiros**. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Acedido a 3/10/2014. Disponível em

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/98547/000922400.pdf?sequence=1>

Hartmann, E. et al (2012) - **Mass Casualty Following Unprecedented Tornadoic Events in the Southeast: Natural Disaster Outcomes at a Level I Trauma Center.**

EM-DAT. **The OFDA/CRED International Disaster Database**”, Université Catholique de Louvain, Bruxelas. Acedido em 18/09/2014, disponível em www.em-dat.net

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. American College of Surgeons (2008) - **Advanced Trauma Life Support.** 8ª edição, Chicago.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. American Health Care Association (2010) - **Ethical Guidelines for the Development of Emergency Plans.** Acedido a: 8/10/2014. Disponível em https://www.michigan.gov/documents/mdch/Ethical_Guidelines_for_the_Development_of_Emergency_Plans_AHCA_428875_7.pdf

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. American Trauma Society (2011) - **Trauma facts.** Acedido em 23 de Setembro de 2014. Disponível em <http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses (2008) - **Advanced Trauma Care for Nurses.** Kentucky: Uniform Copyright Convention.

Fernandes, I. (2007) - **Fatores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros.** ISBN 978-972-8485-88-7. Coimbra. p.166.

Fernandes, M. et al (2012) - **Medidas de Autoproteção – Plano de Segurança Interno - HCD.** Sagies, Setembro. p. 5-6.

Grupo Português de Triage. (2014). **Metodologia de Triage**. Acedido a: 29/07/2014. Disponível em

<http://www.grupoportuguestriage.pt/jm/index.php/9-diversos/91-historia-da-triagem-de-manchester>

Hesbeen, W. (2000) - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2010) - **Manual de VMER 3ªEd**. Lisboa: INEM. p. 29.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2012) - **Emergências Pediátricas e Obstétricas**. Lisboa: INEM.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA (2013) - **Manual de Situação de Exceção**. Lisboa: INEM.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2013) - **Relatório de uma Comissão de Serviço**. Lisboa: INEM. p. 9-14.

International Strategy for Disaster Reduction, (2009) - **Terminology on Disaster Risk Reduction**. Acedido em 14/09/2014. Disponível em ONU. http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Khoshnevis, M. et al (2014) – Disaster Triage System and Educational Strategies. **Future of Medical Education Journal**. Vol. 4. p. 32-35.

Leaning, J. & Guha-Sapir (2013) Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health. **The New England Journal of Medicine**, vol.369 nº 42. Acedido em 22 de Setembro de 2014, disponível em CREDDatabase, <http://CREd.be>

LEI DE BASES DA PROTEÇÃO CIVIL. **Lei n.º 27/2006**. nº 126.

Machado, A., (2007) - **Vamos mexer nos continentes – guião de conteúdos**. Departamento de Geologia do Instituto Nacional de Engenharia. (Projeto VI 1390). Acedido a: 29/09/2014, Disponível em http://www.Ineg.pt/CienciaParaTodos/edicoes_online/diversos/guiao_tectonica_placas

Magnaye et al., (2011) - The Role, Preparedness and Management of Nurses during Disasters. **International Scientific Research Journal**, ISSN 2094-1749. Vol. III.

Mattedi, M., Butzke, I. (2001) - **A relação entre o social e o natural nas abordagens de Hazards e de desastres**. Acedido a 15/09/2014. Disponível em www.scielo.br/pdf/asoc/v4n9/16877.pdf

McSwain, N. et. al.,(2007) - **Pré-Hospitalar Trauma Life Support** . 7ª edição. ISBN: 978-0-323-06711-9.

Mendonça, D. et al., (2012) - **Relatório AP – HCD/2012.**, Lisboa: Hospital Cuf Descobertas.

Menoita, E., (2011) - **Formação em Serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências**. Coimbra. ISBN 978-989-8269-15-7.

Meleis, A. (1991) - **Theoretical nursing: Development and progress**. 2ª edição. Filadélfia: J. B. Lip- pincott Company.

Meleis, A., et al (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science Journal**. Nº 23. p 12–28.

Meleis, A. (2010) - **Transitions Theory**.Springer Publishing Company.

Melles, M., Zago, F. (2001) - A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. **Revista latino-americano de enfermagem**. Ribeirão Preto. Vol.9., nº 1. p. 73-79.

Morin, Moigne J, (2000) - **A inteligência da complexidade**. Lisboa: Europa-Americana.

Moreno, R. et al (2008) - **Plano de Emergência Externa do Hospital de São José**, Acedido a 11 de Julho 2013, gentilmente cedido pelo colega responsável pela ida a campo.

Morton, G., Fontaine, K. (2011) - **Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 9ª.edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Oliveira, F. (2013) - Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: Uma revisão sistemática. **Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador-Bahia.** Acedido a: 3/10/2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13977/1/Fernando%20Antonio%20Gouveia%20Oliveira.pdf>

Oliveira, M. (2007) - **A emergência médica em eventos com multidões. Do planeamento aos resultados. Experiência do EUROTM 2004.** Porto. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de emergência na Faculdade de Medicina. Acedido a 20/06/2013. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22242/2/DISSERTA%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20Miguel%20Oliveira.pdf>.

Padilha, T. (2013) - Atendimento a múltiplas vítimas requer organização. **Revista Emergência.** (Julho 2013). Acedido a: 2/10/2014. Disponível em <http://www.revistaemergencia.com.br/home/>

PORTUGAL. Câmara Municipal de Lisboa (2008) - **Carta de Vulnerabilidade ao Risco de Inundação, no concelho de Lisboa.** Acedido em 21/09/2014. Disponível em http://www.cmlisboa.pt/fileadmin/VIVER/Seguranca/Protecao_Civil/ficheiros/Carta_de_Vulnerabilidade_ao_Risco_de_Inundacao.pdf .

PORTUGAL. Câmara Municipal de Lisboa (2011) - **Planta de Riscos Naturais.** Acedido em 21/09/2014. Disponível em http://1998-2013.amlisboa.pt/fileadmin/ASSEMBLEIA_MUNICIPAL/AML/Area_Reservada/Reunioes/Mandato_2009_2013/2011_09_13_10_SO/Proposta_530_2011_Anejos/1_04_planta_riscos_naturais_I.PDF

PORTUGAL. Câmara Municipal de Lisboa (2014) – **Demografia.** Acedido em 23/09/2014. Disponível em <http://www.cm-lisboa.pt/municipio/demografia> ()

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. **Orientação N°017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica.** Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. **Orientação Nº029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (2010) - **Circular Normativa Nº07/DQS/DQCO: Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde (2013) - **Portugal saúde sem números**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL: Ministério da Integração Nacional (2007) – **Conferência Geral sobre Desastres**. Lisboa: Secretaria Nacional de Defesa Civil.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2010) - **Orientação da Direcção-Geral da Saúde**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2003) - **Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2010) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** – Lisboa: CE. Acedido a 23/09/2014. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2010) - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: CE.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (2011) - **REPE – Estatuto**. Lisboa: CE.

PORTUGAL. Ordem dos Médicos e SPCI (2007) - **Transporte de Doentes Críticos. Recomendações**”. Lisboa: OM.

PORTUGAL. Serviço municipal de proteção civil de Lisboa, (2012) - **Carta de Distribuição de Intensidades Sísmicas**. Acedido em 21/09/2014. Disponível em

http://www.cmlisboa.pt/fileadmin/VIVER/Seguranca/Protecao_Civil/ficheiros/Dist

[ribuicao_intensidades_sismicasVIT_7.pdf.](#)

PORTUGAL. Serviço municipal de proteção civil de Lisboa - **Escala de Mercalli Modificada.** (2012), Acedido em 21/09/2014. Disponível em http://www.cmlisboa.pt/fileadmin/VIVER/Seguranca/Protecao_Civil/ficheiros/ESCALA_MERCALLI.jpg

PORTUGAL. Serviço municipal de proteção civil de Lisboa (2014) - **Carta de Equipamentos e Serviços.** Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, Julho.

PORTUGAL. Serviço municipal de proteção civil de Lisboa (2014) - **Carta de Infraestruturas.** Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, Julho.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (2014) - **Relatório de Desenvolvimento Humano -Sustentar o Progresso humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência.** Nova Iorque: PNUD.

Puntillo, K. et al (2009) - **Evaluation of pain in ICU patients.** Vol. 135. nº 4. p. 1069–1074.

Rocha, I. (2003) - **Posto Médico Avançado.** Porto. Dissertação de mestrado em Medicina de Catástrofe apresentado no Instituto de Ciências Abel Salazar.

Roming, L. (2002) - Paediatric Triage, a System to Jump START young patients at MCIs. **Journal of Emergency Medicine Submission.** (27 de Julho de 2002). p. 52-60.

Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010) - Metodologia do Projeto: Coletânea descritiva de etapas. **Revista Percursos.** nº 15. (Janeiro- Março). p. 4.

Sá-Chaves, I. (2000) - **Formação, Competências e conhecimento profissional.** Lisboa: Porto Editora.

Sanders, S. & Minick, P. (2014) - Making better decisions during triage. **Emergency Nurse.** Vol. 22, nº6, p. 14-19. Acedido a: 8/10/2014 de Rcnpublishing database. Disponível em <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/en.22.6.14.e1336>

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994) - Transitions: a central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol 26, nº2. Acedido a 20 de Janeiro de 2013, Disponível em <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>

Serviço nacional de bombeiros e proteção civil (2006) - **Clube de Proteção Civil**. Lisboa: MR-Artes Gráficas, Lda. ISBN:972-99709-1-2

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. **Journal of nursing scholarship**. Vol 26, nº2. Acedido a 20 de Janeiro de 2013. Disponível em <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008) - **Guia para o Transporte de Pessoas Críticos**. Lisboa: p.9.

Soomaroo, L., Murray, V. (2012) - Disasters at Mass Gatherings: Lessons from history. **PLOS Currents**.. (Fevereiro). Acedido em 26/09/2014 de NCBI database. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271949/>

Stone, J. (2010) - Moving Interprofessional Learning Forward Trough Formal Assessment. **Medical Education** . p.392-403.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (2005) - **Hyogo Frame Work for Action 2005-2015: Buiding there silience of nations and communities to disasters**. Acedido em 14/09/2014. Disponível em: <http://www.unisdr.org/we/inform/publications/8720>,

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY (2011). **A Sentinela**.(1º de Dezembro). p.3

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) - **Vulnerable groups**. Acedido em 26/09/2014. Disponível em http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2009) - **ICN Framework of Disaster Nursing Competencies**. Suíça: WHO. ISBN 978-92-95065-79-6.

Valentim, A .et al., (2014) - Utilizando os serviços de emergência do sistema único de saúde mediante o Simple Triage and Rapid Treatment. **Revista. Enfermagem Profissional**. Lisboa . Vol 1, nº1. (Janeiro/Abril).

Vargas, M. et. al - Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?” **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol 60, nº 3. (Maio-Junho). p.339-43. Acedido a: 29/09/2014 de Lume database. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>

Veiga, R. (2000) - **Higiene, Segurança, Saúde e Prevenção de acidentes de trabalho**. Lisboa.

Zêzere, J. et al (2013) - **Desastres de Origem Hidro-Geomorfológica em Portugal Continental no Período 1865-2010**. Coimbra.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de estágio do 3º trimestre

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO DO 3º TRIMESTRE

ANO	2013												2014											
	OUT			NOV			DEZ			JAN			FEV											
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14
SEMANA	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14					
UCIP																								
UCIPED																								
TIP																								
SUC																								
AP																								
Pesquisa Bibliográfica																								
Elaboração e Apresentação do Relatório																								
Orientação Tutorial																								

ATIVIDADES 3º TRIMESTRE

LEGENDA:

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

SUC - Serviço de Urgência Central

TIP - Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

UCIPED - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

AP - Atendimento Permanente

APÊNDICE II
Cronograma SAPV

Horário do curso SAVP

1º DIA (9h-18h)

9h00-9h25	Boas vindas Apresentação
9h25-9h45	Aula 1 – Visão Geral do Curso de SAVP (5 min) Aula 2 – Visão Geral da Ciência de SAVP (15 min)
9h45-10h45	Prática e Teste de SBV/ DEA
10h45-11h00	Intervalo
11h00-12h00	Tratamento de Urgências Respiratórias
12h00-12h50	Aula 5 – Conceito de Equipa de Ressuscitação (30 min) Aula 6 – Visão Geral da Avaliação Pediátrica (10 min) Aula 7 – Visão Geral das Estações Práticas (10 min)
12h50-13h50	Almoço
13h50-14h20	Acesso Vascular
14h20-14h50	Distúrbios de Ritmo e Electroterapia
14h50-15h20	Discussão dos casos respiratórios
15h20-15h50	Casos respiratórios 1 e 2
15h50-16h00	Intervalo
16h00-16h30	Casos respiratórios 3 e 4
16h30-17h00	Discussão dos casos de choque
17h00-17h30	Casos de choque 5 e 6
17h30-18h00	Casos de choque 7 e 8
18h00	Encerramento do 1º dia de curso

2º DIA (9h-18h)

9h00-9h30	Discussão dos casos cardíacos
9h30-10h00	Casos cardíacos 9 e 10
10h00-10h30	Casos cardíacos 11 e 12
10h30-10h40	Intervalo
10h40-12h40	Casos clínicos
12h40-13h40	Almoço
13h40-14h40	Teste escrito de SAVP (45 min)
14h40-17h00	Teste prático dos Casos Básicos de SAVP
17h00-18h00	Recuperação
18h00	Encerramento do Curso de SAVP

APÊNDICE III

Encontro de Enfermagem de Emergência

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS
 ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
 EMERGENCY NURSING CONFERENCE | ENCUENTRO DE ENFERMERÍA DE EMERGENCIAS
 28 e 29 NOVEMBRO 2013
 LISBOA, PORTUGAL



CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE CÉLIA MARIA SIZUDO BATISTA AIRES
 PARTICIPOU NO 2º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA,
 REALIZADO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA,
 POLO ARTUR RAVARA, NOS DIAS 28 E 29 DE NOVEMBRO DE 2013.

A DIREÇÃO DA APE:

Pedro Vasconcelos

LISBOA, 29 DE NOVEMBRO DE 2013



APOIOS:



CURSOS

CURSOS PRÉ-ENCONTRO (AHA):
 AMERICAN HEART ASSOCIATION



**SUORTE AVANÇADO DE VIDA
 CARDIOVASCULAR (ACLS)**



**SUORTE AVANÇADO DE VIDA
 PEDIÁTRICO (PALS)**



**SUORTE BÁSICO DE VIDA
 DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA
 (SBV DAE)**



ENTIDADE FORMADORA:



APOIOS



TORNE-SE SÓCIO DA APE

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DE
 INSCRIÇÃO:**

**OFERTA DO PAGAMENTO DE JÓIA
 NO VALOR DE €50**

- FOTOCÓPIA DO DIPLOMA DO CURSO DE ENFERMAGEM GERAL OU EQUIVALENTE LEGAL;
- 2 FOTOGRAFIAS TIPO PASSE;
- PREENCHIMENTO DO BOLETIM DE INSCRIÇÃO DA APE;
- PAGAMENTO DE UMA QUOTA ANUAL DE 30 EUROS

MAIS INFORMAÇÕES EM:

www.apenfermeiros.com



**ENCONTRO DE ENFERMAGEM
 DE EMERGÊNCIA**

**28 | 29 NOVEMBRO
 LISBOA, PORTUGAL**



AUDITÓRIO ESEL, PÓLO ARTUR RAVARA

PROGRAMA OFICIAL



WWW.EEEMERGENCIA.COM



PROGRAMA		ORGANIZAÇÃO	
DIA 28 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR Moderador: Michael Isidro Bjorn-Ove Suserud (Professor da University of Borås, Suécia) Papel do Enfermeiro no Serviço de Emergência Suéco Xorach Rodriguez (Enfermeiro do Sistema de Emergência Canário) Papel do Enfermeiro no Serviço de Emergência Canário Ana Martins (Adjunta de Comando dos Bombeiros do Barreiro) O Papel dos Enfermeiros nos Bombeiros Rui Miguel Cruz (Enfermeiro da VMER HDFF e OE) O Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros COFFEE BREAK (30 min) COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA Moderador: Flávio Faria Tago Amaral (Enfermeiro do SU e VMER do CHLC) Departamento PSC da APE: Ilusão e Atividades; Que futuro para o Enf. - Especialista em PSC Rui Miranda (Enfermeiro do SU do CHLN) O Advogado Nurse Practitioner A Prática Avançada na Pessoa em Situação Crítica João Carlos Azevedo Martins (Presidente do Colégio de Enfermagem Médico-Cirúrgica OE) O Posicionamento da Ordem dos Enfermeiros ALMOÇO (1h) ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM TRAUMA Moderador: João Geraldo Carlos Ferreira (Cirurgião do Hospital da Luz e da VMER CHLO) Via Verde de Trauma Pedro Vasconcelos (Enfermeiro do SU e VMER CHLO) Implementação de um Programa de Qualidade em Trauma Artur Beja (Enfermeiro do SU CHLC) Fluidoterapia em Trauma COFFEE BREAK (30 min) EMERGÊNCIA EM PEDIATRIA Moderador: Ana Sofia Casal Avetê Monteiro (UCIN do Hospital Dona Estefânia, CHLC) A Prevenção do Trauma nas Crianças Ana Luísa (Anestesiologista do HFAR e da VMER CHLO) Abordagem à Criança Gravemente Doente no Pré-Hospitalar Zélia Soares (Enfermeira da UCIPED do CHLN) Transporte Inter-Hospitalar/Pediatríco ENFERMAGEM EM CIRURGIA DE GUERRA Moderador: Luis Fernandes Joana Sá (Hospital dos Covões) Membro do Comité Internacional da Cruz Vermelha	DIA 29 A FORMAÇÃO E A INVESTIGAÇÃO EM EMERGÊNCIA Moderador: Tiago Amaral Bjorn-Ove Suserud (Professor da University of Borås, Suécia) Conferenciais: COFFEE BREAK (30 min) MESA REDONDA: DOAÇÃO EM EMERGÊNCIA Moderador: Fernando Rodrigues (Enfermeiro Bloco Operatório Central e Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do CHLC) João João (Médico UCIP HFF) O Dador Coração Parado Mercio Job Batista (Enfermeiro do SU e do Gabinete de Transplante do HGO) O Papel do Enfermeiro na Manutenção do Dador CERIMÓNIA DE ENCERRAMENTO ENTREGA DO PRÉMIO DO CONCURSO DE PÓSTERES	COMISSÃO CIENTÍFICA: CÂNDIDA DURÃO (ESEL) CLÁUDIA ALFARROBINHA (HSB) JOÃO GERALDES (HGO) PEDRO VASCONCELOS (CHLO) EEE COMISSÃO ORGANIZADORA: ANA SOFIA CASAL (CHLN) ANA RAQUEL PIMENTEL (CHLO) DULCE GONÇALVES (CHLO) FLÁVIO FÁRIA (HSB) JOÃO RAIMUNDO (CHLO) MICHAEL ISIDRO (CHLO) TIAGO AMARAL (CHLC)	TÍTULOS DOS PÓSTERES A CONCURSO <ol style="list-style-type: none"> 1. Presença dos Familiares durante a Reanimação Cardiopulmonar: Resultados de uma Revisão da Literatura 2. Sistema de Triagem de Manchester e o Tempo de Internamento Hospitalar: Dados de um Serviço de Urgência de Portugal 3. Queixas apresentadas pela População de Coimbra segundo Sistema de Triagem de Manchester 4. Tempo de Permanência Hospitalar e sua Relação com o Sistema de Triagem de Manchester 5. Triagem de Manchester no Entarde Agudo do Miocárdio 6. A Via Verde AVC no Concelho de Odemira 7. Abordagem ao Doente Crítico - Estudo de Caso 8. Transporte do Doente Crítico como Experiência Humana para o Enfermeiro 9. Segurança do Reanimador durante as Manobras de RCP no Transporte 10. Hipotermia Terciária e Contexto Pré-Hospitalar SIV 11. Importância do Gabinete de Informação e Acompanhamento (GIA) na Humanização dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa/Família em Situações de Urgência/Emergência 12. Desenvolvimento do Serious Game e-Baby sobre a Avaliação da Oxigenação do Bebê Pré-termo de Risco 13. Helicópteros de Emergência Médica DRS: Atividades em 2013 14. Ambulâncias SIV: Atividade em 2013 15. Programa Regional DAE Su - Análise de Casos de Utilização 16. Jones Dependency Tool: Um Instrumento de Gestão em Contexto de Urgência: Resultados de Aplicação em Progresso
LOCALIZAÇÃO ESEL, PÓLO ARTUR RAVARA MORADA: AV. D. JOÃO II, LOTE 4.69.01, PARQUE DAS NAÇÕES, LISBOA ACESSIBILIDADES: ESTACÇÃO MOSCAVIDE METRO: 500 METROS GARE DO ORIENTE METRO: ESTACÇÃO ORIENTE A 1 KM COMBOIOS RODOVIARIA: ESTACÇÃO DO ORIENTE A 1,5 KM	 		

APÊNDICE IV

I Encontro de Enfermagem de Cuidados Intensivos de Pediatria

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Marques - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE
 Helena Ribeiro da Silva - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE
 Mónica Rodrigues - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE
 Paulo Costa - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE
 Pedro Jacome CHLC/ H.D. Estefânia, EPE
 Sílvia Barros - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

COMISSÃO CIENTÍFICA

Conceição Capoz - CH.U. Coimbra	Marie José Araújo - H. Garcia de Orta
Dina Nunes - CHP/H.S. António	Pedro Jacome - CHLC/H.D. Estefânia
Fernanda Cordeiro - HPT/C.H.S. João	Rafael Marques - CHLN/H.S. Maria
Gina Reis - CH.U. Coimbra	Raquel Gomez - H. Garcia de Orta
Luana Vieira - HPT/C.H.S. João	Teresa Candolim - CHLC/H.D. Estefânia
Manuela Aguilár - CHP/H.S. António	Zélia Soares - CHLN/H.S. Maria

Iº Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria

23 e 24 Janeiro de 2014
 Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora



ENICUP

24 Janeiro ENCONTRO

Programa Científico	
08h30	Abertura do Secretariado
9h00 9h30	Secção De Abertura COMISSÃO DE HONRA <ul style="list-style-type: none"> • Enfª Sónia Semão, Enfermeira Chefe do UCINP do HFF, EPE • Enfª Júlia Vieira, Enfermeira Diretora do HFF, EPE • Dr. Lúis Marques, Presidente do Conselho de Administração do HFF, EPE • Dr. Nuno Alves, Diretor Clínico do HFF, EPE • Dr.ª Helena Carneiro, Diretora de Departamento de Pediatria do HFF, EPE • Prof. Dr. Germano Couto, Bastião da Ordem dos Enfermeiros
Mesa 1 SEGURANÇA E QUALIDADE Moderador: Enfª Palmira Silva, Enfª Diretora Adjunta do CHLC / Hospital Dona Estefânia	
09h30 11h30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de Informação Prof. Dr. Abel Paiva, ESE Porto ▪ Eventos Adversos Enfª Anabela Ferreira, CHLN / Hospital de Santa Maria Enfª Gina Reis, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ▪ Auditorias Enfª Bruno Ribeiro, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE Enfª Carlo Abreu, CHLC / Hospital Dona Estefânia ▪ Satisfação com os Cuidados Enfª Catarina Melancia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE Enfª Fernando Mateus, CHLC / Hospital Dona Estefânia
12h00 13h00	Mesa 2 GERIR EMOÇÕES Moderador: Enfª Paulo Fonseca, Enfª Coordenador do Hospital da Luz - Centro Clínico de Amadora <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspetiva dos Profissionais Prof.ª Dr.ª Ana Paula Nunes, ESS Cruz Vermelha Portuguesa ▪ Parentalidade Enfª Carlos Correia, Hospital Garcia de Orta

24 Janeiro ENCONTRO

Programa Científico	
13h00 13h30	Apresentação e Discussão de Posters
14h30 15h30	Conferência CUIDADOS INTENSIVOS vs CUIDADOS PALIATIVOS Prelectora: Prof. Dr.ª Paula França, ESSE Porto
15h30 17h00	Mesa 3 DESAFIOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Moderador: Prof. Cândido Durão, ESEL <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECMO Enfª Rita Flor, CHLN / Hospital de Santa Maria Enfª Ricardo Cruz, HPT-C.H.S. João ▪ Grande Queimado Enfª Tânia Meseses, CHLC / H. Dona Estefânia ▪ Transplantes Enfª Sónia Azevedo, C. Hospitalar e Universitário de Coimbra Enfª Raquel Neves, CHP / H. Santo António
17h00 17h30	Entrega de Prémios (Posters)
17h30	Sessão de Encerramento

Coffee Break | 11h30 - 12h00
 Almoço | 13h00 - 14h30

Patrocinadores

Resmed
 Baxter
 Lusodenta
 VYGON
 Air Liquide
 Resmed
 Lindo

Transferência Bancária para associação

NIB - 0010 0000 4739321001 60
 Banco - BFT - São Mamede de Infesta

Preços:

- Encontro: 20€ (Incluir almoço)
- Encontro + 1 Workshop: 30€
- Encontro + 2 Workshops: 40€

Inscrições em www.enicup.com

Objetivos

- Refletir sobre as práticas de enfermagem nas UCI pediátricas;
- Proporcionar o debate sobre as tendências em discussão;
- Atualizar conhecimentos e experiências.

O 1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria tem como finalidade criar um espaço de reflexão e debate sobre o conhecimento e as práticas desenvolvidas nos cuidados à criança / família hospitalizada em cuidados intensivos pediátricos.

APÊNDICE V

Workshop (Ventilação Não Invasiva e Trauma Pediátrico)



Certificado

Declara-se que Célia Batista Aires
frequentou no "1 Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em
Pediatría" o workshop Ventilação não invasiva e Trauma

que decorreu no dia 23 de Janeiro.

