



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

A importância dos cuidados especializados de enfermagem na gestão de doentes críticos em situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas

Célia Regina Matias Marçal

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

**A importância dos cuidados especializados de
enfermagem ao doente crítico na gestão de
situações de catástrofe ou emergência multi-
vítimas**

Célia Regina Matias Marçal

Relatório de Estágio Orientado por:

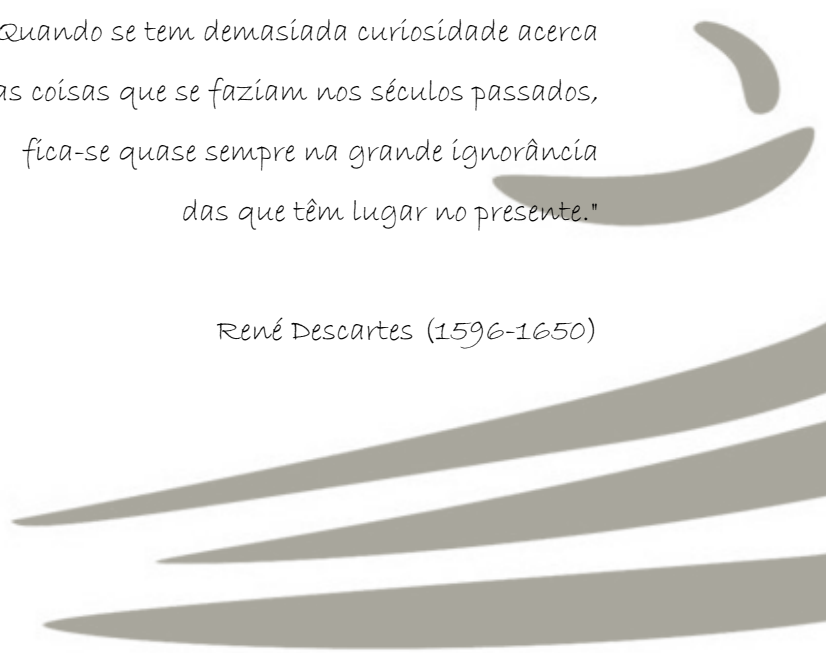
Professora Maria Teresa Leal

2012



"Quando se tem demasiada curiosidade acerca das coisas que se faziam nos séculos passados, fica-se quase sempre na grande ignorância das que têm lugar no presente."

René Descartes (1596-1650)



AGRADECIMENTOS

Ao longo destes 2 anos em que estive envolvida no Mestrado em Enfermagem tive a oportunidade de contar com o apoio de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a concretização deste projecto de vida. Desejo agradecer a todos que, com o seu saber, a sua colaboração e o seu sentido crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações cruciais e que promoveram o meu crescimento pessoal e profissional. Estou especialmente grata à minha orientadora Professora Maria Teresa Leal, pelos contributos académicos e pessoais.

Gostaria também de mencionar todos os docentes intervenientes neste Mestrado, especialmente à Professora Cândida Durão, que se mostraram fundamentais para este processo de aprendizagem.

Aos Enfermeiros orientadores dos campos de estágio, nomeadamente à Enfermeira Paula Batista, Enfermeiro Casimiro Correia e ao Enfermeiro Sérgio Realista, pelo apoio, disponibilidade e dedicação demonstrados, fundamentais para a consecução dos objectivos propostos para cada serviço, assim como pela partilha de experiências tão enriquecedoras.

Um grande destaque para a minha família, tão importante para mim e que se mostraram um elemento fundamental para a realização deste projecto. Não tenho palavras para descrever o amor que sinto por todos vós - Ao meu querido marido, amigo e companheiro Porfírio, ao meu luminoso filho Gonçalo, aos meus fantásticos Pais e extraordinários Sogros – sem vós nada disto se teria concretizado.

Um muito obrigado aos meus amigos, pelo apoio nos momentos difíceis, pela compreensão, pelos meus momentos de ausência... por tudo! Quero deixar um agradecimento especial à Carla e à Patrícia que são o meu pilar e o meu orgulho!

A TODOS MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Apesar da catástrofe não fazer parte das acções diárias de um profissional de saúde, a eventualidade da sua ocorrência deve ser considerada como uma realidade. É crucial estar preparado e treinado para o acontecimento; só assim os enfermeiros terão a possibilidade de manter um nível adequado de prestação de cuidados para a sua comunidade.

