

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Plano de intervenção em catástrofe ou situações de
emergência multivítima no serviço de urgência:**

Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Plano de intervenção em catástrofe ou situações de
emergência multivítima no serviço de urgência:**

Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação

Luís Miguel da Silva Diogo Tomé

Orientador: M. Teresa Leal

Lisboa

2018

“Não é a terra que é frágil. Nós é que somos frágeis. A natureza tem resistido a catástrofes muito piores do que as que produzimos. Nada do que fazemos destruirá a natureza. Mas podemos facilmente destruir-nos.”

(James Lovelock)

AGRADECIMENTOS

Como início deste trabalho, gostaria de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que direta, ou indiretamente, contribuíram para a concretização dos meus objetivos:

À Enfermeira Célia Aires e à Enfermeira Luísa Mendonça um muito obrigado pela atenção despendida, partilha e orientação.

Ao meu Enfermeiro Chefe de serviço e mentor, Enfermeiro Carlos Neto, um especial agradecimento, por toda a ajuda, disponibilidade, compreensão e incentivo. O seu contributo foi sem dúvida fundamental para a conclusão deste mestrado.

À Professora Teresa Leal é difícil descrever em poucas linhas o contributo fundamental e indispensável, que teve para mim. As palavras de incentivo, a sempre presente orientação e ajuda, possibilitaram o meu crescimento pessoal e profissional. Estou grato por tudo.

À professora Cândida Durão, pelo seu profissionalismo, pelas sugestões e orientações pedagógicas desde o início do Mestrado.

Ao meu colega e amigo André Martins, por todo o apoio, ajuda e companheirismo.

Aos meus pais, por toda a ajuda e por sempre acreditarem no meu sucesso.

Aos meus sogros por toda ajuda e colaboração.

À minha querida esposa Carla e filhos, Carolina e Francisco, por toda a compreensão demonstrada nos momentos de ausência, pelo apoio incondicional, pelo contributo e disponibilidade.

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychology Association

ARS – Área Regional de Saúde

BPS - Behavioral Pain scale

CDOS - Comando Distrital de Operações de Socorro

CML – Câmara Municipal de Lisboa

CRRNU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

CT - Centros de Trauma

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporeal

EVN - Escala Visual Numérica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

GC - Gabinete de crise

GPT - Grupo Português de Triagem

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU - Infecção do Trato Urinário

NRBQ – Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV - Pneumonia associada à ventilação

PC - Proteção Civil

PEUS - Plano de Emergência da Unidade de Saúde

PNEPC - Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil

PSC - Pessoa em situação crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RHUE - Rede Hospitalar de Urgência e Emergência

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

START - Simple Triage and Rapid Treatment

STM - Sistema de Triagem de Manchester

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência polivalente

TRTS - Triage Revised Trauma Score

TSFRC - Técnicas de Substituição de Função Renal e Circulatória

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente

US - Unidade de Saúde

WHO – World Health Organization

RESUMO

Nas últimas décadas verificou-se um aumento significativo das situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, a nível mundial, com repercussão substancial a nível social, cultural, económica e política. Contudo, para nós Portugueses, estes acontecimentos têm-se verificado menos frequentes.

As situações de catástrofe e/ou emergência multivítima podem ocorrer em qualquer momento, com implicação direta na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos serviços de urgência hospitalar. Estes serviços, dadas as suas características, são considerados os locais de eleição para responder a este tipo de acontecimentos.

Os enfermeiros do serviço de urgência (SU) encontram-se na primeira linha de resposta às situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, tendo um papel preponderante na resposta às mesmas. O desconhecimento do seu papel e a ausência de programas de educação e formação, com treino regular sobre estas temáticas, influem na eficácia e eficiência da resposta dada.

A evidência demonstra a preocupação, o desejo e a necessidade dos enfermeiros em compreenderem os conceitos e as práticas de enfermagem inerentes à prestação de cuidados numa situação de exceção. Assim, é fundamental munir estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente às situações de exceção.

Enquanto enfermeiro de um SU, e tendo presente a problemática referida, surgiu a necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências especializadas na intervenção à pessoa em situação crítica, em contexto de catástrofe e emergência multivítima. Este processo (de desenvolvimento de conhecimentos e competências) resultou da frequência nas aulas teóricas do Mestrado em Enfermagem, numa vasta pesquisa bibliográfica e na realização de estágios hospitalares. Nestes foi possível participar ativamente na revisão de planos de emergência hospitalar, na construção e implementação de planos de formação e participação em simulacros, o que possibilitou atingir o objetivo proposto de “desenhar e testar um plano de intervenção em catástrofe ou situação de emergência multivítima no serviço de urgência (SU) de um hospital central de Lisboa”.

Palavras-chave: catástrofe; emergência multivítima; serviço de urgência; plano de intervenção; intervenção especializada de enfermagem.

ABSTRACT

In the last decades, there has been a significant increase in worldwide situations of catastrophe and/or multi-victim emergency, with substantial social, cultural, economic and political repercussions. However, for the Portuguese, these events have been less frequent.

Disaster and/or multi-victim emergency situations can occur at any time, with direct implication in the provision of health care, namely at the level of hospital emergency services. These services, given their characteristics, are considered the places of choice to respond to this type of events.

The emergency unit nurses are in the first line to respond to catastrophe and/or multivitamin emergency situations, having a preponderant role in the outcomes. The lack of knowledge about one's role and the lack of education and training programs on these themes influence the effectiveness and efficiency of the response.

The evidence demonstrates the nurses' concern, desire and need to understand the concepts and practices inherent in providing care in an exceptional situation. Thus, it is fundamental to provide these professionals with knowledge and experience, allowing them to develop skills, to act correctly and in a timely manner to situations of exception.

As emergency nurse and bearing in mind the problem, I felt the need to deepen and develop specialized knowledge and skills to care for the critically ill, in the context of catastrophe and multi-victim emergency. This process (of developing knowledge and skills) resulted from the attendance of classes in the master's in nursing, from a vast bibliographical research and from the accomplishment of hospital internships. In these, it was possible to participate actively in the review of hospital emergency plans, as well as in the construction and implementation of training plans and participation in simulation. With these experiences, I achieve the proposed goal of "designing and testing a disaster intervention plan or a multi-victim emergency in the emergency department of a central hospital in Lisbon."

Keywords: catastrophe; multi-victim emergency; emergency service; intervention plan; specialized nursing intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO DA LITERATURA	23
1.1 Catástrofe e/ou emergência multivítima	23
1.2 A catástrofe e o serviço de urgência	26
1.3 Planos de intervenção em catástrofe no serviço de urgência	27
1.4. Intervenção especializada de enfermagem em catástrofe no serviço de urgência	35
2. COMPETÊNCIAS: ANÁLISE E REFLEXÃO DE PERCURSO	39
2.1. Serviço de atendimento permanente	40
2.2. Unidade de cuidados intensivos	43
2.3. Serviço de urgência central	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES.....	73
APÊNDICE I: Protocolo de revisão integrativa da literatura	75
APÊNDICE II: Cronograma de estágio.....	85
ANEXOS	89
ANEXO I: Fluxogramas de triagem primária em catástrofe.....	91
ANEXO II: Sistema de pontuação do TRTS.....	97
ANEXO III: Fluxogramas de catástrofe – avaliação primária e secundária	101

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um relatório de estágio, que surge no âmbito do 6º. Curso de Mestrado de Enfermagem, na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC), integrado na Unidade Curricular “Estágio com Relatório”. Este tem como base um projeto de estágio previamente realizado, para o qual foram definidos os objetivos considerados fundamentais para o percurso delineado, com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências, que permitam obter o grau de Mestre em Enfermagem.

Ao longo do tempo, as constantes alterações sociais e tecnológicas contribuíram grandemente para o desenvolvimento da sociedade atual. Uma sociedade pós-industrial ou, como referem Erdmann, Andrade, Lúcia, Ferreira, & Hörner (2006), uma sociedade do conhecimento, baseada no potencial humano. Da crescente e constante evolução tem surgido uma mudança cultural nas organizações, especialmente na área da saúde, com o incentivo ao desenvolvimento do conhecimento particular de cada um, bem como um comportamento proactivo e criativo nas organizações. Esta mudança de paradigma conduz à procura de profissionais mais qualificados, bem como, à promoção de um ambiente favorável à partilha de informação (Erdmann et al., 2006).

Na história da profissão de Enfermagem existe evidência de que sempre houve preocupação em acompanhar a evolução social. Como tal, de forma a manter esse acompanhamento, os enfermeiros devem, individualmente, procurar aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, tendo como premissa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Seguindo esta linha de pensamento, surgiu a necessidade de realizar um Mestrado em enfermagem, numa área de particular interesse, a Pessoa em Situação Crítica.

Sendo esperado que o desenvolvimento das competências inerentes a este curso de mestrado decorra em torno de um tema de interesse pessoal, o principal conceito é a catástrofe e/ou emergência multivítima. De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (Decreto-Lei nº.80/2015, 2015), catástrofe é “o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), 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”.

A catástrofe, as situações de emergência multivítima e os respetivos planos de intervenção são temáticas sempre atuais, pertinentes, e do meu inteiro interesse pessoal. Como tal, e na condição de enfermeiro coordenador de uma das equipas de enfermagem do SU de um hospital polivalente com centro de trauma, da Área Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo, é minha preocupação e objetivo assegurar a excelência da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de uma situação de exceção.

A abordagem destas temáticas surge, também, da necessidade do SU daquela unidade hospitalar ter o seu plano de emergência externa atualizado e adequado à sua estrutura física, além do facto de as equipas de enfermagem terem sofrido reestruturações significativas (com o aumento do número de elementos por equipa e com pouca experiência de alguns, face à saída de um considerável número de enfermeiros com vários anos de experiência no contexto). Estas alterações, só por si, já justificam e promovem a revisão do plano de emergência externa, e a divulgação do mesmo, pondo-o em prática, com treino.

Em Portugal, as situações de catástrofe têm sido pouco frequentes; contudo, e de acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) as situações ditas de exceção têm sido mais frequentes (INEM, 2012). Apesar deste facto, até ao momento não existe enquadramento legislativo para este conceito (que é utilizado pelo INEM) e que define “situação de exceção” como uma “situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012, p.14).

O ser humano é vulnerável a fenómenos naturais¹ e tecnológicos², pelo que terá que intervir na preparação da resposta a estes acontecimentos, nomeadamente, com a construção de planos de atuação. Estes planos resultam de um pensamento estratégico, no qual são repensados recursos materiais e humanos, equipamentos, serviços, circuitos e papéis a desempenhar, entre outros aspetos.

É sabido que em situações de catástrofe e/ou situações de emergência multivítima, os recursos são escassos para as necessidades apresentadas, pelo que uma boa planificação possibilitará uma melhor atuação e (espera-se) uma diminuição da mortalidade e morbidade associadas a essa situação de exceção. Os planos de

¹ Tais como sismos, inundações, incêndios florestais ou tornados.

² Como por exemplo emergências de origem nuclear, radiológica, biológica e química (NRBQ).

intervenção em catástrofe e/ou situações de emergência multivítima devem, assim, visar a eficiência e eficácia dos cuidados prestados, maximizando a rentabilização dos recursos disponíveis.

As consequências de uma catástrofe são imprevisíveis, pelo que a abordagem dos profissionais será, sempre, necessariamente adaptativa. Para uma eficaz gestão das dificuldades que emergem durante os fenómenos de catástrofe e/ou emergência multivítima (como os problemas de comunicação e escassez de profissionais) é fundamental o desenvolvimento de um pensamento crítico e de competências na resolução de situações complexas, com flexibilidade e adaptabilidade (Powers, 2010).

O exercício profissional de Enfermagem, assente numa prática avançada, é um pilar essencial, na excelência dos cuidados de saúde à população. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, caracteriza este profissional

com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

No âmbito da PSC, os cuidados de Enfermagem são considerados “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas (...), prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 2). Nesta perspetiva, tendo em conta a temática aprofundada e o percurso realizado, a aquisição de novos conhecimentos conjugados com a minha experiência profissional, formam a pedra basilar para o meu crescimento individual.

No que concerne à experiência profissional, Patricia Benner (2001) considera que é através de uma prática regular que se obtêm os contributos fundamentais de uma determinada situação. Desta forma, apenas aqueles que participam com regularidade na prestação de cuidados, conseguem desenvolver uma visão mais completa e complexa, assim como adquirir perícia pela vivência das situações de cuidados.

De acordo com esta autora, existem dois tipos de conhecimento (o teórico e o prático), os quais se encontram interligados e são interdependentes. Assim, o desenvolvimento do conhecimento numa área específica, implica sempre um adquirir e aprofundar de conhecimentos práticos, baseados na evidência encontrada e na

experiência clínica vivenciada aquando da prática dessa disciplina (Benner, 2001).

Na definição do tema, foi necessário ter presente o plano de estudos deste Mestrado, o qual tem na sua génese os descritores de Dublin, bem como os objetivos definidos pela OE, descritos no regulamento de competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC. Como tal, o percurso delineado teve como princípio o desenvolvimento de competências em áreas distintas, como a aplicação de conhecimentos e compreensão, comunicação, autoaprendizagem, tomada de decisão, domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

Como linha orientadora, foi definido como objetivo geral de Estágio: **“Desenhar e testar um plano de intervenção em catástrofe ou situação de emergência multivítima no serviço de urgência (SU) de um hospital central de Lisboa”**. Os objetivos específicos definidos foram:

- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica;
- Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador.

Este relatório, surge como forma de demonstração do desenvolvimento académico durante o estágio. Encontra-se dividido por 3 Capítulos. O primeiro, *Revisão da Literatura*, justifica a pertinência da temática, e apresenta alguns conceitos fundamentais, bem como a evidência científica e contextualização teórica de enfermagem que suportaram este trabalho.

O segundo capítulo, *Competências: análise e reflexão de percurso*, irá descrever e justificar de que forma foram escolhidos os campos de estágio, tendo em conta os respetivos objetivos específicos considerados. Será ainda feita uma análise descritiva e crítica das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos/competências desenvolvidas. É importante realçar que para responder à temática em estudo não havia campos de estágios especificamente disponíveis, o que levou à busca de

contextos clínicos que fossem favorecedores da transposição do conhecimento e competências desenvolvidos para dar resposta aos objetivos inicialmente traçados. O capítulo está dividido em 3 subcapítulos, que representam os 3 campos de estágio: uma unidade de atendimento permanente em fase de conclusão do seu plano de emergência, uma unidade de cuidados intensivos com doentes politraumatizados e um serviço de urgência.

As Considerações finais constituem o último capítulo e procuram expressar o ganho académico, profissional e pessoal, obtido no final deste intenso percurso.

Para a realização deste trabalho foram utilizadas as regras do novo acordo ortográfico e a normalização APA para as citações e referência bibliográfica.

1. REVISÃO DA LITERATURA

As catástrofes e as situações de emergência multivítima são cada vez mais frequentes em todo o mundo, existindo evidência de que a preparação prévia dos grupos profissionais que nelas atuam, nomeadamente os enfermeiros, é muito importante para minimizar os seus efeitos (Jennings-Sanders, Frisch, & Wing, 2005). Como tal, e dada a sua imprevisibilidade, é urgente desenvolver um formato protocolado e testado que permita preparar os enfermeiros para estes acontecimentos. É crucial que estejam dotados de conhecimentos e capacidade para desenvolver a sua prática em situações de exceção, atendendo eficazmente às necessidades da comunidade. É neste sentido que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que todos os profissionais de saúde estejam preparados para as situações de catástrofe e situações de emergência multivítima, sendo necessário educação e formação direcionada para esta temática (Loke & Fung, 2014).

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional de trabalho na área da saúde na maioria dos países, encontrando-se na vanguarda da resposta de saúde para as situações de catástrofe e situações de emergência multivítima (Powers, 2010). Desde o trabalho realizado por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, passando pela prestação de cuidados prestados no rescaldo do tsunami asiático de 2004 e do furacão Katrina em 2005, os enfermeiros intervêm tradicionalmente na prestação de cuidados durante grandes eventos de causa natural, ou outras (Ibidem).

A contextualização apresentada assenta numa revisão integrativa da literatura, cujo protocolo está disponibilizado no apêndice 1. Os resultados da pesquisa, realizada nas bases de dados CINAHL e Medline, permitiu compreender o estado da arte e sustentou todo o trabalho realizado.

1.1 Catástrofe e/ou emergência multivítima

Quando se fala em catástrofe, surgem memórias de incidentes devastadores, como o do “11 de setembro em 2001” nos EUA, o terramoto de 2010 no Haiti, ou as inundações no Funchal nesse mesmo ano. Em qualquer um deles verificou-se grande destruição, com enorme impacto individual, familiar, social, económico, cultural e político.