Amadora, 23 de Janeiro de 2014

1ª Comissão Organizadora

Neves



APÊNDICE VI

Grelha de Observação de Dados

Grelha de Observação

*"CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS PERANTE MÚLTIPLAS VÍTIMAS
EM SÍMUL TÂNICO EM SITUAÇÃO CRÍTICA"*

Data	Local	Observação	Descrição
		PEUS Atualizado	
		Sistema de triagem	
		Localização do Gabinete de crise	
		Localização das "Actions Cards"	
		Formas de assegurar a comunicação	
		Plano de circulação e a organização dos circuitos de circulação	
		Localização/distribuição no acolhimento das vítimas	
		Kits de catástrofe	
		Kits de proteção individual	
		Localização dos ventiladores de reserva	
		Localização dos gases medicinais	
		Localização dos produtos farmacêuticos de reserva	
		Localização de equipamentos essenciais de urgência de reserva	

Grelha de observação – SUC/CH - A

DATA	ASPECTO A OBSERVAR	PRESENTE/AUSENTE	DESCRIÇÃO/COMENTÁRIOS
4.2.2014	PEUS Atualizado	Ausente	Última atualização - Novembro de 2010
	Sistema de Triagem	Presente	Triagem de Manchester Existem 250 Kits de Triagem situados...
	Gabinete de Crise	Presente	Nível1 – Gabinete da Diretora do SUC Nível 2 e 3 – Administração no piso 4
	Localização das “Actions Cards”	Ausente	Estão disponíveis no PEUS que se encontra no SUC
	Formas de Assegurar a Comunicação	Presente	Telemóvel, Telefone fixo, Linhas internas telefónicas e Fax.
	Plano de Circulação e organização dos circuitos de circulação	Presente	Os circuitos de circulação fora da US são assegurados pelas forças de ordem pública. Dentro da US, pelo pessoal de segurança da mesma. Está prevista a entrada de funcionários, a distribuição dos parques de estacionamento e os portões de entrada e de saída.
	Localização /Distribuição no acolhimento das vítimas	Presente	Triagem – Nível 1 - Hall de entrada do SUC, Nível 2 e 3 – Exterior do SUC. Zona Vermelha/Amarela – Nível1 – Sala diretos – 3 vagas, Nível 2 e 3 – SO – 16 vagas/SMI

			<p>– 11 vagas. Capacidade total de 30 Vítimas.</p> <p>Zona Verde – Nível 1, sala de espera da triagem – 20 vagas, Nível 2, sala de análises clínicas – 15 vagas, Nível 3, central de consultas piso 1 – 100 vagas.</p> <p>Capacidade total de 135 Vítimas</p> <p>Zona Preta – 1,2 e 3 – Consulta de ambulatório – Piso 1</p> <p>Máx. - 20</p>
	Kits de Catástrofe	Presente	O SUC dispõe de 100 Kits preparados para catástrofe, três carros rodados e um carro de reanimação.
	Ventiladores de reserva	Presente	O SUC dispõe de 3 ventiladores de reserva
	Gases Medicinais de reserva	Presente	O SUC dispõe de 10 garrafas de oxigênio preparadas para a catástrofe.
	Produtos farmacêuticos de reserva	Ausente	Não dispõe desta reserva

Grelha de observação – SU/CH - B

DATA	ASPECTO A OBSERVAR	PRESENTE/AUSENTE	DESCRIÇÃO/COMENTÁRIOS
11.2.2014	PEUS Atualizado	Presente	Última atualização – 2008
	Sistema de Triagem	Presente	Triagem de Manchester Existem 250 Kits de Triagem situados no SU
	Gabinete de Crise	Presente	Edifício do conselho de administração
	Localização das “Actions Cards”	Presente	Encontram-se disponíveis no SU
	Formas de Assegurar a Comunicação	Presente	Telemóvel, Telefone fixo, Linhas internas telefónicas e Fax.
	Plano de Circulação e organização dos circuitos de circulação	Presente	Os circuitos de circulação fora da US são assegurados pelas forças de ordem pública. Dentro da US, pelo pessoal de segurança da mesma. Está prevista a entrada de funcionários, a distribuição dos parques de estacionamento e os portões de entrada e de saída.
	Localização /Distribuição no acolhimento das vítimas	Presente	Triagem – Nível 1 –Local habitual, Nível 2 e 3 – Área adjacente à admissão de doentes. Capacidade total de 7 Vítimas. Zona Vermelha/Amarela – Zonas limítrofes às salas de reanimação Capacidade total de 34 Vítimas.

			Zona Verde – SUP normal/Claustros Zona Preta – Áreas contíguas à igreja
	Kits de Catástrofe	Presente	O SU dispõe de 2 Kits preparados para catástrofe.
	Ventiladores de reserva	Ausente	O SU não dispõe de ventiladores de reserva.
	Gases Medicinais de reserva	Ausente	O SU não dispõe de gases medicinais preparados para a catástrofe.
	Produtos farmacêuticos de reserva	Ausente	Não dispõe desta reserva

APÊNDICE VII

STOP Quedas



STOP QUEDAS

Programa de Gestão e Controlo das Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar

Equipa de Gestão do Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Central
Ana Maria da Silva, Catarina Mendes, Patrícia Barata, Fátima Gonçalves, João Lage, Ana Regina, Lúcia Teixeira, Lúcia Trindade, Pires Duarte, Susana Ramos
gnd@chc.com.pt

INTRODUÇÃO

Vários estudos apontam que 80% dos incidentes relatados nos hospitais são quedas e em 5 a 6% destas o doente sofreu uma fratura ou uma lesão grave, com repercussões a nível psicológico, económico e social. Dos múltiplos fatores que podem contribuir para as quedas, destaca-se a idade (acima dos 65 anos), o estado de saúde, a medicação que o doente está a tomar, história de queda anterior e fatores ambientais.

A monitorização do indicador "Queda do Doente" iniciou-se em 2015 no Hospital de Santa Marta Impulsionado pelo Programa de Acreditação do CHCS e integrado no Projeto IQIP (International Quality Indicator Project). Em 2008 o Centro Hospitalar de Lisboa Central promoveu o alargamento do projeto de gestão e controlo das quedas de doentes em todos os seus hospitais com vista a aumentar a segurança do doente.

OBJECTIVOS

- Medir a dimensão do problema associado ao incidente de queda.
- Promover as boas práticas na prevenção de quedas do doente.
- Identificar fatores de risco e fatores contribuintes associados aos incidentes de quedas dos doentes.
- Introduzir alterações de melhoria ao nível das práticas e do ambiente físico.
- Alertar os doentes/família e os profissionais para as medidas de prevenção das quedas e redução das suas consequências.

METODOLOGIA

O programa assenta em quatro pilares: avaliação do risco de queda do doente individualizada, realizada pelo enfermeiro com recurso à escala de Morse e plano de intervenções gerais e específicas conforme o nível do risco, assim como avaliação do risco dos fatores ambientais. Registo do incidente de queda na Aplicação da Gestão do Risco on-line, que emite uma notificação para a Equipa da Gestão do Risco, Grupo dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Grupos de Análise que integram cerca de 400 profissionais, tendo como responsabilidade a análise dos fatores contribuintes para a queda e desenvolvimento de medidas de melhoria. Realização de formação em serviço e contínua para os profissionais e disponibilização de suporte comunicacional para o doente e família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nível de Risco	Gravidade	Prevalência	Prevalência	Prevalência
Alto	100%	100%	100%	100%
Médio	100%	100%	100%	100%
Baixo	100%	100%	100%	100%

Este projeto contribuiu para a mudança da cultura de segurança dos profissionais e para uma maior consciencialização da dimensão do problema e da necessidade de adotar boas práticas na prevenção das quedas. Em 2012 realizaram-se 51902 avaliações de risco individual e registou-se uma incidência de 1,12%. Verificou-se que os fatores que mais contribuíram para a queda do doente foi o "Estado de Saúde" (74,5%), dando relevância à importância de uma abordagem multidisciplinar da Equipa de Saúde na gestão e controlo das quedas do doente. Os fatores ambientais representam 20,4% das causas de queda do doente, sendo avaliados e monitorizados pela Equipa da Gestão do Risco. Do total das quedas, 36,7% originaram lesão e resultaram 3880 atos médicos e de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde devem proporcionar o máximo bem-estar e segurança ao doente. O CHLC desenvolve um projeto integrado e contínuo para a prevenção das quedas e a Equipa da Gestão do Risco utiliza estratégias multimodais promovendo momentos formativos e de reflexão entre os profissionais e o envolvimento dos doentes/família. Em Maio de 2013 a Iniciativa da "Semana da Segurança do Doente" alusiva ao tema que contribuiu para a promoção das boas práticas e alertou o cidadão para as medidas de prevenção.



Bibliografia:
1. Associação Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPPGG). Guia de boas práticas para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Lisboa: SPPGG, 2011.
2. Associação Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPPGG). Guia de boas práticas para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Lisboa: SPPGG, 2011.
3. Associação Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPPGG). Guia de boas práticas para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Lisboa: SPPGG, 2011.

Agradecimentos: À Direção e Equipa de Gestão do CHC que possibilitou o desenvolvimento deste projeto.
À Direção do Hospital de Santa Marta que possibilitou a implementação deste projeto.

APÊNDICE VIII

Cronograma de Atividades UCIP

Local de Estágio	Objectivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p>Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP- CH)</p> <p>(Oito semanas - duzentas e quinze horas)</p>	<p>Conhecer a dinâmica de trabalho numa UCI, tanto na sua vertente organizacional como funcional, conhecendo os protocolos e normas existentes na UCIP;</p> <p>Adquirir e melhorar competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa politraumatizada, com deficit ventilatório ou instabilidade hemodinâmica;</p> <p>Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, com vista aos Cuidados de Enfermagem à PSC, nomeadamente vítima de trauma grave;</p>	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a abordagem à pessoa politraumatizada em ambiente de UCI através da pesquisa bibliográfica;</p> <p>Consultar Instruções de Trabalho e protocolos existentes no serviço;</p> <p>Colaborar com a equipa multidisciplinar no planeamento, execução e avaliação dos cuidados à PSC;</p> <p>Gerir a aplicação de protocolos utilizados habitualmente na UCIP;</p> <p>Refletir sobre a atuação do enfermeiro especialista, nos diferentes contextos da prática, ao politraumatizado em situação</p>

<p>Estabelecer relação terapêutica com a PSC e sua família;</p>	<p>crítica na UCIP;</p> <p>Identificar os processos transicionais presentes na situação de internamento em UCI e suas barreiras ao estabelecimento da relação terapêutica Enfermeiro/Família</p> <p>Desenvolver competências na adopção de estratégias de comunicação adequadas através da comunicação com o doente ventilado.</p>
<p>Adquirir e desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção na PSC.</p>	<p>Prestar Cuidados de Enfermagem sob o respeito pela aplicação das normas e recomendações da comissão de infeção em vigor na UCIP .</p>

APÊNDICE IX

Escala de Morse

Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa

MORSE FALL SCALE: TRANSLATION AND TRANSCULTURAL ADAPTATION FOR THE PORTUGUESE LANGUAGE

MORSE FALL SCALE: TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN A LA LENGUA PORTUGUESA

Janete de Souza Urbanetto¹, Marion Creutzberg², Flávia Franz³, Beatriz Sebben Ojeda⁴, Andreia da Silva Gustavo⁵, Hélio Radke Bittencourt⁶, Quêzia Lidiane Steinmetz⁷, Veronica Alacarini Farina⁸

RESUMO

Estudo realizado com o objetivo de traduzir e adaptar a Morse Fall Scale da língua inglesa para a portuguesa. Foi realizado em sete etapas: autorização pela autora da escala; tradução para o português do Brasil; avaliação e estruturação da escala traduzida; tradução reversa para o inglês; avaliação e validação da escala pelo comitê de especialistas; avaliação da clareza dos itens e definições operacionais por 45 profissionais e avaliação da concordância entre avaliadores e confiabilidade da reprodutibilidade, quanto aos dados referentes à avaliação de 90 pacientes, por quatro avaliadores/juízes. Quanto à clareza da escala, as proporções foram consideradas muito satisfatórias, com intervalo de confiança entre 73% a 100% na opção muito claro. Quanto à concordância das respostas, os resultados apresentaram coeficientes Kappa em torno de 0,80 ou superiores. Concluiu-se que o processo de adaptação da escala foi bem sucedido, indicando que seu uso é apropriado para a população de pacientes brasileiros hospitalizados.

DESCRIPTORIOS

Pacientes internados
Acidentes por quedas
Fatores de risco
Segurança
Estudos de validação.

ABSTRACT

The study aimed to translate and adapt the Morse Fall Scale from English into the Portuguese language. This was performed in seven steps: authorization by the author of the scale; translation into Portuguese; evaluation and structuring of the translated scale; reverse translation into English; evaluation and validation of the scale by a committee of experts; evaluation of clarity of items and operational definitions with 45 professionals; evaluation of agreement between raters and the reliability of reproducibility, related to data from the evaluation of 90 patients, performed by four evaluators/judges. The clarity of the scale was considered very satisfactory, with a confidence interval of 73.0% to 100% in the option very clear. For the concordance of responses, the results showed Kappa coefficients of approximately 0.80 or higher. It was concluded that the adaptation of the scale was successful, indicating that its use is appropriate for the population of Brazilian patients.

DESCRIPTORS

Inpatients
Accidental falls
Risk factors
Safety
Validation studies

RESUMEN

Estudio efectuado objetivando traducir y adaptar la Morse Fall Scale del inglés al portugués. Fue realizado en siete etapas: autorización de la autora; traducción al portugués brasileño; evaluación y estructuración de la escala traducida; traducción revertida; evaluación y validación de la escala por comité de especialistas; evaluación de claridad de ítems y definiciones operativas por 45 profesionales y evaluación de concordancia entre evaluadores y confiabilidad de la reproductibilidad; en cuanto a los datos referentes a la evaluación de 90 pacientes, por parte de cuatro evaluadores/jueces. Respecto a la claridad de la escala, las proporciones fueron consideradas muy satisfactorias, con intervalo de confianza entre 73% y 100% para muy claro. Acerca de la concordancia de respuestas, los resultados presentaron coeficientes Kappa de aproximadamente 0,80 o superiores. Se concluye en que el proceso de adaptación fue exitoso, indicando que su uso es apropiado para la población de pacientes brasileños hospitalizados.

DESCRIPTORIOS

Pacientes internos
Acidentes por caídas
Factores de riesgo
Seguridad
Estudios de validación

¹Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. jurbanetto@pucrs.br ²Enfermeira. Doutora em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. mcreutzberg@pucrs.br ³Fisioterapeuta. Mestre em Pediatría. Professora do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. franz@pucrs.br ⁴Enfermeira. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. baojeda@pucrs.br ⁵Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. agustavo@pucrs.br ⁶Estatístico. Doutor em Geografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor do Departamento de Estatística da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. hellorb@pucrs.br ⁷Graduada de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. lidiane.lidiane@gmail.com ⁸Graduada de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. vero.farina@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A queda é um evento em que um indivíduo cai inesperadamente ao chão ou em outro nível mais baixo, sem perda de consciência⁽¹⁾. Pode ser definida ainda como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial⁽²⁾.

Esse evento pode ter inúmeros fatores de risco envolvidos, como idade acima de 65 anos, alterações no nível de consciência, incontinência vesical e/ou intestinal^(3,4), doenças neurológicas e cardiovasculares⁽⁵⁾, uso de medicamentos psicoativos^(6,7), quedas anteriores, marcha alterada, incapacidade funcional, déficit cognitivo, atividade física excessiva e, com uma menor comprovação, sexo feminino⁽⁸⁾.

As quedas podem acarretar consequências graves e estão entre as principais causas de trauma em idosos⁽⁹⁾. Também podem ter como consequência o aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, além de causar desconforto ao paciente⁽¹⁰⁾.

Identificou-se na literatura uma grande variedade de fatores que são considerados como de risco para quedas. Também foram encontradas publicações de algumas escalas que foram construídas para avaliação de condições específicas da pessoa e que têm sido relacionadas ao risco de quedas, como a Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB)⁽¹¹⁾, que avalia o desenvolvimento de tarefas funcionais e a Escala *Timed Up and Go* (TUG)⁽¹²⁾, que avalia mobilidade básica da pessoa. Também foi identificada uma escala específica para avaliar o risco de quedas, a *Morse Fall Scale* (MFS)⁽¹³⁾, publicada em língua inglesa e ainda não validada para a língua portuguesa, que se destacou pela aparente simplicidade de seus itens de avaliação.

Esta escala foi publicada por Morse em 1989 e é composta por seis critérios para a avaliação do risco de quedas: *History of Falling, Secondary Diagnosis, Ambulatory Aid, Intravenous Therapy/Heparin lock, Gait and Mental Status*. Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação é a seguinte: risco baixo, de 0–24; risco médio, de 25–44 e risco alto, ≥ 45 ⁽¹³⁾.

Esta classificação foi testada por outros pesquisadores, que recomendaram outros estudos de avaliação da MFS, em função de que fatores não contemplados por esta escala possam estar intervindo na determinação do risco para quedas. Sugeriram também que se considere a realidade local para determinar o melhor ponto de corte relacionado ao risco de queda^(14,15).

Desta forma, considerando que a MFS não foi validada para a realidade brasileira e que não foi encontrada nenhuma pesquisa publicada em periódicos nacionais, o objetivo

deste estudo foi traduzir e adaptar transculturalmente a *Morse Fall Scale* para a língua portuguesa do Brasil.

MÉTODO

A tradução e adaptação da *Morse Fall Scale* para o português do Brasil ocorreu em sete etapas. A primeira etapa foi o contato por meio eletrônico com sua autora, Janice Morse, que autorizou a tradução e a adaptação. As etapas seguintes (segunda a sétima) foram realizadas com base em protocolo de tradução e adaptação amplamente utilizado⁽¹⁶⁾ que consistem em: tradução inicial (versão em Português), avaliação e validação, por comitê de especialistas, tradução reversa (tradução para o inglês), estudo da clareza e avaliação da concordância entre avaliadores/juízes na aplicação da escala e confiabilidade da reprodutibilidade. Em todas as etapas, foi mantido contato com a autora original da escala.

A tradução da MFS, bem como suas definições operacionais, do inglês para o português foram realizadas por dois tradutores independentes, qualificados e juramentados. Cada tradutor recebeu um documento contendo instruções para realização do seu trabalho. Entre as instruções, havia a solicitação de ênfase na tradução semântica (equivalência semântica), atribuição de notas quanto à dificuldade na tradução (entre zero – nenhuma dificuldade e dez – dificuldade máxima), bem como o registro dos aspectos que contribuíram para o estabelecimento do grau de dificuldade na tradução para cada critério de avaliação da escala.

Na terceira etapa foi constituído o Comitê de Especialistas, formado por uma tradutora juramentada, uma professora enfermeira, doutora em Epidemiologia, uma enfermeira doutora em Gerontologia, uma enfermeira doutora em Ciências da Saúde, uma enfermeira doutora em Psicologia, uma fisioterapeuta mestre em Pediatría e uma professora de língua portuguesa doutora em Letras. Todas as integrantes do Comitê, com exceção da tradutora e da professora de português, possuem ampla experiência em avaliação e acompanhamento de pacientes adultos e são estudiosas de temas relacionados à segurança do paciente. As integrantes discutiram e estruturaram a versão da MFS na língua portuguesa.

Na quarta etapa, a versão em Português foi enviada para um tradutor juramentado bilingue que realizou a tradução da versão para a língua inglesa, estabelecendo, como na segunda etapa, a atribuição de notas quanto à dificuldade nessa atividade.

Na quinta etapa, o Comitê de Especialistas avaliou a tradução para o inglês, comparando-a à MFS original e validou a MFS traduzida e adaptada para a língua portuguesa.

Na sexta etapa, a versão em português foi avaliada quanto à clareza dos itens constantes da escala traduzida e adaptada

...uma escala específica para avaliar o risco de quedas, a *Morse Fall Scale*, publicada em língua inglesa e ainda não validada para a língua portuguesa, que se destacou pela aparente simplicidade de seus itens de avaliação.

(equivalência experimental e cultural). Para tanto, a versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa foi avaliada por 45 profissionais de saúde (enfermeiros e fisioterapeutas), com tempo de atuação na área superior a um ano. Após a leitura individual da MFS (itens e suas definições operacionais), escolheram a opção que mais se adequava a sua percepção (muito claro, parcialmente claro ou sem clareza). Também era possível justificar a escolha da opção parcialmente claro ou sem clareza e ainda sugerir reformulações.

A sétima e última etapa consistiu no estudo da concordância entre avaliadores/juízes na aplicação da escala e a confiabilidade da reprodutibilidade. Nessa etapa, a versão final da MFS traduzida e adaptada para a língua portuguesa foi aplicada a 90 pacientes escolhidos aleatoriamente de uma unidade de internação clínico-cirúrgica de um hospital universitário do sul do País.

Cada paciente foi avaliado por quatro profissionais (dois enfermeiros e dois fisioterapeutas), simultaneamente, mas de forma independente, para garantir que a avaliação de cada profissional fosse realizada no mesmo momento da internação do paciente. Durante a coleta, com a supervisão dos pesquisadores, os profissionais não se comunicaram, com o intuito de não haver influência na definição ou escolha das opções.

Para avaliação da concordância entre avaliadores/juízes na aplicação da escala, as respostas emitidas pelos quatro profissionais foram analisadas por meio do Coeficiente Kappa⁽²¹⁾, que pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) entre os profissionais. Adotou-se a seguinte classificação: 0=pobre; 0 a 0,20=fraca;

0,21 a 0,40=provável; 0,41 a 0,60=moderada; 0,61 a 0,80= substancial e 0,81 a 1,00=quase perfeita⁽²¹⁾.

Para avaliar a estimativa da fração de variabilidade total e individual das respostas entre os avaliadores/juízes foi aplicado o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), no qual foram consideradas as seguintes interpretações: <0,4 – pobre; $\geq 0,4$ e < 0,75 – satisfatório e $\geq 0,75$ excelente⁽²¹⁾.

Os aspectos éticos foram respeitados, a tradução e adaptação, bem como a versão final da escala na língua portuguesa foram autorizadas pela autora da *Morse Fall Scale*. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob Protocolo OF. CEP-1272/09. Os participantes, incluindo os profissionais e pacientes, foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e, após, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Tendo em vista a universalidade do formato do questionário validado pelos especialistas, esse foi mantido (equivalência operacional e de itens) com pequenas alterações nos itens, conforme apresentado no Quadro 1.

A equivalência semântica entre as escalas foi discutida, considerando também o grau de dificuldade atribuído pelos tradutores à tradução de cada item, com estabelecimento de pontuação de zero a dez graus.

Para estabelecer um consenso entre os tradutores e os integrantes do Comitê de Especialistas, foi estabelecido um processo de avaliação no qual se optou pela tradução de sentido e não de literalidade dos termos constantes na *Morse Fall Scale*.

Quadro 1 – Morse Fall Scale em inglês e na versão traduzida para o português do Brasil - Porto Alegre, 2011

<i>Morse Fall Scale - Versão original²</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Os itens *History of falling*, *Secondary diagnosis*, *Ambulatory aid*, *Gait* e *Mental status*, foram definidos pelas tradutoras, com pontuação zero de dificuldade. Já o item *Intravenous Therapy/Heparin lock* foi definido pelos tradutores com pontuação cinco e dez para o grau de dificuldade relativo à expressão *Heparin Lock* que, após consenso entre os tradutores e Comitê de especialistas, foi traduzido e adaptado como dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado.

Também a palavra *Ambulatory*, traduzida como mobilização, foi adaptada para *deambulação*, palavra utilizada no Português para dar o significado de *caminhar*⁽²⁾ e condizente com a definição operacional do item (Quadro 2). Neste mesmo item, a primeira opção é, no inglês, auxílio pela enfermagem. Pela realidade de assistência à saúde, no Brasil, na qual os demais profissionais têm importante papel, principalmente os de fisioterapia, o termo foi ampliado para profissionais de saúde.

A expressão *Status Mental* foi amplamente discutida pelo grupo em função de que a questão não avalia o estado mental da pessoa e sim sua percepção quanto a limitações para locomoção. Desta forma, foi solicitada à autora da MFS a tradução para percepção quanto à capacidade/limitação para locomoção, mas essa alteração não foi autorizada. Os demais itens foram somente traduzidos, não necessitando de nenhuma adaptação para a língua portuguesa.

Também foram traduzidas as definições operacionais de cada item da *Morse Fall Scale*, que são apresentadas no Quadro 2. No item histórico de quedas, a opção *sim* refere-se ao histórico de quedas durante a hospitalização ou em período recente. A definição *período recente* foi questionada à autora que informou tratar-se de um período de três meses anteriores ao questionamento.

Quadro 2 – Definições operacionais de cada item da Morse Fall Scale, traduzida e adaptada para a língua portuguesa do Brasil - Porto Alegre, 2011

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador .
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes .
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) . Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Fraca	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muleta, bengala, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobiliário, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .
Comprometida/Cambaleante	
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Após a tradução e o consenso entre o Comitê de Especialistas e os coordenadores da pesquisa, a MFS foi traduzida novamente para o inglês com o objetivo de avaliar a manutenção da essência da escala original, o que foi constatado.

A Tabela 1 apresenta as proporções de enfermeiros e fisioterapeutas que consideraram os itens e definições operacionais da *Morse Fall Scale* traduzida e adaptada para

a língua portuguesa do Brasil como muito claros. Essas proporções podem ser consideradas estimativas da verdadeira proporção de enfermeiros e fisioterapeutas que atribuíram clareza máxima ao item. Também foram construídos os intervalos de confiança para as proporções que consideraram o item muito claro. Todos os limites inferiores dos intervalos de confiança variaram acima de 73,9%.

Tabela 1 – Intervalos de Confiança para proporção que consideraram muito claro os itens e definições operacionais da *Morse Fall Scale* traduzida e adaptada para o português do Brasil - Porto Alegre, 2011

Itens da <i>Morse Fall Scale</i> traduzida para o português do Brasil	Enfermeiros		Fisioterapeutas		Total				
	\hat{p} [*] muito claro	% IC 95% \hat{p} muito claro	\hat{p} muito claro	% IC 95% \hat{p} muito claro	\hat{p} muito claro	% IC 95% \hat{p} muito claro			
	LI	LS	LI	LS	LI	LS			
1. Histórico de quedas									
Não	100	–	91	73,9	100,0	98	93,5	100,0	
Sim	100	–	82	59,0	100,0	96	89,5	100,0	
2. Diagnóstico secundário									
Não	88	77,4	99,1	73	46,4	90,0	84	73,9	95,0
Sim	91	81,6	100,0	91	73,9	100,0	91	82,8	99,4
3. Auxílio na deambulação									
Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por Profissional da Saúde	88	77,4	99,1	82	59,0	100,0	87	76,7	96,6
Muletas/ Bengala/ Andador	100	–	–	91	73,9	100,0	98	93,5	100,0
Mobilizador/ Paredo	100	–	–	91	73,9	100,0	98	93,5	100,0
4. Terapia endovenosa									
Não	88	77,4	99,1	91	73,9	100,0	89	79,7	98,1
Sim	94	86,2	100,0	100	100,0	100,0	96	89,5	100,0
5. Marcha									
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	97	91,4	100,0	75	50,5	99,5	91	83,2	99,4
Fraca	100	–	–	91	73,9	100,0	98	93,5	100,0
Comprometida/ Cambaleante	97	91,4	100,0	82	59,0	100,0	93	86,0	100,0
6. Estado mental									
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/limitação	94	86,2	100,0	100	–	–	96	89,5	100,0
Superestima capacidade/ Espaço limitações	94	86,2	100,0	91	73,9	100,0	93	86,0	100,0

* \hat{p} : estimativa da verdadeira proporção p ; LI: limite inferior; LS: limite superior
Nota: (n=45 profissionais)

A avaliação da concordância entre avaliadores/juízes na aplicação da escala (Tabela 2) foi realizada utilizando-se o coeficiente de Kappa para os K-Juízes⁽¹¹⁾, tendo sido atingida a classificação quase perfeita (0,819 a 1,000) em todos os itens da escala traduzida, com exceção do item Marcha que atingiu a classificação substancial (0,798).

Na avaliação da estimativa da variabilidade total e individual das medidas entre os avaliadores/juízes, considerando o escore final obtido, o valor do ICC encontrado foi 0,982 ($p < 0,01$). Portanto, a *Morse Fall Scale* traduzida e adaptada para o português do Brasil apresentou excelente reprodutibilidade.

Tabela 2 – Coeficientes de concordância k calculados simultaneamente para os quatro juízes - Porto Alegre, 2011

Item	Kappa	Estatística Z	Valor de p
1. Histórico de Quedas	0,983	11,04	< 0,01
2. Diagnóstico Secundário	0,982	10,55	< 0,01
3. Auxílio na Deambulação	0,854	9,03	< 0,01
4. Terapia Endovenosa	1,000	15,32	< 0,01
5. Marcha	0,798	17,55	< 0,01
6. Estado Mental	0,819	8,32	< 0,01

Nota: (n=90 pacientes)

DISCUSSÃO

Durante as diversas etapas percorridas na tradução e adaptação da *Morse Fall Scale* para a língua portuguesa, foi possível identificar a grande viabilidade de aplicação da mesma na realidade brasileira. Poucas adaptações foram necessárias para que os itens da escala fossem claros e de fácil aplicabilidade.

Os itens diagnóstico secundário, auxílio na deambulação e terapia endovenosa, tiveram percentual mínimo em torno de 75% de avaliadores que escolheram a opção muito claro, se comparados aos demais itens da escala que tiveram um percentual mínimo em torno de 87% na mesma opção.

Esse aspecto gerou uma preocupação inicial para os pesquisadores, mas uma avaliação mais consistente das justificativas para a falta de escolha da opção muito claro demonstrou que estas ocorreram em função de questionamentos que extrapolam a avaliação da clareza da escrita e, sim, em outro momento, poderiam contribuir para um aperfeiçoamento da escala.