Foi realizado um estágio num serviço de urgência geral na área da grande Lisboa de modo a perceber a sua realidade assim como as estratégias encontradas para dar resposta a uma situação de excepção. Na medida em que a maior da parte das vítimas de uma calamidade resultam em doentes críticos politraumatizados, realizou-se um estágio numa unidade de cuidados intensivos cirúrgico, objectivando-se o desenvolvimento de competências para cuidar do doente crítico.

Em consonância, foi realizada uma exaustiva pesquisa bibliográfica no sentido de perceber não só a realidade portuguesa como a realidade internacional no que concerne à catástrofe.

Na articulação destes dois grandes blocos de ideias percebeu-se como era urgente preparar os enfermeiros de um serviço de urgência para a actuação em situação de catástrofe. Foi então delineado, estruturado, realizado e avaliado um simulacro tendo em conta a triagem de catástrofe.

Este relatório pretende descrever uma crítica reflexiva sobre o percurso realizado, percorrendo as actividades e objectivos atingidos sobre a temática da catástrofe.

Este é apenas o começo de uma nova era de treinos e simulações com o grande objectivo de estarmos cada vez mais preparados para dar as respostas esperadas à nossa população perante situações inesperadas, de forma a serem conseguidos ganhos efectivos em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Intervenção especializada Urgência, Catástrofe, Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Although catastrophe doesn't consist of the daily activities of a health professional, the possibility of their occurrence should be considered as a reality. It is crucial to be prepared and trained for the event, only this way nurses will be able to maintain proper care level for their community.

In order to understand their reality, as well as the strategies found to respond to an exceptional situation, an internship was held in a general emergency hospital in the greater Lisbon area. Since most of the victims of a calamity result in critically ill multiple trauma, the internship took place in a surgical intensive care unit, leading the skills development to care for critically ill patients.

In order to realize the Portuguese reality as well as the international reality regarding disaster, an exhaustive literature search was done.

Both the internship and research indicated the need to prepare nurses for emergency care to act properly in case of a disaster. Then a simulation taking into account the screening of catastrophe was delineated, structured, conducted and evaluated.

This report pretends to describe a reflective review on what has been done, covering the activities and achievements on the disaster topic.

This is just the beginning of a new era of drills and simulations with the purpose that our professionals could be increasingly prepared to give our community the expected responses to unexpected situations. The main goal is to achieve real health benefits.

Keywords: Nursing, Emergency Specialist Intervention, Disaster, Critical Situation Person.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
ÍNDICE DE QUADROS.....	9
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	10
0- INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1 Contextualização do Problema.....	23
1.1.1 Meios e recursos	27
1.1.2 Instituição hospitalar e a catástrofe	28
2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA..	34
2.1 Serviço de Urgência Geral	35
2.1.1 Objectivo específico n.º1	35
2.1.2 Objectivo específico n.º2	37
2.1.3 Objectivo específico n.º3	41
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos.....	46
2.2.1 Objectivo específico n.º4	46
2.3 Serviço de Urgência	57
2.3.1 Objectivo específico n.º5	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	72
ANEXO 1: Cronograma dos estágios.....	73
ANEXO 2: Questionário aplicado aos enfermeiros do SUG.....	75
ANEXO 3: Acção de formação (SUG)	79
ANEXO 4: Folha de triagem de catástrofe	91
ANEXO 5: Apresentação preparatória do simulacro	94
ANEXO 6: Casos clínicos e caracterização dos participantes	99
ANEXO 7: Apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 <i>The Jennings Disaster Nursing Management Model</i>	21
Figura n.º 2 Dossier com o plano de emergência externo.....	36
Figura n.º 3 Kits de triagem de catástrofe	36
Figura n.º 4 Localização das chaves necessárias para adquirir o material para a catástrofe	36
Figura n.º 5 Estrutura taxonómica do conforto	49
Figura n.º 6 Os 5 momentos da higiene das mãos	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 Comparação de dados dos questionários sobre a catástrofe	40
Quadro n.º 2 Actividades realizadas para conhecer e compreender o funcionamento e organização geral da sala de reanimação.....	42
Quadro n.º 3 Actividades realizadas para desenvolver capacidades e competências de prestação de cuidados de enfermagem de emergência com eficácia e qualidade aos doentes em situação crítica.....	43
Quadro n.º 4 Actividades realizadas para adquirir independência na prestação de cuidados e compreender a importância do trabalho de equipa	44
Quadro n.º 5 Actividades realizadas para desenvolver capacidades e competências de prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico na UCIC.....	46
Quadro n.º 6 Intervenções que promovem o conforto holístico do doente, de acordo com a estrutura taxonómica do conforto	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A2 - Auto-Estrada