Uma catástrofe é um evento destruidor, que produz perda e angústia. A nível mundial, nas últimas décadas tem-se verificado um aumento significativo de situações de emergência multivítima e/ou catástrofes, em especial nos países menos desenvolvidos (WHO, 2007). Destes eventos, muitas vezes cumulativos, resulta um crescente número de pessoas afetadas e uma forte perturbação nos programas do setor da saúde e dos serviços essenciais.

De acordo com o Tribunal de Contas Europeu (2016), entre 1994 e 2013, terão ocorrido, a nível mundial, cerca de 6 873 catástrofes naturais, que vitimaram 1,35 milhões de pessoas. Entre 2005 e 2015 estima-se uma repercussão económica de 1,3 biliões de dólares Americanos como consequência (Ibidem).

Vários são os conceitos que se encontram na literatura, diretamente relacionados com as situações de catástrofe e/ou emergência multivítima. Contudo aquele que é mais comumente aceite é o de *disaster*, que, de acordo com a *International Strategy for Disaster Reduction* (2009, p. 9) representa “uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou de uma sociedade, envolvendo perdas e impactos humanos, materiais, económicos ou ambientais generalizados, o que excede a capacidade da comunidade ou sociedade afetada de lidar com seus próprios recursos”.

O *American College of Emergency Physicians* considera como “*disaster*”, o evento no qual “os efeitos destrutivos de forças naturais ou artificiais dominam a capacidade de uma determinada área ou comunidade para atender à demanda por cuidados de saúde” (Zibulewsky, 2001, p.1).

A catástrofe, cujo conceito já foi explicitado na introdução, congrega um conjunto de situações que, até ao momento, têm sido pouco habituais em Portugal contrariamente às situações de exceção (INEM, 2012), também já mencionadas.

As situações de exceção, situações de catástrofe e/ou emergência multivítima podem ocorrer em qualquer local e em qualquer momento, pelo que a DGS considera fundamental que as Unidades de Saúde se organizem de forma a executarem periodicamente uma análise da sua situação, tendo em atenção as constantes alterações que surgem interna e externamente (DGS, 2010).

Um planeamento sistematizado e integrado, no que respeita à resposta de emergência perante uma qualquer situação que, “pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes” (DGS, 2010, p.1), é crucial. Estes eventos são designados

pela DGS por crises.

Pode considerar-se que as situações de catástrofe ou emergência multivítima decorrem de uma união complexa de vários fatores, nomeadamente alterações climáticas, aquecimento global resultante do comportamento humano, aspetos socioeconómicos, com implicações demográficas e preparação insuficiente e inadequada por parte da população em geral, bem como os próprios governos (World Health Organization, 2007).

Da pesquisa realizada, emergiu a existência de uma classificação de catástrofe em dois grandes grupos: as de origem natural (sismos, inundações) e as de causa humana (acidentes de viação, atos de terrorismo, etc.). Contudo, Braine citado pela WHO (2007), refere que existem autores que recusam as causas naturais, considerando que em qualquer catástrofe estará quase sempre presente um fator humano, considerando que a preparação para estes eventos, deve ter por base a redução dos riscos e não os fatores que se encontram por trás dos mesmos.

Em Portugal, de acordo com a classificação da DGS (2010), considera-se a existência dos seguintes riscos:

- De origem natural (relacionados com fenómenos meteorológicos e fenómenos sísmicos);
- De origem tecnológica, onde se incluem:
 - . Os incêndios urbanos e florestais;
 - . O colapso de edifícios;
- Os acidentes rodoviários (subterrâneos, terrestres, aquáticos ou aéreos);
- Os acidentes industriais (com materiais e gases tóxicos) e nucleares, considerados como risco nuclear, radiológico, biológico e químico (NRBQ);
- Catástrofes relacionadas com o comportamento humano, onde se encontram incluídos:
 - . Circuitos automobilísticos e festivais aeronáuticos;
 - . Espetáculos pirotécnicos;
 - . Atos de terrorismo e eventos bélicos;
 - . Manifestações de origem cultural artística e política;
 - . Acontecimentos de Saúde Pública.

A tomada de consciência dos fatores de risco que existem numa determinada área geográfica, representa o primeiro passo no planeamento estratégico no que

concerne à gestão de uma catástrofe e/ou de uma emergência multivítima (DGS, 2010).

Falar de catástrofe é falar de vulnerabilidade, na medida em que esta se refere à característica de uma pessoa, grupo ou comunidade, tendo em conta a sua situação, no que respeita à capacidade de antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto causado por uma situação de catástrofe e/ou emergência multivítima (Doctors For You, 2013).

Em Portugal, o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (PNEPC) encontra-se na base de todas as operações, perante a ameaça ou o acontecimento de uma situação de catástrofe e/ou emergência multivítima. Este plano organiza a resposta dos vários agentes que constituem a Proteção Civil (PC), nomeadamente, o corpo de bombeiro, as forças de segurança pública, as forças armadas, a autoridade marítima e autoridade aeronáutica, o INEM e os outros serviços de saúde e, por último, os sapadores florestais. Tem como finalidade prevenir, mitigar, controlar, assistir, socorrer e evacuar as vítimas (ANPC, 2012).

1.2 A catástrofe e o serviço de urgência

Perante um cenário de catástrofe e/ou emergência multivítima, as necessidades relacionadas com os cuidados de saúde serão as mais predominantes. Como tal, e de acordo com a World Health Organization (2011), os hospitais desempenham um papel crucial, na assistência aos cuidados de saúde à comunidade, perante qualquer tipo de catástrofe.

A súbita procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, pode provocar complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde.

As instituições hospitalares são complexas e vulneráveis, encontrando-se atualmente, de uma forma em geral, a trabalhar no seu limiar máximo de capacidade, pelo que as complicações inerentes a um contexto de catástrofe (nomeadamente, falhas no sistema de comunicação, serviços de apoio externo, escassez de equipamento, desgaste profissional, entre outros) podem comprometer o acesso aos cuidados necessários e em segurança (WHO, 2011).

Os serviços de urgência são criados e desenhados com o propósito de prestar cuidados a grande um número de pessoas. São, por isso, o local privilegiado para proceder a uma avaliação e dar início ao tratamento, tendo por base as necessidades de uma comunidade e a idoneidade de cada hospital (Bracken, 2001), tanto no dia-a-dia como em situações de catástrofe.

As variações de fluxo de entrada no serviço de urgência, associadas à grande heterogeneidade de situações clínicas que motivam individualmente a ida à urgência, tornam este serviço único, com uma necessidade constante de adaptação e flexibilidade na sua organização, bem como na das equipas de profissionais que nele se encontram. Em particular, as situações de carácter urgente\emergente, determinam com maior intensidade a necessidade de organização e hierarquização do sistema, por forma a aumentar a eficiência, rentabilizando assim os recursos disponíveis (Ministério da Saúde, 2007).

A preparação dos serviços de urgência, bem como dos profissionais que neles trabalham é, sem dúvida, a pedra basilar na resposta a todas as situações de emergência multivítima. Logo, é essencial o desenvolvimento de conhecimento e competência de todos os intervenientes (Doctors For You, 2013).

1.3 Planos de intervenção em catástrofe no serviço de urgência

Em situações de catástrofe, os SU estão na frente de resposta, sendo os locais de eleição para o atendimento mais adequado às vítimas (Whetzel, Walker-Cillo, Chan, & Trivett, 2013).

É consensual a opinião de que “estar preparado para agir” é o principal instrumento para reduzir a morbidade e mortalidade resultantes das situações de catástrofe, devendo existir uma organização interna clara e objetiva, com uma estrutura de comando e controlo, que permitirá uma melhor coordenação durante os incidentes (Wachira, Abdalla, & Wallis, 2014).

É responsabilidade de todos os governos garantir a segurança pública, nomeadamente perante uma situação de emergência multivítima, sendo essencial que ocorra investimento e incentivo para a preparação em todas as estruturas intervenientes numa situação de catástrofe (WHO, 2007).

A World Health Organization (2007) considera que existem alguns pré-requisitos para o planeamento da melhor intervenção numa situação de catástrofe, nomeadamente:

- Identificação dos riscos e vulnerabilidades existentes;
- Tomada de consciência por parte da comunidade e governo de que as situações de catástrofe podem ocorrer;
- Reconhecimento dos benefícios de um planeamento adequado;
- Criação de legislação que garanta a implementação de planos de emergência;
- Nomeação de uma organização que seja responsável pela coordenação, planeamento da resposta, mitigação e recuperação aquando de uma situação de emergência multivítima ou catástrofe.

No contexto nacional, as unidades de saúde (US) já se encontram no máximo da sua capacidade de resposta, pelo que a elaboração de um plano de emergência, adaptado às características de cada unidade, é primordial. O desenvolvimento do Plano de Emergência da Unidade de Saúde (PEUS) permitirá uma avaliação dos meios necessários face a uma qualquer situação de exceção, bem como organizar a resposta hospitalar, aumentando a sua capacidade (Direcção-Geral da Saúde, 2010)

Como recomendação para as US, no que respeita ao desenvolvimento do plano de emergência, a DGS (2010, p.2) considera que este “deve ser dinâmico, avaliado e reatualizado”, estando assente em quatro pilares: organização e gestão; recursos humanos; prestação de cuidados e recursos gerais.

➤ **Organização e Gestão**

No que respeita à organização e gestão de um plano de emergência, é necessário ter presente questões como:

- Organização da estrutura de comando e coordenação, com a predefinição do gabinete de crise;
- Procedimentos e responsabilidade para ativação do plano;
- Estabelecimento das áreas de atendimento;
- Mobilização e evacuação de doentes;
- Reorganização e mobilização de recursos humanos;
- Circulação de informação entre a equipa multiprofissional, com desenvolvimento de fichas e documentos;

- Transmissão de informação de forma bidirecional entre as estruturas de apoio pré-hospitalar;
- Comunicação ao público;
- Simulacros setoriais e totais;
- Avaliação.

➤ **Recursos Humanos**

Os recursos humanos são a peça fundamental. Deste modo, e de acordo com as orientações, é necessário o desenvolvimento de equipas funcionais em 3 áreas distintas: gestão do incidente, logística e prestação de cuidados. Deve obter-se a disponibilidade de todos os elementos, para a obtenção de uma resposta eficiente. Dependendo da dimensão da situação de crise, poderá ser necessário a intervenção de todos os elementos da instituição, bem como o estabelecimento de parcerias com sociedades científicas, organizações não governamentais, municípios, entre outros, a fim de se ampliar o apoio necessário à crise.

Para o desenvolvimento das equipas, e para melhorar a capacidade de resposta a um qualquer evento, é fundamental existir uma aposta na educação e formação contínua de todos os elementos, bem como na sua constante monitorização e avaliação.

➤ **Prestação de Cuidados**

Perante um cenário de catástrofe, o aumento do fluxo de entrada de doentes no SU, exige uma adaptação em relação ao normal funcionamento do mesmo, nomeadamente com o método de triagem. Assim a “triagem deve ser um processo dinâmico que segue as condições do paciente em conformidade com a disponibilidade de atendimento” (DGS, 2010, p.64).

É necessário aumentar a capacidade de admissão de doentes, tendo presente o aumento da área onde ocorre a prestação de cuidados e alteração dos rácios enfermeiro/doente, médico/doente, etc.

É importante considerar que a qualidade da prestação de cuidados deve ser mantida. Para tal, está recomendado o desenvolvimento e utilização de protocolos e algoritmos de atuação para as situações mais frequentes, baseados na melhor evidência científica, para uma otimização dos recursos disponíveis.

Outro aspeto de grande relevo são a identificação das vítimas, a informação clínica e os registos. Informações como data, hora de admissão, registo hospitalar,

sexo e idade são fundamentais para garantir a segurança e a qualidade na prestação dos cuidados.

Por último, mas não menos importante, a comunicação de informação para familiares e acompanhantes, baseada na honestidade e atualidade, assegurando as necessidades dos mesmos, e garantindo o direito à informação.

➤ **Recursos Gerais**

Na sequência da ativação do PEUS, a reorganização e adaptação dos espaços físicos é uma necessidade, sendo importante, de acordo com esta recomendação, ter disponível:

- Espaço específico para a triagem de catástrofe;
- Salas para tratamentos;
- Sala de isolamento;
- Salas de espera;
- Camas suplementares;
- Sala de Gabinete de Crise;
- Circuitos de ambulâncias (entrada, remoção de doentes e saída);
- Espaço físico exclusivo a familiares e população;
- Espaço físico exclusivo aos meios de comunicação social;
- Área privada para funcionários;
- Sala de acolhimento de voluntários e outros;
- Serviço de morgue.

Esta reorganização varia de acordo com cada instituição, existindo espaço para soluções construtivas e inovadoras (por ex.: a utilização de tendas ou edifícios nas proximidades). Contudo, todas as medidas devem ter em conta uma redução tanto quanto possível dos riscos para os doentes e profissionais. É indispensável a identificação dos riscos existentes, a determinação de prioridades, a criação de protocolos e sua avaliação, bem como, a instituição de regras de atuação para determinados episódios de emergência com possível envolvimento de risco para a saúde (por ex.: utilização de equipamento de proteção individual específico, isolamento de doentes, transfusões de sangue, infeções) (DGS, 2010).

Para um efetivo aumento da capacidade de resposta, é necessário ter presente todas as variáveis, nomeadamente os bens essenciais e de logística. Deverá ser planeado antecipadamente de que forma será feito o reabastecimento.

Perante uma situação de catástrofe ou emergência multivítima, todos os envolvidos estarão sobre grande stress; contudo, não poderá existir hesitação ou dúvida, pelo que a operacionalidade do plano de emergência deve ser testada, através da realização de exercícios de treino. Por sua vez, os profissionais da US devem reconhecer-se como elementos fundamentais identificando a sua missão, o seu papel e ação no seu domínio de competências (DGS, 2010).

Whetzel et al. (2013) e Holleran (2013) consideram que o SU é o local de eleição para dar resposta ao atendimento das vítimas que resultam de uma catástrofe e /ou emergência multivítima, sendo que os enfermeiros estão na frente da receção daqueles que aí recorrem.

O desenvolvimento de competências por parte destes profissionais é fundamental para uma atuação mais eficiente e eficaz, devendo existir uma preparação não só a nível profissional, mas também a nível pessoal e familiar.

Do trabalho realizado por Hammad et al. (2012) emerge a preocupação quanto à preparação dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência na resposta às situações de catástrofe, existindo uma relação direta com a experiência adquirida e a formação obtida, e que as duas contribuem para um ganho de conhecimento e confiança por parte dos profissionais.

Existe uma opinião transversal de que os Enfermeiros desempenham um papel indispensável na resposta às situações de exceção, contudo, a evidência científica demonstra que a formação obtida é insuficiente, o que traduz profissionais com poucos conhecimentos e preparação (Hammad et al., 2011).

Esta escassez de recursos formativos esbarra com a necessidade e exigência das sociedades modernas, que esperam que os enfermeiros (bem como os restantes profissionais) tenham a preparação, conhecimento e competência necessária para intervir, particularmente em situações de emergência multivítima e/ou catástrofe (Nash, 2016).

Das experiências em catástrofe documentadas, surgem recomendações relacionadas com as necessidades formativas dos enfermeiros, salientando-se a necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com a comunicação, desenvolvimento tecnológico, agentes biológicos e formas de contágio. Há ainda

menção da necessidade de tomada de conhecimento dos planos de emergência existentes, bem como a sua regular atualização e treino através de exercícios (Richardson, Ardagh, Grainger, & Robinson, 2013).

1.3.1 Sistema de triagem em catástrofe

Triagem tem o significado de “escolher ou selecionar” (Bracken, 2001, p.117). Historicamente, o conceito aparece pela primeira vez nas guerras napoleónicas, criado pelo exército francês, e confundia-se com o hospital de evacuação, ou com o centro onde eram reunidos os feridos para posterior evacuação (Bracken, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, e com as guerras da Coreia e do Vietname, houve um desenvolvimento do método de triagem militar. Na década de 1960, com a escassez de recursos disponíveis, face à elevada procura dos SU pela população civil (no período pós *Baby-Boom*), o método de triagem é introduzido em contexto hospitalar, com posterior e continuo desenvolvimento (Bracken, 2001).

Existem diversas definições de triagem, para vários ambientes, pré-hospitalar e hospitalar, sendo este último considerado um “processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de urgência” (Bracken, 2001, p.117).