No item diagnóstico secundário, foi questionada a consideração apenas do diagnóstico médico. Este aspecto provavelmente foi apontado em função de que várias instituições utilizam os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁽²¹⁾. Quanto ao item auxílio na deambulação, foi sugerida a inclusão do auxílio por familiar/acompanhante, já que na realidade brasileira o familiar faz-se cada vez mais presente. Estudos reforçam a necessidade da presença de um familiar no hospital, principalmente no acompanhamento de indivíduos idosos, o que, inclusive, facilita a interação da equipe com o cuidador⁽²²⁾.

No item terapia endovenosa/dispositivo salinizado ou heparinizado, os profissionais que avaliaram a clareza desse item consideraram que, se o paciente não estivesse com o dispositivo com infusão contínua, não haveria qualquer tipo de risco e o item não deveria ser pontuado. No entanto, é importante lembrar que os procedimentos de colocação de cateteres venosos são dolorosos quando o paciente os utiliza, dirige uma atenção especial a eles, o que pode distraí-lo durante a mobilização/deambulação, colocando-o em situação de risco para quedas.

Quanto à concordância entre avaliadores/juízes na aplicação por profissionais enfermeiros e fisioterapeutas da MFS traduzida e adaptada para o português do Brasil, os resultados podem ser considerados extremamente positivos, visto que foram envolvidas áreas profissionais diferenciadas. Os itens, histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação e terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado e estado mental foram os que obtiveram maior concordância entre avaliadores/juízes, com coeficientes Kappa na

classificação quase perfeita (0,983; 0,982; 0,854; 1,000 e 0,819, respectivamente). Pode-se dizer que esses itens são de fácil entendimento e têm suas definições operacionais bem estabelecidas.

Apenas o item marcha obteve coeficiente Kappa classificado como substancial (0,798), demonstrando que, apesar de haver discrepâncias entre os avaliadores/juízes, o coeficiente continua tendo magnitude elevada. No entanto, merece atenção quanto ao entendimento de sua definição operacional, visto que pode ter havido influência dos conhecimentos prévios dos profissionais e da percepção individual em cada item.

Pode-se considerar que os resultados encontrados na avaliação da concordância entre avaliadores/juízes na aplicação da escala são excelentes. A variabilidade dos escores individuais resultantes da soma da pontuação atribuída aos diferentes julgamentos por meio da aplicação do ICC não excedeu a variabilidade total, demonstrando alta confiabilidade na aplicação intra-avaliadores/juízes. Os resultados também foram encontrados na avaliação da escala original⁽¹⁸⁾, com ICC de 0,96, e em outro estudo com aplicação da MFS em população chinesa⁽²³⁾, com ICC de 0,97.

CONCLUSÃO

Com este estudo atingiu-se o objetivo proposto de realizar a tradução e a adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil da *Morse Fall Scale*. Quanto à clareza dos itens da escala traduzida, considerados individualmente, foi atingido percentual mínimo de 73,9% de profissionais que os avaliaram como muito claros, o que indica que a maioria do público-alvo deverá atribuir clareza máxima aos itens. A concordância entre os avaliadores/juízes na aplicação da escala também atingiu classificação quase perfeita na maioria dos itens. Da mesma forma, a variabilidade intra-avaliadores/juízes foi categorizada como excelente. Dado que o consenso é quase inatingível em situações práticas, pode-se considerar os resultados extremamente satisfatórios.

Esta foi uma primeira etapa de adaptação da *Morse Fall Scale* para a realidade brasileira. Ainda serão necessários outros estudos, que já estão em andamento, para identificar pontos de corte para a predição do risco de quedas e para analisar de forma mais consistente a efetividade da *Morse Fall Scale* traduzida e adaptada para a língua portuguesa do Brasil.

A contribuição deste estudo para a área da saúde reside na divulgação de uma escala estruturada que poderá ser utilizada de forma ampla e sistemática por profissionais e instituições na avaliação do risco de quedas em pacientes hospitalizados e, dessa forma, embasar o planejamento de estratégias voltadas para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. American Geriatrics Society; British Geriatrics Society. *Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons* [Internet]. 2010 [cited 2011 Mar 17]. Available from: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/
2. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Quedas em idosos: prevenção. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. São Paulo; 2008.
3. Cohen L, Guin P. Implementation of patient fall prevention program. *J Neurosci Nurs*. 1991;23(5):315-9.
4. Hitchcock EB, Krauss MU, Birge S, Dunagan WC, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. *J Gen Intern Med*. 2004;19(7):732-9.
5. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):93-9.
6. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):631-5.
7. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Pate B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-60.
8. Gama ZAS, Gómez-Conesa. Factores de riesgo de caídas en ancianos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):946-56.
9. Blazin DT, Rodrigues RAP. Profile of elderly patients who suffered trauma in Londrina - Paraná. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 17];43(3):602-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a15v43n3.pdf
10. Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Assessment of risk and incidence of falls in neurosurgical inpatients. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(4):752-7.
11. Christoforetti G, Olíani MM, Gobbi LTB, Gobbi S, Stella F. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(4):429-33.
12. Marin MUS, Castilho NC, Myszato JM, Ribeiro PC, Candido DV. Características dos riscos para quedas de uma unidade de saúde da família. *REME Rev Min Enferm*. 2007;11(4):369-74.
13. Morse J. *Preventing patient falls*. Thousand Oaks: Sage; 1997.
14. Schwendimann R, Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Age Ageing*. 2006;35(3):311-3.
15. Chow SKY, Lai CKY, Wong TKS, Suen LKP, Kong SKF, Chan CK, et al. Evaluation of the Morse Fall Scale: Applicability in Chinese hospital populations. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(4):556-65.
16. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
17. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
18. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
19. Szklo R, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2000. p. 343-404.
20. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3ª ed. Curitiba: Positivo; 2010.
21. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação*: 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.
22. Pena SB, Diogo MUD. Factors favoring the participation of aged inpatients' caregivers in care. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13(5):663-9.

APÊNDICE X

Escala PBS



ELSEVIER

ORIGINAL ARTICLE

INTERNATIONAL JOURNAL OF
ICCN

www.elsevierhealth.com/journals/iccn

Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients

Jeanne Young^{a,b,*}, Jo Siffleet^a, Sue Nikoletti^{a,b}, Thérèse Shaw^{a,b}

^a Sir Charles Gairdner Hospital, Centre for Nursing Research, Hospital Avenue, Nedlands, WA 6009, Australia

^b Edith Cowan University, Australia

Accepted 26 April 2005

KEYWORDS

Pain;
ICU;
Pain assessment;
Pain behaviours;
Critically ill;
Pain tools

Summary Current empirical evidence supports claims that pain in sedated, unconscious Intensive Care Unit (ICU) patients is underrated and under-treated. Given the severity of ICU patients' illness pain management, whilst important, may not be considered a priority and therefore can be easily overlooked. The aim of this study was to validate the Behavioural Pain Scale (BPS) for the assessment of pain in critically ill patients by evaluating facial expressions, upper limb movements and compliance with mechanical ventilation.

Methods: A prospective, descriptive repeated measures study design was used to assess the validity and reliability of the BPS for assessing pain in critically ill patients undergoing routine painful (repositioning) and non-painful (eye care) procedures.

Results: An average of 73% of BPS scores increased (indicating pain) after patients were repositioned, as opposed to 14% after eye care. This increase was statistically significant for repositioning ($p < 0.003$) but not for eye care ($p > 0.3$). The odds of an increase in BPS between pre- and post-procedure assessments was more than 25 times higher for repositioning compared with eye care ($p < 0.0001$), after controlling for analgesics and sedatives.

Conclusion: The BPS was found to be a valid and reliable tool in the assessment of pain in the unconscious sedated patient. Results also highlighted that traditional pain indicators, such as fluctuations in haemodynamic parameters, are not always an accurate measure for the assessment of pain in unconscious patients and as such more objective pain assessment measures are essential. Finally, further validation of the BPS and identification of other painful routine procedures is needed to enhance pain management delivery for unconscious patients.

Crown Copyright © 2005 Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

* Corresponding author. Tel.: +61 8 9346 2561; fax: +61 8 9346 4965.
E-mail address: joanne.young@health.wa.gov.au (J. Young).

Introduction and background

The ICU is designed to manage the care of patients suffering from a range of complex and life threatening conditions. Critically ill patients undergo many routine procedures and treatments, which are often associated with considerable discomfort and pain (Payen et al., 2001; Stanik-Hutt et al., 2001; Tittle and McMillan, 1994; Kinney et al., 1995; Puntillo, 1990; Turner et al., 1990). In a small study by Puntillo (1990), although seven patients (29%) had no recall of their pain, 71% ($n=17$) of ICU patients interviewed within 5 days of discharge reported experiencing pain. Of these patients 63% ($n=15$) described this pain as moderate to severe. Despite the fact that pain assessments were retrospective, this study highlights that patients do experience pain within the intensive care setting.

In another small study by Tittle and McMillan (1994), pain assessment was carried out on 20 conscious ICU patients and 24 conscious surgical patients. Pain assessment using the visual analogue scale was performed three times per day. Results showed that despite patients receiving pain management interventions, the mean visual analogue scale pain score was 38 out of a score of 100 for ICU patients (S.D. = 28.2; range = 0–100) and 41.2 (S.D. = 25.5; range = 3.7–75.3) for surgical patients, indicating that patients were still experiencing pain.

While the most reliable method of pain assessment is obtained from the individual, communication with critically ill patients is often prevented due to the medical intervention necessary to treat the patient's condition (Kwekkeboom and Herr, 2001; Hamill-Ruth and Marohn, 1999; Tittle and McMillan, 1994; Puntillo, 1990). Specifically, verbal communication is inhibited by endotracheal tubes, medications, and altered levels of consciousness (Kwekkeboom and Herr, 2001; Hamill-Ruth and Marohn, 1999).

Effective assessment of an unconscious individual's pain relies greatly on the observations and evaluations of the clinician (Puntillo et al., 1997), yet few studies have focused on nurse's assessment of pain in critical care patients. Of the studies that have been undertaken in this area, results have shown that ICU nurses' ratings of pain were often lower than those of conscious patients (Hall-Lord et al., 1998; Puntillo et al., 1997). Using a convenience sample, 14 nursing staff collected 114 pain assessments from 31 ICU patients (Puntillo et al., 1997). Results demonstrated that, using a verbal numeric scale with a range of 0–10, patients reported slightly higher mean pain score (mean = 4.2; S.D. = 3.2) than

nurses (mean pain = 4.0; S.D. = 2.9). Hall-Lord et al. (1998) also compared elderly ICU patients' ($n=51$) and nurses' ($n=44$) assessment of pain using a scale of 0–5. Results showed that mean patients' pain scores (mean = 2.35; S.D. = 1.21) were consistently higher than nurses' pain assessment (mean = 2.06; S.D. = 0.88).

The assessment and treatment of pain in the critically ill patient is also compromised by the lack of pain management documentation used for assessment and treatment decisions (Carroll et al., 1999; Tittle and McMillan, 1994). Carroll et al. (1999) in a multi-site study on pain management practices in alert, adult ICU patients, reported significantly higher documentation of pain assessment in those hospitals that had a dedicated area on the main ICU observation chart ($p=0.001$). In addition, while the potential for pain is often considered by critical care staff, the delivery of effective pain treatment may be compromised by other priorities of care such as airway and respiratory management (Cullen et al., 2001).

Another factor affecting treatment of pain in ICU patients is the way in which drugs are prescribed, with many analgesics and sedatives ordered on a PRN (as needed) basis (Payen et al., 2001; Puntillo et al., 1997; Dasta et al., 1994; Tittle and McMillan, 1994; Puntillo, 1990). Delivery of pain management is therefore dependent on the subjective interpretation of the nursing staff delivering the primary care (Dasta et al., 1994; Tittle and McMillan, 1994). Dasta and colleagues (1994) undertook a study reviewing the prescription and administration of drugs to ICU patients. With a sample of 201 patients, results showed that 90% of analgesics, sedatives and neuromuscular blockades had been prescribed on a PRN basis. A subsample of patients ($n=175$) who were prescribed morphine for pain showed that on average only 20% of patients received the maximum allowable dose (Dasta et al., 1994). Similar results were reported by Tittle and McMillan (1994) with ICU nurses on average administering only 30% of the maximum prescribed dose of analgesia.

The consequences of untreated acute pain in critically ill patients include increases in catecholamine and stress hormone levels which are potential causes of tachycardia, hypertension, increased oxygen requirements and decreased tissue perfusion (Blakely and Page, 2001; Hamill-Ruth and Marohn, 1999). Agitation is also a common problem in critically ill patients and has been shown to be associated with inadequate pain management (Marshall and Soucy, 2003). Agitation can have serious consequences with patients removing access lines or compromising their oxygen needs by remov-

ing ventilation tubing (i.e. self extubating) (Cohen et al., 2002). Despite the complications arising from inadequate pain management in critically ill patients, very few studies have focussed on assessing pain in unconscious patients.

One tool devised for the nursing assessment of pain in sedated, critically ill patients is the Behavioural Pain Scale (BPS) (Payen et al., 2001). The BPS consists of a sum of scores based on three items, facial expression, upper limb movement and compliance with ventilation (Payen et al., 2001). In this study of 30 ICU patients, physiological parameters and BPS results were collected by paired observers, during routine nursing activities that were divided into non-painful (e.g. application of compression stockings and central venous catheter dressings) or painful procedures (e.g. endotracheal suctioning and turning). Results showed that the BPS scores were significantly higher (indicating higher levels of pain) in painful procedures compared with non-painful procedures and that BPS scores were lower at higher levels of sedation/analgesia (Payen et al., 2001). Findings from this study by Payen et al. (2001) provide evidence that the BPS is a sensitive indicator of pain in sedated, mechanically ventilated patients. However, further research using the BPS tool in different clinical settings is warranted to ensure the generalisability of this tool. The purpose of this research study, therefore, was to evaluate the BPS tool in a sample of unconscious ICU patients who underwent two routine procedures (repositioning and normal saline eye care wash).

Objectives

- To determine the validity and reliability of the BPS instrument in assessing pain in ICU patients undergoing two routine procedures.
- To determine inter-rater reliability of the BPS instrument with ICU nursing staff.
- To determine factors that may influence BPS scores.

Methods

Research design

Using a repeated measures design, patients were assessed twice for pain with eye care and twice for pain with repositioning. Specifically, patients were assessed immediately prior to their routine procedure being conducted and then assessed during the course of the procedure using the BPS tool.

Sample and setting

This study was conducted in an 18 bed medical, surgical, neurological and emergency Intensive Care Unit at a Western Australian adult teaching hospital. Forty-four patients were recruited for this study using the criteria listed below.

Inclusion criteria

1. Aged ≥ 18 years
2. Mechanically ventilated ≥ 48 h
3. Haemodynamically stable and not receiving resuscitative therapies

Exclusion criteria

1. Quadriplegia
2. Receiving neuromuscular blockade
3. All self-harm admissions

Instruments

Three instruments were used to collect data in this sample of patients.

1. The BPS developed by Payen et al. (2001) was used to assess pain in unconscious mechanically ventilated patients (see Appendix A). The BPS is based on the sum score of three behavioural expressions: facial expressions, upper limb movements and compliance with mechanical ventilation. The BPS allows the assessor to derive a score of between 3 (no pain) and 12 (highest pain score). With an error of one mark, the inter-rater reliability of the BPS was assessed and a Kappa coefficient of 0.94 was reported (Payen et al., 2001).
2. Level of consciousness/sedation was categorised using the Motor Activity Assessment Scale (MAAS) (Devlin et al., 1999). The MAAS tool was used to assess sedation level in order to confirm the conscious state of the patient. Devlin et al. (1999) demonstrated that the MAAS could measure the level of sedation objectively and consistently and was at least as accurate as subjective assessment by nurses. The MAAS has good inter-rater reliability, with an intraclass correlation coefficient of 0.81 (Hogg et al., 2001) and a Kappa coefficient of 0.83 (Devlin et al., 1999).
3. Data on patient demographics, blood pressure and heart rate pre- and post-procedure, were collected on a separate data collection sheet. Sedative and analgesic medications given were also recorded as these variables can impact greatly on behavioural responses to pain.

Interventions used

Two procedures were used for the assessment of pain using the BPS tool. The painful procedure of repositioning was identified from the literature (Payen et al., 2001; Puntillo et al., 2001) and from a pilot study undertaken by the authors. Eye care, which consisted of a simple eye wash with normal saline and a cotton wool ball was deemed non-painful on the basis of the pilot study. No published data were available to confirm these results.

Procedure

As all patients were unconscious, written consent was obtained from the patient's next of kin prior to data collection. The research nurse was trained in the use of the BPS and MAAS tools, after having completed 20 assessments with 100% agreement obtained between the research investigator and the research nurse. Patients undergoing routine procedures of repositioning and eye care were assessed within a 48-h period. The research nurse would confer with the primary nurse to ascertain when the eye care and repositioning procedures were to be carried out. The research nurse would then return at those times to observe the patient having the procedure performed. Data were collected pre- and post-procedure for the following variables: Behavioural Pain Scale Score, heart rate, blood pressure, analgesics/sedation given and MAAS sedation scale.

Data analysis

The validity of the BPS was assessed in terms of construct validity where the BPS accurately measured the construct of pain. Specifically, whether the BPS was able to detect increases in pain after a routine painful procedure and demonstrate no change after a non-painful procedure. Descriptive statistics, Z tests for proportions and logistic regression models allowing for repeated measures (utilising general estimation equation (GEE) modelling) were used to analyse the data. Since the BPS scores were highly skewed, logistic models were used to test for differences between the procedures in terms of whether there was an increase in pain level from pre- to post-procedure, controlling for the use of midazolam and morphine. In addition, the effects of other variables were assessed by individually including them in these models. Internal consistency reliability was assessed using Cronbach's alpha statistic. Due to low numbers, Kappa statistics could not be performed, and so inter-rater reliability of the BPS

with the nursing staff was assessed using descriptive statistics.

Ethics

The Hospital's Human Research Ethics Committee and the Nursing Research Scientific Sub-Committee approved this study. All next of kin were given written information to explain the study prior to signing their consent. All patients were assigned a code number to ensure confidentiality.

Results

Forty-four patients were recruited for this study. A higher proportion of participants were male (59%; $n=26$) and the median age was 64 years (range=16–82 years). The majority (70%; $n=31$) were medical patients, with only 13 patients having undergone a surgical procedure. Diagnoses varied greatly from pneumonia and asthma to multi trauma and coronary artery bypass grafting. Intubation via an endotracheal tube was used in the majority of cases (84%; $n=37$) with the remainder intubated via a tracheostomy.

As shown in Table 1, all patients were assessed for at least one repositioning and one eye care procedure, however the second assessment for each procedure was not obtained for all patients.

Information on sedation level, analgesia and anaesthesia administered prior to the procedure was recorded, with results presented in Table 2. The majority of patients had MAAS scores between 0 and 1 indicating that they were either unresponsive or responsive only to noxious stimuli. On average, 74% of patients had received either narcotic analgesia and/or sedation prior to the procedure being undertaken. On average 29% of patients received neither narcotic analgesia nor sedation before being repositioned.

The mean BPS values indicate that there were no differences in pain levels prior to the procedures being undertaken (see Table 3). Increases in mean pain scores were observed after repositioning but not for eye care.

Table 1 Procedures performed.

Procedure	Number of patients	Percentage
First reposition	44	100.0
Second reposition	39	88.6
First eye care	44	100.0
Second eye care	41	93.2

Table 2 Sedation level, analgesia and anaesthesia administered at each observation (% of observations).

Procedure	Sedation score = 0 or 1 (MAAS)	Morphine in last hour	Paracetamol in last 6 hours	Midazolam in last hour	Propofol in last hour	Narcotic analgesia and/ or sedation
First reposition (<i>n</i> = 44)	71	55	23	52	25	73
Second reposition (<i>n</i> = 39)	74	56	23	46	23	69
Average for repositioning	72.5	55.5	23	49	24	71
First eye care (<i>n</i> = 44)	75	61	21	57	27	82
Second eye care (<i>n</i> = 41)	78	59	24	51	22	71
Average for eye care	76.5	60	22.5	54	24.5	76.5

Table 3 Mean BPS scores pre- and post-procedure.

Procedure	Pre-procedure	Post-procedure	Increase in BPS	
			Mean	Median
First reposition (<i>n</i> = 44)	3.25 (S.D. = 0.5)	5.07 (S.D. = 1.7)	1.82	1.5
Second reposition (<i>n</i> = 39)	3.46 (S.D. = 0.6)	4.97 (S.D. = 1.6)	1.51	1
Average for repositioning	3.36	5.02	1.67	1.5
First eye care (<i>n</i> = 44)	3.18 (S.D. = 0.4)	3.32 (S.D. = 0.5)	0.14	0
Second eye care (<i>n</i> = 41)	3.27 (S.D. = 0.5)	3.44 (S.D. = 0.6)	0.17	0
Average for eye care	3.23	3.38	0.16	0

Results showed that at post-procedure there was a significant difference in the percentage of patients with an increased BPS score for repositioning but not for eye care (see Table 4). Increases in mean BPS scores were observed in 73% of cases when repositioning was undertaken and in 14% of cases after eye care was performed. Changes in BPS after eye care were almost all the result of a change in facial expression.

Logistical modelling was used to ascertain whether patients were more likely to experience an increase in their BPS score after repositioning compared with after eye care. In order to control for any effects due to medication, both morphine and

midazolam were included in this model. The odds of an increase in BPS score between pre- and post-procedure assessments was found to be 25 times higher for repositioning as opposed to eye care after controlling for the administration of morphine and midazolam (see Table 5).

In addition, the BPS scores were more likely to increase if the patient was not administered morphine or midazolam in the hour prior to the procedure. Although not statistically significant, there are some indications that BPS scores may also have been more likely to increase if the patient was ventilated via a tracheostomy or had a surgical procedure performed (see Table 5).

Table 4 Changes in BPS scores by procedure.

Procedure	No change in BPS		Increase in BPS		Z test and <i>p</i> value
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
First reposition (<i>n</i> = 44)	25	11	75	33	4.97, <i>p</i> < 0.003
Second reposition (<i>n</i> = 39)	28	11	72	28	
Average for repositioning		27%		73%	
First eye care (<i>n</i> = 44)	86	38	14	6	0.90, <i>p</i> = 0.368
Second eye care (<i>n</i> = 41)	85	35	15	6	
Average for eye care		86%		14%	0.93, <i>p</i> = 0.350

Table 5 Predictors associated with increased BPS Score by procedure.

Variable	Comparison	Odds ratio ^d (OR)	95% CI for OR	p value
Procedure type ^a	Repositioning vs. eye care	25.37	(9.73; 66.14)	0.000
Midazolam administered in last hour ^a	No vs. yes	3.37	(1.86; 6.11)	0.000
Morphine administered in last hour ^a	No vs. yes	2.02	(0.94; 4.34)	0.070
Ventilated via a tracheostomy ^b	Tracheostomy vs. endotracheal tube	2.62	(0.95; 7.22)	0.063
Had a surgical procedure ^c	Yes vs. no	2.80	(0.91; 8.61)	0.072

^a Model contained the variables procedure, morphine and midazolam.

^b Model contained the variables procedure, morphine, midazolam and ventilation.

^c Model contained the variables procedure, morphine, midazolam and surgery.

^d Odds are of an increase in pain level from pre- to post-procedure.

Table 6 Alterations in haemodynamic status post-procedure.

	Procedure	Haemodynamic status ^a (% of observations) ^b		
		Decreased	Remained the same	Increased
Heart rate	Repositioning	21	9	70
	Eye care	45	27	28
Systolic blood pressure	Repositioning	21	0	79
	Eye care	29	7	64
Diastolic blood pressure	Repositioning	21	6	73
	Eye care	41	12	47

^a Haemodynamic status refers to heart rate and blood pressure.

^b Values represent the mean of the two percentages obtained for each type of procedure.

Data on alterations in haemodynamic status as a result of undertaking either repositioning or having eye care performed were also collected. Results showed that heart rate and blood pressure increased after repositioning and eye care (see Table 6).

Internal consistency of the BPS

Measurement of internal consistency of the BPS was undertaken using Cronbach's alpha coefficient for the first set of scores obtained after repositioning that is based on the scores when the patient was most likely to be experiencing pain. The Cronbach's alpha value for the BPS was 0.64, indicating moderate to good reliability.

Inter-rater reliability

Inter-rater reliability of the BPS measurements for both repositioning and eye care was recorded for 11 patients, with a total of 44 assessments performed. Good agreement (82% to 91%) was observed for pre-procedure assessments with almost all patients receiving a value of 3 or 4 (indicating no pain). Lower agreement was observed when assessing

patients post-procedure, with agreement after eye care assessments ranging between 64% and 73% and agreement after repositioning ranging between 36% and 46%. It appears that when using the BPS, it was easier for two assessors to agree on the level of pain when the pain level was low but when assessing increased pain level there was some variance. However, the differences in BPS scores were not more than 1 point within each category (facial, movement, ventilation) and were within two points for the combined score for all of the assessments.

Discussion

Numerous studies have reported the under-treatment of pain in the critically ill conscious patient (Puntillo et al., 2001; Carroll et al., 1999; Hall-Lord et al., 1998; Puntillo et al., 1997; Tittle and McMillan, 1994; Puntillo, 1990). Yet, very few studies have actually researched how best to assess pain in the unconscious, ventilated ICU patient. Interestingly, a review of the literature found only one study by Payen et al. (2001) which evaluated the use of a pain management tool in this unique sample of patients.

The BPS uses facial expression, movement and compliance with ventilation as behavioural indicators of pain in unconscious sedated patients (Payen et al., 2001). Results from this study revealed that despite the small sample size, the BPS was a valid tool in assessing pain in unconscious critically ill patients. Specifically, the BPS consistently identified increases in pain scores after repositioning, whereas there were only small, non-significant shifts in pain scores after the non-painful eye-care procedure, most of which were the result of changes in facial expression. Given that none of the patients had any facial trauma or facial surgery, this finding suggests that changes to the BPS when eye care was carried out may have been as a result of autonomic responses to touch rather than to pain. Validity of the BPS was further supported by the results of the logistic regression analysis, which showed that the odds of an increase in BPS score between pre- and post-procedure assessments was 25 times higher for repositioning compared with eye care, after controlling for the administration of morphine and midazolam. These findings are consistent with those reported by Payen et al. (2001) who observed significant increases in BPS scores when painful procedures such as turns or tracheal suctioning were performed.

Haemodynamic changes did not correlate well with painful and non-painful procedures. Increases in heart rate and blood pressure were observed for both repositioning and eye care. The results highlight that the use of these physiological indicators alone to determine the presence or absence of pain is an unreliable method. Consequently, greater consideration should be given to the use of other indicators such as behavioural responses to pain.

Having established in this sample that the BPS was a valid pain assessment tool, it was also necessary to ensure that the BPS was reliable. Unfortunately due to small numbers and skewed data, it was not possible to conduct formal tests of reliability. Inter-rater reliability results indicated that when using the BPS, it was easier for two assessors to agree on the level of pain when the pain level was low but when assessing increased pain level some variance was noted. However, the differences in BPS score were not more than 2 points for any of the assessments, indicating that the level of disagreement, when it occurred, was low. Nevertheless, further reliability testing of the BPS using a greater variety of painful and non-painful procedures plus a larger sample size is warranted.

Results from this study identified three factors that influenced pain scores following the study procedures. Specifically, BPS scores were more likely

to increase in patients who were not administered morphine or midazolam in the hour prior to the routine procedure. Scores were also more likely to be higher in patients who were ventilated via a tracheostomy or who had a surgical procedure performed. This finding provides valuable information on how these three factors can compound pain scores for patients who are undergoing simple routine patient care procedures.