AML - Área Metropolitana de Lisboa

ANPC - Autoridade Nacional de Protecção Civil

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DMS - Dia Mundial da Saúde

GC - Gabinete de Crise

GTM - Grupo de Triagem de Manchester

EUA - Estados Unidos da América

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OM/SPCI - Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

PC - Protecção Civil

PEE - Plano de Emergência Externa

PEUS - Plano de Emergência das Unidades de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STM - Sistema de Triagem de Manchester

STNACN - Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses

SU - Serviço de Urgência

SUG - Serviço de Urgência Geral

US - Unidades de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgico

0- INTRODUÇÃO

Durante uma situação de excepção, como é o caso de uma catástrofe ou uma emergência envolvendo multi-vítimas, os enfermeiros devem estar cientes dos potenciais obstáculos à prestação de cuidados e das modificações necessárias para prestar este cuidado. Sem um planeamento adequado, a resposta pode tornar-se caótica, resultando em prestação de cuidados pouco eficazes. Os enfermeiros devem ter estratégias delineadas para superar as adversidades de uma catástrofe, e compreender perfeitamente os diferentes papéis que podem ser obrigados a abraçar, a fim de prestar cuidados de forma eficaz num cenário caótico (Powers, 2010).

Em Portugal, a catástrofe, não é uma realidade frequente, logo os profissionais não podem aprender com a prática comum. Contudo, a preparação para prestar os cuidados adequados em situação de catástrofe não pode deixar de ser considerados uma questão importante. Torna-se crucial criar recursos para munir o profissional com competências de modo a agir em conformidade nesta prática de excepção.

Estas situações põem em causa o pensamento crítico e as competências de um profissional perito, pois mostram ser situações para as quais não se está preparado. A adaptação é crucial e um plano de actuação é mandatário, tal como o seu treino e aperfeiçoamento. A aquisição de competências será um processo de construção activa, isto é, de mobilização dos recursos pessoais e profissionais, com o objectivo de proporcionar cuidados de excelência à população.

A preocupação pela qualidade é uma realidade cada vez mais evidente no dia-a-dia, com visibilidade na agenda nacional e internacional e nos debates sobre a reforma dos sistemas de saúde. Com efeito, em coerência com o princípio de que cada pessoa tem direito a receber o melhor que a medicina possa oferecer, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem assumido uma posição de liderança ao desenvolver diferentes abordagens de garantia da qualidade no âmbito dos próprios sistemas de saúde (Serapioni, 2009).

Com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados, decidi enveredar pela concretização de um Mestrado em

Enfermagem, optando pela área de especialização em pessoa em situação crítica, visto esta dar resposta às características de muitos doentes do meu local de trabalho e às minhas expectativas enquanto profissional de saúde.

Os objectivos do Mestrado em Enfermagem proposto pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa dão resposta aos descritores de Dublin e pretendem conferir formação especializada de elevado nível científico, nomeadamente: desenvolver uma prática baseada na evidência; promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde; cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados; influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011, p.4).

Neste sentido, a estruturação do curso foi realizada tendo como objectivo para os dois primeiros semestres a procura do reforço da formação teórica e teórico-prática na área do doente crítico e/ou com falência multiorgânica. O terceiro semestre completa este ciclo que culmina na realização de um trabalho final – o Relatório de Estágio, que reflecte o desenvolvimento das capacidades de pesquisa, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema explorado nos campos de estágio, a par das competências clínicas especializadas face à mesma temática.

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (2001) e é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo esta autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado.

Esta autora traz contribuições valiosas no que respeita ao conhecimento principalmente ao diferenciar o conhecimento teórico – “saber o quê”, do conhecimento prático – “saber como”. Os serviços de urgência (SU) e as unidades de cuidados intensivos (UCI) possuem uma dinâmica e uma complexidade próprias e singulares, que exigem dos profissionais uma constante actualização de conhecimentos e períodos de reflexão relativamente à prática hospitalar. A urgência e a emergência exigem do profissional de saúde, avaliação permanente, conhecimentos e competência que o distinguem.

Deste modo, o enfermeiro com formação avançada deve aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos na prática dos cuidados de saúde, favorecendo o cuidar e facilitando a organização das condições necessárias para que o cuidado seja realizado de acordo com critérios de resultados delineados por uma enfermeira perita.