Segundo Beveridge et al. (1998) e Bracken (2001), um sistema de triagem em ambiente hospitalar tem como principal objetivo a célere identificação dos doentes, que apresentam situações de doença e/ou lesão consideradas emergentes e/ou urgentes. No entanto, permite ainda:

- Uma avaliação precoce, garantindo desde modo a prioridade de acesso aos cuidados, de acordo com a situação de doença;
- Selecionar a área de atendimento mais adequada para o respetivo tratamento;
- Antecipar a realização de alguns exames complementares de diagnóstico, previsto em protocolos instituídos;
- Descongestionar e monitorizar a afluência de doentes no SU.

Em ambiente pré-hospitalar, os cuidados de saúde prestados apresentam características particulares, comparativamente ao ambiente controlado de uma qualquer instituição. Por este motivo, neste contexto o sistema de triagem tem como finalidade uma intervenção precoce, com a aplicação de protocolos e algoritmos considerados “*life-saving*” e a classificação do nível de urgência (INEM, 2012).

Em Portugal, e de acordo com o INEM (2012), em situações de catástrofe são utilizados dois momentos de triagem: a primária e a secundária. A triagem primária³, é descrita pelos autores Valentin, Paes & Carvalho (2014), como sendo a mais utilizada em todo o mundo, permitindo uma categorização rápida por nível de gravidade. Dada a sua simplicidade, permite uma triagem rápida de grande número de vítimas, utilizando apenas três discriminadores:

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

Para a utilização destes discriminadores, encontram-se associados os fluxogramas (adulto e pediátrico) (anexo I), através dos quais é possível obter 4 categorias:

- ❖ **Cor vermelha** – Vítima emergente;
- ❖ **Cor amarela** – Vítima grave;
- ❖ **Cor verde** – Vítima não grave;
- ❖ **Cor preta** – Cadáver.

O segundo momento, ou triagem secundária, é baseada no método de triagem TRTS (*Triage Revised Trauma Score*) (anexo 2), que consiste numa avaliação contínua, baseada em três variáveis fisiológicas (frequência respiratória, estado de consciência, com a utilização de escala de coma de Glasgow e pressão arterial sistólica). A cada uma destas variáveis é atribuída uma pontuação que varia entre 0 e 4. O resultado da soma das parcelas (0-12), determina a prioridade, sendo que, quanto maior for o valor, menor é a prioridade (INEM, 2012).

De acordo com as particularidades do SU e em concordância com o Grupo Português de Triagem (GPT) torna-se essencial que exista um método organizado, sistematizado e de fácil utilização que permita uma rápida distinção entre os doentes que recorrem a este serviço. Assim, a triagem no serviço de urgência, tem como objetivo “priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço” (GPT, 2010, p. 9)

Uma das medidas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde foi assegurar a implementação do Sistema de Triagem de Manchester (STM) em todos os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 10319/2014, 2005).

³ Onde é utilizado o método de triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*)

O STM surge como uma ferramenta de auxílio na decisão clínica inicial, permitindo uma melhor gestão e planeamento de todas as situações clínicas que motivam a procura de um serviço de urgência (GPT, 2010).

Este método de triagem permite, através da identificação de problemas, determinar prioridades. Ou seja, o principal sinal ou sintoma que o doente ou o profissional identificam é avaliado num dos 50 fluxogramas existentes. Cada fluxograma é composto por discriminadores (perguntas), sendo que a primeira resposta positiva, determinará qual a prioridade adequada para a situação específica (GPT, 2010).

O STM prevê 5 categorias de urgência, estando definidos os tempos de espera máximos previsto em cada uma delas:

- ❖ **Emergente (vermelha):** observação imediata;
- ❖ **Muito urgente (laranja):** tempo máximo de espera previsto de 10 minutos;
- ❖ **Urgente (amarelo):** tempo de máximo de espera previsto de 60 minutos;
- ❖ **Pouco urgente (verde):** Tempo máximo de espera previsto de 120 minutos;
- ❖ **Não urgente (azul):** Tempo máximo de espera previsto de 240 minutos;

Perante as situações de exceção, o normal funcionamento do serviço de urgência fica comprometido. O súbito aumento da procura dos cuidados de saúde, exige uma resposta atempada. Durante um evento com estas características, a premissa será salvar o maior número de vítimas possível, garantindo a melhor prestação de cuidados, com os recursos disponíveis. Por este motivo, e de acordo com o GPT (2010), é necessária uma readaptação do método previamente existente. São aplicados dois fluxogramas específicos, denominados; Catástrofes – avaliação primária e secundária (anexo 3).

A adaptação do Protocolo de Triagem de Manchester, para as situações de catástrofe, é desenvolvida por forma a permitir uma imposição da ordem de admissão e garantir uma rápida avaliação (15 segundos por triagem) de grande número de vítimas que cheguem em simultâneo. A utilização de discriminadores muito simples permitirá a divisão em 4 categorias (GPT, 2010):

- ❖ **Preto;**
- ❖ **Vermelho;**
- ❖ **Amarelo;**
- ❖ **Verde;**

Pelo anteriormente descrito, compreende-se a extrema importância que a triagem representa na organização e funcionamento de um SU. Importa salientar que é neste momento que ocorre o primeiro contacto das vítimas com os profissionais de saúde, sendo efetuado pelos enfermeiros. Destaca-se assim, o papel fundamental destes profissionais, não apenas na avaliação inicial, bem como, no respetivo encaminhamento e tratamento (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2012).

1.4. Intervenção especializada de enfermagem em catástrofe no serviço de urgência

A prática dos cuidados de enfermagem remonta aos primórdios da humanidade, tendo-se verificado a sua evolução ao longo dos tempos. A preocupação em manter este quadro evolutivo permite clarificar e melhorar a imagem da profissão, contribuindo assim para o reconhecimento da mesma, bem como dos respetivos profissionais (Bolander, 1998).

Os progressos verificados em medicina, suscitaram mudanças internas e externas à profissão de enfermagem, nomeadamente, a ampliação do papel e a responsabilidade dos enfermeiros, pelo que, é fundamental estabelecer novas perspetivas (Benner, 2001).

Para garantir o desenvolvimento pessoal e profissional, é necessário que ocorra o desenvolvimento de competências, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem diferenciada, em áreas específicas da enfermagem, ou seja, o desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas. Em conformidade, a Ordem dos Enfermeiros profere em 2010 o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, caracterizando-o como

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2010a, p.2)

Atendendo à particularidade da Pessoa em Situação Crítica, a OE cria o regulamento de competências específicas, considerando que

os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas (...), prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e

sistematizada de dados, com os objetivos 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, 2010b, p.1)

Os referenciais teóricos em enfermagem representam uma linha orientadora, com um papel indispensável na definição da enfermagem como ciência e como profissão autónoma. Assim a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, é obviamente influenciada pelo referencial teórico selecionado (Pearson & Vaughan, 1992).

De acordo com Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 1996), a profissão de enfermagem tem como finalidade a prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade, durante todo o ciclo de vida, assegurando que estes mantêm, melhoram ou recuperam a saúde, o mais breve quanto possível. Para tal, é fundamental que exista uma procura individual, em desenvolver e adquirir conhecimento e competências.

Tendo como linha orientadora o modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem, por Benner (2001), verificamos a existência de dois tipos de conhecimento: o teórico e o prático que se encontram interligados e são interdependentes.

O desenvolvimento do conhecimento, numa área específica, implica sempre um adquirir e aprofundar de conhecimentos práticos, baseados na evidência encontrada, bem como na experiência clínica vivenciada aquando da prática dessa disciplina. Assim, o conhecimento prático surge ao longo do tempo, como um ganho de experiência, e encontra-se dividido em seis domínios: hierarquização das diferenças qualitativas, os significados comuns, as suposições, as expectativas e os comportamentos tipo, os casos-padrão e os conhecimentos pessoais, as máximas e as práticas não planeadas. Na perspetiva de aquisição de competência, existem 5 níveis, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

As situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, são acontecimentos especiais, pelo que a sua gestão requer a cooperação de toda a equipa multiprofissional, em particular os enfermeiros. Estes são o maior grupo profissional, bem como os primeiros a intervir, em contexto hospitalar, na resposta às situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, sendo inegável a sua necessidade e importância na resposta a estas situações (Pourvakhshoori, Norouzi, Ahmadi, Hosseini, & Khankeh, 2017).

A evidência científica demonstra que, para uma resposta mais eficaz e eficiente às situações de catástrofe, é crucial que os todos os elementos intervenientes detenham conhecimentos e capacidades específicas. Tem-se verificado, ao longo dos anos, um crescente interesse no desenvolvimento de programas de educação e treino. Contudo, os enfermeiros necessitam desenvolver competências para a resposta a estes eventos, sendo a sua formação vital (WHO & ICN, 2009).

Da pesquisa realizada, evidencia-se a existência de alguns modelos de enfermagem para a resposta a situações de catástrofe. No entanto, e de acordo com Pourvakhshoori et al. (2017), nenhum deles é suficientemente abrangente para que possa ser aplicado a todos os enfermeiros.

Realça-se, contudo, o modelo de Jennings-Sanders (2004), baseado na perspectiva de que o conceito de catástrofe deve ser considerado e desenvolvido junto dos futuros profissionais de enfermagem, permitindo que estejam melhor preparados para as situações de exceção. Neste modelo é fomentada uma visão holística do cuidado e da investigação, atendendo às vivências experienciadas. São definidos papéis e atividades para as três fases de uma situação de catástrofe (antes, durante e após), prevendo ainda uma avaliação de impacto à vítima/comunidade (fase IV).

A WHO e o ICN (2009), no que respeita à resposta de enfermagem para as situações de catástrofe, consideram que os enfermeiros devem desenvolver e aprofundar conhecimentos e capacidades que permitam a aquisição de competências de mitigação/prevenção, preparação, resposta e recuperação/reabilitação.

Na fase pré-evento, é crucial que estes profissionais sejam capazes de atuar na identificação e redução dos riscos, conhecer e aplicar os planos de emergência, conhecer e atuar com base nos princípios éticos e jurídicos, bem como preparar-se adequadamente, para os vários tipos de catástrofe (Al Thobaity, Plummer, & Williams, 2017).

A segunda fase (resposta), contempla a prestação de cuidados de enfermagem atendendo aos aspetos físicos, psicológicos e holísticos, da pessoa, família e comunidade, considerando ainda as populações vulneráveis, como as crianças e idosos (Ibidem).

Por último, na fase de recuperação/reabilitação, estão previstas intervenções, que permitam cuidar da pessoa, família e comunidade, não apenas no imediato, mas também a longo prazo (Ibidem).

2. COMPETÊNCIAS: ANÁLISE E REFLEXÃO DE PERCURSO

Este relatório retrata o decorrer do percurso delineado em estágio, como forma de demonstrar o desenvolvimento de conhecimentos e competências, a fim de obter o grau de Mestre em Enfermagem. Foram usados passos da metodologia de projeto, com o objetivo da determinação de um problema e com o foco na resolução do mesmo, no sentido de alcançar e desenvolver conhecimentos e competências pessoais perante uma situação concreta (Ferrito, Nunes, Ruivo 2010). De acordo com as autoras referidas, a metodologia permite estabelecer a ligação entre o conhecimento científico e a experiência.

A primeira etapa da metodologia é o diagnóstico de situação (realizado no capítulo anterior) e que teve por objetivo descrever o estado da arte relacionado com problema identificado.

A determinação de objetivos, planeamento, meios e estratégias representam a etapa seguinte, atingida com a realização de um projeto de estágio, onde foram também apresentados os locais para desenvolver as atividades tidas como necessárias, para atingir os objetivos considerados.

A etapa da concretização constituiu-se no período de estágio, em si mesmo, que teve a duração de 18 semanas, com início no mês de outubro de 2016 e fim em fevereiro de 2017, e no qual foram desenvolvidas as atividades planeadas em cada contexto de estágio (cronograma no apêndice 2).

Tendo a avaliação acontecido de forma contínua, com momentos de reflexão pessoal e reuniões com a orientadora e os orientadores clínicos, a elaboração deste relatório e a sua discussão pública, explanando os resultados obtidos, traduzem a última etapa deste percurso.

O período de estágio contribuiu para o desenvolvimento de um pensamento crítico acerca desta temática e, acima de tudo, compreender que as competências de um profissional perito são fundamentais na elaboração de um projeto com este nível de complexidade.

A prática avançada de enfermagem surgiu nas últimas décadas, pelo reconhecimento de que a otimização da contribuição da enfermagem no que respeita aos cuidados de saúde, é uma forma de assegurar a melhoria dos serviços de saúde. Apesar dos domínios da prática de enfermagem variarem consoante o país, estes profissionais, são vistos como especialistas nas suas áreas de atuação, estando envolvidos em atividades relacionadas com procedimentos complexos, pela

mobilização de conhecimentos e competências diferenciadas (Canadian Nurses Association, 2008).

A experiência vivenciada permitiu-me compreender que a construção de um plano de emergência é bastante complexa, sendo fundamental a colaboração de todos os elementos, bem como o envolvimento de profissionais de todas as categorias profissionais. É simultaneamente desafiador, pois implica uma forte partilha de ideias, pensamentos e experiências profissionais, tornando-se necessário uma constante mobilização de recursos pessoais e profissionais.

Um plano de emergência terá necessariamente que ser um projeto em constante mutação, onde a incessante adaptação é uma premissa, para o resultado final se traduzir em uma prestação de cuidados de excelência em todas as circunstâncias. Contudo, a preparação das equipas é igualmente importante, uma vez que serão elas a pô-lo em prática. Para tal, é necessário assegurar que todos têm a informação e o conhecimento acerca do plano, sendo possível através de sessões formativas, para posteriormente ser posto em prática através dos simulacros, onde o *debriefing*, permitirá uma análise crítica dos resultados obtidos, assegurando a melhoria continua das equipas e naturalmente do plano construído (Whetzel et al., 2013).

A análise e reflexão dos percursos efetuados será feita em conformidade com os objetivos definidos para cada contexto.

2.1. Serviço de atendimento permanente

O primeiro momento de estágio ocorreu no SAP de um hospital privado na área da Grande Lisboa, com a duração de 6 semanas. Esta escolha teve como fundamento a necessidade de desenvolver conhecimentos e competências especializadas, no contexto de urgência, direcionados para a prática de enfermagem, com especial enfoque para os planos de emergência em catástrofe e/ou situações de emergência multivítima.

A escolha deste serviço em particular, surgiu após algumas visitas de campo realizadas, tendo verificado que no serviço de urgência deste hospital, o plano de emergência externa, do ponto de vista de elaboração, se encontrava em fase de conclusão, existindo bem definido o objetivo de iniciar o plano de formação para a instituição. Desta forma, surgiu a oportunidade de acompanhar este percurso.

O Hospital em questão é uma instituição privada. Tem uma área de implementação de 5.500 m² e de construção de 30.000 m², com 3 pisos subterrâneos e oito pisos acima do solo. Pelas suas características não tem área de influência definida, mas em situação de emergência está articulado com o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e o Comando Distrital de Operações de Socorro (CDOS).

O hospital tem como infraestruturas, internamento (24h/dia), com a capacidade de 158 camas, bloco operatório (5 salas), bloco de partos (3 salas), unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP) e unidade de cuidados especiais ao recém-nascido (UCERN). Relativamente ao setor do ambulatório, este hospital dispõe de bloco de cirurgia ambulatória com 2 salas, consultas de especialidade (72 gabinetes), meios complementares de diagnóstico, exames especiais e diversos tipos de tratamentos. Dispõe ainda de atendimento permanente de adultos, ginecologia-obstetrícia e pediatria (24h/dia).

Objetivo 1: Analisar criticamente o protocolo de atuação em situação de catástrofe e emergência multivítima

Como primeiro passo, foi importante conhecer a estrutura física e organização do serviço, identificando os circuitos de doentes, com especial importância para o doente crítico. Houve ainda necessidade de observar as plantas de construção do serviço (atendimento permanente e setores de ambulatório), pois será o local de atuação, perante a ativação do plano de emergência, com as respetivas zonas preferenciais e secundárias, selecionadas de acordo com o estudo realizado pela Proteção Civil, tendo em conta os riscos internos, inerentes ao Hospital.

O conhecimento de protocolos e normas de atuação nas diversas circunstâncias predefinidas foram igualmente relevantes, permitindo compreender a dinâmica do serviço.

A análise crítica do plano de emergência externo, realizada conjuntamente com a orientadora clínica (Coordenadora do projeto – Plano de Emergência Externo) foi essencial, contribuindo para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências acerca da construção de planos de emergência. Esta análise e partilha de experiências conduziu ainda à alteração de alguns aspetos, culminando no plano de emergência do referido hospital, que foi apresentado para aprovação pelo Conselho de Administração.

Durante a finalização do plano, foi possível colaborar com a construção dos Kits de triagem em catástrofe, a determinação do circuito de doentes em cenário de catástrofe e respetiva sinalética.