Pain scores in this group of patients were assessed at the lower end of the BPS with mean pain assessment scores ranging between 3 and 5. Interestingly, Payen et al. (2001) also observed mean scores at the lower end of the BPS scale (ranging between 3 and 6.7). Given the ethical constraints in testing the BPS at high levels of pain without analgesic cover, testing of the BPS across its full range may not be feasible.

The advent of newer modes of ventilation that can be calibrated to the individual needs of the patient, may impact on the accuracy of the BPS tool, which measures compliance with ventilation. Future studies, using more sophisticated ventilation systems where compliance is less of an issue, need to take this into consideration.

In conclusion, this study was able to demonstrate the validity of the BPS in terms of its ability to detect changes in pain level associated with a painful routine procedure whilst returning stable scores where no increases were expected. Results showed that traditional pain indicators, such as fluctuations in haemodynamic parameters, are not always an accurate measure for the assessment of pain in unconscious patients.

Additionally, descriptive statistics revealed good inter-rater reliability for these patients with pain scores at the lower end of the scale with differences between the scores found to be within two points for all assessments.

Further validation of the BPS is required to enhance pain management delivery to critically ill unconscious patients. Specifically, the BPS should be tested with a larger range of painful and non-painful procedures. Finally, consideration needs to be given to developing a modified tool that can be used for unconscious non-ventilated patients.

Acknowledgments

This project was made possible with funding from the SCGH Nursing Research Scholarship. Special thanks to Ms. Rebecca Lee for data collection, the ICU management and team for supporting this study and to Mrs. Janice Low for administrative support.

Appendix A. Behavioural Pain Scale Tool

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing with movement	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Reproduced from Payen et al. (2001) with kind permission from Lippincott, Williams and Wilkins.

References

- Blakely W, Page G. Pathophysiology of pain in critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2001;13(2):167–79.
- Carroll K, Atkins P, Harold G, Micok A. Pain assessment and management in critically ill post operative and trauma patients: a multi-site study. *Am J Crit Care* 1999;8(2):105–17.
- Cohen I, Gallagher T, Pohlman A, Dasta J, Abraham E, Papadakis P. Management of the agitated intensive care patient. *Crit Care Med* 2002;22(30 Suppl.):595–125.
- Cullen L, Greiner M, Tittler M. Pain management in the culture of critical care. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2001;13(2):151–63.
- Dasta J, Fuhrman T, McCandless C. Patterns of prescribing and administering drugs for agitation and pain in patients in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 1994;22(6):974–80.
- Davlin J, Boleski G, Mylnarek M, Nerenz D, Peterson E, Jankowski M, et al. Motor Activity Assessment Scale: a valid and reliable sedation scale for use with mechanically ventilated patients in an adult surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 1999;27(7):1271–5.
- Hall-Lord M, Larsson G, Steen B. Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experience and nurses' assessments. *Heart Lung* 1998;27(2):123–32.
- Hamil-Ruth R, Marohn M. Evaluation of pain in the critically ill patient. *Crit Care Clin* 1999;15:35–54.
- Hogg L, Bobek M, Mion L, Legere B, Benjac S, Vankehohe K, et al. Inter-rater reliability of two sedation scales in a medical intensive care unit: a preliminary report. *Am J Crit Care* 2001;10(2):79–84.
- Kinney M, Kirchoff K, Puntillo K. Chest removal tube practices in critical care units in the United States. *Am J Crit Care* 1995;4:419–24.
- Kwekkaboom K, Herr K. Assessment of pain in the critically ill. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2001;13(2):181–94.
- Marshall M, Soucy M. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Quart* 2003;26(3):172–8.
- Payen J, Bru O, Bosson J, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Crit Care Med* 2001;29(12):2258–63.
- Puntillo K. Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung* 1990;19(5):526–33.
- Puntillo K, Mlaskowski C, Kohler S, Gleeson S, Mye P. Relationship between behavioural and psychological indicators of pain, critical care patients' self reports of pain, and opioid administration. *Crit Care Med* 1997;25(7):1159–66.
- Puntillo K, White C, Bonham Morris A, Perdue S, Stanik-Hutt J, Thompson C, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2001;10(4):238–51.
- Stanik-Hutt J, Soeken K, Belcher A, Fontaine D, Gift A. Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care* 2001;10:252–9.
- Tittle M, McMillan S. Pain and pain related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *Am J Crit Care* 1994;3(1):25–30.
- Turner J, Briggs S, Springhorn H, Potgieter P. Patients' recollection of intensive care unit experiences. *Crit Care Med* 1990;18:966–8.

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

APÊNDICE XI

Jornal de Aprendizagem

+

Jornal de Aprendizagem



+

*“Comunicar com o Doente Crítico Traqueostomizado -
Um processo de aprendizagem”*

Célia Batista Aires

Professora Florinda Galinha

Lisboa, Novembro de 2013

Introdução

As constantes mudanças na área da saúde e nos cuidados de enfermagem, fazem com que a nossa formação esteja direcionada para o desenvolvimento de capacidades de auto aprendizagem, de pesquisa, de questionamento, de permanente avaliação e de auto reflexão crítica. Sendo a reflexão um processo, no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam com o objetivo de terem um entendimento ou uma nova apreciação das mesmas, escrever um Jornal de Aprendizagem dá-nos, de facto, essa oportunidade de partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, bem como ajuda a desenvolver uma compreensão do processo de aprendizagem e projeta toda a nossa ação no futuro.

Neste Jornal de Aprendizagem serão expostas situações que foram bastante significativas para mim durante o campo de estágio na UCIP 1 do Hospital de São José. As emoções e os sentimentos que emergiram dessas vivências e o que aprendi com elas, são importantes para que, no futuro, possa proceder de uma forma melhor, mais organizada e, principalmente, com mais conhecimento e experiência. Para tal, recorri ao “*Ciclo Reflexivo de Gibbs*”, que me facilitou todo o processo de reflexão, através das suas etapas específicas (Descrição; Sentimentos; Avaliação; Análise; Conclusão e Planeamento da ação), com o objetivo de organizar as situações a descrever e, assim, estruturar melhor a minha reflexão.

Neste contexto, tentei integrar e desenvolver os objetivos e atividades a que me propus no início do estágio, nomeadamente:

Adquirir e melhorar competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa politraumatizada, com deficit ventilatório e instabilidade hemodinâmica;

Cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multi-orgânica, em contexto de UCIP.

1 - Descrição – o que aconteceu?

A experiência que vou descrever ocorreu entre a quinta e sétima semana do meu estágio na UCIP 1 do HSJ.

Fiquei como enfermeira responsável pelo Sr. Luís (nome fictício), homem de cinquenta anos, casado, com uma filha de dezoito anos, residente em Santarém e serralheiro civil, de profissão.

Fez tentativa de suicídio com arma de fogo (caçadeira), do qual resultou esfacelo grave da face, tendo sido transferido do bloco operatório para a UCIP 1, após cirurgia reconstrutiva da mandíbula. À chegada, apresentava encerramento da mandíbula com barras de fixação, traqueostomizado, com ventilação em PA, CVC, linha arterial e três drenos de Jackson Pratt.

A reconstrução foi efectuada a partir de retalho livre da crista íliaca esquerda.

2 - Sentimentos – o que estou a pensar e a sentir?

O primeiro sentimento ocorrido foi de impotência perante a gestão da situação. Tinha de cuidar de um doente crítico, deprimido, que queria morrer, que não o conseguiu e me olhava com um vazio de morte. Alguém que precisava ser cuidado, mas recusava esse cuidado, comportando-se de forma alternada entre períodos de agitação/agressividade e indiferença.

Senti, também, que o facto de o doente apresentar um bloqueio da mandíbula, associado a um processo de traqueostomia, representava um corte abrupto com a comunicação verbal, o que aumentava exponencialmente a dificuldade em comunicar, por pouco que fosse, ou mesmo quisesse.

Notei ainda que, durante esse período, este senhor raramente tinha visitas e, quando isso acontecia, era apenas a visita duma tia ou dum amigo, o que foi constrangedor para mim, no sentido em que não me pareceu adequado confrontar essas pessoas acerca duma história, tão delicada. No entanto, apercebia-me que, pelo estado de tristeza e angústia permanente que demonstrava, não eram estas as visitas que o Sr. Luís esperava,

3 - Avaliação – o que foi bom e mau na experiência?

Considero muito positivo o facto de, ao longo das três semanas que cuidei deste senhor, ter tido oportunidade de desenvolver, bem como ampliar algumas das minhas competências técnicas, no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa politraumatizada, com deficit ventilatório e instabilidade hemodinâmica, nomeadamente; ventilação com pressão assistida, manutenção da traqueostomia, mudança de cânula, cuidados ao estoma, cuidados com circuitos de traqueias e de atmosfera húmida, aspiração de secreções, alimentação por SNG, manutenção de CVC e de LA, administração de terapêutica, realização de pensos, controlo e monitorização de drenagens, avaliação de retalho mandibular com eco doppler, monitorização do estado hemodinâmico e neurológico.

No entanto, em alguns aspetos, penso que poderia ter melhorado, nomeadamente ao nível da comunicação, pois, logo de início, senti essa enorme dificuldade, porém, talvez tardiamente, tenha ponderado as melhores estratégias para ultrapassar essa situação. Considero que o facto de não ter qualquer experiência anterior idêntica, tenha contribuído para a manutenção mais prolongada do problema, bem como uma maior dificuldade na gestão das emoções e atitudes do doente.

Durante as duas primeiras semanas em que cuidei deste senhor, tentei prestar os melhores cuidados de enfermagem, visando um atendimento humanizado a um doente crítico traqueostomizado mas, praticamente, sem conseguir olhá-lo nos olhos. O mesmo, manteve presente as várias manifestações de negação perante todo o processo terapêutico (agitação/indiferença/não colaboração), tendo, por estas circunstâncias, os membros superiores imobilizados.

A partir da terceira semana decidi executar uma planificação de cuidados que teve, por objetivo, reconhecer as dificuldades de comunicação apresentadas pelo Sr. Luís, bem como identificar formas de comunicação não verbal, de modo a facilitar a interação, família/doente/equipa de enfermagem.

4 - Análise – que sentido tem o que se passou?

Identifiquei três questões onde iriam incidir as minhas ações/estratégias; *Comunicação, Família e Traqueostomia.*

Ao nível da comunicação, comecei por negociar e incentivar este senhor para a comunicação não verbal, mas através da escrita, visto ter descoberto que, no serviço, existe um quadro mágico (É um quadro infantil branco que permite escrever e apagar). Devo referir que obtive excelentes resultados, pois desde que o Sr. Luís começou a exprimir-se através da escrita, pareceu-me assistir ao nascimento de um novo doente, bem mais animado, colaborante e até sorria quando se sentia melhor. No entanto, a comunicação através da escrita foi bastante difícil também, no sentido em que a destreza do Sr. Luís estava bastante diminuída e tinha muita dificuldade em compreender as palavras, mas, mesmo assim tornou-se bastante desafiador porque, às vezes, o mesmo queria dizer ainda mais coisas e eu não conseguia sair do serviço, embora já tivesse passado da minha hora de saída.

"Cabe ao enfermeiro desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competência para oferecer ao paciente uma condição adequada de comunicação, ajudando-o a identificar suas necessidades" (Melles & Zago, 2001).

Após o início do diálogo, através da comunicação escrita, tentei os gestos e gostaria ter tido tempo para combinar alguns códigos com o Sr. Luís, de forma a facilitar a interação família, doente e equipa de enfermagem.

Após o doente passar do modo de ventilação por PA, ao modo de atmosfera húmida direta, solicitei ao Sr. Luís para não forçar a voz.

No que respeita à família, tudo se tornou bem mais complexo do que poderia imaginar. Através da escrita, este senhor revelou-me que a esposa o teria abandonado há uma semana (eu não estive presente no dia em que ocorreu essa visita) e, a filha, nunca o visitou.

Segundo Elsenet al (1994), afirmam que a unidade familiar é uma instituição que ajuda a cuidar da saúde dos indivíduos através do carinho, comida, moradia e segurança. Ou seja, a família serve sempre como referência para os seus membros, e é quem habitualmente os acolhe.

Nesta última semana o Sr. Luís não foi visitado por ninguém e também não foi possível nenhum tipo de contacto telefónico, pelo que foi pedida ajuda à assistente social.

Quanto à causa da tentativa de suicídio, não tenho qualquer tipo de informação, exceto o que refere o processo clínico, em relação a antecedentes pessoais de depressão. Durante o diálogo escrito, o Sr. Luís manifestou interesse em falar com um psiquiatra, o que foi possível e resultou num tratamento mais direcionado em termos de medicação.

Em relação à traqueostomia, era algo perfeitamente desconhecido para este senhor, para além de interferir diretamente com o seu padrão respiratório, pelo facto de se encontrar permanentemente obstruída por secreções muco purulentas, expressas em grande quantidade.

As estratégias adotadas passaram por explicações simples acerca do tema, cuidados de enfermagem para manutenção da cânula sempre permeável e combinação dum sinal, sempre que existisse necessidade de aspiração de secreções (bater palmas).

Expliquei que esta poderia ser uma situação provisória, o qual se manifestou com um sorriso e, naquele momento, achei que, afinal, até gostaria de estar vivo!

Nesta fase, foi possível retirar as imobilizações dos membros superiores, uma vez que o referido senhor se encontrava bastante colaborante.

5 - Conclusão – o que poderia ter feito melhor?

Sem dúvida, uma identificação, avaliação, planificação e implementação de estratégias adequadas mais precoces e atempadas, para os vários problemas que foram claros desde o primeiro contacto com o Sr. Luís.

Numa resposta inicial e talvez precipitada, tentei resolver/executar bem todos os procedimentos, provavelmente concentrando menos a minha atenção no mais importante e tão vital, a pessoa, sendo esse, certamente, um aspeto que poderei melhorar, por estar mais atenta e desperta para futuras situações.

6–Planear a ação – da próxima vez faço assim...

Num próximo planeamento numa situação semelhante **“colocaria de imediato o processo de enfermagem em marcha”** logo que possível, pois penso que as suas etapas, corretamente aplicadas neste tipo de doentes, resultaria em grandes benefícios para todos (família/doente/equipa de enfermagem).

Gostaria de obter mais conhecimentos e técnicas acerca da comunicação não verbal, nomeadamente: expressão facial, corporal e toque.

Referências Bibliográficas

Elsen, Ingrid et al, (1994), "*Marcos a prática de enfermagem com afamília*". Florianópolis: Ed. UFSC, p.195.

Melles, M., Zago, F. (2001) "*A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado*". Rev.latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 73-79.

APÊNDICE XII

Cronograma de Atividades do UCIPed

Local de Estágio	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p>Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed- CH)</p> <p>(Sete semanas - 182H)</p>	<p>Adquirir competências da atuação de enfermagem ao subsistema, criança em situação de urgência/emergência;</p> <p>Compreender os critérios de gravidade na avaliação inicial de enfermagem à criança;</p> <p>Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança em situação crítica;</p> <p>Compreender estratégias de atuação de enfermagem à família da criança em situação crítica, promotoras de</p>	<p>Pesquisar na bibliografia sobre a abordagem da criança em situações de urgência/ emergência, de forma a aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a prestar nas várias valências de atendimento;</p> <p>Consultar Instruções de Trabalho e protocolos existentes, nos diferentes contextos, sobre o tema a abordar;</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança em situação crítica e sua família;</p> <p>Refletir sobre a atuação do enfermeiro especialista, nos diferentes contextos da prática, à criança em situação crítica, para</p>

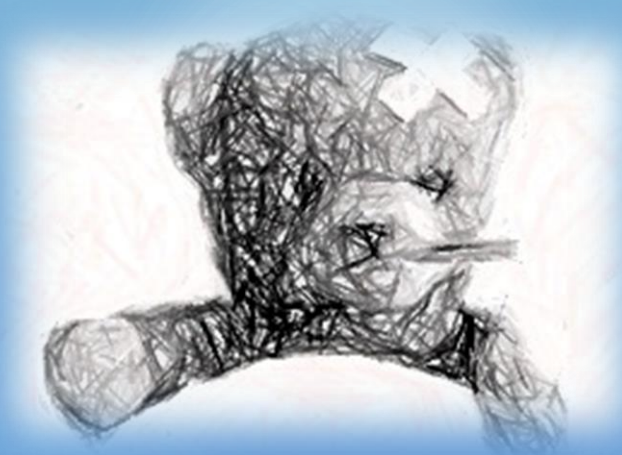
<p>Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP – 72H)</p>	<p>coping. Conhecer a abordagem da criança gravemente doente ou com lesão traumática no contexto da TIP.</p>	<p>distinguir a melhor atuação, articulando a prática com a melhor evidência científica. Refletir sobre a atuação do enfermeiro especialista, nos diferentes contextos da prática, à criança em situação crítica. Fazer o curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) da <i>American Heart Association</i> (AHA).</p>
---	---	---

APÊNDICE XIII

Estudo de Caso

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

celia aires



Tutores

Prof. Florinda Galinha

Prof. Miguel Soares de Oliveira

Janeiro de 2014

Escola Superior De Enfermagem De Lisboa

3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ENCINO CLÍNICO III

ESTUDO DE CASO

UNIDADEDE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PEDIÁTRICO

Autora:

Célia Batista Aires

LISBOA JANEIRO DE 2014

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Auscultação Pulmonar
BO	Bloco Operatório
BPS	BehavioralPainScale
CE	Crânio Encefálica
CGS	Coma Glasgow Score
CVC	Cateter Venoso Central
CVP	Cateter Venoso Periférico
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HTIC	Hipertensão Intra Craniana
LA	Linha Arterial
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MV	Murmúrio Vesicular
PA	Pressão Arterial
PAV	Pneumonia Associada À Ventilação
PIC	Pressão Intra Craniana
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral
PVC	Pressão Venosa Central
SBV	Suporte Básico de Vida
SUG	Serviço de Urgência Central
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Traçado Cardíaco
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TPC	Tempo de Preenchimento Capilar
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIPED	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
VCPR	Volume Controlado Regulado por Pressão
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO	8
1.1 HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA	8
1.1.1 Identificação da Pessoa	8
1.1.2 Motivo de Internamento	8
1.1.3 Antecedentes Pessoais	10
1.1.4 Antecedentes Familiares	10
1.2 AVALIAÇÃO DA PESSOA E DO SEU CONTEXTO	10
1.2.1 Evolução do Internamento na UCIPED	10
2. PLANO DE CUIDADOS DA PESSOA	14
3. REFLEXÃO SOBRE O PLANO DE CUIDADOS	18
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no EC III do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização, Pessoa em Situação Crítica, foi solicitada a elaboração de um estudo de caso, com respectivo plano de cuidados de enfermagem.

Estudo de Caso⁴⁰ é uma metodologia de investigação muito apropriada à enfermagem, especialmente quando procuramos compreender, explorar ou mesmo descrever, acontecimentos ou contextos complexos. Consiste num estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, na sua complexidade e singularidade própria, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão em Enfermagem.

O presente estudo tem um carácter informal, de natureza qualitativa, baseado no recurso a diferentes fontes de informação, nomeadamente, entrevistas informais ao prestador de cuidados/pais, observação e exame físico da criança, processo clínico e equipa multidisciplinar.

Com este processo, pretendi focar-me na área sensível de intervenção do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, tentando estabelecer uma estrita relação e análise entre os resultados encontrados e os referenciais teóricos evidenciados na literatura.

A estratégia utilizada na pesquisa, incluiu a procura na *biblioteca da ESEL* e em bases de dados electrónicos, tais como *EBSCOHost®*, *Google Académico*, e *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal* (pesquisas efectuadas no período que decorreu, entre 15 de Dezembro de 2013 e 25 de Janeiro de 2014).

A elaboração de um estudo de caso, carece de especial importância, no sentido em que o seu maior intuito é conhecer, de forma holística, a pessoa, seu objecto de estudo, com o objectivo máximo do cuidar, neste caso, cuidar com excelência da criança/família em situação crítica.

⁴⁰Yin, Robert K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. 3th Ed. (Applied Social Research Methods). 3ª Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Assim, selecionei para o presente estudo de caso, uma adolescente de dezasseis anos, internada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED), vítima de trauma grave - politraumatizada.

O **Politraumatizado**⁴¹ é definido, como todo o doente vítima de acidente, com duas ou mais lesões traumáticas graves: traumatismo crânio-encefálico (TCE), lesão facial, vertebro-medular, torácica, abdominal, pélvica e extremidades, ou que necessite de internamento numa unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A rápida evolução do homem e da ciência tem trazido alguns aspetos nefastos, especialmente no que respeita ao aumento de vítimas de trauma, independentemente das causas, o que determina um número crescente de mortes. Desta forma, as consequências sociais e económicas são cada vez maiores, na sequência de lesões que causam morte ou incapacidade, comprometendo seriamente a qualidade de vida das vítimas.⁴²

De entre as várias situações traumáticas, o TCE apresenta-se como uma das lesões mais frequentes, tanto em acidentes de viação, como em quedas. Em qualquer politraumatizado, a cabeça é o local mais atingido, ocorrendo uma percentagem importante de mortes devido a TCE, sendo também uma das principais causas de morbilidade pós-traumática.⁴³

De acordo com o publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011 e no **Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica n.º 124/2011**⁴⁴, a Pessoa em Situação Crítica, enquanto especialidade, pretende dar uma resposta global à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, justificando-se assim a escolha da pessoa, em específico a J., para a elaboração do presente estudo. Trata-se de uma adolescente politraumatizada onde foi possível implementar e monitorizar um plano de cuidados de enfermagem individualizado,

⁴¹ American Trauma Society. Trauma facts [Online]. [2011?]; Available from: URL: <http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>

⁴² Relatório 1999: Elementos Estatísticos. Observatório de Segurança Rodoviária em Portugal. Direcção Geral de Viação, Lisboa. 1999.

⁴³ Direcção Geral de Saúde. Protocolo Nacional para abordagem de traumatismos crânioencefálicos. Ministério da Saúde Direcção Geral de Saúde. Lisboa (Portugal), 1999.

⁴⁴ Diário da República n.º35, Série II de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

baseado em problemas reais com ênfase na necessidade de suporte ventilatório e hemodinâmica, monitorização hemodinâmica invasiva, controlo da dor e apoio à família, a viver uma transição situacional.

O atual estudo está elaborado da seguinte forma: introdução, colheita de dados e avaliação, plano de cuidados, reflexão sobre o plano de cuidados e avaliação.

1. COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO

1.1 HISTÓRIA ATUAL E PREGRESSA

Nesta fase do planeamento, será explanada toda a colheita de dados efetuada nas várias fontes de informação disponíveis. Os dados obtidos resultam de entrevistas informais realizadas com os pais, processo clínico e reflexão com os restantes profissionais.

1.1 .1 Identificação da pessoa

NOME	J.S.G.N.M.
SEXO	Feminino
RAÇA	Caucasiana
DATA NASCIMENTO	28.09.1997
IDADE CRONOLÓGICA	16 anos de idade
PESO	60kg
ESTADO CIVIL	Solteira
PROFISSÃO	Estudante
ESCOLARIDADE	10º
NATURALIDADE	Lisboa
RESIDÊNCIA	Maфра
UNIDADE DE SAUDE	CS Maфра
FAMILIAR DE REFERÊNCIA	Pais

1.1.2 Motivo de internamento

A J. terá sido vítima de queda de cavalo, cerca das 19h do dia 2 de Dezembro, queda essa não presenciada, tendo sido encontrada pelos pais, cerca duma hora e trinta minutos após o incidente. No cenário, a jovem apresenta apenas gemido e encontra-se com o pé esquerdo preso no estribo, sendo visíveis no chão, marcas de arrastamento da mesma, em cerca de duzentos metros, em piso de cimento.

Foi efetuado pedido de socorro para o 112, tendo chegado ao local uma ambulância de SBV e uma VMER, por volta das 21H. Nessa altura, a vítima encontrava-se com um GCS 7, pupilas midriáticas reativas, taquicardica e agitada. Foi sedada, analgesiada (Propofol mais Fentanil), entubada oro traqueal, ventilada, colocados dois acessos venosos periféricos, onde profundiu 500ml de soro fisiológico e 500ml de lactato de ringer, imobilizada e transportada.

No SUG do centro hospitalar, onde dá entrada cerca das 22H, é a validada e realiza TACEcervical, torácica, abdómen-pélvica, RX do tórax e do joelho esquerdo, que revelaram:

- 1) Politraumatizada
- 2) TCE grave
- 3) Pneumoperitoneu (?)
- 4) Contusão renal à direita
- 5) Fratura do planalto da tibia à esquerda
- 6) Fratura da 9ª costela esquerda
- 7) Fratura das apófises transversas esquerdas L1 e L2
- 8) Queimadura abrasiva de 1º e 2º grau de cerca de 20% de área de superfície corporal

Durante a avaliação, inicia instabilidade hemodinâmica com hipotensão (60/35mmhg) e bradicardia (50p/m), pelo que começa perfusão de dopamina em CVP mais bólus de 1000ml de cristalóide isotónico. Nesta altura, é colocada a hipótese diagnóstica de choque medular. É avaliada pela neurocirurgia, cirurgia plástica, cirurgia geral e ortopedia.

Às 0.30H é transferida para a UCIPED do mesmo centro hospitalar, acompanhada pelo médico, enfermeiro do SUG, equipa de cirurgia pediátrica e pais. Chega em plano duro, com colar cervical colocado.

1.1.3 Antecedentes pessoais

Saudável, internamento aos três anos de idade, por pneumonia, não toma, habitualmente, medicação. Apresenta plano nacional de vacinação atualizado.

1.1.4 Antecedentes familiares

Segunda filha de pais não consanguíneos e saudáveis.

Irmã, de trinta e quatro anos, saudável.

1.2 AVALIAÇÃO DA PESSOA E DO SEU CONTEXTO

Previamente a este acidente e aos diagnósticos que motivaram o internamento na UCIPED, a J. é descrita, pelos pais, como uma adolescente extrovertida, energética, inteligente e bastante perspicaz.

Gosta muito de música, leitura e tem um grupo de amigos com quem se reúne, regularmente em convívios, passeios e outras atividades relacionadas com hipismo.

Praticante de equitação desde os oito anos de idade, tinha obtido o segundo lugar numa competição, na semana que antecedeu o acontecimento.

O acidente ocorreu com o seu cavalo, bem conhecido pela J. e, com o qual, tinha uma importante relação, pelo que ninguém parece entender o sucedido. “*Talvez o cavalo se tenha assustado com algo*”, refere a mãe. Já sofreu algumas quedas durante o seu percurso de cavaleira, nesta arte do hipismo, mas nenhuma com gravidade.

Concluo que a J., anteriormente a este incidente, era uma adolescente autónoma no desempenho do seu auto cuidado e em todas as atividades da sua vida diária.

1.2.1 Evolução do internamento na UCIPED

Durante o internamento, a J. manteve-se hemodinamicamente instável, havendo necessidade de fazer consecutivos bólus de volume, iniciando albumina em perfusão e fez transfusão de 480ml de concentrado eritrocitário no dia 3 de dezembro.

No dia 4 de Dezembro foi ao BO, submetida a cirurgia ortopédica para fixação do maléolo tibial interno esquerdo e ficou com tala gessada do MIE.

No dia 5 de dezembro, cerca das 18H, é transferida para a unidade de queimados do mesmo centro hospitalar, com o diagnóstico major de choque hipovolémico, com descompensação hemodinâmica por queimadura abrasiva extensa de 1º e 2º grau, correspondente a 30% de área de superfície corporal.

Antes da transferência, é retirado o cateter de PIC, sem sinais de HTIC, repete TAC-CE, sem sinais de lesões intracranianas pós traumáticas agudas, apresenta GCS 10, mais reativa, EOT, ventilada e analgesiada com morfina.

Segundo o *ATLS (2008)*⁴⁵, a **avaliação ABCDE** ao doente traumatizado permite identificar as condições que implicam risco de vida, através do estabelecimento de prioridades e tratamento.