Na tentativa de avaliar criticamente as especificidades inerentes ao trabalho desenvolvido e de transpor o pensamento reflexivo (mais especificamente no terceiro semestre) elabora-se este relatório e explana-se as actividades desenvolvidas quer no local do estágio, quer em trabalho autónomo. O cruzamento dos descritores de Dublin com a aquisição de competências durante o estágio mostram ser o elo fundamental para a aquisição de um perfil compatível com o de enfermeiro especialista.

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2) este é um 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.

Segundo o regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), são três as competências específicas nesta especialidade, nomeadamente: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da concepção à acção; maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infecção.

Também de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), a qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objectivos dos cuidados a prestar e delinear estratégias para os atingir. Pretende-se então demonstrar o desenvolvimento das competências durante este curso de mestrado, tendo como referenciais as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área de intervenção de enfermagem em pessoa em situação crítica emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e o perfil de competências definido pelos descritores de Dublin, suportado no modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner.

Finalidade e objetivos: na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências e a formação contínua e especializada do enfermeiro surge como uma ferramenta imprescindível, no sentido em que lhe fornece recursos que permitem desenvolver respostas adaptadas em situações de maior complexidade, contribuindo para a prestação de cuidados de excelência (Erdmann, Andrade, Mello & Meirelles, 2006).

Enfermagem é uma profissão onde o conhecimento, competências e atitudes têm de ser constantemente contextualizadas e adaptadas à realidade do momento e da situação em que a pessoa está envolvida. É neste processo de construção de práticas de cuidados que se vão desenvolvendo os conhecimentos avançados e as competências profissionais.

O conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo, e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição. Neste sentido é crucial ponderar o que fazemos e dizemos. O trabalho que realizamos é demasiado importante para não reflectirmos e analisarmos as nossas atitudes e com elas crescer e desenvolver competências. A pesquisa em enfermagem fornece uma base de conhecimentos científicos especializada que fortalece e intensifica a profissão para antecipar e entender os desafios.

Qualquer estudo tem um ponto de partida e geralmente situa-se entre uma inquietação/uma irritação e exige uma explicação para que melhor se possa compreender o problema e chegar a uma situação considerada favorável. A ciência humana, a arte de enfermagem, a do cuidar, tem de incluir a profundidade das experiências, de modo a *“ajudar-nos a manter abertura com o nosso humanismo e com o nosso potencial para crescer”* (Watson, 2002, p. 159).

No decorrer da minha prática profissional foram crescendo interrogações acerca da temática da catástrofe. Com o intuito de alargar os conhecimentos teóricos e reflectir sobre o que mais me suscita curiosidade surgiram as seguintes questões: - Será que sabemos dar resposta a uma catástrofe? O que é que falta considerar e desenvolver para sermos mais competentes em resposta a uma catástrofe? – Na tentativa de obter uma resposta desenvolveu-se um projecto que culmina agora neste relatório.

Perspectivando o desenvolvimento das competências na área do doente

crítico descritas no capítulo anterior, apresentam-se de seguida os objectivos específicos para cada campo de estágio, com vista a atingir o objectivo geral centrado no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas em situação de catástrofe e emergências multi-vítimas.

A escolha de uma instituição hospitalar para desenvolver o estágio, tornou-se algo difícil pois a temática da catástrofe é ampla e pouco trabalhada na generalidade das instituições hospitalares portuguesas. No entanto, escolhi um serviço onde conseguisse adquirir competências e onde pudesse ser confrontada com a aplicação na prática de elementos cruciais na área da catástrofe, tais como o Plano de Emergência Externo (PEE) em consonância com o cuidar do doente crítico e/ou com falência multiorgânica no SU. Neste sentido, foi desenvolvido um estágio com a duração de sete semanas num serviço de urgência geral (SUG) de um hospital da Grande Lisboa, tendo sido estipulados os seguintes objectivos específicos:

1. Conhecer as normas/protocolos existentes no serviço para a actuação em situação de catástrofe e emergências multi-vítimas;

2. Compreender o grau de conhecimento da efectivação das normas/procedimentos em situação de catástrofe e emergências multi-vítimas no seio da equipa de enfermagem;

3. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente em estado crítico e sua família/pessoa significativa, num SUG.