Foi desenvolvida uma base de dados em plataforma digital online, partilhável em “cloud” com todas as chefias e conselho de administração, como ferramenta anexa e indispensável ao plano de emergência externa, com as informação consideradas necessárias (nome, contacto telefónico, morada, entre outras) acerca de cada elemento da instituição, assegurando que esta se mantém atualizada e rapidamente disponível numa situação de emergência multivítima, onde o rápido contacto dos elementos é preponderante.

Objetivo 2: Aprofundar conhecimentos e competências relativamente à elaboração de planos de formação para as equipas de enfermagem

Atendendo à pouca ou nenhuma experiência na resposta a situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm que receber formação e educação adequadas para este tipo de eventos (Hammad, Arbon, & Gebbie, 2011).

Tendo sempre presente que o plano de emergência não é apenas uma *guideline*, desenvolvi, seguindo indicações da orientadora clínica, duas apresentações do plano de emergência em Powerpoint®. Estas fazem parte de uma das fases (preparação) do planeamento de resposta a uma situação de exceção, pelo que o plano de emergência representa e identifica os conhecimentos, competências e recursos, que serão necessários para a sua adequada aplicação (Edzen, 2014). O desenvolvimento das duas apresentações (uma para o Conselho de Administração e outra para a equipa) representaram um ganho substancial para a minha aprendizagem, permitindo aprofundar conceitos como trabalho em equipa, coordenação, coesão e multidisciplinaridade.

Esta atividade foi ainda bastante enriquecedora, permitindo adquirir experiência e mobilizar conhecimentos, essenciais e distintos para os diferentes públicos, permitindo assim avaliar diversas perspetivas (económicas; estruturais e funcionais) desenvolvendo competências enquanto “dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, ao colaborar “na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade” (OE,

2010, p.6), além de desenvolver e mobilizar técnicas de comunicação e a assertividade entre pares.

2.2. Unidade de cuidados intensivos

Historicamente os cuidados intensivos surgiram da percepção com base na evidência, de que as situações de doença aguda ou crônica com risco de vida, teriam maior sucesso se estivessem organizadas em áreas distintas no Hospital. Com esta perspectiva, Florence Nightingale demonstrou a relevância e os benefícios em manter em área exclusiva os doentes submetidos a cirurgia (Urden, Stacy, & Lough, 2014).

O constante progresso tecnológico e o desenvolvimento de novos procedimentos, técnicas e intervenções médicas, utilizadas em contexto de UCI, promovem facilmente uma prestação de cuidados dirigida para a monitorização e para o tratamento das situações em que se constata ameaça eminente de vida, sendo este o principal critério para o internamento (Urden et al., 2014).

Os enfermeiros são considerados por Urden et al. (2014), um “alicerce” no acompanhamento da PSC, sendo impreterível a flexibilidade, adaptação para a mudança e o desenvolvimento de competências relacionadas com aspetos técnicos e resposta às situações de instabilidade. Contudo, este grupo profissional enfrenta um verdadeiro desafio, pela necessidade de articular ininterruptamente o cuidar tecnológico com a vertente holística e psicossocial, crucial no processo de tratamento, bem como para uma prática de cuidados de enfermagem de excelência.

A expectativa relativamente ao estágio em unidade de cuidados intensivos era elevada, porque apesar de trabalhar há alguns anos com doentes em situação crítica, possuía total inexperiência nesse contexto.

A UCI onde ocorreu o estágio é classificada como uma unidade de nível três, (tendo, contudo, 8 camas de nível I), ou polivalente. De acordo com a DGS (2003b) estas unidades devem ter equipas dedicadas (médica e de enfermagem), bem como, a permanência durante as 24 horas de médico intensivista. Deverá existir o acesso a todos os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários. É ainda recomendação para este contexto, que sejam implementadas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Da observação inicial foi possível verificar que esta unidade tem capacidade para técnicas de substituição de função renal e circulatória (TSFRC), bem como hemodiálise convencional. A equipa de enfermagem está organizada por 5 equipas, sendo que, por turno são distribuídos 11 enfermeiros pelas respetivas salas e um como chefe de equipa.

O espaço físico da unidade é constituído por:

- seis quartos (12 camas de nível III), em que o rácio aplicado é de um enfermeiro para dois doentes;
- dois quartos (8 camas de nível 1) com um rácio de um enfermeiro para quatro doentes;
- 1 Sala de Hemodiálise, com 2 unidades;
- 1 Sala para procedimentos (eletrocater, fibroscopia, entre outras);
- 1 Sala de isolamento;
- 1 Sala de acolhimento.

De acordo com os dados fornecidos no serviço, constatou-se uma taxa de ocupação de 94,79%, sendo que 48,56% dos doentes estão relacionados com patologias médicas, 36,67% patologias cirúrgicas, 7,33% patologias neurocirúrgicas e 7,18% politraumatizados (dados estatísticos referentes ao de 2015). Acresce ainda a informação de que no mesmo ano, a percentagem de doentes com necessidade de ventilação invasiva foi de 71,73%.

De acordo com as características deste serviço e pelos dados estatísticos apresentados, compreende-se a importância da escolha deste campo de estágio. Foi determinante para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências fundamentais para a prestação de cuidados complexos ao doente.

Objetivo 1: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família em contexto de UCI, com particular enfoque para o doente politraumatizado

A prestação de cuidados ao doente crítico representa uma área de grande interesse e motivação pessoal, pelo que o contributo obtido neste campo de estágio foi deveras marcante.

A proximidade e disponibilidade, firmada pelo rácio de enfermeiro/doente existente na unidade, permitiu conhecer de forma mais pormenorizada a pessoa de

quem estava a cuidar. Por outro lado, possibilitou uma melhor compreensão do quadro clínico, contribuindo para uma maior observação e interação, assegurando a identificação precoce de complicações, fundamental no cuidado à pessoa e família em situação crítica.

No sentido de alcançar os objetivos propostos, foi necessário recorrer, primeiramente, à observação do funcionamento do serviço, bem como à sua organização. Foram esclarecidas dúvidas junto da orientadora clínica e da equipa multiprofissional, acerca de procedimentos, técnicas utilizadas e programas informáticos que complementam a prestação dos cuidados, assegurando a transmissão de informação, nomeadamente pela realização de registos de enfermagem, sendo possível efetuar informaticamente a “avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e avaliação” (OE, 2007, p.3).

Para assegurar a melhor integração possível, bem como o ganho de autonomia, foi essencial a realização de pesquisa bibliográfica, relacionada com procedimentos, técnicas e medicação, entre outros, permitindo-me assim uma prestação de cuidados com base na evidência, fundamental na prática de enfermagem especializada.

Neste curto período de estágio, foi possível cuidar de pessoas com múltiplos diagnósticos de enfermagem e patologias, em que todas experienciavam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A constante vigilância e monitorização, com o recurso a meios avançados de terapêutica e técnicas invasivas no suporte das funções vitais, bem como na prevenção de infeções e complicações, demonstram o rigor, a exigência e a intensidade do cuidar que é ministrada aos doentes neste serviço. Contudo, traduzem ainda o crescimento pessoal e profissional, com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especializado em pessoa em situação crítica (OE, 2010b).

No intervalo de tempo a que respeitou o estágio, por motivos relacionados com organização da equipa de enfermagem e casuística, apenas foi possível prestar cuidados a um único doente politraumatizado. No entanto, na globalidade deste estágio, foram reunidos distintos contributos, que permitiram a mobilização de conhecimentos adquiridos para a prática de cuidados.

Tendo em conta a temática abordada neste relatório, bem como o interesse pessoal e profissional e as competências a desenvolver no âmbito da PSC e das

vítimas de catástrofe, realçam-se alguns aspetos considerados fulcrais, como contributo para o desenvolvimento de competências.

➤ **Controlo e gestão da dor**

O controlo da dor para qualquer pessoa é considerado um direito e, simultaneamente, um dever para todos os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros. Estes devem “avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados” (OE, 2008, p. 7), assumindo a responsabilidade de promover o bem-estar.

Em Portugal, a DGS (2003a) determinou em circular normativa, a dor como o 5º sinal vital. Recomenda que esta seja valorizada, sendo efetuado o diagnóstico, avaliação e registo, de forma contínua e regular, transversal a todas a situação de doença, como garantia de boa prática e humanização dos cuidados.

A dor é um sintoma, que pode ser definido como uma experiência sensitiva e/ou emocional desagradável, relacionada com lesão tecidular. Encontra-se frequentemente presente nos doentes em UCI, justificada por todos os procedimentos intrínsecos ao tratamento, nomeadamente procedimentos invasivos, cirúrgicos ou em consequência da própria doença, o que traduz um verdadeiro desafio para a sua avaliação (Puntillo et al., 2009).

Na abordagem inerente à PSC, realizada neste contexto, contrariamente à evidência empírica mencionada por Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw (2006), a dor é uma preocupação, sendo valorizada e constantemente avaliada, por parte da equipa multiprofissional.

Pude acompanhar a utilização de escalas dirigidas para a avaliação da dor, tendo em conta as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012) e a individualidade de cada pessoa, nomeadamente a Behavioral Pain scale (BPS), indicada para doentes com incapacidade em comunicar, e a Escala Visual Numérica (EVN) para os doente que conseguem comunicar.

Foi fator construtivo para a aprendizagem, o acompanhamento e colaboração no processo de avaliação da dor, da tradução nos parâmetros vitais, da observação de comportamento e registos. Consequentemente, o desenvolvimento de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para intervenção na dor foram áreas de grande investimento.

➤ **Farmacologia**

A farmacologia representa só por si um grande capítulo de aprendizagem, assumindo, no cuidado à pessoa em situação crítica, uma maior relevância. O seu âmbito é tão vasto que inclui áreas tão dispares e particulares como a gestão e controlo da dor, sedação, estabilidade hemodinâmica, entre outras. Em qualquer uma delas é necessário identificar a necessidade, proceder à administração e a avaliação continua das intervenções.

Relacionado com o controlo e gestão da dor, saliento a forte utilização da perfusão de fentanilo. Este analgésico opióide é mais potente que a morfina, com tempo de ação mais rápido e uma duração mais curta. Tem indicação para ser usado no controlo da dor do doente com potencial instabilidade hemodinâmica, já que não causa acumulação em caso de insuficiência renal, e é menos hipotensor, por não ser libertador de histamina. Contudo a administração de doses repetidas pode causar efeitos secundários (Estilita, 2016).

No que respeita à sedação, é sem dúvida uma necessidade quase sempre presente na maioria dos doentes que se encontram em UCI. É, no entanto, um desafio, não apenas pela indicação clínica da patologia que o doente apresenta, mas também pela necessidade de manter um ambiente terapêutico adequado, num espaço onde o constante tocar de alarmes, a conversa de fundo de corredor ou o simples facto de uma luz se acender de hora a hora, interfere de forma prejudicial no conforto destes doentes, com implicações na sua recuperação ou até mesmo na sua estabilidade hemodinâmica.

A terapêutica mais frequentemente utilizada nesta unidade, com fins sedativos é o propofol e o midazolam, fármacos face aos quais já possuía um conhecimento prévio, como resultado da experiência no meu contexto laboral.

A instabilidade hemodinâmica, normalmente associada ao choque, é uma das causas que motiva o internamento nas unidades. Um dos fármacos mais frequentemente utilizado é a noradrenalina. Este é um potente vasoconstritor periférico, que atua a nível do sistema nervoso central, obtendo-se um aumento da resistência vascular e da pressão arterial, com diminuição da perfusão renal e débito cardíaco. Apesar de ser um medicamento com algumas limitações, é muito utilizado, com obtenção de bons resultados na ressuscitação do doente crítico (Arsénio, 2012).

Salienta-se ainda, a experiência vivenciada pela administração e preparação de outros fármacos, para os quais não possuía conhecimento prévio. A pesquisa

bibliográfica necessária, permitiu o aprofundar de conhecimentos, relacionados com a composição, forma de preparação, interação medicamentosa e efeitos secundários.

➤ **Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR)**

Como já referido anteriormente, nesta unidade é possível utilizar TSFR, sendo uma mais-valia para o tratamento do doente em situação crítica. A possibilidade de observar este tipo de técnica avançada, significou uma mais-valia no crescimento profissional, na medida em que não possuía qualquer experiência em técnicas dialíticas.

A hemodiálise, de forma muito geral, consiste numa técnica que permite separar e extrair do sangue os eletrólitos, toxinas e líquidos que estão em excesso, através de um “filtro” ao que se chama hemodialisador (Urden et al., 2014).

A TSFR pode ser efetuada com equipamentos de vários modelos, de marcas diferentes, tendo cada uma as suas particularidades, sendo preponderante que o enfermeiro que a executa, as conheça em profundidade. Outro aspeto, tem que ver com o acesso vascular, existindo diferentes tipos, pelo que por uma questão de segurança é importante conhecê-los e saber manuseá-los corretamente.

Naturalmente que o reduzido contacto com as TSFR, não permitiu desenvolver conhecimentos suficiente para ser autónomo na sua execução, no entanto, ficou a noção dos princípios e atividades que são fundamentais, nomeadamente:

- Registo dos sinais vitais antes da sessão, incluindo o registo do peso e frequência respiratória;
- Explicar ao doente qual o objetivo da sessão;
- Controlo rigoroso do equipamento e soluções, de acordo com o protocolo instituído;
- Utilização de técnica assética;
- Utilização das EPI;
- Monitorização do sistema (i. é, sensores de fluxo sanguíneo, pressão e temperatura, entre outros);
- Manipulação dos cateteres ou fístulas, segundo protocolo;
- Educar e esclarecer o doente acerca dos sinais ou sintomas que necessitem de observação médica;
- Contribuir para o conforto do doente durante o tratamento.

➤ **Ventilação Mecânica (VM)**

A VM é utilizada por necessidades relacionadas com alterações fisiológicas e/ou clínicas, estando indicada nas situações de insuficiência respiratória aguda ou crónica, traduzida por insuficiente oxigenação, ventilação ou ambas. Pode assim dizer-se que, a VM “é um método de suporte de vida e de tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda, crónica ou crónica agudizada” (Álvares & Curião, 2016, p.53). O principal objetivo da sua utilização passa por garantir o suporte das trocas gasosas, o aumento da insuflação pulmonar e a diminuição do esforço respiratório, aplicado em várias situações clínicas, nomeadamente na correção da acidose respiratória (Urden et al., 2014).

O reconhecimento das necessidades atribuídas à PSC com ventilação mecânica revelou alguns princípios, com base na melhor evidência, fundamentais para a boa prática, nomeadamente posicionamento do doente com cabeceira elevada a 30º, sempre que possível, a utilização de uma aspiração contínua no tubo orotraqueal acima do *cuff*, e a contra-indicação da substituição dos circuitos, por rotina (DGS, 2015b).

Assume-se um desenvolvimento importante de conhecimentos para a prestação de cuidados em contexto laboral, permitindo introduzir uma prática mais fundamentada acerca dos modos ventilatórios, vantagens e desvantagens de cada um, bem como complicações associadas. Destas realçam-se as lesões pulmonares, compromisso cardiovascular, perturbações gastrointestinais e a pneumonia associada à ventilação (PAV).

Objetivo 2: Promover a prevenção de infeção na prestação de cuidados à PSC

Na UCI em questão encontram-se implementados alguns protocolos de atuação que visam prevenir infeções.

De acordo com Noyal, citado por Gianakis, McNett, Belle, Moran, & Grimm (2015), a PAV é uma das infeções mais frequentes, associada à ventilação mecânica invasiva, em contexto de UCI. Traduz-se pela proliferação incontrolada de microrganismos nas vias aéreas, com consequente produção de exsudado pulmonar, e prejuízo importante nas trocas gasosas. Representa por este motivo uma complicação grave, com mau prognóstico (Álvares & Curião, 2016).

Nesta unidade, é aplicada a norma, definida pela DGS (2015), para a prevenção da PAV, visando uma mudança de comportamento, no sentido de uma prática diária adequada, bem como uma avaliação contínua da adesão às boas práticas. Desta forma, é efetuada uma avaliação em cada turno (3 vezes nas 24 horas) das 5 medidas recomendadas:

- Cabeceira elevada a 30°, caso não exista contra-indicação;
- Higiene oral, com gluconato de clorexidina a 0,2%;
- Manutenção dos circuitos de ventilação, com a sua substituição apenas se disfuncionais ou visivelmente sujos;
- Monitorização da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal, com valores compreendidos entre 20 e 30 cm H₂O;
- Avaliação e controlo do nível de sedação (Escala de Agitação de Richmond (RASS), com a sua redução ou suspensão o mais precocemente possível.