Foi colocada EOT pela VMER, que manteve durante o internamento na UCIPED e na transferência para a unidade de queimados.

A Manteve indicação, pela ortopedia, para CC acompanhado de alinhamento da cabeça na linha média, como coadjuvante do tratamento conservador de L1 e L2.

Submetida a ventilação mecânica invasiva desde o local da ocorrência. Conectada ao Servo 300 na UCIPED em modo VCPR, bem adaptada e com estímulo respiratório, SpO2 100%, EtCO2 34-37 mmHg, apresentou secreções muco purulentas espessas em abundante quantidade. AP. MV mantido bilateralmente sem ruídos adventícios.

Monitorização cardiorrespiratória, TC sinusal apresentou frequentes períodos de bradicardia e algumas extrassístoles ventriculares.

Extremidades frias, pele e mucosas descoradas, TPC superior a 3 segundos.

Algaliada desde a admissão no SUG, teve sempre débitos urinários adequados.

C Colocada linha arterial na artéria femoral direita para monitorização invasiva da PA, no dia 2 Dez.

Colocado CVC de triplo lúmen na veia femoral esquerda, com avaliação da PVC no lúmen distal, no dia 2 Dez.

Apresenta queimadura extensa abrasiva de todo a região dorsal, região mamária, nádegas e membros superiores.

Apresenta-se menstruada com hemorragia vaginal em pequena quantidade.

⁴⁵American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons Committee on Trauma.

Apresenta Glasgow de 3 e FOUR de 5, no dia 2 de Dez. e, posteriormente, Glasgow de 10 e FOUR de 9, no dia 4 de Dez. Localiza a dor e mobiliza os membros mas não cumpre ordens simples.

Pupilas mióticas e não reativas à chegada, que evoluem para pupilas isocóricas e isoreativas (pouco reativas, tamanho médio) no dia 3 Dez.

D

Foi colocado um cateter de PIC intraparenquimatoso no dia 2 Dez. e retirado no dia 4 Dez. Variou entre (13-22mmHg). O mesmo, teve por objetivo, a otimização de medidas de controlo da pressão intracraniana.

Mobiliza os quatro membros e tenta abrir espontaneamente os olhos, no dia 3 Dez.

Foi colocada tala gessada posterior no membro inferior esquerdo, que se manteve íntegra e externamente limpa, sem sinais de compromisso neuro-circulatório.

SOG em drenagem passiva, funcionando de conteúdo sugestivo de sangue digerido em pequena quantidade e, posteriormente, esverdeado.

E

As glicemias apresentam-se estáveis (80-110mg/dl).

Apresenta pensos da região dorsal, mamária, membros superiores e nádegas, repassados de líquido seroso amarelo, de forma quase contínua.

Apresenta hipotermia à chegada 35c e, posteriormente, registaram-se picos febris de 38c.

Os pais permaneceram sempre presentes desde o primeiro momento. À chegada à UCIPED, estiveram na companhia da adolescente, previamente à realização dos pensos e voltaram a entrar no início do dia ou final do turno.

F

A J. chegou à unidade com as feridas abrasivas acima referidas, mas as mesmas encontravam-se sujas de terra, lama e cascalho, o que levou a uma limpeza e desinfeção cuidada e meticulosa por parte da equipa de enfermagem, a qual durou várias horas.

G

Iniciou analgesia, com perfusão de morfina no local, que manteve até à transferência para a unidade de queimados.

A avaliação da dor foi efetuada através da escala BPS. Uma vez que manteve EOT, variou entre (3-5).

Terapêutica administrada durante o internamento na UCIPED

Fluidoterapia	Cloreto Sódio 0.9%	De 2 a 3Dez.
	Dextrose 5% em SF	De 3 a 4Dez.
	Lactato de Ringer	De 3 a 4Dez.
Expansor do plasma	Albumina	De 3 a 4Dez.
Sangue	Concentrado Eritrocitário	Dia 4Dez.
Analgésicos	Fentanil	Vários bólus/dia
	Morfina	De 2 a 4Dez.
Sedativos	Midazolam	De 2 a 3Dez.
Inotrópico	Dopamina	De 2 a 3Dez.
Antipirético	Paracetamol	De 3 a 4Dez.
Antibioterapia	Amoxicilina e Ácido	De 2 a 4Dez.
	Clavulânico	
	Gentamicina	De 2 a 4Dez.
	Terramicina	De 3 a 4Dez.
lões	Cloreto de potássio	De 2 a 4Dez.

2. PLANO DE CUIDADOS DA PESSOA

A elaboração de um plano de cuidados é inequivocamente um recurso precioso na concretização dos objetivos definidos, no âmbito das competências do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, uma vez que permite traduzir, de forma objetiva e mensurável os cuidados prestados, assim como as ações de enfermagem efetuadas, independentes e sensíveis à prática da mesma.

O plano de cuidados dirigido à criança/adolescente torna-se um desafio ainda maior, no sentido em que implica diagnósticos e ações também dirigidos aos prestadores de cuidados (pais).

Nesta abordagem, pretendi cumprir um planeamento individualizado, tendo-me, para tal, baseado na metodologia recomendada pelo *American College of Surgeons* (2008).

VIA AEREA E ESTABILIZAÇÃO DA CERVICAL		
Diagnóstico de Enfermagem		Incapacidade em manter a permeabilidade da via aérea devido a alteração do estado de consciência.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o colar cervical com alinhamento da cabeça na linha média; - Vigiar a permeabilidade e o correto posicionamento do TOT (Nº 7,5/ 21cm à comissura); - Aspirar secreções em SOS; - Avaliar e registar as características das secreções brônquicas. 	<p>A pessoa em situação crítica vítima de TCE com GCS ≤ 8 tem indicação precisa para EOT. Embora a TAC cervical da J. não tenha revelado lesões, a indicação da ortopedia foi manter o colar cervical enquanto tratamento conservador, coadjuvante da lesão lombar. Todos os turnos é verificado o posicionamento do TOT e efectuado o respectivo registo. A aspiração de secreções é efectuada em SOS, sempre que no doente seja observada essa necessidade, não é feito apenas por rotina.</p> <p>Durante o período em a J. esteve entubada não se registaram intercorrências com o TOT. A partir do dia 3 as secreções começaram a ser purulentas e expressas em moderada quantidade no TOT e na orofaringe , segundo protocolo do serviço antes da aspiração procedia-se à instilação de lidocaína a 1% e SF, os períodos de aspiração foram pontuais.</p>

VENTILAÇÃO		
Diagnóstico de Enfermagem		Incapacidade em manter a ventilação eficaz devido a pneumoperitoneu (?), fratura da 9ª costela esquerda e alteração do estado de consciência.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a respiração: inspeção, palpação, percussão e auscultação pulmonar; Monitorizar os parâmetros ventilatórios: FR, SpO2, EtCO2; Vigiar a adaptação à prótese ventilatória – Servo 300; Vigiar cianose labial e das extremidades; Vigiar sinais de esforço respiratório: Tiragem, adejo nasal e polipneia; Vigiar posição da traqueia e aparecimento de engurgitamento jugular. 	<p>A realização da primeira TAC CE da J. evidenciou edema cerebral difuso, neste caso a ventilação mecânica constituiu uma indicação formal que contribuirá para a otimização das medidas de controlo da pressão intracraniana.</p> <p>A J. foi conectada ao ventilador no modo VCPR à entrada na UCIPED, tendo mantido o mesmo modo ventilatório até ao momento da transferência. Sempre bem adaptada.</p> <p>A J. manteve-se ventilada com FR (13-15cpm), SpO2 (97-98%), EtCO2 (34-39), FiO2 (21%). Sem assimetrias torácicas, MV mantido sem ruídos adventícios.</p>
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de infecção associado à EOT
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Higiene da cavidade oral; Aspiração de secreções em SOS e registo das respectivas características; Elevação da cabeceira a 30°. 	<p>Os doentes que estão submetidos a VMI têm o risco de contrair infecções respiratórias aumentado, nomeadamente pneumonia associada à ventilação (PAV).</p> <p>A lavagem e desinfecção correta das mãos por parte de todos os profissionais de saúde, é uma prioridade na UCIPED, durante o meu período de estágio ocorreram vários momentos de auditoria interna.</p> <p>A aplicação do protocolo da técnica asséptica de aspiração de secreções bem como a mudança periódica dos circuitos e traqueias e filtros do ventilador contribuíram para a diminuição deste risco de infecção na J.</p>

CIRCULAÇÃO		
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de hipoperfusão tecidual associado queimadura abrasiva de 1º e 2º grau de cerca de 20% de área de superfície corporal e contusão renal à direita.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar os parâmetros circulatorios: FC e pressão arterial invasiva; Avaliar coloração da pele e presença de sudorese; Avaliar tempo de preenchimento capilar (TPC); Vigiar débito urinário e características da urina; Administrar bólus de fluidoterapia, prescrita, com o objectivo de manter PAS>90mmHg; Vigiar pensos/perdas insensíveis; Avaliar presença de hemorragias; Avaliar defesa à palpação abdominal. 	<p>A J. apresentou instabilidade hemodinâmica periódica, especialmente nos primeiros três dias, associada ao choque hipovolémico mas o primeiro tratamento foi direccionado para um choque medular.</p> <p>Inicialmente não estava muito evidente a causa uma vez que a primeira avaliação no SUG, efectuada pela cirurgia plástica, foi de ferida abrasiva superficial do 2ºG, correspondente a 20% da superfície corporal. Veio-se posteriormente a observar uma queimadura de 2ºG abrasiva profunda, correspondendo a 30% de área de superfície corporal.</p> <p>Houve a necessidade de efetuar vários bólus de volume ao longo dos turnos para manter PAS>90mmHg, até iniciar perfusão de Albumina mais Lactato de Ringer, altura em se observa melhoria da estabilidade hemodinâmica.</p> <p>O TPC manteve-se <3 segundos ao longo do internamento.</p> <p>Pele e mucosas descoradas com extremidades quase sempre frias.</p> <p>Com a presença do CVC e da LA foi possível avaliar a PVC que representou um dado importante em relação à necessidade de preenchimento do espaço intra-vascular.</p> <p>O débito urinário foi outro importante parâmetro a ser avaliado neste contexto de choque.</p> <p>FC (50-150ppm), PAS (50-90mmhg), PAD (30-60mmhg), ritmo sinusal, por vezes com extrassístoles ventriculares. Realizou ecocardiograma que revelou boa função sistólica.</p>
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de infecção associado aos equipamentos de monitorização invasiva
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar sinais inflamatórios nos locais de inserção do CVC, LA e do cateter de PIC; Vigiar o compromisso neurocirculatório do membro onde se encontra inserida a LA; Utilizar o desinfetante alcoólico em cada manuseamento dos sistemas; Monitorização da temperatura corporal. 	<p>Com a presença do CVC e da LA foi possível avaliar a PVC que representou um dado importante em relação à necessidade de preenchimento do espaço intra-vascular.</p> <p>A J. não apresentou sinais de compromisso neurocirculatório do membro onde se encontra inserida a LA.</p> <p>Apresentou picos febris, administrado antipirético prescrito e efectuado arrefecimento natural.</p>

ESTADO NEUROLOGICO		
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de lesão cerebral secundária a volumosos hematomas epicranianos bilaterais
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Elevação da cabeceira a 30°; Avaliação da resposta pupilar; Avaliação da escala de Glasgow; Avaliação da lateralização da resposta motora; Vigilância dos parâmetros vitais (FC e PA); Monitorização da PIC; Administração de bolus de fluidoterapia para PAS>90mmHg; Manutenção da normotermia; Vigilância de convulsões. 	<p>A prevenção da lesão secundária no doente de TCE, é de extrema importância, bem como o papel do enfermeiro através de uma vigilância adequada que visa uma detecção e intervenção precoce.</p> <p>A J. apresentou um GCS (3-10), mobiliza os quatro membros sem aparentes assimetrias.</p> <p>A PIC (5-22cmH2O), PPC (40-75cmH2O), Temperatura (35,7-38,5°C).</p> <p>Pupilas inicialmente mióticas e pouco reativas e, no dia 4 iso córicas e isoreativas.</p> <p>Fêz Doppler transcraniano seriados, o último no dia 4 já não revela sinais de HTIC.</p> <p>Não foram observados episódios sugestivos de convulsão.</p>
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de lesão medular secundaria a fratura das apófises transversas esquerdas L1 e L2
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Mobilização em bloco; Considerar sedação em caso de agitação. 	A J. manteve-se sedo-analgesia com perfusão de midazolam e morfina até ao dia 2, após o qual fica apenas com perfusão de morfina até ao dia 4.

EXPOSIÇÃO		
Diagnóstico de Enfermagem		Alteração da integridade cutânea relacionada com queimadura abrasiva de 2º grau de cerca de 30% de área de superfície corporal e com imobilidade.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Realização de alternância de decúbitos mantendo a elevação da cabeceira e alinhamento da cabeça na linha média; Realização de limpeza das escoriações da face com SF e colocada Terramicina pomada. Realização de limpeza do mento com SF e efetuado penso com Mepitel. Realização de penso de queimados das zonas abrasivas no dorso, tórax, nádegas e membros superiores. Segundo indicação da cirurgia plástica deverá ser feito diariamente limpeza meticulosa das queimaduras com SF, desinfecção com betadine e penso com gaze gorda; Aplicação de creme hidratante nas zonas do corpo não afetadas. 	Cerca de duas horas após efetuar penso de queimados, o mesmo começava a iniciar repasse de liquido seroso amarelado em grande quantidade. As escoriações da face apresentam boa evolução cicatricial sem aparentes sinais inflamatórios.
Diagnóstico de Enfermagem		Alteração da perfusão periférica secundaria ao edema e à presença de tala gessada do membro inferior esquerdo.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o compromisso neurocirculatório duas vezes por turno, monitorizar a presença de dor, palidez, pulsos periféricos, parestesias e função motora; Elevação do membro inferior esquerdo a cerca de 35°. 	A J. apresentou tala gessada do membro inferior esquerdo integra e externamente limpa, com extremidade sem sinais de compromisso neurocirculatório.
Diagnóstico de Enfermagem		Rico de desequilíbrio metabólico relacionado com dieta zero
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a glicemia capilar duas vezes por turno; Verificação do posicionamento da SOG; Avaliar presença de resíduo gástrico; 	A J. manteve glicemias normais durante o internamento (60-1135mg/dl). Manteve-se em dieta zero na expectativa de ir ao BO estabilizar a fratura da perna esquerda o que acabou por suceder no final do dia 3Dez.

EXPOSIÇÃO		
Diagnóstico de Enfermagem		Dor e desconforto relacionado com queimadura abrasiva de 2º grau de cerca de 30% de área de superfície corporal.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da dor através da escala BPS; Administração da terapêutica analgésica prescrita; Mobilizar e posicionar em bloco para alívio das zonas de pressão; Usar técnicas de relaxamento e o toque para proporcionar conforto; Proporcionar um ambiente calmo. 	Durante a realização dos pensos de queimados a J. manifestava-se com desadaptação ventilatória, taquicardia e hipertensão, pelo que eram administrados bólus de fentanil e morfina antes e durante o procedimento.
Diagnóstico de Enfermagem		Alteração da perfusão periférica secundária ao edema e à presença de tala gessada do membro inferior esquerdo.
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o compromisso neurocirculatório duas vezes por turno, monitorizar a presença de dor, palidez, pulsos periféricos, parestesias e função motora; Elevação do membro inferior esquerdo a cerca de 35°. 	A J. apresentou tala gessada do membro inferior esquerdo íntegra e externamente limpa, com extremidade sem sinais de compromisso neurocirculatório.
Diagnóstico de Enfermagem		Risco de úlcera de pressão associado a imobilidade
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Instituir medidas de prevenção da úlcera de pressão: Colocação de placa de poliuretano a nível do calcâneo direito e de um colchão de gel a nível da cabeça. Realizar a alternância de decúbitos de acordo com a evolução clínica. 	A J. não apresentou úlceras de pressão.

FAMILIA		
Diagnóstico de Enfermagem		Ansiedade relacionada com transição situacional
Data	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
2 a 4 Dez.	<ul style="list-style-type: none"> Envolver sempre que possível os pais na prestação de cuidados; Explicar os procedimentos e equipamentos de forma compreensível; Encorajar os pais a alimentarem-se e saírem por um pouco da UCIPED; Fornecer informação com verdade e confiança. 	Os pais da J. apresentaram sempre muita ansiedade acompanhada de grande labilidade emocional. Raramente abandonaram a UCIPED. O papel parental teve que ser interrompido devido ao estado crítico da J. e à tecnologia que emerge numa UCIPED, no entanto mesmo que esse não fosse o caso provavelmente, o papel parental também não parecia adequado devido à importante labilidade emocional. Era preciso continuar a envolver e a capacitar estes pais para o futuro da J., embora ainda imprevisível. A J. apenas foi visitada pelos pais e pela irmã.

3. REFLEXÃO SOBRE O PLANO DE CUIDADOS

O motivo pelo qual optei por uma pessoa em situação crítica, vítima de trauma, prende-se com o objeto do meu projeto – *Cuidados de enfermagem especializados perante múltiplas vítimas em situação crítica*, tentando, desta forma, encontrar nos campos de estágio, resposta a esta temática.

Ao longo do ciclo de vida, a pessoa vive momentos de estabilidade e momentos de instabilidade, etapas de transição e mudança. Afaf Meleis considera que a Transição é um conceito central da disciplina de Enfermagem, pois essa mudança pode ser desencadeada por uma alteração de saúde, na qual o enfermeiro intervém. Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) referem que os enfermeiros preparam os clientes e seus familiares para as futuras transições e são agentes facilitadores do processo de aprendizagem de novos conhecimentos e competências, relacionados com as experiências de mudança.⁴⁶

Neste caso específico, a família parece estar a vivenciar um processo de **Transição Situacional**, relacionado com o internamento da J. e, com a necessidade de deslocação diária, entre Mafra e Lisboa. Também se relaciona com alterações nos planos de vida futuros, tendo em conta uma possível incapacidade física e intelectual, bem como consequências do ponto de vista académico.

A J. está a vivenciar um processo de **Transição Saúde Doença**, relacionado com o evento traumático e com o internamento na UCIPED.

O enfermeiro deve compreender rapidamente a transição vivenciada, “assessment of readiness”, procurando a perspetiva do cliente e, se possível, intervir no período anterior a uma mudança esperada, “preparation for transition”, preparando a transição, prevenindo os potenciais efeitos negativos e melhorando os resultados em saúde (Schumacher & Meleis, 1994, p.125).⁴⁷

⁴⁶Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E-O.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*. Vol 23 (1) 12-28.

⁴⁷Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of nursing scholarship* vol 26.

Reconheço que a transição situacional vivenciada pelos pais da J. deve ser acompanhada de muito perto, uma vez que, numa fase ainda precoce deste processo, já apresentam sintomas de stress, ansiedade e grande labilidade emocional.

A família é um importante ponto do suporte da pessoa que cuidamos e o enfermeiro tem o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família...” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.78).⁴⁸

Considero de extrema importancia o contacto diário com o familiar, pois permite ao enfermeiro a percepção precoce de algumas propriedades na vivência, nomeadamente alterações de comportamento, que possam ser sugestivas de mudança na transição situacional, para uma transição saúde /doença, especialmente num contexto de internamento tão complexo como a UCIPED.

Assim, ao longo do processo de vivência de Transição Situacional, enquanto elemento da equipa de enfermagem da UCIPED, colaborei em:

- ✓ Apoiar os pais na adaptação à situação de transição saúde/doença vivenciada pelo J.;
- ✓ Acolher os pais com apresentação do ambiente de UCI;
- ✓ Acolher os pais na equipa de saúde da UCIPED, com melhoria da comunicação entre a equipa e os familiares;
- ✓ Preparar para o que vêem, ouvem ou experienciam, quando visitam a J. na UCIPED;
- ✓ Envolver os familiares nos cuidados possíveis.

Penso que as condições inibidoras do processo de transição podem ser minimizadas se tivermos disponibilidade para envolver os familiares e cuidadores durante o internamento na UCIPED.

Acima de tudo, as Intervenções de Enfermagem estão presentes em todos os momentos das Transições vividas e adequam-se à sua diversidade e complexidade.

⁴⁸Ordem dos Enfermeiros (2009). *Ordem dos Enfermeiros: Estatuto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

4. CONCLUSÃO

O Enfermeiro, perito em enfermagem na pessoa em situação crítica, deve avaliar criteriosamente a pessoa para identificar os seus principais problemas e traçar objetivos de intervenção realistas, possíveis de alcançar. Para isso, os objetivos delineados devem ser centrados nas necessidades e problemas da pessoa, na família/cuidador e no seu contexto sociofamiliar.

Meleis, na sua teoria, ao considerar o processo de transições de saúde como um processo centrado na interação pessoa – natureza, caracterizado por uma mudança de um estado estável para outro, defende que os enfermeiros são um grupo de profissionais privilegiados, capazes de entender o próprio processo de transição e, por sua vez, implementar um vasto leque de intervenções que visem uma ajuda efetiva, cooperando com as pessoas, no sentido de atingirem estabilidade e bem estar.

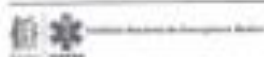
Com base neste caso clínico, compreendo que o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, deve efetuar uma observação e reflexão minuciosa, de forma a entender a transição que ocorre em cada caso, pois os significados atribuídos às transições são diferentes e variam a cada pessoa, seja ela mãe, pai, ou mesmo criança.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yin, Robert K. (2003). Case Study Research: Design and Methods. 3th Ed. (Applied Social Research Methods). 3ª Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
2. American Trauma Society. Trauma facts [Online]. [2011?]; Available from: URL:<http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>
3. Relatório 1999: Elementos Estatísticos. Observatório de Segurança Rodoviária em Portugal. Direcção Geral de Viação, Lisboa. 1999.
4. Direcção Geral de Saúde. Protocolo Nacional para abordagem de traumatismos crânioencefálicos. Ministério da Saúde Direcção Geral de Saúde. Lisboa (Portugal), 1999.
5. Diário da República nº35, Série II de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
6. American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). Advanced Trauma Life Support for Doctors. Chicago: American College of Surgeons Committee on Trauma.
7. Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of nursing scholarship* vol 26
8. Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of nursing scholarship* vol 26.
9. Ordem dos Enfermeiros (2009). *Ordem dos Enfermeiros: Estatuto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE XIV

Ficha de Realização de Estágio em Meio INEM



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MBO INEM

ESTAGIÁRIO: Círia Maria Siqueira Batista Aires

OBJECTIVOS: Desenvolver competências no área de tuberculose e doenças em situações críticas.

Coordenador do Estágio: _____

Data: 06/09/2019 Turno: Manhã Tarde Meio: TIP

N.º DE ACTIVACÕES: 1 Doença súbita: Trauma: _____ Outras: _____ Abortadas: _____

Assinaturas: O Estagiário

Círia B. Aires

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Íria Ambrósio Campos

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Transporte secundário do Hospital de Faro para HDE
Prematura f, 26 semanas, 660g
Transferência por NEC que
perfurou. (Neurotizing
Enterocolitis), com
presença de tosse importante
Cuidados de enfermagem:
- RN EOT, ventilador em PC
bem adaptado;
- SNG em decúbito lateral;
- Catecatr e picutânea pouco
útil;
- Alimentação parentérica
em curso;
- Hemodinamicamente
estável.
Pais no hospital de origem.
- Manutenção da Temperatura
central.

A aluna apresentou-se de
forma asséptica, muito
interessada e proativa
inicialmente as rotinas,
e junto de se acionou
o transporte. Interventiva
sempre de forma oportuna,
colaborou no transporte
de carga com atuação
precoz/eficaz, com postura
adaptable e demonstrou
conhecimentos pré-entrevi-
stados adquiridos.

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEO INEM

ESTAGIÁRIO: Célia Maria Sigurd Batista Alves

OBJECTIVOS: Desenvolver competências na área de intervenção de enfermagem à criança em situação crítica:

Coordenador do Estágio: Enfer. Rafael Marques

Data: 09.09.2013 Turno: Manhã Tarde Meio: TIP

N.º DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Célia Batista Alves

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Vânia Lopes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Transporte secundário entre o HVFX e o HSMate RN, ♀ 15H de vida, 2.3kg IG 38 semanas
Motivo do transporte por impediça de condio patia-
contação do arto.
Cuidados de a famap:
- RN para noites em tubição separada com períodos de aponia.
- Transporte a incubadora que mantém a temperatura corporal.
- Monitorizaçã CR
- SOB em drenagem passiva
- Infusão profilática de Dextrose 10% ou Glic. ca
- Mãe internada, pai visitando
Sobre a temperatura de RN.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

A Célia colocou o arto durante todo o transporte, tendo manifestado um excelente nível de compreensão na abordagem à criança em situação crítica.
Revelou elevado conhecimento crítico, destreza manual e um comportamento adequado no feio de emergência.

Vânia Lopes

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MBO INEM

ESTAGIÁRIO: Clara Maria Silva Anta

OBJECTIVOS: Desenvolver competências no área da intervenção e atuação em situação crítica

Coordenador do Estágio: Enferm. Rafael Marques

Data: 10/01/2014 Turno: Manhã Tarde Meio: TIP

N.º DE ACTIVACÕES: 1 Doença súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Clara Maria Anta

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Helder Moreira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

RNQ, 44 de 2006, IG 405
 345019. Transporte Hospital
 de Lourenço para HSH - UCIPES
 Mães - Hemorragia pulmonar
 maciça + HSA.
 Cuidador de Enfermagem:
 ECF, utilidade em FAF com NOI
 Catect, Catect umbilical (CNU),
 Catect, Catect umbilical (CNU)
 Património: Depressão, Destrutiva
 Antena, sul parte de Agnóstico,
 Bimbovato de Sida, Bimbovato
 Apresentação do Transportador
 corporal, transporte a incubadora
 Resumido CA - SVP
 Monitorização CA
 SOB - Bimbovato antena
 Algalvato.
 Os pais foram levados à
 unidade de Neonatologia para
 antes do início do transporte.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Muito capacitado e também
 as aplicações, atenta todas
 situações. Critica com
 respeito bastante eficaz
 no que foi pedido para
 fazer.

Helder Moreira

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MBO INEM

ESTAGIÁRIO: Clara Maria Silva Batista Ara

OBJECTIVOS: Desenvolver competências na área de Intervenção à Criança em Situações Críticas.

Coordenador do Estágio: Excmo Rafael Marques

Data: 13.01.2014 Turno: Manhã Tarde Meio: T.I.P

N.º DE ACTIVACÕES: 2 Doença súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Clara Batista Ara

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Rita Faj

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Transporte preparado para
 Respição de Broncopatia
 em RN-239-2.7kg
 Entre MAC e HDE.
 Dispneica - Distrofia
 Miotónica.
 Cuidados de suporte:
 - EOT. Conectado a protoss
 ventilatório em VC, em
 adaptado
 - Transporte em incubadora
 com manutenção do Transporte
 no capod.
 - SOB clampedo.
 - Papirais de Dextrose a 5%
 em cateter epicutâneo.
 - Manutenção CR
 - Os pais ficaram na
 MAC, não acompanharam o
 RN durante o transporte e

A colica colaborou com
 a Equipa de transporte
 Pediátrico na prestação
 de cuidados ao RN
 transportado da MAC
 para HDE mostrando
 bastante interesse e
 sentido crítico perante
 a situação.

Rita Faj



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MBO INEM

ESTAGIÁRIO: Clara Maria Siqueira Brito Ara

OBJECTIVOS: Desenvolver competência no caso de Intubação e Cuidado em Situação crítica.

Coordenador do Estágio:

Data: 13.01.2014 Turno: Manhã Tarde Meio: TIP

N.º DE ACTIVACÕES: 2 Doença subita: Trauma: Outros: Abortadas:

Assinatura: O Estagiário Clara Brito Ara

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rita Fg

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Transporte secundário entre HSM e HSFx.
RN ♂, 2H vob, 3085 kg
Recebeu transporte por falta de vaga, quadro clínico de CIV + dificuldade respiratória com fevido e tiragem.
Cuidados emprega:
- Transporte em incubadora com manutenção da temperatura corporal.
- Perfusão de dextrose 10% em via periférica.
- Monitorização CR
- Mão intubada na BP
- Paciente Neuroblópio de HSM, foi transferido para HSFx.

Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Colaboração e participação no transporte de RN do HSM para HSFx.

Rita Fg

APÊNDICE XV

Cronograma de Atividades AP

Local de Estágio	Objetivos Específicos	Atividades desenvolvidas
<p>Serviço de Atendimento Permanente</p> <p>-AP-</p> <p>Hospital Privado</p> <p>(Duas semanas - 90H)</p>	<p>Colaborar ativamente para a criação de uma proposta do plano de emergência externo do hospital onde exerce funções.</p>	<p>Participar na constituição da equipa multidisciplinar que dará origem à comissão de catástrofe;</p> <p>Organizar o AP, com base na triagem de Manchester de catástrofe;</p> <p>Identificar riscos e vulnerabilidades do AP;</p> <p>Formar de Kits de catástrofe de acordo com a DGS e o GPT;</p> <p>Formar os pares com o objetivo de dar a conhecer a estrutura prevista;</p> <p>Planear um simulacro envolvendo a comunidade à volta do HCD.</p>

CRONOGRAMA ESPECÍFICO DE ATIVIDADES - ENSINO CLÍNICO

Outubro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
UCIP		E					M		PEE					M	PEE	MT	MT				M	T		M	M	M	M	MT			
Nº HORAS							8.5		2					8.5	2	16	16				8.5	8		8.5	8.5	8.5	8.5	16			
	25H - ESEL						10.5H								42.5H								50.5H				16H				
	Total Out. - 144.5H																														

Novembro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
UCIP	M	FO	FO		M	MT					T		PEE		M	M					T	PEI					ESEL	EEE	EEE	
Nº HORAS	8.5	10	10		8.5	16					8		2		8.5	8.5					8	2					4	8	5.5	
	8.5	20		24.5								27								8						4+13.5				
	Total Nov. - 105.5H																													
	FO - Instrutores SAVP																													
	Total Out. e Nov. - 252H																													
													PEE - Plano de Emergência externo																	
																			ESEL - 1º Encontro Alunos 3º Semestre											
																			EEE - 2º Encontro de Enfermagem de Emergência											
																			PEI - Plano de Emergência Interno											

Dezembro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
UCIPED TIP		M			M					M	MT		M				M	M	PEI	M			PEE								
Nº HORAS		8			8					8	16		8				8	8	2	8			2								
	16										32												2								
	Total Dez. - 76H																														

Janeiro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
UCIPED TIP						MT	M			MT		PEI	MT	MT						ESEL			ENECIP	ENECIP				PEE			
Nº HORAS						16	8			16		3	16	16						4			9	8				2			
							40						35								29H						2H				
	Total Jan. - 106																														
	Total Dez. e Jan. - 182H																														
													ENECIP - 1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos																		
																			ESEL - 2º Encontro Alunos 3º Semestre												
																			PEI - Plano de Emergência Interno												
																			PEE - Plano de Emergência externo												

Fevereiro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
AP			D		D		D				D	D	D																	
Nº HORAS			12		12		12				12	12	12																	
			36H								36H																			
	Total Fev. - 72H																													
	Total Fev. - 72H																													
																			Total Final - 506H											

APÊNDICE XVI

Checklist SINAS



Check-list Adequação e Conforto das Instalações

7. Plano de emergência e catástrofe	
7.1 Divulgação	<i>O prestador é capaz de demonstrar que:</i>
7.1.1	É divulgado o plano de emergência e catástrofe a todos os profissionais
7.2 Avaliação	<i>O prestador é capaz de demonstrar que:</i>
7.2.1	É efectuada actualização anual do plano de emergência e catástrofe
7.2.2	São realizados simulacros
7.2.3	O relatório do simulacro é do conhecimento da administração

Construção da classificação de *rating* a partir dos *clusters*



- A atribuição de *ratings* é realizada através da classificação dos prestadores em três *clusters*, de acordo com os grupos de prestadores criados naturalmente pelo algoritmo:
- prestadores com rácio de cumprimento no *cluster* superior são classificados com "nível de qualidade III";
- **prestadores com rácio de cumprimento no *cluster* intermédio são classificados com "nível de qualidade II";**
- prestadores com rácio de cumprimento no *cluster* inferior são classificados com "nível de qualidade I".

APÊNDICE XVII

Apresentação 15 de Outubro

Plano de emergência externo

Unidade de saúde

Elaborado por: Célia Batista Aires

Outubro 2013

▪ **OBJETIVO GERAL**

- Desenvolver o Plano de Emergência Externo da US;

▪ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Constituir a comissão de catástrofe da US;
- Definir a organização e estrutura de resposta à catástrofe na US;
- Desenvolver o PEE num trabalho de parceria com o SMPC;
- Divulgar internamente o PEE na US;
- Organizar um simulacro de resposta à catástrofe.



- Momento zero - encontravam-se na urgência do Hospital Gregorio Marañón (HGM) 34 pacientes por tratar e 100 a receber assistência.
- ① 7:50 Chega ao Hospital pelo seu próprio pé um jovem ferido. Não consegue descrever o que aconteceu.
- ② 7:55 O HGM é informado pelo centro de controlo do Serviço de Urgência Médica de Madrid do ocorrido.
- ③ 8:00 Ativado o Plano de Emergência Externo ; Reune-se o Gabinete de Crise;

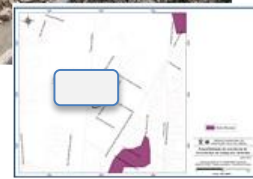
Números → 11/03/2004

- 70.000 profissionais de saúde
- 291 ambulâncias
- 20.000 chamadas para o 112
- 21 hospitais
- 191 vítimas mortais
- 1400 feridos
- 1668 assistidos

- ④ Dão-se instruções para:
 - Cancelar todas as intervenções cirúrgicas não urgentes – BO livres;
 - Proceder a todas as altas possíveis – otimizar o número de camas;
 - Reestruturar as áreas do serviço de urgência e da UCI conforme o plano de emergência;
 - Iniciar triagem em caso de emergência externa.
- ⑤ Em duas horas admitem 250 vítimas e realizaram 35 cirurgias.

- ⑥ Tipo de lesões:
 - Queimaduras de segundo grau;
 - Fraturas de membros inferiores;
 - Traumatismo craneoencefálicos;
 - Blatz injury – pulmão e globo ocular;
 - Roturas de tímpanos;
 - Roturas de órgãos abdominais;





A US encontra-se localizado numa zona onde existem vários perigos e vulnerabilidades, nomeadamente a ***Vulnerabilidade Sísmica dos Solos***, a ***Vulnerabilidade para Inundações*** e a ***Suscetibilidade de Ocorrência de Movimentos de Massa em Vertentes***. (SMPC 2013)

▪ **Catástrofe**

- "É um acidente grave ou uma série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), susceptíveis de provocar elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional". (INEM2013)

▪ **Acidente Grave**

- "É um acontecimento inusitado (provocado por ação do homem ou da natureza), com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir pessoas e outros seres vivos, os bens e o ambiente". (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei No 27/2006)

▪ **Situação de Exceção**

- "Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É, por sua vez, esta desigualdade que vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento". (INEM 2013)

	ACIDENTES	CRISES	EMERGÊNCIA DESASTRE	CATÁSTROFE CALAMIDADE
FERIDOS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
VÍTIMAS MORTAIS	Poucos	Muitos	Múltiplos	Centenas Milhares
DANOS	Fracos	Moderados	Elevados	Severos
DISRUPÇÕES	Fracos	Moderados	Elevados	Fracos
IMPACTOS GEOGRÁFICOS	Localizados	Dispersos	Dispersos e difusos	Difusos
RECURSOS DISPONÍVEIS	Elevados	Suficientes	Limitados	Escassos
ELEMENTOS DE RESPOSTA	Poucos	Muitos	Centenas	Centenas Milhares
TEMPO DE RECUPERAÇÃO	Minutas Horas Dias	Dias Semanas	Meses Anos	Anos Décadas

Tabela 1: Comparação da magnitude dos eventos (INEM 2013)

Legislação - Artigo 6.º - Deveres gerais e especiais

▪ **3** - "Os responsáveis pela administração, direção ou chefia de empresas privadas (...) têm, igualmente o dever especial de colaboração com os órgãos e agentes de proteção civil".

▪ **5** - "A violação do dever especial previsto no nº 3 implica, consoante os casos, responsabilidade criminal e disciplinar, nos termos da lei". (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei No 27/2006)

Qualidade

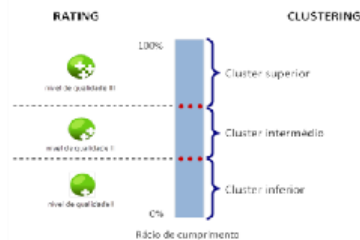


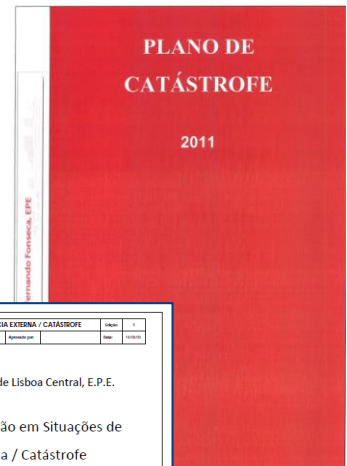
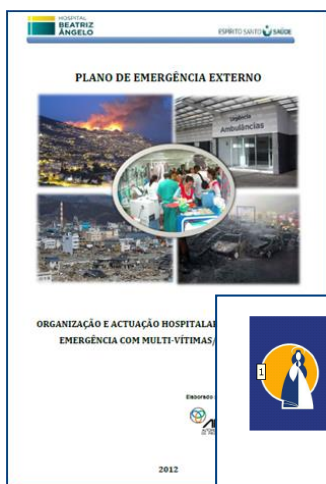
Check-list

Adequação e Conforto das Instalações

7. Plano de emergência e catástrofe	
7.1 Divulgação	O prestador é capaz de demonstrar que:
7.1.1	É divulgado o plano de emergência e catástrofe a todos os profissionais
7.2 Avaliação	
O prestador é capaz de demonstrar que:	
7.2.1	É efectuada actualização anual do plano de emergência e catástrofe
7.2.2	São realizados simulacros
7.2.3	O relatório do simulacro é do conhecimento da administração

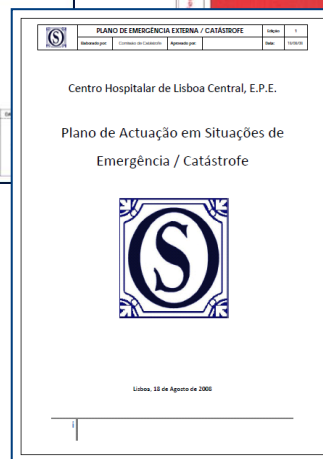
Construção da classificação de rating a partir dos clusters



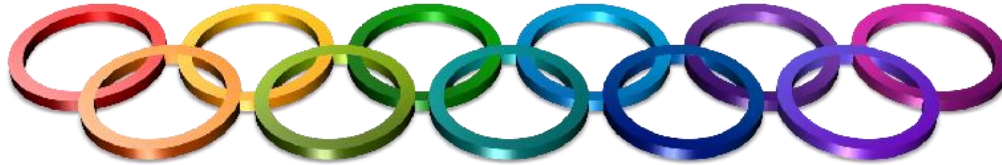


January 2012

ELABORADO	APROVADO	DATA APROVAÇÃO	EM
Dr. João Paulo	[Signature]	18/11/2010	ES
Dr. João Paulo	[Signature]	18/11/2010	ES



- Avaliação da US**
 - Organização, atividade e estrutura;
 - Procedimentos de alerta e evacuação.
- Catálogo de Riscos**
 - Avaliação de Riscos e vulnerabilidades;
 - Articulação com Proteção Civil, INEM e Bombeiros.
- Níveis de Ativação do PEUS**
 - Fase de alerta, alarme e execução;
 - 3 Níveis de resposta.
- Comunicação Interna e Externa**
 - Assegurar a comunicação;
 - Mediação.
- Segurança /Acessos**
 - Definição de circuitos;
 - Proteção da autoridade policial;
 - Segurança da US.
- Gabinete de Crise**
 - Centro único de coordenação e decisão;
 - Missão depende da origem e gravidade;
 - Prever constituição e localização;
 - Execução de avaliação.



- AP em caso activação do PEUS**
 - Reorganização por áreas;
 - Triagem START;
 - Possibilidade de extensão se fluxo aumentado de vítimas;
 - Padrão de qualidade de cuidados.
- Conceção "Action Cards"**
 - Principais pilares de planeamento e preparação da US;
 - Organização e gestão;
 - Recursos humanos;
 - Prestação de cuidados;
 - Recursos gerais.
- Transporte de vítimas**
 - Protocolos e procedimentos com o INEM;
 - Acolhimento e transferência adequada.
- Divulgação e Formação**
 - Baseada nos protocolos de ação do Plano de Emergência;
 - Formação e divulgação aos intervenientes condicionam o sucesso da execução do PEUS.
- Operacionalidade e Actualização**
 - Realizar exercícios, com o objetivo de avaliar:
 - Qualidade de gestos;
 - Organização de circuitos;
 - Adaptação e pertinência dos materiais utilizados;
 - Reatividade das pessoas face a uma situação excepcional.

		CRONOGRAMA - PEE US																																						
		2013												2014																										
		OUT/NOV				DEZ		JAN				FEV				MAR				ABR				MAI				JUN				JUL				NOV				
ANO																																								
MÊS																																								
SEMANA	28	4	11	18	25	2	9	2	6	13	20	27	3	10	17	24	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	3	10
	1	8	15	22	29	6	13	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	1	11	18	24	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	7	14	
ACTIVIDADES	Constituição da Comissão de Catastrofe																																							
	Avaliação da US																																							
	Definição do catálogo de riscos e do catálogo de recursos humanos																																							
	Definição dos níveis e especificidades de activação																																							
	Definição e organização das comunicações internas e externas																																							
	Segurança e acessibilidade nas imediações do hospital																																							
	Reorganização do AP em caso de activação do plano																																							
	Constituição do Gabinete de Crise																																							
	Conceção das "Action Cards"																																							
	Organização dos serviços de apoio clínicos e não clínicos																																							
	Transporte de doentes (Intra/extra-hospital)																																							
	Divulgação e Formação																																							
	Operacionalização e Actualização																																							

- **Constituição Comissão de Catástrofe**
 - Diretor Clínico;
 - Coordenador Clínico do Atendimento Permanente Adulto;
 - Coordenador Clínico do Atendimento Permanente Pediátrico;
 - Coordenador Clínico da UCIP;
 - Enfermeiro Gestor do Atendimento Permanente;
 - Enfermeiro Coordenadora do Projeto;
 - Enfermeiro Gestão de Risco;
- **Recursos**
 - **Cronograma Temporal**
 - Elaboração do projeto - disponibilidade de 4h semanais da Comissão entre Novembro e Julho;
 - Divulgação e Formação
 - Sessões de formação de 2 horas, em regime presencial obrigatório em específico para os colaboradores do Ap;
 - Sessões de formação de 1 hora, em regime presencial obrigatório para todos os colaboradores;
 - Simulacro
 - Disponibilidade de 4h semanais da Comissão entre Setembro e Novembro para planeamento de simulacro em articulação com o plano de emergência interno em Novembro de 2014;
 - **Materiais**
 - 4 Kits de catástrofe;
 - 4 Kits de triagem;
 - Reforço de material crítico (?);



✓ Nada substituí pessoas bem treinadas, competentes e motivadas!

✓ As Pessoas são o triunfo mais importante.

✓ Um consenso geral é um dos princípios essenciais para o sucesso do PEUS.

Alves, A. et all. (2010), "*Plano de Emergência Externa do Hospital de Santa Maria*", Acedido a 10 de Julho de 2013 na intranet do Centro Hospital de Lisboa Norte.

Comissão de Catástrofe (2012), "*Plano de Emergência externo do Hospital Beatriz Ângelo*", pp.2-78.

Faria, A., Teixeira, J. (2012), "*Plano de Catástrofe do Hospital de Braga*", , Acedido a 2 de Outubro de 2013.

Gonçalves, A. et all (2011).), "*Plano de Catástrofe do Hospital Fernando Fonseca*", , Acedido a 26 de Setembro de 2013.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2010), "*Manual de VMER 3ªEd.*" Lisboa, INEM, pp. 29

Lei de Bases da Protecção Civil, Lei n.º 27/2006, publicada no Diário da República nº 126, I Série de 03 de Julho de 2006;

Mendonça D. et all (2012). "*Relatório AP – HCD/2012*", Hospital Cuf Descobertas, Lisboa.

Ministério da Saúde (2010), "*Orientação da Direcção-Geral da Saúde*", Nº 007/2010

Moreno, R. et all. (2008), "*Plano de Emergência Externa do Hospital de São José*", Acedido a 11 de Julho de 2013.

Oliveira, M.et al., (2013), "*Manual de Situação de Exceção*", Lisboa, Instituto Nacional de Emergência Médica, pp.14.

Orientação da Direcção-Geral da Saúde (2010), Ministério da Saúde Nº 007/2010.

APÊNDICE XVIII

Ata da 1º Reunião da Comissão de Catástrofe

Ata Reunião

REUNIÃO: 1ª Reunião da Comissão de Catástrofe **DATA:** 14/11/2013 **HORA:** 17H00 **DURAÇÃO:** 2H00

LOCAL: US- Gabinete X.

Participantes:

Dr.º P – presente

Dr.º L – ausente

Enf.ª R – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.ª D – presente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo

Agenda do dia

1. Resumo da apresentação do projeto de constituição da Comissão de Catástrofe em Direção Assistencial;
2. Discussão das fases de implementação do Plano de Emergência Externa, conforme cronograma;

Assuntos do dia

1. Resumo da apresentação do projeto de constituição da Comissão de Catástrofe em Direção Assistencial

Foram comunicadas as seguintes orientações:

- Projeto de constituição da Comissão de Catástrofe como prioridade para a administração da US;

- Aprovação dos elementos constituintes da Comissão de Catástrofe, com o envolvimento da Gestão Hoteleira;
 - Realizar levantamento de necessidades de recursos materiais com orçamento;
-
- Aprovação do cronograma apresentado com implementação do Plano de Emergência de Externo prevista para 2014;
 - Realizar regulamento da Comissão de Catástrofe.
2. Discussão das fases de implementação do Plano de Emergência Externa, conforme cronograma
- Catálogo de Risco a desenvolver e apresentar na próxima reunião pela R;
 - Definição da Cadeia de Responsabilidades de Comando e Controlo a desenvolver e apresentar na próxima reunião pelo D;
 - Definição dos níveis e especificidades de ativação a desenvolver e apresentar na próxima reunião pela Célia Aires.

Próximos Passos:

- Reunião a 23/12/2013;

Próxima Reunião

DATA: 23/12/2013 **HORA:** 09 horas **DURAÇÃO:** 02H00 **LOCAL:** US Gabinete X

AGENDA (proposta):

- Aprovação do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Apresentação das fases de implementação desenvolvidas pelos elementos supracitados;
- Definição de próximos passos.

APÊNDICE XIX

Planeamento do PEI

GUIÃO

Simulacro: US

Dia: 13 de Janeiro de 2014

Hora: 05:30

Cenário: Incêndio

Local: Y– quarto X

Atores:

Local	Funções	Nomes
Y	Delegado Segurança atuação	Eng. A
	Delegado Segurança evacuação	Prof. B
Quarto X	Cliente com mobilidade assegurada	Sr. C
Quarto Z	Cliente acamado dependente de cuidados	Dra. D
Enfermeiro	Serviço na unidade	Enf. E
AAM	Serviço na unidade	Dra. F
Enf. Coordenação		Enf. G
UCIP	Equipa emergência clinica	Dr. H Enf. I
AP	Médico responsável	Prof. J
Central de segurança	Vigilantes	Chefe de grupo Móvel Na central
	Responsável de Segurança	Dra. K

Observadores:

US: Dr. L; Enf. Célia Aires;

Entidade exterior: Dr. M; Eng. N;

- 05:30 - Cheiro a queimado no quarto X
- Cliente ativa campanha de chamada de enfermeira.
- AAM/Enfermeira desloca-se ao quarto
- Confirma cheiro a queimado e fumo
- Liga imediatamente à Central de Segurança e informa

Emergência nível 1

- Solicita ao cliente que a acompanhe para o exterior do quarto e acomoda-o (quarto vazio/sala de enfermagem)
- Central de Segurança contacta vigilante móvel que se encaminha para o local.
- Comunica situação ao colega do piso e ao Enf. de Coordenação (que se deve dirigir para o local)
- Vigilante móvel confirma início de incêndio e informa Central
- Vigilante móvel pega em extintor e tenta controlar início de incêndio (Ativa Extintor de CO2, direcionando-o para o pavimento)

Fogo incontrolável – Emergência nível 2

- Informa central de segurança
- Vigilante da Central comunica CODU – 112 (informa que é simulacro)
- *Vigilante da Central comunica Bombeiros*
- Vigilante da Central inicia sequência de contactos e abre envelope de emergência entregando-o ao chefe de grupo
- Fumos acumulados – necessidade de evacuação cliente do quarto Z (cliente acamado dependente de cuidados)
- Enf. Coordenação contacta “equipa de emergência clinica”
- DS Atuação chega à Central e recolhe rádio e envelope de emergência e dirige-se ao local da emergência
- RS chega à Central e recolhe rádio e envelope de emergência – põe em prática eventuais contactos
- Equipa de emergência clinica presta a assistência necessária e assegura condições para evacuação do doente – *maca de*

evacuação localizada no átrio elevadores dos resíduos

- DS Atuação inteira-se da situação e determina evacuação da ALA – Comunica ao RS e aguarda chegada de DS Evacuação para decisão de cortes a efetuar (gases medicinais e energia)
- RS determina e estabelece contacto com ALA A do local X, e ALA B do local Y e Berçário – para ficarem de prevenção
- DS na evacuação estabelece contactos necessários para evacuação do cliente para outra unidade funcional – Informa RS da decisão
- DS Atuação efetua ou manda efetuar os cortes necessários
- DS Evacuação, estipula prioridades de evacuação e a afectação dos elementos das equipas de segurança necessárias para evacuação da ala (qualquer colaborador).
- DS na atuação identifica ou manda identificar os percursos seguros para a evacuação e informa DS na evacuação
- DS na Atuação determina a atuação e os elementos necessários para conter ou atrasar a evolução do incêndio.
- DS na Atuação verifica ou manda verificar se não ficou ninguém no ala após ordem de evacuação.
- DS na Atuação dirige-se à Central de Segurança - Informa RS
- DS na evacuação acompanha estado dos clientes evacuados e avalia necessidade de evacuar para o exterior - Informa RS
- À Chegada dos meios de socorro externos RS informa e coloca-se à disposição para colaborar no que for necessário
- RS dá por encerrado o simulacro e estabelece o retorno à normalidade

APÊNDICE XX

Análise do Resultado do Simulacro



ANÁLISE DO RESULTADO DO SIMULACRO

Ata do Simulacro – 13.01.2014

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....	4
3. ANTECEDENTES.....	5
4. NÍVEL DE INFORMAÇÃO AO PESSOAL.....	5
5. DESCRIÇÃO DO SIMULACRO.....	6
6. TEMPOS DE INTERVENÇÃO.....	6
7. ANÁLISE DO SIMULACRO.....	9
8. CONCLUSÕES:	
ACÇÕES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS	9



1.INTRODUÇÃO

O presente simulacro tem por objectivo:

Ativar de forma planeada o Plano de Emergência Interno da US com a finalidade de comprovar, no que diz respeito a meios, tanto materiais como humanos:

- ✓ O treino com os equipamentos de intervenção e do pessoal a evacuar.
- ✓ O treino na prestação de primeiros socorros
- ✓ A revisão do próprio PEI da US
- ✓ A comprovação do correto funcionamento de equipamentos, meios de detecção, alarmes, etc. e avaliação da sua eficácia.
- ✓ A medição dos tempos de resposta, tanto de evacuação como de intervenção.
- ✓ A redução, tanto quanto possível, dos riscos pessoais e dos impactos ambientais associados.

O último objetivo do simulacro será estabelecer critérios para verificar o correto funcionamento do PEI e estabelecer uma cultura preventiva de emergências entre todos os que trabalham na US.

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

..

LUGAR: US

LOCALIDADE: Lisboa

DATA SIMULACRO: 13/01/2014

HORA: 5:30H

PESSOAS PRESENTES:

Eng. H, Prof. J, Sr. F, Dra. C,

Enf. R, Dra. I, Enf. H, Dr. L,

Enf. C, Chefe de grupo, Móvel, Na central, Dra. M,

Dr. P, Enf. Célia Aires, Dr. J, Eng. M.

.

COORDENADORES:

Eng. H, Dra. M, Dr. J, Eng. M



3. ANTECEDENTES

A US dispõe de um Plano de Emergência Interno (PEI).

A US tem estabelecido, no seu PEI, formas de atuação sistemática para identificar e prevenir acidentes e emergências, assim como o modo de os resolver no caso de ocorrerem.

Para o presente ano, programou-se o seguinte cenário de simulacro:

05:30 - Cheiro a queimado no quarto X- ***Emergência Nível 1***

Vigilante móvel confirma início de incêndio e tenta controlar o mesmo - ***Fogo***

Incontrolável – Emergência Nível 2

Equipa de emergência clínica presta assistência no local a duas vítimas e assegura condições de evacuação para o AP de um cliente em maca e de outro a pé.

O simulacro foi realizado pelo pessoal da unidade hospitalar em colaboração com a Empresa Y, presente no local, seguindo as instruções do responsável pela Segurança e do PEI.

4. NÍVEL DE INFORMAÇÃO AO PESSOAL

Todos os participantes receberam um email com informação prévia detalhada, no próprio dia. Cerca das 5.15h foi realizado *briefing* pelo responsável Y.

Determinou-se, em reunião com o Gestor de J e o Conselheiro de Segurança, que este simulacro seria realizado com informação prévia e detalhada aos participantes.

5. DESCRIÇÃO DO SIMULACRO.

TIPO DE CENÁRIO	Incendio numa cama no piso X,são Evacuadas duas pessoas, um ferido Ligeiro e um cliente acamado.
TIPO DE EMERGÊNCIA	<i>Emergência:Nível2</i>
TIPO DE EVACUAÇÃO	Parcial

6. TEMPOS DE INTERVENÇÃO

N^o	Ação	Tempo
1	A enfermeira do piso liga à Central de Segurança e informa a Presença de incêndio.	40S
2	Central de Segurança contacta vigilante móvel que se encaminha Para o local.	45S
3	Vigilante móvel confirma início de incêndio e informa Central	2.30M
4	Vigilante móvel pega em extintor e tenta controlar início de incêndio	3M
5	Vigilante da Central comunica ao CODU – 112 e bombeiros	3M
6	Vigilante da Central inicia sequência de contactos, abre envelope de Emergência e entrega – o ao chefe de grupo	3.5M
7	DS chega à Central, recolhe rádio e envelope de emergência e dirige-se ao local da emergência	5M
8	RS chega à Central, recolhe rádio e envelope de emergência e Coloca em prática eventuais contactos	5.30M
9	Equipa de emergência clinica presta a assistência necessária e Assegura condições para evacuação do doente	7.14M

10	DS efetua, ou manda efetuar, os cortes necessários	7M
11	DS verifica, ou manda verificar, se não ficou ninguém na ala após Ordem de evacuação.	10M
12	DS dirige-se à Central de Segurança e informa RS	12M
13	RS dá por encerrado o simulacro e estabelece o retorno à normalidade	15M





7. ANÁLISE DO SIMULACRO

TEMPOS DE INTERVENÇÃO

Verificou-se uma boa dinâmica, por parte de todos os intervenientes. O simulacro demorou, na totalidade, 15 minutos, com início cerca das 5:52H e término cerca das 6:07H.