De modo a complementar a prestação de cuidados ao doente crítico, visto esta ser uma realidade iminente na concretização de uma catástrofe ou emergência multi-vítimas e na expectativa de maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infecção, realizou-se um estágio numa UCI, também na área da Grande Lisboa. Para este campo de estágio foi traçado o seguinte objectivo:

4. Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados intensivos na recepção e na continuidade dos cuidados do doente crítico e sua família/pessoa significativa;

Este campo de estágio foi contemplado por esta ser uma unidade com uma filosofia metodológica que me irá permitir concretizar os objectivos a que

me propus no projecto de estágio. De seguida transcrevo a missão do serviço de cuidados intensivos que se encontrava exposta no gabinete da Enfermeira Chefe:

A equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC) tem como missão prestar cuidados de enfermagem diferenciados a doentes de médio e alto risco, com necessidade de monitorização e terapêutica intensiva bem como suporte ventilatório, em tempo útil, respeitando a dignidade dos mesmos e que o relacionamento humano da equipa multidisciplinar ofereça segurança e apoio emocional aos doentes e família. Engloba ainda a participação activa na formação e o fazer parte integrante dos grupos de investigação na área de Enfermagem.

Com o propósito de ser um elemento dinamizador no seio da equipa de Enfermagem, reuni as aprendizagens adquiridas nos locais de estágio anteriormente descritos e perspectivei uma acção formativa contemplando a catástrofe e a emergência multi-vítimas no meu local de trabalho. Deste modo, estipula-se o seguinte objectivo:

5. Planear e executar a concepção de um simulacro dirigida aos enfermeiros do serviço de urgência geral explorando a triagem de catástrofe.

A grande finalidade é permitir uma melhor comunicação e articulação das diferentes actividades exercidas, promovendo uma maior segurança do doente e conseqüentemente uma maior eficiência dos serviços de saúde no âmbito da catástrofe ou emergência multi-vítimas.

As actividades desenvolvidas que dão resposta aos objectivos descritos serão exploradas no capítulo correspondente ao Trabalho de Campo. O próximo capítulo destina-se ao Enquadramento Teórico onde se pretende justificar a pertinência acerca da temática e perceber o que está estabelecido em termos nacionais e internacionais acerca da catástrofe e emergências multi-vítimas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Historicamente, os enfermeiros estão ligados à prestação de cuidados durante situações de crise e muitos são os seus contributos para este tipo de situações, desde o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, aos cuidados elaborados no rescaldo do *tsunami* asiático de 2004 e do furacão Katrina em 2005 (Powers, 2010).

A capacidade de dar resposta a uma catástrofe depende em parte da capacidade dos profissionais de saúde para a detecção rápida e eficaz da situação e para saber geri-la da melhor maneira, pois o resultado implica um maior ou menor número de sobreviventes, assim como a sua qualidade de vida (Cox & Briggs, 2004).

Estar preparado é um dos elementos-chave da resposta a esta ameaça. Devem então ser elaborados programas de aperfeiçoamento de modo a que a equipa multidisciplinar esteja envolvida com o objectivo de minimizar as consequências relacionadas com a catástrofe (*Idem*).

Devido às circunstâncias em rápida mutação durante um desastre, a flexibilidade e a adaptabilidade aumentam a capacidade do enfermeiro para funcionar de forma eficiente e eficaz durante este tipo de eventos. A criatividade emerge muitas vezes durante o processo de adaptação com os enfermeiros a combinar as suas habilidades de pensamento crítico com as necessidades da situação actual. Por exemplo, a escassez de meios e recursos podem levar a métodos improvisados da utilização do material disponível, ou a usar um método diferente para executar a mesma função. A improvisação é espontânea, mas deve ser fundamentada em conhecimento de enfermagem e experiência suficientemente sólidos para fornecer as modificações apropriadas à situação (Powers, 2010).

Contudo, apesar de a improvisação poder ter sempre um papel útil de relevo no cenário do acidente, cada instituição deve por si imaginar situações de catástrofe, particularmente as de maior risco, e planear a resposta mais adequada. Um caso de catástrofe não acontece com frequência, sendo assim, a única forma dos profissionais adquirirem a necessária experiência para lhe fazer face é tomar parte em exercícios de treino (Henriques, 2009).

A programação da formação e do treino devem ser uma prioridade na certificação do hospital, centrada e dinamizada no serviço de urgência que funciona 24 horas por dia com a porta aberta, e em articulação com o pré-hospitalar. A formação das equipas só pode atingir a sua finalidade se for divulgado aos diversos membros da instituição e contar com a participação destes em treinos adequados, frequentes e imprevistos, e se for sujeito a uma análise de avaliação subsequente (*Idem*).