Outro aspeto que este contexto veio reforçar, foi que os enfermeiros desempenham um papel absolutamente crucial na prevenção e controlo da infeção, pelo que a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) (aquando do contacto com o doente) e a lavagem e higienização das mãos (antes e após o contacto) são algumas das medidas gerais que podem fazer a diferença, para as quais existe uma preocupação redobrada, que também é estendida aos familiares, durante o período de visitação.

Um outro foco de atenção nesta unidade, é a prevenção da Infeção do trato urinário (ITU), em particular no doente com cateterismo vesical. Similarmente à anterior, também para as ITU são aplicadas as recomendações da DGS (2015a), com um contributo para o desenvolvimento profissional e pessoal:

- Avaliação regular da necessidade em colocar ou manter o cateterismo vesical, com respetivo registo;
- Utilização de técnica asséptica, em todo o procedimento;
- Utilização dos EPI e técnica limpa no manuseamento do sistema drenagem;
- Realização diária da higiene do meato uretral;
- Assegurar a fixação do cateter vesical, com o saco de drenagem, abaixo do nível da bexiga, com esvaziamento após atingir 2/3 da sua capacidade.

Importa realçar que esta unidade se encontra integrada no programa STOP – Infecção Hospitalar, promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian, em parceria com o Ministério da Saúde e com o *Institute for Healthcare Improvement*, e cujo principal objetivo é a redução da incidência dos quadros infecciosos, sustentando que

as infeções associadas aos cuidados de saúde são um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais. Representam um risco sério porque se associam ao aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes (...), ao prolongamento da sua estadia no hospital (...) e ao aparecimento potencial de incapacidades (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015, p.3).

A integração neste programa contempla a monitorização de indicadores de qualidade e a sua comparação com os das outras 18 UCI que integram o programa no contexto nacional.

➤ **Suporte à família e visitação**

No decorrer deste estágio, não houve grande oportunidade de contacto com familiares dos doentes a quem prestei cuidados, pelo fato de estes não terem comparecido, na maioria das vezes, durante o período da visita estabelecido no serviço, e coincidente com os turnos que realizei.

Contudo, a possibilidade de contacto telefónico (através de um telefone portátil), em que o enfermeiro responsável pelo doente transmite as informações pertinentes e possíveis, permitiu-me estabelecer uma relação com familiares com necessidades de conforto emocional e de informação.

Foi observável, de uma forma geral, a preocupação da equipa em manter a família envolvida, existindo 2 momentos de visita diária, com a duração de uma hora, complementados por uma disponibilidade para que a mesma ocorra noutro momento, ou, em casos particulares, para que permaneçam na unidade durante grande parte do dia, de acordo com a necessidades individuais.

Objetivo 3: Conhecer os protocolos de atuação em situação de catástrofe e emergência multivítima

A concretização deste objetivo ocorreu já nas últimas semanas de estágio, tendo tido oportunidade de conhecer o plano de emergência interna, implementado na UCI, e verificar como é a articulação deste com outros serviços, com particular importância para a priorização definida na evacuação de doentes.

Houve ainda a possibilidade de acompanhar a Orientadora Clínica (durante um turno) no desempenho de funções, enquanto elemento de Coordenação Hospitalar.

Este é um elemento de referência em todo o Centro Hospitalar, durante o período noturno e fim de semana, com funções de gestor de vagas e de articulação entre serviços. Houve a possibilidade de conhecer de forma geral o Serviço de Urgência deste Hospital, e compreender como está organizado, no que respeita ao acolhimento e transferência de doentes.

Esta experiência teve grande significado pessoal e profissional, possibilitando a partilha de vivências, tendo em atenção a função de enfermeiro chefe de equipa que desempenho atualmente no meu contexto laboral.

Como apreciação geral deste percurso, considero que consegui integrar-me na equipa de enfermagem, mostrando disponibilidade para todas as situações de cuidados que surgiram. Foi possível conhecer a estrutura e a organização do serviço, bem como a sua dinâmica, os vários protocolos e folhas de registo, essenciais para a prática diária, as quais foram utilizadas com sentido crítico, obtendo a fundamentação da sua utilização através dos enfermeiros do serviço e em particular da enfermeira orientadora.

Relativamente aos objetivos de estágio estabelecidos, foi possível alcançá-los de forma gradual no decorrer do estágio, que teve a duração de 9 semanas. No entanto, importa referir que dadas as suas características, protocolos e a tipologia dos doentes, é um serviço de grande complexidade, onde muito haveria ainda a desenvolver e muito conhecimento a aprofundar.

2.3. Serviço de urgência central

Tal como referido anteriormente, os SU são os locais de eleição para receção das vítimas em qualquer situação de exceção. Isto porque são “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002, p. 1865).”

O SU selecionado para realizar este estágio é, de acordo com o Despacho nº 13427/2015 de 20 de Novembro (2015), um SUP com centro de trauma, integrado num Centro Hospitalar na área da grande Lisboa. Esta urgência, pelo seu desenvolvimento e capacidade, no que respeita a recursos humanos e tecnológicos, é uma unidade fundamental dentro do SNS, assegurando uma referenciação distinta

em diversas áreas.

Durante os últimos anos, nesta unidade, têm-se verificado alterações na estrutura física, com obras de ampliação e melhoramento. Também as equipas médicas foram sujeitas a mudanças, com a implementação das equipas fixas. No que respeita aos enfermeiros, ocorreu o aumento do seu número por equipa, conjuntamente com a saída de vários elementos e, conseqüentemente, a integração de novos.

Relacionado com a estrutura física do serviço, são consideradas duas áreas distintas: A de internamento, designada de SO (sala de observação), com a capacidade para 16 doentes; e a área de ambulatório, que se encontra sectorizada tendo em conta as cores atribuídas na triagem (assente no Protocolo de Triagem de Manchester). É então constituída por: sector de triagem (3 unidades); 2 salas de reanimação (3 unidades); sector laranja, que contempla 3 gabinetes de observação e uma sala de tratamentos; sector amarelo, com 6 gabinetes de observação e uma sala de tratamentos; sector verde/azul, com 5 gabinetes de observação e sala de tratamentos; sala de aerossóis; gabinete de observação cirúrgica; 2 gabinetes de ortopedia; 2 salas de pequena cirurgia; sala de tratamentos para os doentes com patologia cirúrgica; sector de psiquiatria, com 2 gabinetes de observação, sala de observação (4 unidades) e sala de tratamentos; sector de oftalmologia e otorrinolaringologia, com 2 gabinetes cada e sala de tratamentos.

Este serviço dispõe ainda de um gabinete para o assistente social, sala de formação e sala de catástrofe.

No que respeita aos meios complementares de diagnóstico, verifica-se a existência no serviço de 2 salas de imagiologia (Rx), gabinete de cardiopneumologia e, ainda, sala de colheita de espécimes para análises clínicas.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro chefe, um adjunto e 100 enfermeiros, que se encontram divididos por 5 equipas. Em cada uma destas, existe um elemento com a função de chefe de equipa.

O serviço onde decorreu este estágio é simultaneamente o serviço onde desempenha funções, enquanto enfermeiro chefe de uma das equipas. Assim, e pelo facto de este estágio ter apenas a duração de 2 semanas, o trabalho a desenvolver para concretização dos objetivos definidos, teve que ser iniciado muito antes. Concretamente, a primeira atividade ocorreu em junho de 2016, com a participação

num simulacro real, por iniciativa do aeroporto de Lisboa, e no qual o serviço de urgência em questão foi envolvido. Foi possível participar neste exercício, colaborando com o Enfermeiro Chefe na preparação de toda a logística necessária, e como observador durante o simulacro.

Genericamente, um exercício, representa uma série de atividades, que permitem avaliar a prontidão da resposta a uma situação de emergência. Logo, também contribui para a avaliação do próprio plano de emergência e para o seu desenvolvimento/restruturação, bem como o para o sucesso do treino. Os simulacros, são considerados exercícios baseados em operações, recomendados para testar, treinar, praticar e avaliar planos, políticas, acordos e procedimentos (Edzen, 2014).

Este exercício representou uma oportunidade para que fosse reorganizado o serviço, com a preparação da sala de catástrofe. Nas semanas anteriores ao evento, reorganizou-se o espaço físico, com validação de todo o material, identificação e disposição. Foram ainda criadas as “pastas de catástrofe” (processos clínicos utilizados para todos os doentes, aquando a ativação do plano de emergência), bem como a reorganização das bolsas individuais de catástrofe. Estas foram criadas, para que todos os elementos possam ter junto de si algum material de suporte, nomeadamente marcadores e lanterna, assim como um colete, que identifica a categoria profissional e o setor para onde serão encaminhados.

O plano de emergência desta unidade hospitalar teve igualmente que ser revisto. Foi então possível analisá-lo criticamente em conjunto com o Enfermeiro Chefe. Desta análise resultaram algumas sugestões, sendo posteriormente discutidas e aceites pela comissão de catástrofe. Tendo em conta que o Enfermeiro Chefe é um dos membros da comissão de catástrofe, a articulação com esta foi facilitada.

Este momento foi o primeiro contacto com um exercício desta natureza, não apenas para mim, mas também para toda a equipa.

De acordo com Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton (2017a), a intervenção na resposta a uma situação de catástrofe é para os enfermeiros uma experiência traumática. De acordo com o autor, a preparação destes profissionais requer, não apenas o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades, mas também a necessidade da sua exposição à educação e formação acerca de catástrofes e de que forma estas afetam os enfermeiros. A resposta à catástrofe representa um desafio pessoal, podendo por em causa os enfermeiros enquanto pessoas e como

profissionais.

Da observação realizada, distinguem-se cinco momentos, a **notificação** da equipa, após decisão de ativação do plano de emergência. É neste momento que a equipa recebe a informação de que irão chegar doentes. A informação é recebida por contacto telefónico, podendo naturalmente ocorrer por outros meios, nomeadamente os meios de comunicação social. Nesta fase a informação é difundida por todos os elementos da equipa multiprofissional e é dado o início da preparação do serviço, para receção das vítimas. Inicia-se a reorganização do serviço: é reorganizado o circuito de entrada de ambulâncias, colocação de macas no exterior do serviço, mobilização dos recursos humanos e materiais, tendo em conta o que está definido no plano de emergência, distribuição de pastas e bolsas de catástrofe, entre outros. Nesta fase, de acordo com Hammad et al. (2017a), baseado no relato de experiências vivenciadas por enfermeiros na resposta a situações de catástrofe, são descritos sentimentos de descrença por parte destes profissionais. No entanto, realça-se a grande disponibilidade demonstrada em colaborar na resposta ao evento.

O segundo momento, a **espera**, que corresponde ao tempo que decorre desde a notificação até à chegada das primeiras vítimas. Neste período, foi visível, apesar de se tratar de um simulacro, o nervosismo e inquietação por parte da equipa. Hammad et al. (2017a) mencionam que neste período surgem pensamentos, relacionados com capacidade de resposta individual, bem como dúvidas sobre se existe a capacidade necessária para responder eficazmente.

A **chegada das vítimas** ocorreu com alguma tranquilidade e os profissionais posicionaram-se adequadamente para iniciar o tratamento. Contrariamente a esta experiência, numa situação real, o autor mencionado anteriormente, caracteriza esta fase, como um momento de grande agitação e confusão onde se instala o “caos”, com a presença de muito ruído e gritos.

O **cuidado às vítimas**, onde se observa a intervenção da equipa, verificando-se uma prestação de cuidados similar à do quotidiano. Das experiências documentadas, realça-se que é um momento mais familiar onde a prestação de cuidados ocorre com mais naturalidade, atendendo à experiência adquirida no dia-a-dia. Contudo, neste caso surgem desafios acrescidos, realçando-se o número e a gravidade dos doentes (Hammad et al., 2017a).

Com o **termino do simulacro**, tudo começa a ficar mais calmo. Este momento,

numa situação real, é definido, segundo o mesmo autor, como o momento da **reflexão**, onde os profissionais têm espaço e tempo para refletir sobre o que aconteceu, deixando de oprimir as emoções (Ibidem).

Por último ocorreu a **discussão/debriefing**, onde foi realizada uma análise tendo em conta a linha de tempo de ação de tudo o que aconteceu, com a determinação dos pontos positivos e negativos, para serem tidos em conta numa reorganização do plano de emergência e respetiva formação.

A possibilidade de colaborar na preparação do serviço para este simulacro, bem como as reuniões que antecederam o evento, conjuntamente com o *debriefing* e análise do relatório realizado pela comissão de catástrofe, representou um ponto de partida para o percurso definido.

Objetivo 1: Promover a atualização e operacionalização do plano de emergência externo

Tendo presente tudo o que foi escrito anteriormente, no que respeita aos planos de emergência, considerou-se fundamental como primeira atividade, efetuar uma pesquisa, que permitisse compreender quais as vulnerabilidades ou riscos mais vigentes na cidade de Lisboa. Assim verificou-se pela pesquisa realizada que:

- Esta cidade tem características particulares, não apenas relacionadas com características geográficas e aspetos sociais, mas também económicos e políticos, dado tratar-se da cidade Capital, com o respetivo destaque à escala nacional e internacional.
- No que respeita aos aspetos demográficos, a região de Lisboa é composta por 18 Municípios, com uma área de abrangência de 3 015,24 km² (Instituto Nacional de Estatística, 2015). De acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (2012), através do Censos de 2011, é a cidade mais populosa do país, com cerca de 2 821 876 habitantes.
- Nos últimos anos, no que respeita às condições meteorológicas, pode dizer-se que têm ocorrido episódios de ventos fortes, registos de temperaturas extremas e precipitação intensa.
- Pela história, constata-se a existência de inundações, que afetaram grandemente o normal funcionamento da comunidade, com danos em infraestruturas e atingimento de pontos vitais da cidade. Desta forma, a

vulnerabilidade às inundações encontra-se relacionada, não apenas por episódios de precipitação intensa, mas também à natureza geológica, tipo de relevo e índice construtivo da cidade (CML, 2012).

- Apesar de Lisboa ser considerada uma zona urbana, existem alguns espaços considerados como zona florestal, nomeadamente o parque Florestal de Monsanto que, de acordo com o Decreto-Lei nº. 156/2004 (Portaria n.º 1056/2004, 2004), o classificam como zona vulnerável e de grande risco de incêndio.
- Outra das grandes vulnerabilidades da cidade de Lisboa, esta fortemente marcada na história. O sismo de 1755, que devastou uma parte vital da cidade, demonstrando a grande fragilidade, que ainda hoje subsiste.

Os sismos são fenómenos imprevisíveis e recorrentes. A Carta de Vulnerabilidade Sísmica dos Solos demonstra o impacto negativo da propagação das ondas sísmicas, tendo em conta as características geológicas existentes, prevendo a possibilidade de ocorrência de um sismo de grande intensidade. Na avaliação de riscos naturais nas zonas costeiras, é necessário ter presente a possibilidade de ocorrência de tsunami, pois apesar da sua baixa taxa de ocorrência na costa portuguesa, o seu impacto pode ter consequências dramáticas (CML, 2012).

De acordo com o Plano Municipal de Emergência, criado em parceria entre a Proteção Civil e a CML (2012), a ocorrência de movimentos de vertentes é um fenómeno relativamente habitual, sem grande implicação, ou danos. Está relacionado com a natureza geológica, geomorfologia e a presença ou circulação de água. Contudo, existem registos de fenómenos de maior dimensão, nomeadamente o deslizamento ocorrido no Sítio da Bica em 1597, ou o desmoronamento da encosta do lado de Santa Catarina em 1621. Mais recentemente, as extensas inundações ocorridas em 1967 são também um exemplo.

Numa avaliação de riscos relacionados com acidentes, constata-se que existe uma grande diversidade de possíveis acontecimentos em vários ambientes (rodoviário, ferroviário, marítimo e aéreo), infraestruturas e meios de transporte.

O intenso fluxo de trânsito existente, rodovias de circulação rápida, condições climatéricas desfavoráveis, infrações cometidas pelos condutores e má conservação ou limpeza do pavimento são alguns dos fatores favoráveis à ocorrência de acidentes, que se verificam com muita frequência, mas na maioria das vezes sem grande gravidade. Realça-se, ainda, o constante transporte de mercadorias perigosas, que

dada as suas características, podem culminar em acidentes distintos dos anteriores, com necessidade de uma abordagem específica (CML, 2012).

Infraestruturas relacionadas com o metropolitano, caminho de ferro, elétrico e ascensores, são utilizadas diariamente pela população. Pelas características deste tipo de transporte, nomeadamente o transporte simultâneo de grande número de pessoas, e apesar das medidas de segurança implementadas, a possível ocorrência de acidentes é uma realidade, representando um impacto considerável (Ibidem).