FUNCIONAMENTO DE MEIOS E MODOS DE ACTUAÇÃO.

No ponto 6. Tempos de Intervenção, já estão descritas todas as principais ações realizadas, contudo, cabe destacar o envolvimento por parte de todos os intervenientes.

8. CONCLUSÕES

ACÇÕES CORRECTIVAS/PREVENTIVAS

Uma vez finalizado o simulacro, efetuou-se um *debriefing* com toda a equipa envolvida, analisando as consequências do incidente e as potenciais melhorias, tendo-se chegado às seguintes conclusões:

Pontos positivos a realçar:

- ✓ Conhecimento e destreza por parte da equipa de segurança;
- ✓ Realização precoce dos contactos, em consonância com o definido no PEI;
- ✓ Demonstração de conhecimentos técnicos/operacionais por parte da equipa de saúde;
- ✓ Abordagem credível do simulacro por parte de todos os intervenientes.

Pontos a melhorar:

- ✓ Após a evacuação de todas as pessoas, deve ficar um vigilante no piso, não devendo o mesmo ficar abandonado, devido a potenciais perigos no local;
- ✓ O detector de incêndios acionado não funcionou, pelo que deve ser identificada a causa;
- ✓ Pode ser melhorado o procedimento de contactos através de uma check list, para que não ocorram falhas;
- ✓ É importante melhorar a fluidez nas comunicações rádio, através do treino na sua utilização;
- ✓ Pode ser melhorada a tomada de decisões, no que concerne à articulação e eficiência.

Sugestões num próximo exercício:

- ✓ Utilização de um número superior de vítimas, caracterizadas;
- ✓ Articulação com os parceiros agentes de proteção civil apenas via telefone (INEM e Bombeiros);
- ✓ Estabelecimento de ações reais em tempos reais (Ex.: telefonema CODU, cortes de gases);
- ✓ Realização de simulacro sem aviso prévio.

Célia Batista Aires

APÊNDICE XXI

Ata da 2ª Reunião Comissão de Catástrofe

Ata Reunião

REUNIÃO: 2ª Reunião da Comissão de Catástrofe **DATA:** 23/12/2013 **HORA:** 09H00 **DURAÇÃO:** 02H00

LOCAL: US- Gabinete X.

Participantes:

Dr.º P– ausente

Dr.º L– presente

Enf.ª R – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.º D – presente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo

Agenda do dia

3. Resumo da reunião anterior;
4. Discussão e revisão dos seguintes pontos:
 - Regulamento da Comissão de Catástrofe;
 - Catálogo de riscos;
 - Estrutura da cadeia de responsabilidades, comando e controlo;
5. Distribuição de áreas de trabalho a desenvolver;

Assuntos do dia

3. Resumo da reunião anterior:
 - Breve resumo da reunião anterior com descrição dos pontos chave que constam na ata da primeira reunião

4. Discussão e revisão dos seguintes pontos:

- Regulamento da Comissão de Catástrofe
- Aprovação da estrutura de Comissão Permanente e Comissão Alargada;
- Aprovação dos objetivos e funcionamento;
- Desenvolver considerações gerais e atribuições da Comissão Permanente;
- Considerar o Plano de Emergência Interno como responsabilidade da Comissão de Catástrofe.
- Catálogo de riscos
- Aprovação de riscos internos (com origem no edifício)
- Aprovação dos riscos externos na categoria de origem natural, de natureza tecnológica. A incluir na categoria de risco social a proximidade de pontos de aglomeração de multidões. Considerar ainda a proximidade de vias de circulação ferroviária, metropolitana, rodoviária e aérea.
- Estrutura de cadeia de responsabilidades, comando e controlo
- Aprovação da composição do Gabinete de Crise imediato
 - . Chefe de equipa do Atendimento Permanente Adulto (APA) (posição de líder)
 - . Chefe de equipa do Atendimento Permanente Pediátrico (APP)
 - . Médico intensivista da UCIP
 - . Coordenador de Enfermagem
 - . Chefe de Equipa da Segurança
 - . Responsável de chamada de manutenção
- Aprovação da composição do Gabinete de Crise
 - . Diretor do Gabinete de Crise
 - . Diretor Clínico
 - . Coordenador da UCIP
 - . Coordenador do APP
 - . Coordenador do APA
 - . Coordenador da Cirurgia
 - . Coordenador de Enfermagem
 - . Coordenador das Instalações e Equipamentos
 - . Coordenador de Gestão Hoteleira
- Definição do gabinete do Coordenador do APA como local de ativação e reunião do Gabinete de Crise imediato;
- Consideração da pertinência da existência de um ou dois números para divulgação com a Proteção Civil e o CODU/INEM a utilizar em caso de emergência externa

5. Distribuição de áreas de trabalho a desenvolver;

- Fluxograma do Plano de Emergência Externo – Dr.º L;
- Definição dos níveis e especificidades de ativação – Enf. ª Célia Aires
- Definição de Funções do Gabinete de Crise – Enf.º D.

Próximos Passos:

- Desenvolver trabalho atribuído;
- Integrar no projeto elementos da Comissão Permanente e Alargada (Prof. A; Dr.º I; Eng.º H)

Próxima Reunião

DATA: 28 /01/2014 **HORA:** 09 horas **DURAÇÃO:** 02H00 **LOCAL :** US Gabinete X

AGENDA (proposta):

- Aprovação do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos supracitados;
- Definição de próximos passos.

APÊNDICE XXII

Regulamento da Comissão de Catástrofe

I – Regulamento da Comissão de Catástrofe

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Tendo em vista a necessidade de garantir o mais elevado nível de eficiência e qualidade técnica na área da segurança física de pessoas e equipamentos, o Conselho de Administração da US, deliberou constituir a Comissão de Catástrofe como elemento fundamental de resposta a situação de emergência interna e/ou externa ao hospital.

Artigo 1º

Objetivos

São objetivos da Comissão de Catástrofe:

- Assessorar, tecnicamente, o Conselho de Administração no âmbito do planeamento da emergência interno e externo, conseqüente conceção, implementação, atualização e avaliação de procedimentos adequados a uma intervenção eficaz;
- Elaborar o plano de emergência interno e externo da US;
- Articular o planeamento, exercícios e treinos com as estruturas internas e com todos os Organismos/Entidades externas que detêm responsabilidades no apoio e socorro;
- Organizar ações de prevenção, informação e sensibilização dos colaboradores da US, de forma a mobilizá-los para situações de emergência interna e externa;
- Promover a realização, pelas entidades tecnicamente competentes, de vistorias às instalações da US, tendo em vista a verificação de condições de segurança ou condições propiciadoras de emergências internas e/ou externas.

- Desenvolver uma política de comunicação interna e externa.

Artigo 2º

Composição

A Comissão de Catástrofe deve integrar na sua composição uma Comissão Permanente e uma Comissão Alargada.

Os colaboradores a integrarem ambas as comissões são nomeados pela Administração, de entre aqueles que manifestem competências, sensibilidade e interesse por esta temática.

A nomeação deve ser tornada pública por meio de comunicado interno da própria Unidade.

2.1 Comissão Permanente

Presidente do Conselho de Administração

Diretor Clínico

Coordenador Clínico da Unidade de Cuidados Intensivos

Coordenador Clínico do Atendimento Permanente Adulto

Coordenador Clínico do Atendimento Permanente Pediátrico

Enfermeiro Gestor do Atendimento Permanente

Enfermeiro Coordenador do Projeto

Enfermeiro Gestão de Risco

2.2 Comissão Alargada

Comissão Permanente

Enfermeiro Diretor

Coordenador da Gestão Hoteleira

Coordenador Técnico da Infraestrutura e Manutenção

Coordenador da Comunicação e Sustentabilidade

Artigo 3º**Atribuições****3.1 Comissão Permanente**

- a) Apoiar o Conselho de Administração no planeamento e atuação em situações de emergência interna e/ou externa, assegurando o relacionamento com as várias entidades, no sentido de assegurar uma coordenação eficaz das operações a desenvolver e dos recursos a mobilizar, bem como, das orientações a transmitir, de modo a contribuir para um bom desempenho da US;
- b) Promover a elaboração, revisão e atualização do Plano de Emergência Externo e Interno da US;
- c) Assegurar a articulação e colaboração com o Serviço Nacional de Proteção Civil e com outras entidades com competência e vocacionadas para a intervenção em emergência interna e/ou externa, como sejam, as corporações de bombeiros, forças de segurança, etc;
- d) Organizar ações de prevenção, informação e sensibilização dos colaboradores da US, de forma a mobilizá-los para situações de emergência interna e externa;
- e) Proceder a uma divulgação alargada dos Planos de Emergência Interno e Externo e monitorizar uma política sistemática de informação;
- f) Promover com a periodicidade que se revelar adequada, a realização de exercícios e simulacros do Plano de Emergência Interno e Externo;
- g) Emitir pareceres relativamente a todos os assuntos que tenham relação intrínseca com a sua área de intervenção e sempre que os mesmos forem solicitados pelo Conselho de Administração.

3.2 Comissão Alargada

- h) Participar na medida do solicitado pela Comissão Permanente;
- i) Facultar pareceres específicos da área representada;
- j) Propor ao núcleo executivo intervenções específicas da área representada no sentido de otimizar a resposta global ou particular da US no contexto do plano de emergência interno e externo;

Artigo 4º

Funcionamento e Organização

1. Até ao dia 15 de Fevereiro de cada ano civil, a Comissão de Catástrofe apresentará ao Administrador o Relatório de Atividades referente ao ano transato;
2. Até ao dia 31 de Outubro de cada ano civil, a Comissão de Catástrofe apresentará ao Administrador o Plano para o ano seguinte, a fim de este ser integrado no plano e orçamento da Unidade;
3. A Comissão Permanente da Comissão de Catástrofe deverá reunir trimestralmente;
4. A Comissão Alargada da Comissão de Catástrofe deverá reunir com uma periodicidade semestral com registo em ata e registo de presenças. As reuniões são convocadas pelo Presidente (ou por um elemento da Comissão Permanente em que o mesmo tenha delegado essa responsabilidade).
5. A par das reuniões ordinárias (da Comissão Permanente e da Comissão Alargada), poderão ser feitas reuniões extraordinárias por proposta dos membros;
6. As decisões da Comissão de Catástrofe devem obter-se por consenso;

7. As propostas elaboradas pela Comissão de Catástrofe, após aprovação e divulgação pela Administração, tornam-se vinculativas para a US e serão executadas com a colaboração da Comissão;

8. O Administrador da US deverá promover o envolvimento e a participação dos membros da Comissão de Catástrofe em todos os assuntos relacionados com o seu objeto.

ELABORADO POR	APROVADO POR

APÊNDICE XXIII

Ata da 3ª Reunião da Comissão de Catástrofe

Ata Reunião

REUNIÃO: 3ª Reunião da Comissão de Catástrofe **DATA:** 28/01/2014 **HORA:** 09H00 **DURAÇÃO:** 1H30

LOCAL: US- Gabinete X.

Participantes:

Dr.º P – ausente

Dr.º L – ausente

Enf.ª R – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.º R – ausente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo

Agenda do dia

6. Resumo da reunião anterior;
7. Discussão e revisão dos seguintes pontos:
 - Aprovação do regulamento da Comissão de Catástrofe;
 - Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos do grupo;
 - Definição de próximos passos.

Assuntos do dia

6. Resumo da reunião anterior:
 - Breve resumo da reunião anterior com descrição dos pontos-chave que constam na ata da segunda reunião

7. Discussão e revisão dos seguintes pontos:

- Regulamento da Comissão de Catástrofe
- Por ausência da totalidade dos membros da Comissão de Catástrofe fica adiada a validação da versão final do regulamento;
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos do grupo;
- Foi apresentada o catálogo de riscos internos e externos;
- Foi identificada a necessidade de constituir um catálogo de recursos humanos e de equipamento, tendo ficado essa responsabilidade a cargo da enf.ª R.
- Foi apresentado o resumo dos níveis de e especificidades de ativação pela enf.ª Célia Aires, tendo ficado a sua responsabilidade o envio, por correio electrónico, da documentação aos membros da Comissão de Catástrofe ausentes.
-
- Ficou definida a necessidade de integrar no projeto elementos da Comissão Permanente e Alargada (Prof. A; Dr.ª I Eng.ª H; Dr.ª J; Enf.ª D.)
 - Foi confirmada, pelo Enf.ª C., a participação ativa e permanente do Enf.ª D. como elemento da Direção de Enfermagem; O Enf.ª R. integra o grupo como responsável do AP.

Próximos Passos:

- Apresentação do trabalho desenvolvido;
- Articulação com responsável da saúde ocupacional;

Próxima Reunião

DATA: 28/03/2014 **HORA:** 18:30 horas **DURAÇÃO:** 01H00 **LOCAL :** US Gabinete X

AGENDA (proposta):

- Aprovação da versão final do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos;
- Apresentação do projeto da Comissão de Catástrofe a responsável da saúde ocupacional;

APÊNDICE XXI

Levantamento de Dados: Recursos Humanos e Materiais

Serviço	Recursos Humanos															Horário	Observações
	Turno da Manhã					Turno da Tarde					Turno da Noite						
	M	E	AAM	T	Adm	M	E	AAM	T	Adm	M	E	AAM	T	Adm		
AP Adulto	5_7	3_6	1		2_4	5_7	4_6	1_2		2_4	2_7	2_3	1_2		1	24h	
AP Pediátrico	3_5	2_3	1		2_4	3_5	2_3	1_2		2_4	2_5		1_2				
Hospital Dia	3	2_5	1_2		2_4	3	2_5	1_2						1*		8h-18h	* Estudo Sono
UCIP	2	4_5	3		1	2	4_5	3		1	1	4_5	2			24h	
BO e UCA	0-7	16_20	8_10		2_3	0_7	16_20	8_10	2_3		P	P	P			8h-22h	P-Prevenção
Ortopedia	1_10	2_3	1_4		2_6	1_10	2_3	1_4		2_6						8h-20h	
Dermatologia	1_7	2_3	2_3		2_6	1_7	2_3	2_3		2_6						8h-20h	
Consultas Externas																	
Piso -2 OFT	2_3		2	2	1_2	5_7		3	4	4_5						8h-21h	
Piso -1	15		4	8	2_3	15		4	8	3						8h-21h	
Piso 0 Pediatria	10	4	4		4	10	4	4		4						8h-21h	
Piso 1 ORL	13	2	2	1	2_3	13	2	2	1	1_4						8h-21h	
Piso 2 OBST	10	1_2	3_4		3_5	10	1_2	3_4		3_5						8h-21h	
IG2 e IG3	4_8	8_12	6_8		2	4_8	8_12	6_8	2		4_8	6_7	4_5			24h	2 Obs/1Ped/1Anest.
IG4		2_4	3_4		2		2_4	3_4		2		2	2			24h	
IG5		4	4		1		4	3_4		1		2	2			24h	
IG6		4	4		1_2		4	4		1_2		2_3	2_3			24h	
IG7	4			6	4	4			6	4						8h-20h	
Imagiologia			6_7	6_8	4_8			6_7	6_8	6_7			3	5*	6_7*	24h	* até 23h
Laboratório			1*	10	3_6				4	2				1		24h	* até 15h30
Farmácia			3_5	1_8				3_5	1_8							8h-20h	
Recepção Central					5					5						8h-20h	
Esterilização			2_3					3					1			24h	* Sáb até às 13h
Rouparia			7		1			2_3		1						8h-18h	
Med. Nuclear	2		2	4	1_2	2		2	4	1_2						8h-18h	
Anatomia Patológica	4_5		1	2_4	4_5	4_5		2	3	4						8h-20h	
Radioterapia	2_7		2	4	2	2_7		2	2	2						8h-18h	* 2Call center+ 2registos
Med. Transfusional				1					1					P		8h-20h	P-Prevenção
Central Seguranças				4					4					4		24h	
Tesouraria					9_11					9_11						8h-20h	
Arquivo					1					1						8h-20h	
Secretariado ORT					5					4						9h-18h	
Cozinha				25					25							7h-22h30	
Refeitório				1_5					1_5					1		8h-21h30	
Bar				9_10					6					6		7h-22h	
Armazém			4_5					4_5								9h-18h	
Recursos Humanos					1											9h-17h	
Electromedicina																	
Limpeza			28					20					1			24h	* 12/14 (Sáb-Dom)
Multicare					1_2				1_2							8h-18h (2ª/6ª)	
Parafarmácia				1_2					1_2							9h-20h	
Papelaria				1					1							8h-20h	
Medicina Trabalho	1	1														8h30-17h30	* M-2ª/3ª. E- 4ª/5ª/6ª
Manutenção				12					12							8h-20h	
Total	82	57	105	98	70	84	57	93	95	65	10	19	20	19	7	Considerados nº mínimos	

<i>Serviços</i>		<i>Camas</i>	<i>Macas</i>	<i>Cadeiras</i>	<i>Ventilador</i>	<i>Carro de Emergência</i>	<i>Monitor/ Desfibrilhador</i>
Piso 0	AP (Adulto e Pediátrico)	7	2	10	1	1	1 + 1 (CE)
	Hospital de Dia	4	1	8		1	1 (CE)
	Dermatologia			2			
	Imagiologia		2				
	Ortopedia		9				
Piso 1	UCIP	12		7	2 (transporte)	1	2 (1 portátil)
	BO + UCA						
	Exames Especiais					1	1 (CE)
Piso 2	Bloco de Partos				3		
	Neonatologia		14	10	2 (Neopuffs)	1	1 (CE)
	Urgência Obstetria/Ginecologia						
	Consultas Obstetria/Ginecologia		1				
Piso 3	Internamento Obstetria	31		31		1	1 (CE)
Piso 4	IG 4	32	1	32		1	1 (CE)
Piso 5	IG 5	32	1	32		1	1 (CE)
Piso 6	Ig 6	32	1	32		1	1 (CE)
Total		150	32	164	8	9	11

APÊNDICE XXV

1ª Reunião SMPCL

Ata Reunião

REUNIÃO: 4ª Reunião da Comissão de Catástrofe **DATA:** 28/04/2014 **HORA:** 18H30 **DURAÇÃO:** 1H30

LOCAL: US- Biblioteca

Participantes:

Dr.º P – ausente

Dr.º L– ausente

Enf.ª R – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enfª M presente

Enfº D- presente

Engª M- presente

Enf.º R- ausente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo

Agenda do dia

8. Resumo da reunião anterior;

9. Discussão e revisão dos seguintes pontos:

- Aprovação do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos do grupo á Engª M;
- Catálogo de recursos/ riscos;
- Cadeia de Responsabilidade e Níveis de Activação;
- Contributo do Serviço Nacional de Protecção Civil;
- Definição de próximos passos;

Assuntos do dia

8. Resumo da reunião anterior:

- Breve resumo da reunião anterior com descrição dos pontos-chave que constam na ata da terceira reunião

9. Discussão e revisão dos seguintes pontos:

- Regulamento da Comissão de Catástrofe

- Por ausência da totalidade dos membros da Comissão de Catástrofe fica adiada a validação da versão final do regulamento;

- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos do grupo á Eng^a M;

- Dr^a M ficou de enviar e-mail com documentos acerca de Tese de Mestrado na área do Plano de Catástrofe.

- Possibilidade de contacto com o Serviço Nacional de Protecção Civil para agendamento de reunião com membros da equipa da Comissão para obtenção de informações acerca da área de envolvimento do HDC;
- Revisão da Cadeia de Responsabilidades e Níveis de activação ao encargo do Enf^o D;
- Contacto com responsável da Gestão de Risco do HVFX para visita/ participação dos elementos da equipa de Comissão na realização do simulacro;

- Enf^a R ficou de entrar em contacto com responsável para obter informações acerca da data prevista para realização do simulacro no HVFX e envio das Plantas do HCD.

Próxima Reunião

DATA: ??? /2014 **HORA:** **DURAÇÃO:** 01H00 **LOCAL :** US

AGENDA (proposta):

- Aprovação da versão final do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos elementos;
- Apresentação do resultado da Reunião realizada no dia 23 Junho com o Serviço Nacional de Protecção Civil.

APÊNDICE XXVI

Estrutura do plano de catástrofe da US

Estrutura do Plano de Catástrofe da Unidade de Saúde

1. Capa
2. Índice
3. Nota introdutória
4. As vítimas e suas necessidades
 - a. O espaço físico alocado ao plano de catástrofe
 - b. As equipas-base por cada área
 - c. Familiares
5. Identificação de riscos potenciais da zona e caracterização do Hospital
6. Capacidade do hospital
 - a. Recursos humanos
 - b. Recursos materiais
 - c. Espaço físico
 - i. As áreas do plano de catástrofe
 - ii. A reorganização do hospital
7. Resposta do Hospital
 - a. Ativação do plano
 1. Declaração de início de emergência
 - a. Quem inicia
 - b. Como inicia
 2. Os envelopes de catástrofe
 - a. Check lists
 - b. Action cards
 3. O Kit de catástrofe
 4. A equipa de segurança
 5. Preparar espaço físico alocado ao plano de catástrofe
 - a. Evacuação de doentes e acompanhantes.
 - b. Preparação do Material para cada área
 - b. Controle, comando e responsabilidade do plano
 1. Cadeia de responsabilidades
 2. Gabinete de crise
 - a. Constituição
 - b. Funções
 3. Registos e relatórios
 - a. Livro de atas
 - b. Relatório final

- c. Níveis e especificidades de ativação
 - i. Os níveis de ativação
 - ii. Otimização da resposta a situações específicas
- d. Organização do apoio clínico
 - i. Laboratório
 - ii. Farmácia
 - iii. Imunohemoterapia
 - iv. imagiologia
- e. Organização do apoio não clínico
 - i. aprovisionamento
 - ii. morgue
 - iii. serviços religiosos
 - iv. hotelaria
- 8. Transporte e transferência de doentes
 - a. Transporte intra-hospitalar
 - b. Transporte inter-hospitalar
- 9. Comunicação
 - a. Comunicação interna
 - b. Comunicação externa
 - i. Responsabilidade da comunicação externa
 - ii. Equipa de comunicação
- 10. Acessibilidades e segurança
- 11. Divulgação, formação e atualização

ELABORADO POR	APROVADO POR

APÊNDICE XXVII

2ª Reunião SMPCL

Ata Reunião

REUNIÃO: 1ª Reunião SMPC **DATA:** 23/06/2014 **HORA:** 10H00 **DURAÇÃO:** 01H00

LOCAL: Serviço Municipal de Protecção Civil de Lisboa.

Participantes

Engenheira L – presente

Dr.º L– presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.º R – presente

SMPC – ausente

SMPC - ausente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo – PEUS do HCD

Agenda do dia

10. Estabelecimento de formas de colaboração entre o SMPC e a US para a realização do PEUS;

11. Apresentação do trabalho realizado até ao momento:

- Regulamento da Comissão de Catástrofe em fase de aprovação;
- Catálogo de recursos humanos e valências;
- Catálogo de riscos;
- Cadeia de responsabilidades, comando e controlo, em fase de aprovação;
- Níveis e especificidades de ativação, em fase de aprovação.

Assuntos do dia

1. Estabelecimento de formas de colaboração entre o SMPC e a US para a realização do PEUS:
 - Foi contextualizada a realidade da US, enquanto unidade de saúde privada, no entanto, preocupada com os seus deveres cívicos, perante uma catástrofe, calamidade ou situação de excepção.
 - Foi solicitado, ao SMPC, um acompanhamento participativo deste projecto.
 - Foi solicitado o PEI da US para eventuais sugestões de melhoria.

2. Apresentação do trabalho realizado até ao momento:
 - Regulamento da Comissão de Catástrofe em fase de aprovação;
 - Catálogo de recursos humanos e valências;
 - Catálogo de riscos;
 - Foi pedido, ao SMPC, uma avaliação aprofundada de potenciais riscos existentes na área de influência da US.
 - O Plano Municipal de Emergência da cidade de Lisboa encontra-se em fase de revisão e, por este motivo não está disponível. Provavelmente só em Outubro de 2014. (SMPC e Autoridade Nacional de Protecção Civil – ANPC)
 - Cadeia de responsabilidades, comando e controlo, em fase de aprovação;
 - Níveis e especificidades de ativação, em fase de aprovação;
 - Foi pedido, ao SMPC, esclarecimento sobre a articulação do PEUS da US, com o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e o Comando Distrital de Operações de Socorro (CDOS).
 - Foi pedido, ao SMPC, apoio na articulação com o SMPC de Loures.

Próximos Passos:

- Apresentação do trabalho desenvolvido;
- Articulação SMPC de Loures;

Próxima Reunião

DATA: A definir pelo SMPC

HORA:

DURAÇÃO:

LOCAL:

AGENDA (proposta):

- Apresentação do PEI da US
- Apresentação dos trabalhos desenvolvidos até ao momento pelo grupo de catástrofe da US;
- Apresentação da análise de risco efectuada pelo SMPC;
- Apresentação do projecto e respectiva articulação com restante equipa do SMPC, em falta nesta reunião

APÊNDICE XXVIII

Ata da 4ª Reunião da Comissão de Catástrofe

Ata Reunião

REUNIÃO: 2ª Reunião SMPC **DATA:** 17/07/2014 **HORA:** 10H00 **DURAÇÃO:** 01H30

LOCAL: Serviço Municipal de Protecção Civil de Lisboa.

Participantes

Eng.ª. L – presente

Eng.ª. M – presente

Eng.ª. S – presente

Eng.ª. I – presente

Dr.º L – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.º D – presente

Eng.ª. M – presente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo – PEUS da US

Agenda do dia

12. Apresentação de toda a equipa do SMPC envolvida neste projeto;
13. Apresentação de iniciativas do SMPC para 2015, possibilidade de integração da US nas mesmas;
14. Discussão sobre a integração da US no SIEM;
15. Apresentação da análise de risco da área envolvente da US.

Assuntos do dia

1. Apresentação de toda a equipa do SMPC envolvida neste projeto:
 - Apresentação das áreas de intervenção do SMPC e respetivas responsáveis (Análise de riscos - Eng^a. L, Planeamento de emergência - Eng^a. I, Formação e sensibilização - Eng^a. S, Chefe de divisão – Eng^a. M, Chefe de Operações – Arquiteto J, Diretor – Dr. M).

2. Apresentação de iniciativas do SMPC para 2015 e possibilidade de integração da US nas mesmas:
 - Comemorações dos 260 anos do terramoto de Lisboa em 1755 (Aguarda informações a partir do gabinete do vereador);
 - Dia da Proteção Civil – 1 de Março;
 - Dia Internacional da Redução de Catástrofe – 13 de Outubro;
 - Plataforma Cidades Resilientes promovida pela ONU e da qual faz parte a cidade de Lisboa.

3. Discussão sobre a integração da US no SIEM:
 - ARS/ERS (Foi pedido, ao SMPC, esclarecimento sobre a articulação do PEUS da US com o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e o Comando Distrital de Operações de Socorro - CDOS).
 - Necessidade de levantamento dos hospitais com PEUS – Informação do GPT;
 - Organização do PEUS – HCD (Sustentação legal, fundamentação teórica, sustentação teórica).