Tanto a nível de instituição, como no pré-hospitalar, a resposta dos profissionais de saúde pressupõe sempre um trabalho de equipa nos diversos escalões envolvidos. Trabalhar em equipa com sucesso pode tornar-se uma actividade bastante exigente. Implica que os elementos realizem em conjunto tarefas ou missões concretas como expressão da nossa linguagem profissional (Chaves, 2004).

O trabalho em equipa é a actividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objectivo comum, sendo que o produto final (equipa) é diferente da soma das partes, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada elemento isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa (*Idem*).

Pressupõe-se que os elementos da equipa contactem entre si frequentemente e prestem cuidados de saúde integrados. Nesta perspectiva e de forma a responder eficazmente a todas as solicitações colocadas pelos doentes, torna-se indispensável que os profissionais de saúde juntem esforços no sentido de realizar um verdadeiro trabalho em equipa e que contribuam de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma determinada actividade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1988 citado por Chaves, 2004).

A construção de uma equipa perita terá de se basear em objectivos claros e concisos, que incluam e impliquem todos os seus elementos, de modo a orientar os objectivos gerais para objectivos comuns. Torna-se crucial delimitar estratégias e protocolos para atingir métodos cada vez mais eficazes para cada actuação em equipa. Só deste modo, se torna pertinente a construção de *guidelines*, com uma linguagem comum tornando cada elemento

cada vez mais competente na área em questão. Nasce assim, um sistema de suporte forte orientado por uma equipa eficaz (Musson & Helmreich, 2004).

A prática supostamente inerente à equipa permite uma melhor comunicação e articulação das diferentes actividades exercidas, promovendo uma maior segurança do doente e conseqüentemente uma maior eficiência dos serviços de saúde (*Idem*).

Existem estudos que enfatizam a aprendizagem interpessoal, como estratégia responsável pelo crescimento profissional e pela maximização do potencial da instituição. Argumenta-se que, se os indivíduos de diferentes profissões aprenderem juntos, as instituições irão funcionar melhor em conjunto, melhorando os cuidados e a prestação do serviço. Este argumento tem um forte apelo para aqueles que trabalham no contexto da organização significativa, como é o caso da Saúde (Hammick, Freeth, Koppel & Barr, 2007).

No que se refere à prestação de cuidados e auxílio a vítimas de doenças agravadas por alterações climáticas/catástrofes ambientais, os enfermeiros também podem dar um importante contributo, especialmente se integrados em equipas multidisciplinares de resposta a situações excepcionais. É preciso ter a noção de que, nos casos de catástrofes naturais, tanto as infra-estruturas como os profissionais de saúde locais são, muitas vezes, afectados. Por isso, toda a ajuda é bem-vinda, especialmente se for bem planeada e coordenada entre os diversos profissionais envolvidos (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.1).

Outro tópico pertinente e crucial para o desenvolvimento de um trabalho de equipa de perícia reconhecida é a avaliação dos produtos das aprendizagens: medir, avaliar e classificar. Todas estas medidas vão permitir o crescimento da equipa e uma construção das competências de cada elemento. A monitorização contínua de cada situação vai permitir identificar as necessidades quer individuais quer do grupo, permitindo a construção de uma estrutura sólida e em permanente crescimento.

Após uma pesquisa bibliográfica percebe-se que diferentes realidades produzem diferentes motivações. Ou seja, um País que sofra catástrofes com alguma regularidade, tende a ter uma conduta diferente daqueles países que felizmente não a vivem. As diferenças são muitas e reflectem um conhecimento de causa que se traduz desde a atribuição de competências ainda no meio escolar com uma concepção ainda em desenvolvimento, como é o caso de Portugal.

Um estudo australiano (2010) conclui que as escolas dão uma importância mínima à problemática da catástrofe, e que apenas um pequeno número delas tenciona incluir estes ensinamentos nos próximos anos (Usher & Mayner, 2011).

As universidades devem perceber que a catástrofe deve ser considerada uma disciplina a incluir nos planos curriculares, de modo a preparar o futuro profissional para mais uma competência, e garantir uma melhor prestação de cuidados à comunidade que serve. O enfermeiro inserido num hospital tem a responsabilidade de ser um elemento chave para a primeira resposta ao incidente, logo deve estar preparado convenientemente para ele. Deste modo, devem ser as escolas a fornecer as primeiras ferramentas ao aluno de modo a que este esteja desperto para a situação (Jennings-Sanders, Frisch, & Wing, 2005)

Em contrapartida, no Reino Unido existem vários modelos com linhas orientadoras para a aprendizagem e treino da enfermagem de catástrofe, que se revelam uma ferramenta indispensável para a formação profissional. Incluir os enfermeiros no treino para situações de exceção traduz resultados benéficos para a comunidade que representam (Jennings-Sanders, 2003).