Dentro da cidade de Lisboa encontra-se o aeroporto Humberto Delgado, considerado a principal “porta de entrada” na cidade, com um registo de 193 699 movimentos de aviões e 25,76 milhões de passageiros, durante o período de um ano (2016/2017) (CML, 2017). Os acidentes relacionados com o tráfego aéreo podem envolver a própria aeronave, que por sua vez pode acontecer dentro, ou fora do aeroporto, no ar ou no solo. Por outro lado, este tipo de acidentes pode estar relacionado não com a aeronave, mas com as infraestruturas que lhe dão apoio, com é exemplo, um incêndio no próprio aeroporto (CML, 2012).

A densa rede de túneis, pontes e outras infraestruturas, que contribuem para o crescimento e desenvolvimento da cidade, englobam fatores de vulnerabilidade. O colapso ou dano de uma das referidas infraestruturas, pode resultar em prejuízo a um local específico, ou numa área mais alargada, com implicação na circulação, acessibilidade ou mesmo o funcionamento de serviços básicos à população (ibidem).

Esta pesquisa permitiu aprofundar o conhecimento relativamente às vulnerabilidades da cidade, bem como contribuir para a sensibilização dos enfermeiros, demonstrando que apesar da escassez de situações de catástrofe e /ou emergência multivítima até ao momento, estas poderão ocorrer.

Para os enfermeiros do SU, este é um espaço familiar. A ocorrência de uma catástrofe e/ou emergência multivítima, irá desencadear múltiplas alterações (espaço físico, processo clínico, triagem, prestação de cuidados), com diferenças significativas relativamente à experiência do quotidiano. Assim, a resposta a um incidente, não pode ser apenas considerada como um aumento da carga de trabalho. Esta implicará grande desafio e mudanças que têm que ser consideradas, não só pelos enfermeiros, bem como por toda a equipa multiprofissional (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2017b).

No SU, os enfermeiros são os primeiros profissionais a receber as vítimas, resultantes de uma catástrofe e/ou emergência multivítima, pelo que, é crucial refletir

através das experiências vivenciadas, nestes contextos.

Um estudo realizado por Hammad et al. (2017b), demonstra que durante a fase de pré-resposta a uma situação de exceção, os enfermeiros descrevem sentimentos de descrença, ansiedade, apreensão e medo. Estes sentimentos, revelam a falta de consciencialização no que respeita à probabilidade de ocorrência de uma situação de crise, bem como, as suas expectativas individuais relativamente à capacidade de resposta. De acordo com este estudo, os enfermeiros consideram que para dar resposta a uma situação de catástrofe, é necessário desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências específicos, diferentes daquelas que possuem para a prestação de cuidados diariamente.

Após a análise dos riscos referidos, e do plano de emergência externo deste serviço, desenvolveu-se, em conjunto com o Enfermeiro Chefe, o plano formativo, dirigido para os profissionais do serviço de urgência, sendo determinado que primeiramente seria para os enfermeiros.

Objetivo 2: Promover o desenvolvimento da atuação da equipa de enfermagem mediante a ativação do plano de emergência.

A prossecução deste objetivo constitui-se por pôr em prática o previamente estabelecido no plano de formação.

Realizaram-se cinco momentos formativos, correspondendo às 5 equipas existentes no serviço de urgência, assegurando desta forma, a transmissão de informação a todos os enfermeiros.

Esta formação teve como objetivos: promover a formação e sensibilização da equipa de enfermagem; apresentar o plano de emergência externo do serviço, dando a conhecer as orientações de atuação; capacitar os enfermeiros para uma atuação mais eficaz, utilizando os recursos existentes nas situações de emergência multivítima e/ou catástrofe; e assegurar a prestação de cuidados atendendo às questões relacionadas com a segurança da equipa multiprofissional, doentes e acompanhantes. No entanto, nestas sessões formativas não foi possível a realização de exercícios de treino.

Os exercícios de treino devem tentar recriar cenários reais, por forma a orientar os enfermeiros para a resposta a uma situação real. Estes permitem uma melhor definição de papéis e comportamentos antecipados, bem como, a demonstração de

trabalhar em um ambiente e com condições diferentes das habituais (Hammad et al., 2017b).FORAM FEITOS OU NÃO: DEVE DIZER

Já após o termino do estágio, foi possível participar num outro exercício, promovido pela comissão de catástrofe deste hospital. Mais uma vez houve oportunidade de colaborar na preparação de toda a logística, com a construção das figuras que permitiram a animação do exercício. Durante o mesmo tive oportunidade de participar, representando o papel que exerço habitualmente, o de responsável de equipa.

A atividade realizada, designa-se *tabletop exercise*. Estes são exercícios de mesa, realizados em sala, onde é apresentada uma situação/problema, para que, através da sua análise, seja demonstrada a intervenção necessária para dar a respetiva resposta. Estes desenvolvem-se com base em momentos de discussão construtiva, pelo que são recomendados para treinar, praticar, avaliar e desenvolver planos, políticas, acordos e procedimentos. Para a sua aplicação não necessários menos participantes e recursos, logo são mais económicos do que os exercícios baseados em operações (p. ex.: simulacros). Contudo, estes exercícios não são rigorosos, não conseguindo traduzir todos os problemas que podem surgir durante uma resposta a uma situação real. Tal deve-se ao facto de, no seu planeamento, serem conhecidos previamente os problemas e a soluções. Por outro lado, ao seguir um plano, são negligenciados os problemas não planeados (Edzen, 2014).

Neste exercício, estive presente o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais e do INEM, o qual deu o seu parecer, no que respeita ao plano de emergência desta unidade de saúde, bem como ao exercício realizado. Na sua avaliação, expressaram com muito agrado o trabalho desenvolvido por toda a equipa, reforçando o excelente desempenho da equipa de enfermagem, que demonstrou conhecimento acerca plano de emergência. Foi feita ainda menção à preparação da sala de catástrofe, que consideram ser um exemplo a transpor para outras realidades hospitalares.

É crucial que os hospitais desenvolvam planos de emergência, e que estejam adaptados ao seu contexto real, assegurando que seja conhecido por toda a equipa multiprofissional. Na perspetiva de um enfermeiro inserido neste contexto, é indispensável o conhecimento do plano de emergência, contudo é preponderante que este se sinta preparado para atuar mediante a sua ativação.

Para uma adequada prestação numa situação de catástrofe, será necessário

desenvolver e aprofundar conhecimentos relacionados com múltiplos conceitos, não esquecendo a pessoa em situação crítica.

Sendo o Enfermeiro Chefe de serviço o orientador clínico deste estágio, permitiu-me desenvolver ainda mais conhecimentos relacionados com a gestão de equipa, visto que esta é uma das funções de um responsável de equipa, principalmente em uma situação de catástrofe.

Com a realização de todas as atividades desenvolvidas neste estágio considero que concretizei os objetivos a que me propus, bem como, o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente a dinamização na resposta às situações de catástrofe ou emergência multivítima, da sua conceção à ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excelência dos cuidados prestados é sem dúvida uma preocupação pessoal. Desta forma, a realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem, numa área de especialização de particular interesse, a da Pessoa em Situação Crítica, surge como forma de aprofundar e desenvolver conhecimentos avançados e competências específicas, que garantam um contínuo no que respeita à melhoria da minha prestação de cuidados.

Este percurso envolveu um conjunto imenso de aprendizagens e mobilização de conhecimentos. Permitiu o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, não esquecendo as previstas para o Curso de Mestrado.

Tendo presente a intenção de desenvolver competências de nível proficiente/perito, desenvolvi o meu trabalho tendo por base o modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem por Patrícia Benner (2001). Foi projetada a aquisição de competências de forma gradual e sustentada, permitindo um saber ser, saber estar, saber fazer, deter a capacidade de decidir e gerir uma determinada situação, tendo em conta a sua globalidade.

Pode dizer-se que existe uma crescente preocupação na atuação em catástrofe e situações de emergência multivítima, dado o aumento significativo destes eventos nos últimos anos. Atualmente, há uma tomada de consciência sobre a importância da preparação para estes acontecimentos, com vista a um impacto cada vez menor nas comunidades. No entanto, deverão ocorrer mudanças comportamentais, organizacionais e governamentais, para a definição de novas, atuais e melhores estratégias de atuação em catástrofe ou situações de emergência multivítima.

Os profissionais de saúde são o grande foco no que diz respeito ao desenvolvimento do conhecimento, capacidades e competências. Os enfermeiros são os profissionais que desde sempre se encontram na vanguarda da prestação de cuidados à população e em especial à pessoa em situação crítica vítima de catástrofe e/ou situações de emergência multivítima.

Os planos de emergência devem ser práticos, dinâmicos, adaptados aos diversos contextos. No entanto, a formação, educação e treino das equipas, devem fazer parte da realidade de todos os profissionais, nomeadamente dos enfermeiros.

No termino deste longo percurso, considero que a experiência adquirida me

permitiu uma prestação de cuidados assente, num pensamento mais crítico, estruturado e construtivo. Tendo como pilar o conhecimento adquirido, durante as aulas, atuação nos campos de estágio e como resultado de toda a pesquisa realizada, assente na evidência científica.

Especificamente, cada campo de estágio, contribuiu para um crescente de conhecimento. O primeiro estágio, no SAP, permitiu o primeiro contacto com os planos de intervenção, onde a partilha de experiências, aliada a todo o trabalho de pesquisa, análise e construção, permitiram um conhecimento mais dirigido e específico. Assim considero que os objetivos definidos para este estágio foram concretizados.

O segundo momento, o estágio em uma UCI, representou uma experiência muito enriquecedora, uma vez que não tinha qualquer experiência com esta realidade. Assim, a experiência adquirida profissionalmente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, neste contexto, revelou-se um verdadeiro desafio.

O conhecimento da estrutura e dinâmica do serviço, protocolos e normas instituídos, práticas e técnicas de cuidados, em conjunto com uma vasta pesquisa bibliográfica e troca de experiências entre profissionais, foram algumas das atividades desenvolvidas, que permitiram atingir os objetivos definidos.

O SU foi o último campo de estágio. O extenso trabalho realizado e as atividades desenvolvidas, traduziram o ganho de conhecimento, capacidade e competências adquiridas neste curso de mestrado. Considero que foram concretizados de forma muito positiva os objetivos determinados, bem como a intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação, no que respeita ao plano de intervenção em catástrofe e/ou emergência multivítima, que me tinha proposto desenvolver e que o fiz com base na melhor evidência.

Após refletir sobre a experiência e o conhecimento adquirido neste percurso, constato a grande importância que tem para o meu desempenho profissional. Como enfermeiro responsável de uma das equipas, é gratificante verificar que sou reconhecido, não apenas pela função que desempenho neste momento, mas sim como uma referência nesta área do saber.

Importa referir, como aspetos positivos, a possibilidade de contacto com outras realidades, das quais emergiram momentos de partilha, com o desenvolvimento e aplicação de vários conhecimentos teóricos, assim como um desenvolvimento de uma praxis mais diferenciada, com vista ao desenvolvimento de competências especializadas.

Como aspetos negativos, importa a dificuldade na escolha de um hospital que tivesse um plano de emergência implementado, ou atualizado, constatando-se que não é fácil encontrar equipas bem preparadas.

O término deste mestrado representa o início de um novo ciclo de trabalho. Está assente a intenção de continuar a trabalhar esta temática, perspetivando uma resposta mais eficaz, para a melhoria da qualidade dos cuidados. “O nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências” (Queirós, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64–71.
<http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 82–89.
<http://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Álvares, E., & Curião, R. (2016). *Protocolos em Pneumologia De Intervenção*. (Lidel, Ed.) (1.^a edição). Lisboa.
- ANPC. (2012). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, 197.
- Arsénio, A. (2012). *Fármacos na Urgência Revisitados* (5^a edição). Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Beveridge, R., Clarke, B., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., Murray, M., ... Vadeboncoeur, A. (1998). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). *Canadian ED Triage & Acuity Scale*, 32.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. (Lusodidacta, Ed.). Lisboa.
- Bracken, J. (2001). Triagem. Em Lusociência (Ed.), *Sheehy's Enfermagem de Urgência - da teoria à prática* (4^a.ed). Loures.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2012). *Plano Municipal de Emergência de Lisboa*.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2017). Aeroporto Humberto Delgado comemora 75 anos. Obtido 11 de Fevereiro de 2018, de <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/aeroporto-humberto-delgado-comemora-75-anos>
- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Ottawa.
- Decreto-Lei N.º 104/98. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, N.º 93(1^a Série-A), 1739–1757.
- Decreto-Lei n.º.80/2015. (2015). Altera a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, N.º. 149(1^a Série), 5311–5326.

- Despacho n.º 13427/2015. (2015). Define quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência. *Diário da República*, N.º 228(2.ª Série), 33814–33816.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 019/2015 - «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjW_rfU4YHaAhUDUBQKHVqpCIsQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx&usg=AOvVaw02FvNdKSYudQlu6
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 021/2015 - «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa. Obtido de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj94rKP4YHaAhVLkRQKHANmAXwQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx&usg=AOvVaw3NBECDE44CSsV08>
- Direção-Geral da Saúde. (2003a). *Circular Normativa n.º 09/DGCG - A dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&act=8&ved=0ahUKEwjktPcc4oHaAhUcKRQKHwY3C_MQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fcircular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx&usg
- Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi3i_rb4oHaAhXEbhQKHeuWBzqQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fupload%2Fmembro.id%2Fficheiros%2Fi006185.pdf&usg=AOvVaw3buOH00j4A-vTUQIPZrZ6g
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa. Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Doctors For You. (2013). *Hospital Preparedness and Mass Casualty Management*.
- Edzen, S. (2014). Table-Top Exercises for Emergency Management: Tame Solutions for Wicked Problems. Em *2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences* (pp. 1978–1985). IEEE. <http://doi.org/10.1109/HICSS.2014.250>

- Erdmann, A., Andrade, S. R. De, Lúcia, A., Ferreira, S., & Hörner, B. (2006). Gestão Das Práticas De Saúde Na Perspectiva Do Cuidado, *15*(3), 483–491.
- Estilita, J. (2016). Analgesia, Sedação e delirium. Em *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 61–69). Lisboa: Lidel.
- Ferrito, C.; Nunes, L.; Ruivo, M. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Revista Percursos*, *15*. Obtido de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1984724616302015162>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar! - Um desafio Gulbenkian*. (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.).
- Gianakis, A., McNett, M., Belle, J., Moran, C., & Grimm, D. (2015). Risk Factors for Ventilator-Associated Pneumonia. *Journal of Trauma Nursing*, *22*(3), 125–131 7p. <http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000121>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian emergency nursing journal : AENJ*, *15*(4), 235–44. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.005>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017a). Moments of disaster response in the emergency department (ED). *Australasian Emergency Nursing Journal*, *20*(4), 181–185. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.002>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017b). Why a disaster is not just normal business ramped up: Disaster response among ED nurses. *Australasian Emergency Nursing Journal*. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.003>
- Hammad, K., Arbon, P., & Gebbie, K. M. (2011). Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *14*(2), 87–94. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.10.002>
- Henriques, P. (2017). *Luz e Trevas* (Cia do eBo). Timburi.
- Holleran, R. (2013). What a Difference We Make. *Journal of Emergency Nursing*, *39*(4), 322–323. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.005>
- INEM. (2012). *Situação de exceção*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Lisboa*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa.

- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice*, 4(1), 69–76. [http://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00007-6](http://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00007-6)
- Jennings-Sanders, A., Frisch, N., & Wing, S. (2005). Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing. *Disaster Management & Response*, 3(3), 80–85. <http://doi.org/10.1016/j.dmr.2005.04.001>
- Ministério da Saúde. (2007). *Proposta da rede urgências - relatório final*.
- Nash, T. (2016). A guide to emergency preparedness and disaster nursing education resources. *Health Emergency and Disaster Nursing*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de informação em enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais, 8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor-Guia orientador de boa prática*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Portaria n.º 1056/2004. (2004). Define o conjunto de manchas florestais, designadas por zonas críticas. *Diário da República, N.º 195(Série-B)*, 5450–5453.
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International emergency nursing*, 31, 58–63. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>
- Powers, R. (2010). Introduction to Disasters and Disaster Nursing. Em R. Powers & E. Daily (Eds.), *International Disaster Nursing* (Vol. 9780521168, pp. 1–12). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511841415.004>
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., ... Sessler, C. N. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest*, 135(4), 1069–1074. <http://doi.org/10.1378/chest.08-2369>
- Richardson, S., Ardagh, M., Grainger, P., & Robinson, V. (2013). A moment in time: emergency nurses and the Canterbury earthquakes. *International nursing review*, 60(2), 188–95. <http://doi.org/10.1111/inr.12013>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*:

- 2015 edition / Supplement. the university of Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Tribunal de Contas Europeu. (2016). *Mecanismo de Proteção Civil da União: a coordenação das respostas a catástrofes fora da UE tem sido geralmente eficaz*. Luxemburgo.
- United Nations. (2009). *Terminology on Disaster Risk Reduction*.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). Critical Care Nursing Practice. Em Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing Practice: Diagnosis and Management* (7ª edição, pp. 1–16). Riverport Lane: Elsevier.
- Valentin, A; Paes, G; Carvalho, S. (2014). Utilizando os serviços de emergência do sistema único de saúde mediante o Simple Triage and Rapid Treatment. *Revista Enfermagem Profissional*, 194–204.
- Wachira, B., Abdalla, R., & Wallis, L. (2014). Westgate Shootings: An Emergency Department Approach to a Mass-casualty Incident. *Prehospital and disaster medicine*, 29(5), 538–41. <http://doi.org/10.1017/S1049023X1400096X>
- Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 46–52. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.005>
- World Health Organization. (2007). *Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *Hospital emergency response checklist*. Copenhagen.
- World Health Organization, & International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1), 32–39. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.04.004>
- Zibulewsky, J. (2001). Defining: the emergency department perspective. *Baylor University Medical Centre Proceedings*, 14(2), 144–149.