4. Apresentação da análise de risco da área envolvente da US. (Cartas de vulnerabilidade/suscetibilidade para a área envolvente da US)
 - Vulnerabilidade à inundações;
 - Vulnerabilidade sísmica dos solos;
 - Suscetibilidade de ocorrência de movimentos de massa em vertentes;
 - Cartografia relativa à caracterização da área envolvente quanto a infraestruturas, equipamentos e serviços;
 - Servidão aeronáutica.
 - O Plano Municipal de Emergência da cidade de Lisboa encontra-se em fase de revisão e, por este motivo não está disponível. Provavelmente só em Outubro de 2014. (SMPC e Autoridade Nacional de Protecção Civil – ANPC)

Próximos Passos:

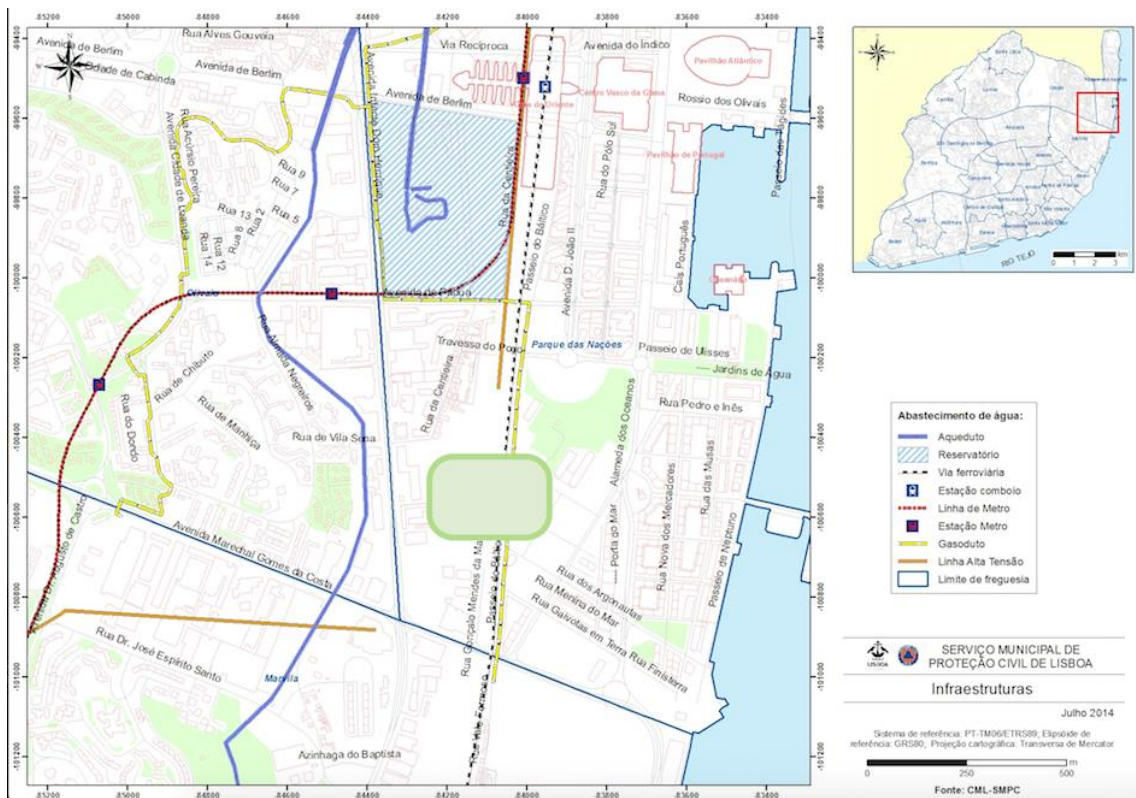
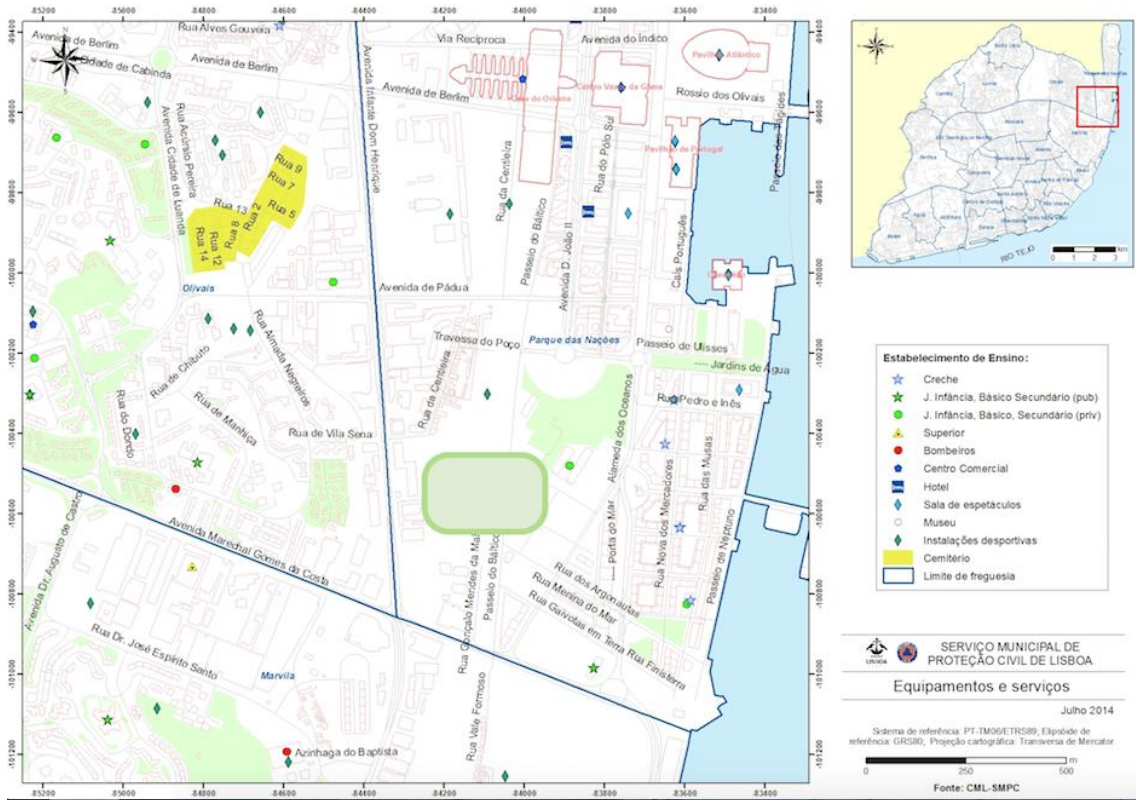
- Continuação da estrutura do PEUS – US
- Articulação com o SMPC na conceção do PEUS - US

Próxima Reunião**DATA:** Outubro de 2014**HORA:****DURAÇÃO:****LOCAL:**SMPC**AGENDA (proposta):**

- Apresentação do trabalho desenvolvido – Estrutura do PEUS;
- Integração da US no SIEM/CDOS;
- Possibilidade de integração da US nas iniciativas do SMPC para 2015.

APÊNDICE XXIX

Avaliação da Área de Influência da US





APÊNDICE XXX

Ata da 5ª Reunião da Comissão de Catástrofe

Ata Reunião

REUNIÃO: 5ª Reunião da Comissão de Catástrofe **DATA:** 18/07/2014 **HORA:** 08H00

DURAÇÃO: 30M

LOCAL: X

Participantes:

Dr.º P – ausente

Dr.º L – ausente

Prof. – J - presente

Enf.ª R – presente

Enf.ª Célia Aires - presente

Enf.º D- presente

Enf.º R– ausente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo

Agenda do dia

16. Resumo do trabalho efetuado até ao momento – ponto da situação;

17. Discussão dos seguintes pontos/dificuldades na evolução do processo.

- Aprovação do regulamento da Comissão de Catástrofe;
- Cadeia de Responsabilidade;
- Níveis de Activação;
- Contributo do Serviço Nacional de Protecção Civil;
- Definição de próximos passos;

18. Integração da comissão de BO na comissão de catástrofe..

Assuntos do dia

10. Resumo do trabalho efetuado até ao momento – ponto da situação.

- Sustentação legal;
- Fundamentação teórica;
- Sustentação técnica;
- Constituição da comissão de catástrofe;
- Identificação de riscos e vulnerabilidades;
- Planeamento da resposta (documento)

11. Discussão e revisão dos seguintes pontos:

- Regulamento da Comissão de Catástrofe

- Por ausência da totalidade dos membros da Comissão de Catástrofe tem vindo a ficar adiada a validação da versão final do regulamento;

- É urgente fechar os temas – Cadeia de responsabilidades e Níveis de ativação, carecem de validação final da equipa.
- Após duas reuniões, verificamos da parte do Serviço Nacional de Protecção Civil muito interesse, empenhamento e disponibilidade para este projeto.

O mesmo irá realizar várias iniciativas durante o ano de 2015, para as quais convida a US a participar:

- Comemorações dos 260 anos do terramoto de Lisboa em 1755
(Aguarda informações a partir do gabinete do vereador);
- Dia da Protecção Civil – 1 de Março;
- Dia Internacional da Redução de Catástrofe – 13 de Outubro;
- Plataforma Cidades Resilientes promovida pela ONU e da qual faz parte a cidade de Lisboa.

- Próximo agendamento com SMPC – Outubro de 2014, compromisso de apresentar uma estrutura do PEUS da US.

12. Integração da comissão de BO na comissão de catástrofe.

- O Prof. J irá fazer o convite a um elemento da comissão de BO.

Próximos Passos:

- Aprovação do regulamento de catástrofe – Dr. A;
- Fechar cadeia de responsabilidades e Níveis de ativação do PEUS - US;
- Agendamento de visita/participação no simulacro do hospital X.

Próxima Reunião

DATA: ??? /2014 **HORA:** **DURAÇÃO:** 01H00 **LOCAL :** US

AGENDA (proposta):

- Discussão - Definição e organização das comunicações internas e externas;
- Apresentação da estrutura do PEUS da US;
- Discussão acerca de compromissos futuros com o SMPC e ANPC.

APÊNDICE XXXI

3ª Reunião do SMPCL

Ata Reunião

REUNIÃO: 3ª Reunião SMPC **DATA:** 12/12/2014 **HORA:** 09H45 **DURAÇÃO:** 01H30

LOCAL: Serviço Municipal de Protecção Civil de Lisboa.

Participantes

Eng^a. L – presente

Eng^a. M – presente

Eng^a. S – presente

Eng^a. I – presente

Dr. L – presente

Enf.^a Célia Aires - presente

Ponto da situação actual

Planeamento da estrutura do Plano de Emergência Externo – PEUS da US

Colaboração entre a US e o SMPC nos eventos relativos ao aniversário do terramoto de 1755.

Agenda do dia

19. Participação da US nas iniciativas do SMPC, no âmbito do aniversário dos 260 anos do terramoto de 1755;
20. Integração da US na Plataforma Cidades Resilientes promovida pela ONU e da qual faz parte a cidade de Lisboa;
21. Apresentação da estrutura do PEUS da US.

Assuntos do dia

5. Participação da US nas iniciativas do SMPC, no âmbito das comemorações dos 260 anos do terramoto de 1755:
 - A US participará num exercício em que realizará um simulacro do seu PEUS, com a duração aproximada de 2H, com data a definir na última semana de Julho;
 - O Dr. L enquanto perito na área de emergência, foi convidado a participar em conferências a realizar em universidades e outros locais a agendar;

- A equipa da US demonstrou disponibilidade para participar em eventos futuros, ficando a aguardar a planificação do ano de 2015 do SMPC;
 - O SMPC irá contactar o agrupamento de escolas Eça de Queirós e, a junta de freguesia do Parque das Nações no sentido de promover a articulação para a realização do exercício;
 - A US irá Identificar os seus recursos de água potável e de energia autónoma.
6. Integração da US na Plataforma Cidades Resilientes promovida pela ONU e da qual faz parte a cidade de Lisboa:
- A US comprometeu-se a realizar a adesão online na campanha da UNISDR para hospitais seguros em <http://www.safe-schools-hospitals.net/en/home.aspx>;
7. Apresentação da estrutura do PEUS da US.
- A US enviará a estrutura que tem previsto para a implementação do seu PEUS.

Próximos Passos:

- Revisão do PEUS do da US
- Elaboração das *Actions Cards*.

Próxima Reunião

DATA: Janeiro de 2015

HORA :

DURAÇÃO:

LOCAL :SMPC

AGENDA (proposta):

- Estrutura do cenário de simulação;
- Articulação com as várias entidades intervenientes no simulacro;
- Definição da data do exercício.

APÊNDICE XXXII

Plataforma de Cidades Resilientes

Please select your language:

- Home
- About Us
- Pledge for School
- Pledge for Hospital
- News and Events
- Success Stories
- Information Materials
- Contact & Links

Pledge for Hospital

You are pledger no :1538

Thank you for pledging in support of the One Million Safe Schools and Hospitals Campaign.

To realize your pledge of making schools or hospitals safer, do the following:

- Go to the Pledges page of the website and learn more about actions or activities related to the your pledged role - advocate, leader or champion.
- Go to the Information Materials page of the website and read specific references on activities related to your pledge - awareness, preparedness or risk reduction.
- After completing your pledge, report your accomplishments through the share your success story page. Your report will be featured in the success stories section of the website.

[Login](#)

Copyright by UNISDR 2011

Developed by Initiatives for Safe and Sustainable Infrastructures (IS2I)
Portal developed and maintained by Wirjet Technologies Pvt. Ltd.

The information contained in this website is for general information purposes only. The reader is solely responsible in checking the accuracy, reliability, suitability and completeness of the information in this website and links to other websites. Any reliance you place on such information is therefore strictly at your own risk.

APÊNDICE XXXIII

Programa de apresentação Lisboa Cidade +Resiliente+ Segura



Sessão de lançamento do livro CATÁSTROFES E GRANDES DESASTRES

Apresentação do programa LISBOA CIDADE + RESILIENTE + SEGURA 260 ANOS DO TERRAMOTO DE 1755

Lisboa, 26 de janeiro de 2015

Paços do Concelho/ Sala do Arquivo

16:00 | Abertura

Carlos Manuel Castro, Vereador das Relações Internacionais, Relação com o Município, Segurança e Proteção Civil

Francisco Grave Pereira, Presidente da Autoridade Nacional de Proteção Civil

Jorge Miguel Miranda, Presidente do Instituto Português do Mar e da Atmosfera

Pedro Seixas Vale, Presidente da Associação Portuguesa de Seguradores

16:30 | Livro *Catástrofes e Grandes Desastres*

Da autoria de Ana Maria Magalhães e Isabel Alçada, com ilustrações de Carlos Marques, o livro *Catástrofes e Grandes Desastres* constitui o segundo volume da Coleção 'Seguros e Cidadania'. Editado pela Associação Portuguesa de Seguradores, tem por objetivo sensibilizar o público infante-juvenil para o conhecimento dos riscos de catástrofes, contribuindo para uma maior responsabilização e capacidade de resposta.

Ana Maria Magalhães e Isabel Alçada

Moderador: **Pedro Seixas Vale**, Presidente da Associação Portuguesa de Seguradores

17:00 | 'Lisboa cidade + resiliente + segura/260 anos do Terramoto de 1755'

Abrangendo vários públicos e envolvendo vários protagonistas, de forma diversificada e integrada, o presente programa pretende constituir um marco na afirmação de uma cultura de segurança da população de Lisboa e, intrinsecamente, no reforço de uma cidade cada vez mais resiliente.

Carlos Manuel Castro, Vereador das Relações Internacionais, Relação com o Município, Segurança e Proteção Civil

Manuel João Ribeiro, Diretor do Serviço Municipal de Proteção Civil

APÊNDICE XXXIV

Brochura 260 Anos Terramoto 1755

programa

Lisboa

cidade + resiliente + segura

260 anos
Terramoto de 1755





Ao evocar os 260 anos do Terramoto de 1755, a Câmara Municipal de Lisboa, através do Programa que agora se apresenta, pretende levar a cabo um conjunto de atividades e manifestações alusivas à memória desta grande catástrofe de origem natural.

Mais do que um mero registo histórico, a finalidade deste conjunto de ações assenta no pressuposto de promoção de um maior conhecimento sobre as características associadas aos perigos, vulnerabilidades e riscos dos fenómenos sísmicos. Abrangendo vários públicos e envolvendo vários protagonistas, de forma diversificada e integrada, pretende constituir um marco na afirmação de uma cultura de segurança da população de Lisboa e, inerentemente, no reforço de uma cidade cada vez mais resiliente.

A Câmara Municipal de Lisboa considera, por isso, que este é um projeto de toda a cidade, seja quem nela vive, estuda, trabalha e, também, quem nos visita.

26 JAN. 15

LANÇAMENTO DO LIVRO

CATÁSTROFES E GRANDES DESASTRES

Da autoria de Ana Maria Magalhães e Isabel Alçada, com ilustrações de Carlos Marques, constitui o segundo volume da Coleção 'Seguros e Cidadania', editada pela Associação Portuguesa de Seguradores (APS).

APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA

'LISBOACIDADE+RESILIENTE+SEGURA, 260 anos do Terramoto de 1755'

2 MAR. 15

SESSÃO DE (IN)FORMAÇÃO

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PÚBLICA NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO CIVIL

Esta iniciativa integra as comemorações do Dia Internacional da Proteção Civil, 1 de março, e tem por objetivo reforçar a articulação com os jornalistas e media na abordagem de situações de acidente grave ou catástrofe, contribuindo para uma cultura de prevenção e segurança.

7MAI. 15

19MAI. 15

CONFERÊNCIA EUROPEIA

GOVERNAÇÃO DO RISCO DE DESASTRES NATURAIS – DESAFIOS DE HYOGO

Refletir, debater e orientar estratégias sobre o modo como as políticas públicas de governação do risco se orientaram no Quadro de Ação de Hyogo, expressando as perspetivas para os próximos anos. Participam nesta conferência representantes da Autoridade Nacional de Proteção Civil, Comissão Europeia e ONU. A conferência é aberta à sociedade civil e entidades dos setores públicos e privado.



Audatório da Feira Internacional de Lisboa

DIA DA UNIDADE do RSB

O Regimento de Sapadores Bombeiros comemora a 19 de Maio, Dia da Unidade, 620 anos de existência desde a publicação da carta Régia de D. João I, datada de 25 de Agosto de 1395.

Assinalar esta data é respeitar e preservar a tradição, contribuindo para a memória e divulgação do trabalho desenvolvido por estes profissionais, renovando publicamente o seu compromisso perante o executivo municipal e os munícipes.

local a definir (ver em www.ccm-lisboa.pt)

JULHO 15

JULHO 15

DEMONSTRAÇÃO
E MEIOS DOS AGENTES DE PROTEÇÃO CIVIL

SEGURANÇA E SOCORRO EM LISBOA

Divulgar as valências que integram o sistema Municipal e Nacional de Proteção Civil através de exposição e demonstração dos meios humanos e materiais de cada entidade, fora do contexto de emergência.

Veículos e valências dos agentes de Proteção Civil:

- *Corpos de Bombeiros (Regimento de Sapadores de Bombeiros e Bombeiros Voluntários);*
- *Forças de Segurança (Policia de Segurança Pública e Guarda Nacional Republicana);*
- *Forças Armadas (Força Aérea, Marinha, Exército);*
- *Autoridade Marítima e Aeronáutica;*
- *INEM e serviços de saúde;*
- *Cruz Vermelha Portuguesa, em especial dever de colaboração.*

WORKSHOP

O TERRAMOTO DE 1755 NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA E CONCELHOS LIMÍTROFES

Refletir sobre os eventos sísmicos ocorridos no passado (desde 1755 até ao presente) na área de Lisboa e a preparação atual para responder a um futuro fenómeno sísmico na AML.

- *Envolver as câmaras municipais da AML no contexto das medidas implementadas ou a implementar no âmbito da prevenção, mitigação e resposta ao risco sísmico*
- *Apresentação e discussão do Plano Especial de Emergência do Risco Sísmico da Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limitrofes.*

Alameda D. Afonso Henriques

Forum Lisboa | Av. de Rom

25AGO. 15

14-18
OUTUBRO 15

WORLD
RESCUE
CHALLENGE
LISBOA 2015

COMEMORAÇÃO DO DIA MUNICIPAL DO BOMBEIRO

O Dia Municipal do Bombeiro pretende homenagear todos os homens e mulheres que diariamente se empenham na proteção e defesa da cidade e que têm como tarefa proteger, defender e salvar a população.

A evocação aos Bombeiros da Cidade de Lisboa decorre do grande incêndio do Chiado, em 1988, do qual resultaram mudanças significativas nos meios e modos de atuação das respostas de emergência.

2015 WORLD RESCUE CHALLENGE

Portugal, através da Associação Nacional de Salvamento e Desencarceramento, foi escolhido para a Edição de 2015 do World Rescue Challenge (WRC). O evento reúne equipas de classe mundial em ações de resgate e desencarceramento, numa competição anual criada para desafiar o pessoal de emergência e aumentar o conhecimento sobre a problemática da mortalidade nas estradas e as lesões associadas aos acidentes rodoviários.

Rua do Carmo

Pavilhão de Portugal | Parque das Nações

1 NOV.
31 DEZ. 15

6-7
NOVEMBRO 15

EXPOSIÇÃO

OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DO TERRAMOTO DE 1755

Evidenciar e potenciar o conhecimento sobre o Terramoto de 1755 e o seu impacto nas múltiplas vertentes da sociedade e da economia da época, promovendo, em simultâneo, uma reflexão sobre a forma como na atualidade respondemos às catástrofes em geral e às questões do risco sísmico em particular. Associado à Exposição decorrerá um ciclo de conferências temáticas: acervo de pinturas; acervo literário; acervo arquitetónico e urbanístico.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

TERRAMOTO DE LISBOA DE 1755 Desenvolver a Resiliência em Lisboa

Usufruindo das experiências recentes e das lições aprendidas com catástrofes sísmicas, como as verificadas no Japão, e da participação de Lisboa no projeto '100 Resiliente Cities', promovido pela Fundação Rockefeller, que integra grandes metrópoles como Los Angeles, Nova Iorque, Londres, Paris, Roma, Barcelona, Cidade do México, Bangkok, São Francisco, Sidney, Melbourne, Rio de Janeiro, entre outras, esta conferência visa direcionar o paradigma da discussão para os novos desafios que se colocam ao planeamento e à gestão de emergência decorrentes das incertezas associadas aos fenómenos sísmicos.

Com enfoque na importância da definição das políticas públicas perante estes desafios, especialistas nacionais e internacionais de diversas áreas do saber científico e da prática operacional debatem temas como atuação no domínio da saúde pública, as fragilidades e respostas do parque edificado e as consequências sociais e jurídicas da ação, e da inação, durante a gestão de emergência.

Museu da Cidade

local a definir (ver em www.cm-lisboa.pt)

2015

INFORMAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO PÚBLICA

REDUÇÃO DE RISCOS DE DESASTRES

Informar de forma rápida, fácil e direta sobre como se “preparar para”, “responder a” e “recuperar de”, perante situações de emergência causadas por sismos e outros desastres naturais, através de:

- *Dinamização de ações diversas dirigidas a crianças, jovens e adultos;*
- *Exposição e divulgação de meios de segurança em grandes superfícies comerciais (abril, maio e setembro);*
- *Exercícios e simulacros (janeiro a dezembro);*
- *Projeto Crescer na Segurança (janeiro a dezembro);*
- *Ateliers Sismologia nas Escolas (janeiro a abril);*
- *Cursos “Plano de Segurança Interno para Estabelecimentos de Ensino” (janeiro a maio), “Planeamento Local de Emergência – Voluntários de Proteção Civil” (janeiro a junho; setembro a dezembro), “Organização de Simulacros e Exercícios de Evacuação”;*
- *Ação em braille “Conhecer para Prevenir o Risco Sísmico” (março, outubro e novembro);*
- *Divulgação de dados relevantes e informação sobre comportamentos de autoproteção através das redes sociais, Site da CML e Canal Lisboa (janeiro a dezembro);*
- *Participação na SEGUREX, Salão Internacional de Proteção e Segurança (6-9 de Maio, FIL).*

Programa de atividades a decorrer ao longo do ano disponível em:

www.cm-lisboa.pt

e facebook (Tinoni e Protecção Civil de Lisboa)



Reconstruir memórias, registar a evolução
e as lições aprendidas, privilegiar
a reflexão e o conhecimento e a comunicação
entre as autoridades locais
e as comunidades constituem importantes
contributos para uma

Lisboa mais próxima, resiliente e segura

www.cm-lisboa.pt

APÊNDICE XXXV
Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de
Competências UCIP



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

- Integrou-se na equipa facilmente, promovendo e facilitando a interação com os demais intervenientes.
- Foi capaz de perceber e de se integrar no dinamismo específico deste tempo evidenciando capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, manifestando uma atitude de respeito e valorização do trabalho de outros, além como uma flexibilidade e adaptação à mudança.
- Demonstrou capacidade de mobilizar competências especializadas, adquiridas em contextos hospitalares diferentes, para a sua prática durante este período de estágio.
- A sua experiência profissional, dinamicamente aliada ao conhecimento técnico conferem a capacidade de lidar com o risco de segurança e uma gestão da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em unidades Intensivas.
- As experiências vividas para este estágio foram empreendidas assim como as atividades desenvolvidas foram adequadas.
- Gestor de situações as concretizadas, possuiu a calma que evidenciou uma maturidade, sentido de responsabilidade, iniciativa, comprometimento e segurança que se refletiu na qualidade prestada. Classifico Muito Bom.

Data	Tutor	Assinatura
04/11/2013	Florencia Galante de Sá	
	Orientador	
	Lúcia Maria Pedro Soares Barros Fernandes	
	Estudante	
	Cláudia Rosa da Silva da	

APÊNDICE XXXVI

Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências UCIPed



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna Cláudia integrou-se com facilidade na equipa multidisciplinar e demonstrou, desde o início, elevado nível de interesse e competência na abordagem do Recém-nascido, lactente e criança nos ambientes UCIPod e TIP.

Além de tudo, é de realçar a postura profissional e a óptima relação terapêutica que foi sabendo estabelecer de forma oportuna com criança e família, de acordo com os estádios de desenvolvimento e nível de consciência de cuidados centrados na família. Adaptou conhecimentos e competências a novas situações fora do âmbito habitual da sua realidade profissional.

Tanto no contexto UCIPod e TIP, quanto cuidados especializados, pontuado de uma avaliação de outros olhares de qualidade bem definidos.

Profissional competente, cumprindo os objectivos definidos e auto-propostos para esta prática.

Data	Tutor	Assinatura
13/01/2014	Florinda Galvão de Sá Orientador	Florinda Galvão de Sá
	Pedro Paulo Marques Estudante	Pedro Paulo Marques
	Célia Maria Batista	Célia Maria Batista

APÊNDICE XXXVII

Apreciação do Percorso de Aquisição/ Desenvolvimento de Competências AP



APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Gels é um elemento central da equipa de Urgência. A sua função específica em áreas de urgência/emergência confere-lhe as competências ideais para desempenhar funções muito mais plurivalentes deste estatus. Não se aplica os seus conhecimentos em sua prática diária, como o faz na realização de formação específica para a equipa. Este papel é particularmente prático e compreensivo.

É de sua iniciativa, e no âmbito do método que se encontra a realizar as funções para a elaboração de planos de emergência internos do hospital. Define os objetivos, as suas tarefas constituintes, organiza a comissão de avaliação e avalia toda a instituição. Tem a aptidão de coordenar diversas reuniões com o objetivo de distribuir funções aos diversos intervenientes da comissão de avaliação, e elaborar o regulamento da comissão de avaliação, a qual aguarda aprovação.

Data	Tutor	Assinatura
18/08/2014	Pereira Galvão de Sá Orientador	Pereira Galvão de Sá
	Zulema Gomes Zulema de Sá Estudante	Zulema G.S.
	Cristina Rosa Sped. L. 111/03	Cristina Rosa Sped. L. 111/03

plata de metal anistórico. Este plano, indispensável em qualquer
instituição deste natureza, tem colaborado uma boa compreensão
no que se refere à separação de devedores e profissionais em
situações extremas.

Participou também como observador "externo" no funcionamento do
plano de emergência interno que se realizou em fevereiro, que
particularmente efetuou uma análise de resultados de simulação.

Os seus conhecimentos técnicos, a sua elevada motivação e o
seu espírito empreendedor tornaram-na uma enfermeira a cima
da média e uma referência para os seus colegas, por estas
razões considero que foi um excelente estágio.