Este modelo, representado graficamente na figura 1, está incluído no *Community Health Course* leccionado e treinado em alunos de enfermagem no Reino Unido. Defende que o conceito de catástrofe deveria ser considerado uma rotina nas aprendizagens dos futuros profissionais, de modo a que estejam preparados para intervir nas situações extremas, responsabilizando-os como profissionais competentes no seu local de trabalho. Instiga à vertente holística do cuidar e posteriormente à investigação, mediante as experiências vivenciadas pelo alunos para futuramente refinar o modelo desta disciplina ainda em pleno desenvolvimento (*Idem*).

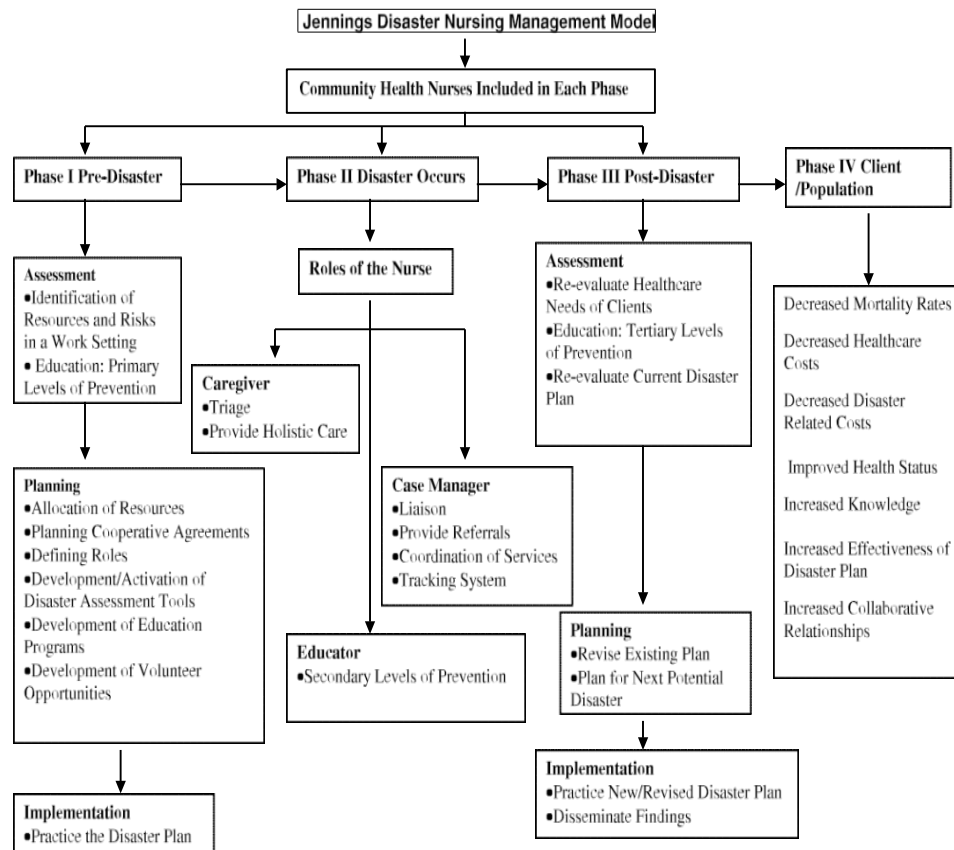


Figura n.º 1 *The Jennings Disaster Nursing Management Model*

In: Jennings-Sanders, A. (2003). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. Nursing Education in practice, 4, 69-76.

Por outro lado, após o 11 de Setembro de 2001, trabalhar em situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas é um conceito realista e comum para os profissionais de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) (Secor-Turner & O'Boyle, 2006).

Outros exemplos, como o Katrina em 2005, despoletaram também a necessidade da existência de planos de emergência com profissionais qualificados. Segundo estudos posteriores ao evento (2007), concluiu-se que embora tenha havido muitos aspectos positivos na actuação das instituições, é necessária uma maior coordenação, flexibilidade e gestão institucional. Esta disrupção traduz no entanto, a oportunidade para a mudança. A chave do sucesso é motivada por um plano, a prática desse plano, a avaliação e o impacto e por fim um reajustamento (Baker & Refsgaard, 2007).