Fontes eletrónicas:

Câmara Municipal de Lisboa. (2017). Aeroporto Humberto Delgado comemora 75 anos. Obtido 11 de Fevereiro de 2018, de <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/aeroporto-humberto-delgado-comemora-75-anos>

Queirós, A. (2007). As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver. Acedido em 23-02-2018. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2770-as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver#.V7wo1GXdLCc>

APÊNDICES

APÊNDICE I: Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Intervenções de Enfermagem na operacionalização de um plano de intervenção no serviço de urgência após uma catástrofe ou emergência multivítima: Protocolo de revisão integrativa de literatura

Luís Diogo Tomé, mestrando em Enfermagem à PSC na ESEL

M. Teresa Leal, professora na ESEL

Questão de Revisão

Quais as intervenções de Enfermagem (especializada), na operacionalização de um plano de intervenção em situação de catástrofe e situação multivítima no serviço de urgência?

Contextualização

Mundialmente, nas últimas décadas, verificou-se um aumento significativo do número de catástrofes (naturais, e/ou tecnológicas), com grande repercussão a nível social, cultural, económico e político (Alfred et al., 2015).

As situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, podem ocorrer em qualquer momento, sendo que as necessidades na área da saúde serão as mais preeminentes (Doctors For You, 2013). Os Hospitais, mais concretamente, os serviços de urgência, são os locais de eleição para a receção das vítimas, pelo que uma adequada gestão na resposta às situações de exceção é fundamental (idem).

Os enfermeiros, para além de serem o maior grupo de trabalho na área da saúde, encontram-se na vanguarda da resposta a estes eventos, desempenhando um papel crucial (Hammad et al., 2011).

É esperado, que este grupo profissional detenha os conhecimento, capacidade e competência, para dar resposta às necessidades de uma comunidade, principalmente perante uma situação de exceção, como é o caso de uma catástrofe. Contudo, verifica-se que existe por parte dos enfermeiros, preocupação, necessidade e desejo em compreender os conceitos e práticas de enfermagem em catástrofe (Alfred et al., 2015).

De acordo com World Health Organization & International Council of Nurses (2009) a maioria dos enfermeiros, sabe muito pouco sobre o papel de enfermagem

em catástrofe, sendo uma das lacunas documentada, na resposta a estes eventos. É urgente o desenvolvimento de programas de educação e formação em serviço, que permitam dotar e capacitar os enfermeiros de conhecimento, para que estes possam assumir esta responsabilidade.

Importa intensificar a pesquisa, no sentido de se determinar quais os conhecimentos, capacidades e competência necessárias para gerir de uma forma mais eficaz as situações de catástrofe e/ou emergência multivítima (Hammad et al., 2011).

O conhecimento científico que se perspectiva obter através desta revisão integrativa da literatura, permitirá identificar e explorar, as intervenções específicas de enfermagem, na resposta a uma catástrofe e/ou emergência multivítima, considerando como contexto, o serviço de urgência.

Esta evidência permitirá a elaboração e implementação de planos de formação, mais adequados, dirigidos e fundamentados, para a equipa de enfermagem, contribuindo assim, para a melhoria contínua da prestação de cuidados.

Critérios de Inclusão/Exclusão

População

São considerados todos os doentes críticos (adultos com idade superior a 18 anos), vítimas de uma situação de catástrofe e/ou emergência multivítima.

Intervenção

São consideradas todas as intervenções de enfermagem, às vítimas resultantes de uma catástrofe e/ou emergência multivítima, no serviço de urgência.

Contexto

É considerado como contexto, unicamente, o serviço de urgência.

Outcomes

Não foram definidos

Tipo de estudos a integrar

Serão considerados artigos de investigação primária e de revisão de literatura, com texto integral e com período de publicação compreendido entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2017. Escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Estratégia de pesquisa

A estratégia aplicada nesta revisão passa por uma pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. A seleção dos termos de pesquisa, terá por base a mnemónica PIC(O). Desta forma os termos serão:

P (população):

natural disasters; disaster; mass casualty incidents; mass gathering incidents; flood; earthquakes; tsunami; chemical hazard release; biohazard release.

I (intervenção):

emergency care; disaster planning; mass casualty training.

C (contexto):

emergency service; emergency room; emergency unit; emergency department.

Avaliação metodológica

Todos os artigos serão inicialmente avaliados por dois revisores, previamente à inclusão destes no estudo. Esta avaliação será efetuada através dos instrumentos de apreciação crítica publicados pelo The Joanna Briggs Institute (2015).

Extração de dados

Os dados obtidos serão resultado da aplicação de instrumentos de extração padronizados e considerados pelo The Joanna Briggs Institute (2015).

Referências bibliográficas

- Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64–71. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 82–89. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Álvares, E., & Curião, R. (2016). *Protocolos em Pneumologia De Intervenção*. (Lidel, Ed.) (1.ª edição). Lisboa.
- ANPC. (2012). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, 197.
- Arsénio, A. (2012). *Fármacos na Urgência Revisitados* (5ª edição). Lisboa: Lidel.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Beveridge, R., Clarke, B., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., Murray, M., ... Vadeboncoeur, A. (1998). Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). *Canadian ED Triage & Acuity Scale*, 32.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. (Lusodidacta, Ed.). Lisboa.
- Bracken, J. (2001). Triagem. Em Lusociência (Ed.), *Sheehy's Enfermagem de Urgência - da teoria à prática* (4ª.ed). Loures.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2012). *Plano Municipal de Emergência de Lisboa*.
- Câmara Municipal de Lisboa. (2017). Aeroporto Humberto Delgado comemora 75 anos. Obtido 11 de Fevereiro de 2018, de <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/aeroporto-humberto-delgado-comemora-75-anos>
- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Ottawa.
- Decreto-Lei N.º 104/98. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, N.º 93(1ª Série-A), 1739–1757.
- Decreto-Lei n.º.80/2015. (2015). Altera a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, N.º. 149(1ª Série), 5311–5326.
- Despacho n.º 13427/2015. (2015). Define quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência. *Diário da República*, N.º 228(2.ª Série), 33814–33816.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 019/2015 - «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjW_rfU4YHaAhUDUBQKHVqpCIsQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx&usg=AOvVaw02FvNdKSYudQlu6
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 021/2015 - «Feixe de de Intervenções» de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa. Obtido de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahU>

KEWj94rKP4YHaAhVLkRQKHANmAXwQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx&usg=AOvVaw3NBECDE44CSsV08

Direcção-Geral da Saúde. (2003a). *Circular Normativa n.º 09/DGCG - A dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWjktPcc4oHaAhUCkRQKHwY3C_MQFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fcircular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx&usg

Direcção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção Geral da Saúde*. Lisboa. Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi3j_rb4oHaAhXEbhQKHeuWBzgQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fupload%2Fmembro.id%2Fficheiros%2Fi006185.pdf&usg=AOvVaw3buOH00j4A-vTUQIPZrZ6g

Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Lisboa. Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>

Doctors For You. (2013). *Hospital Preparedness and Mass Casualty Management*.

Edzen, S. (2014). Table-Top Exercises for Emergency Management: Tame Solutions for Wicked Problems. Em *2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences* (pp. 1978–1985). IEEE. <http://doi.org/10.1109/HICSS.2014.250>

Erdmann, A., Andrade, S. R. De, Lúcia, A., Ferreira, S., & Hörner, B. (2006). Gestão Das Práticas De Saúde Na Perspectiva Do Cuidado, *15*(3), 483–491.

Estilita, J. (2016). Analgesia, Sedação e delirium. Em *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 61–69). Lisboa: Lidel.

Ferrito, C.; Nunes, L.; Ruivo, M. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Revista Percursos*, *15*. Obtido de <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1984724616302015162>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar! - Um desafio Gulbenkian*. (Fundação Calouste Gulbenkian, Ed.).

- Gianakis, A., McNett, M., Belle, J., Moran, C., & Grimm, D. (2015). Risk Factors for Ventilator-Associated Pneumonia. *Journal of Trauma Nursing*, 22(3), 125–131 7p. <http://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000121>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian emergency nursing journal : AENJ*, 15(4), 235–44. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.005>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017a). Moments of disaster response in the emergency department (ED). *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(4), 181–185. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.002>
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017b). Why a disaster is not just normal business ramped up: Disaster response among ED nurses. *Australasian Emergency Nursing Journal*. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.003>
- Hammad, K., Arbon, P., & Gebbie, K. M. (2011). Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(2), 87–94. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2010.10.002>
- Henriques, P. (2017). *Luz e Trevas* (Cia do eBo). Timburi.
- Holleran, R. (2013). What a Difference We Make. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 322–323. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.005>
- INEM. (2012). *Situação de exceção*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Lisboa*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Anuário Estatístico da Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa.
- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice*, 4(1), 69–76. [http://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00007-6](http://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00007-6)
- Jennings-Sanders, A., Frisch, N., & Wing, S. (2005). Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing. *Disaster Management & Response*, 3(3), 80–85. <http://doi.org/10.1016/j.dmr.2005.04.001>
- Ministério da Saúde. (2007). *Proposta da rede urgências - relatório final*.
- Nash, T. (2016). A guide to emergency preparedness and disaster nursing education

- resources. *Health Emergency and Disaster Nursing*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de informação em enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais, 8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor-Guia orientador de boa prática*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Portaria n.º 1056/2004. (2004). Define o conjunto de manchas florestais, designadas por zonas críticas. *Diário da República*, N.º 195(Série-B), 5450–5453.
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International emergency nursing*, 31, 58–63. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>
- Powers, R. (2010). Introduction to Disasters and Disaster Nursing. Em R. Powers & E. Daily (Eds.), *International Disaster Nursing* (Vol. 9780521168, pp. 1–12). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511841415.004>
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., ... Sessler, C. N. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest*, 135(4), 1069–1074. <http://doi.org/10.1378/chest.08-2369>
- Richardson, S., Ardagh, M., Grainger, P., & Robinson, V. (2013). A moment in time: emergency nurses and the Canterbury earthquakes. *International nursing review*, 60(2), 188–95. <http://doi.org/10.1111/inr.12013>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. the university of Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Tribunal de Contas Europeu. (2016). *Mecanismo de Proteção Civil da União: a coordenação das respostas a catástrofes fora da UE tem sido geralmente eficaz*. Luxemburgo.
- United Nations. (2009). *Terminology on Disaster Risk Reduction*.

- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). Critical Care Nursing Practice. Em Mosby (Ed.), *Critical Care Nursing Practice: Diagnosis and Management* (7^a edição, pp. 1–16). Riverport Lane: Elsevier.
- Valentin, A; Paes, G; Carvalho, S. (2014). Utilizando os serviços de emergência do sistema único de saúde mediante o Simple Triage and Rapid Treatment. *Revista Enfermagem Profissional*, 194–204.
- Wachira, B., Abdalla, R., & Wallis, L. (2014). Westgate Shootings: An Emergency Department Approach to a Mass-casualty Incident. *Prehospital and disaster medicine*, 29(5), 538–41. <http://doi.org/10.1017/S1049023X1400096X>
- Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 46–52. <http://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.005>
- World Health Organization. (2007). *Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *Hospital emergency response checklist*. Copenhagen.
- World Health Organization, & International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1), 32–39. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.04.004>
- Zibulewsky, J. (2001). Defining: the emergency department perspective. *Baylor University Medical Centre Proceedings*, 14(2), 144–149.

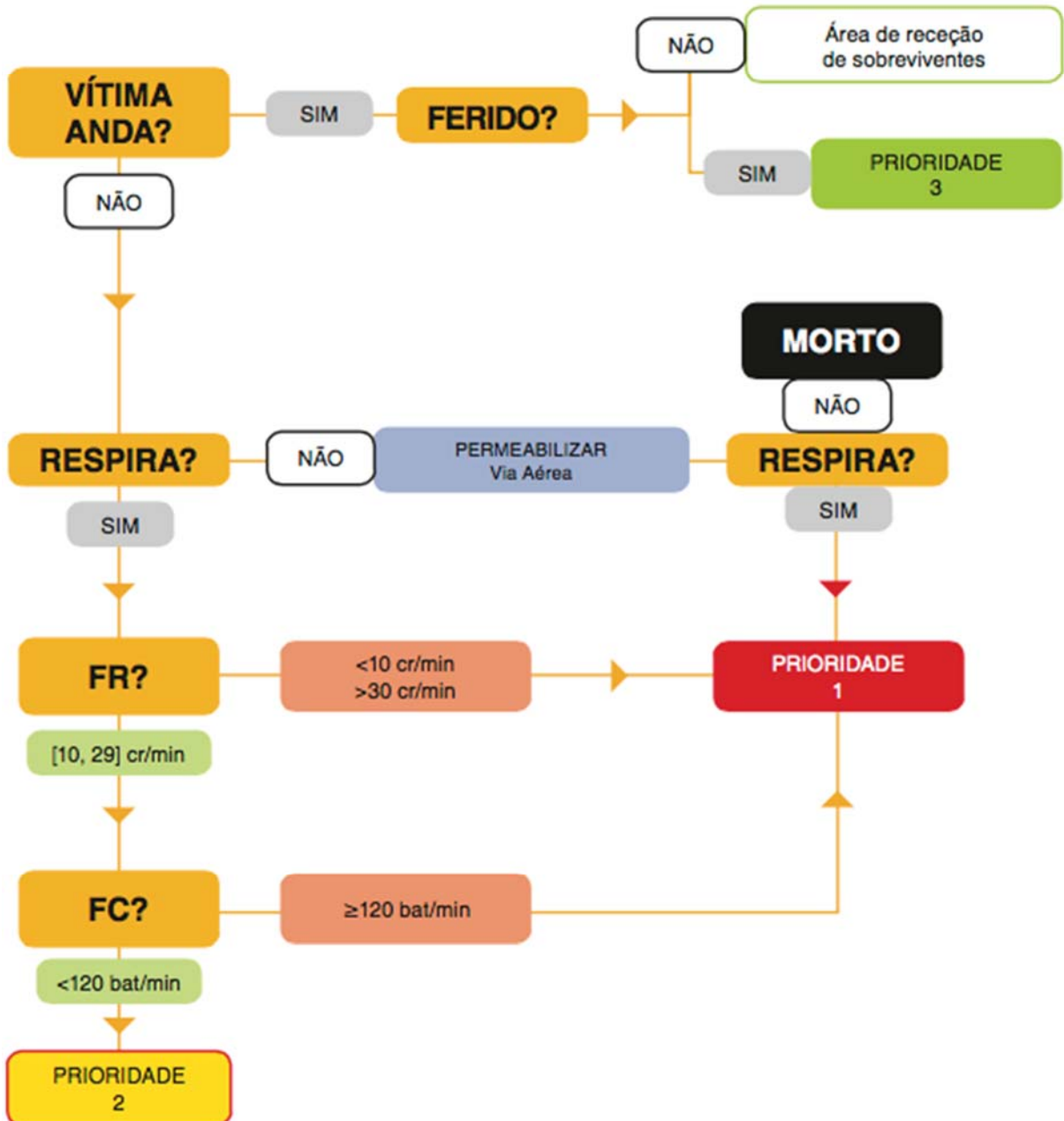
Apêndice II: Cronograma de estágio

	6º. Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Pessoa em Situação Crítica																					
Ano	2016													2017								
Mês	Outubro				Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro				
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª
Dias	3	10	18	25	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20	27
	7	15	21	28	4	11	18	25	2	9	16		1	6	13	20	27	3	10	17	24	1
1º contexto: SAP																						
2º contexto: UCI																						
3º contexto: SUG																						

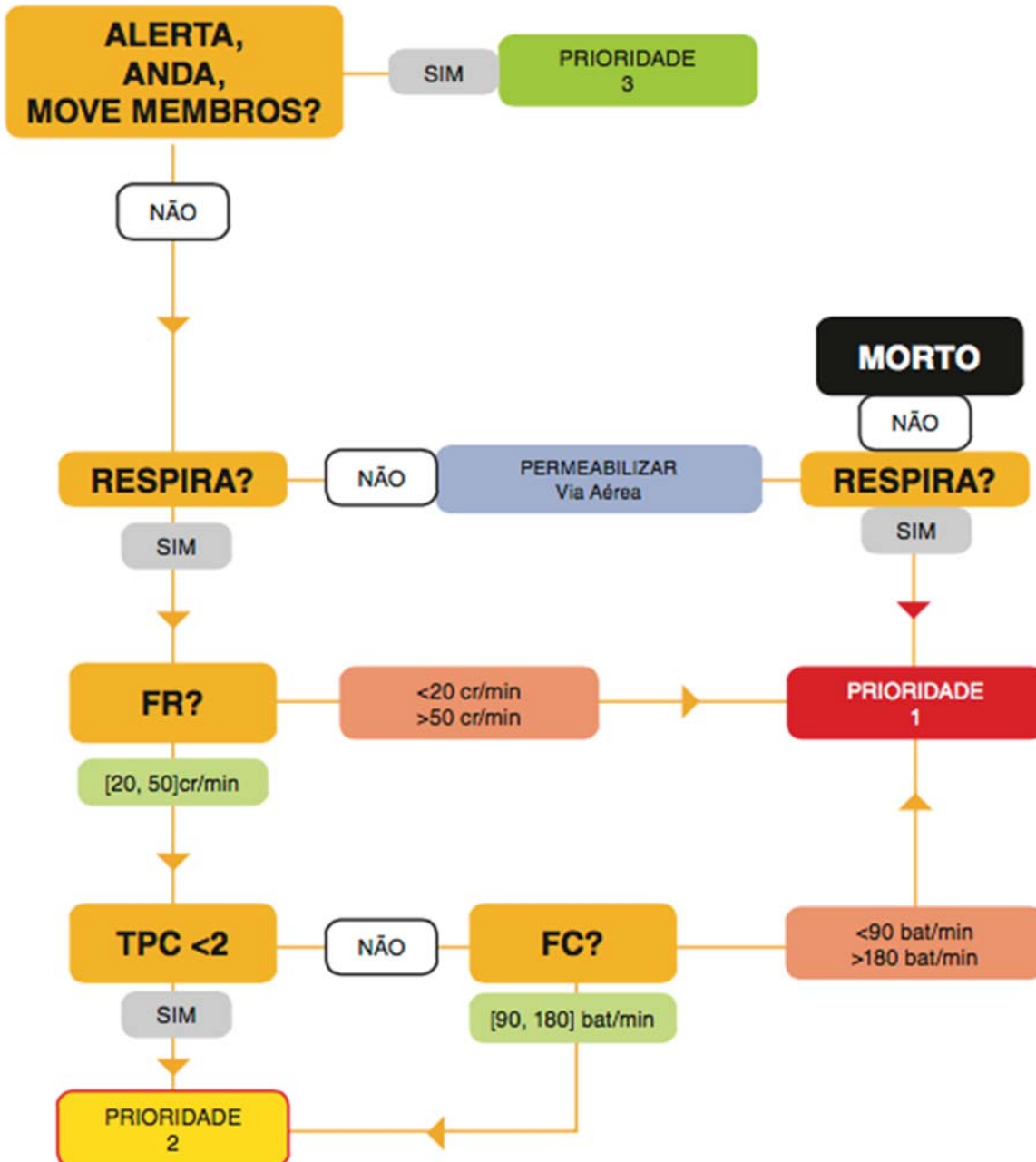
ANEXOS

ANEXO I: Fluxogramas de triagem primária de catástrofe

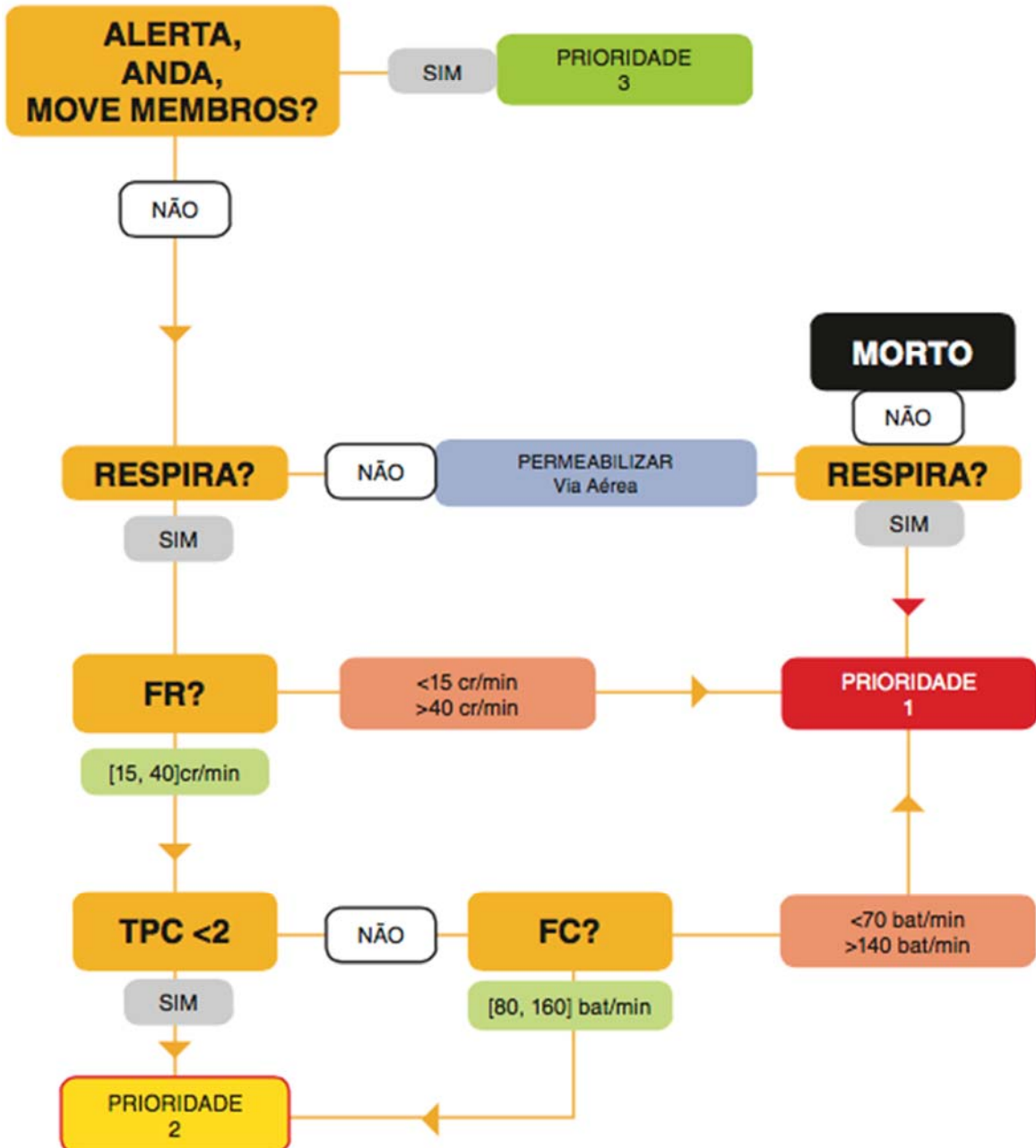
Fluxograma de TRIAGEM (adulto)



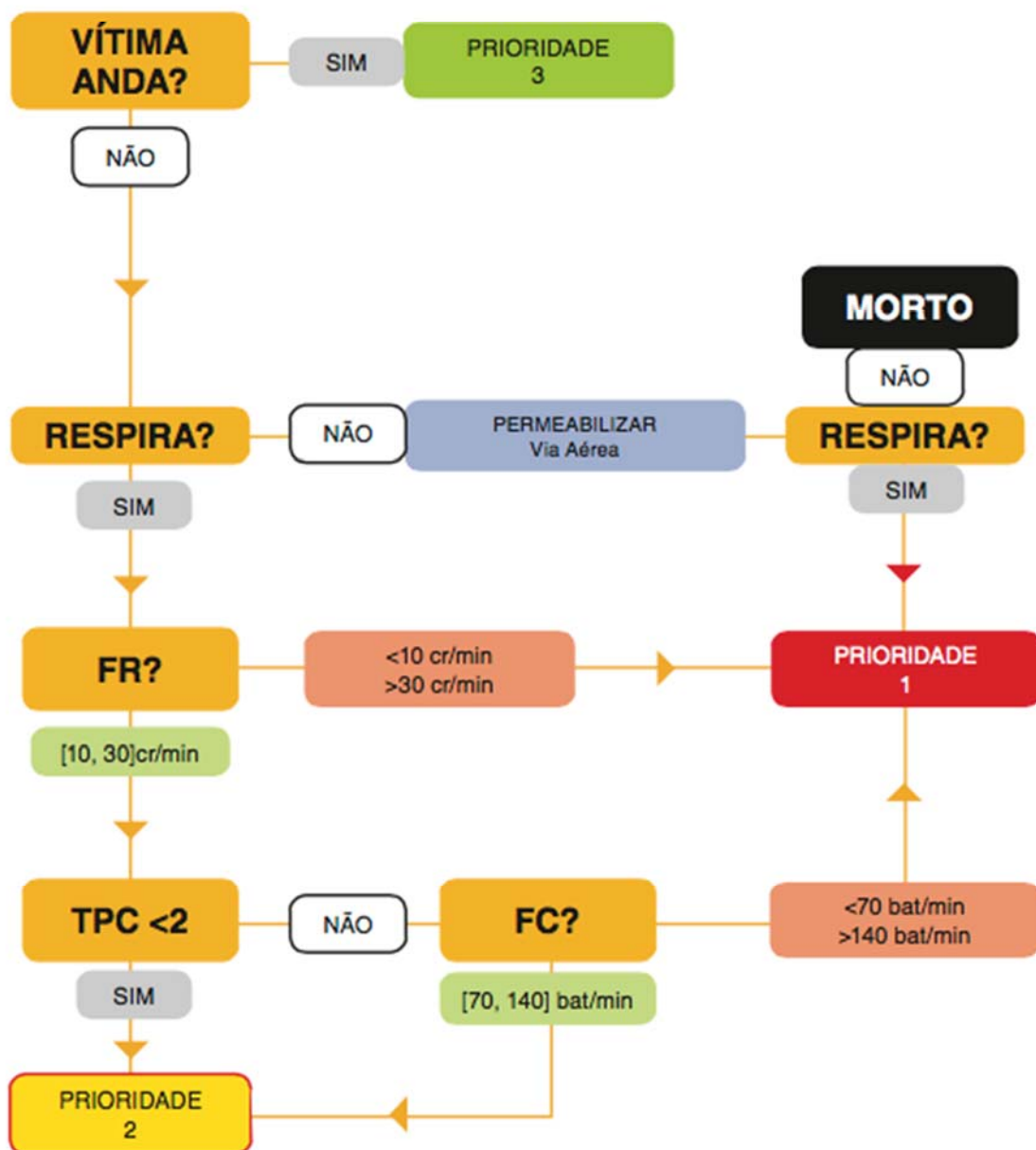
Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)
50-80cm 3-10 Kg



Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)
80-100cm 11-18 Kg



Fluxograma de TRIAGEM (pediatria)
100-140cm 19-32 Kg



ANEXO II: Sistema de pontuação do TRTS

Abertura Olhos

Espontânea	4
A estímulos verbais	3
À dor	2
Nenhuma	1

Hora: _____

Hora: _____

Resposta Verbal

Orientada	5
Confusa	4
Discurso inapropriado	3
Discurso incompreensível	2
Nenhuma	1

+

+

Resposta Motora

Obedece a comandos	6
Localiza	5
Fuga à dor	4
Flexão à dor	3
Extensão à dor	2
Nenhuma	1

+

+

=

=

ESCALA COMA GLASGOW TOTAL

ESCALA COMA GLASGOW TOTAL	13 – 15	4
	9 – 12	3
	6 – 8	2
	4 – 5	1
	3	0

+

+

Frequência	10 – 29	4
	> 29	3
	6 – 9	2
	1 – 5	1
	0	0

+

+

TA Sistólica	90 >	4
	76 – 89	3
	50 – 75	2
	1 – 49	1
	0	0

=

=

12 = PRIORIDADE 3

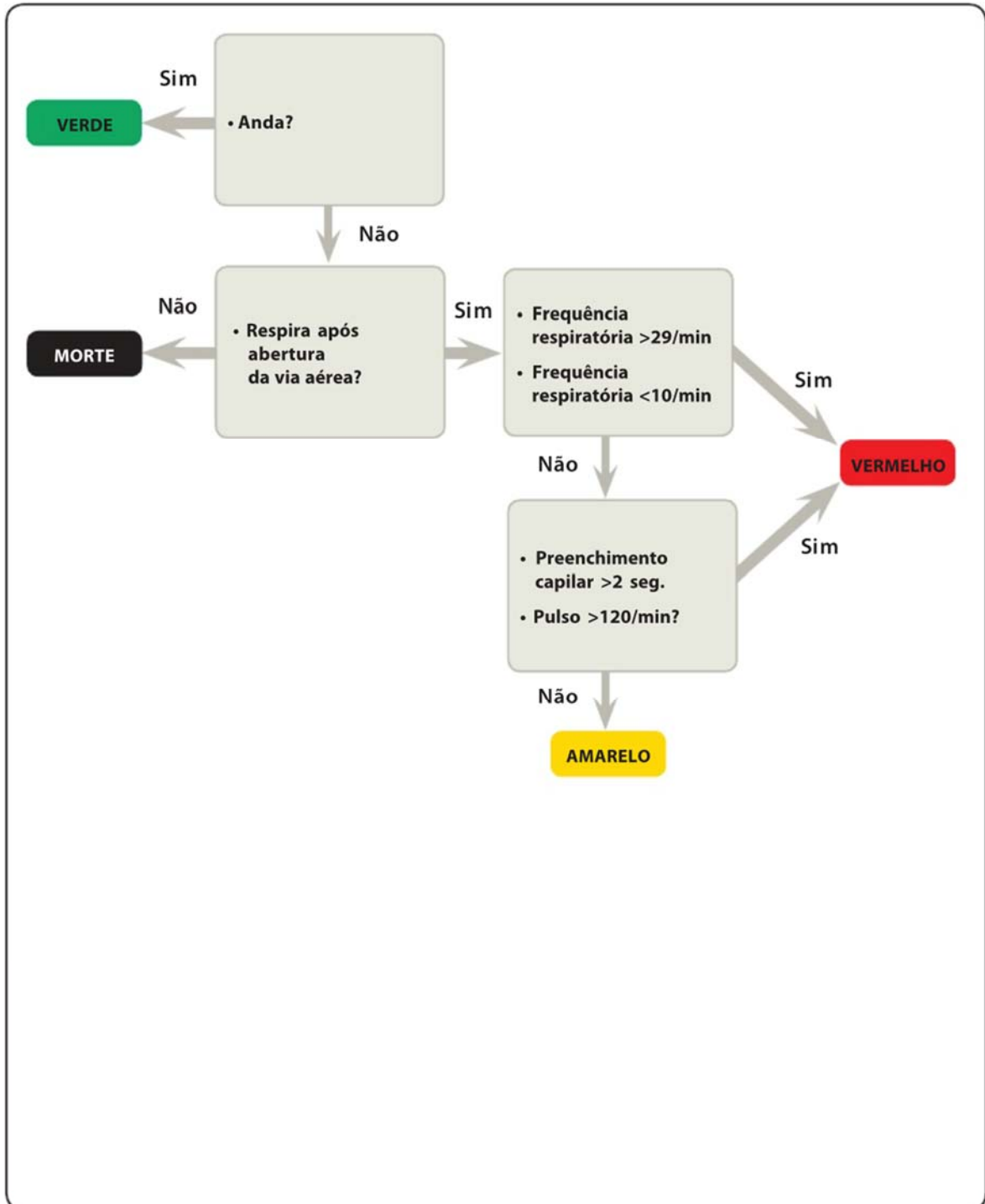
11 = PRIORIDADE 2

10 < PRIORIDADE 1

TOTAL

ANEXO III: Fluxogramas de catástrofe – Avaliação primária e secundária

CATÁSTROFES – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



CATÁSTROFES – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