Uma escola de enfermagem e uma pequena Universidade do Estado de Kentucky (EUA) formaram novos elementos juntamente com a comunidade

num exercício comum. Segundo descrito no estudo, este exercício permitiu estabelecer relações entre os três intervenientes, relatando positivamente todo o desenvolvimento do treino (Wise, 2007).

Em Portugal, o grande marco que traduziu uma grande mudança foi o EUROTM 2004, onde houve a necessidade de um planeamento exaustivo, com treinos e simulacros que se mostraram cruciais para o desempenho positivo de todas as entidades envolvidas. Segundo Soares de Oliveira (2007) este evento traduziu-se num enorme avanço e melhoria dos planos de emergência das várias entidades na região de Lisboa, nomeadamente a nível do pré-hospitalar, hospitalar e entidades reguladoras, como o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a Protecção Civil (PC).

O hospital é uma das peças fundamentais da resposta médica a uma catástrofe: o serviço de urgência constitui, pela natureza das suas funções, o lugar chave da resposta institucional, cuja importância justifica uma abordagem específica, centrada no plano hospitalar de catástrofe (Henriques, 2009).

A característica essencial do plano hospitalar de catástrofe é pois, a possibilidade de rapidamente aumentar a sua capacidade de resposta. Cada hospital deve ter o seu próprio manual com o plano de catástrofe facilmente identificável e contendo um breve sumário das políticas e normas de actuação (*Idem*).

A importância do exercício clínico torna-se assim fundamental para a aquisição de um elevado nível de competências principalmente a nível do pensamento crítico, que levará a um crescimento profissional e pessoal.

Para que os estudantes possam aprender a partir de um caso paradigmático de outra pessoa, devem activamente repetir ou imaginar a situação. As simulações podem ser mais eficazes porque obrigam o estudante a agir e a tomar decisões (Benner, 2001, p. 38).

O contributo da Teoria de Enfermagem de Patricia Benner torna-se pertinente, pois a autora chama a atenção para que os enfermeiros ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades, em que encontram sofrimento e vulnerabilidade a todo o momento, precisam também de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas (Benner, 2001).

1.1 Contextualização do Problema

O desenvolvimento tecnológico teve como consequência o surgimento de catástrofes relacionadas com a componente ambiental e com o comportamento humano, que só no século XX vitimaram milhões de pessoas. É neste contexto que surge a medicina de catástrofe, que procura dar resposta e solucionar os grandes acidentes que afectam a sociedade.

De acordo com Morton e Fontaine (2007), na ocorrência de um desastre, o papel da enfermagem nos cuidados críticos é fundamental. Os autores realçam a sua dependência em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis.

Após reflexão, ponderação e indo ao encontro das necessidades sentidas por mim no meu local de trabalho, desenvolvi a temática na área da catástrofe, com o objectivo de adquirir competências na gestão dos cuidados de enfermagem especializados em situações de catástrofe e emergência multi-vítimas em contexto hospitalar. Para justificar a pertinência deste tema tornou-se crucial a caracterização dos potenciais agentes de catástrofe na realidade envolvente na região de Almada (onde resido e exerço a minha actividade profissional). Após um estudo exaustivo, estima-se que existam múltiplos factores potenciais causadores de catástrofes na região de Almada, elevando a necessidade de desenvolver competências neste campo de actuação.

Demografia: O concelho de Almada localiza-se na margem esquerda do rio Tejo, em frente à capital do país, Lisboa. Faz fronteira com o concelho do Seixal a Este e com o concelho de Sesimbra a Sul. A Oeste é banhado pelo oceano Atlântico e a Norte pelo rio Tejo. Pertence ao distrito de Setúbal e à Área Metropolitana de Lisboa (AML) sendo constituída por 11 freguesias. Na última década, Almada apresentou uma taxa de crescimento de 8.6%. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 1997 a população almadense era de 153 010 e em 2001 de 166 148 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2001).

Em 2001, residiam 150 271 indivíduos no concelho do Seixal (INE, 2001). O crescimento populacional efectivo do conjunto dos lugares situados a sul da Auto-Estrada (22 814 indivíduos) foi mais do dobro do crescimento

populacional efectivo do conjunto dos lugares a norte da Auto-Estrada (10 428 indivíduos).

O concelho de Sesimbra, também reflecte um aumento demográfico significativo. Em 1991, era constituído por cerca de 27 200 habitantes, enquanto em 2001 a população residente passou a ser de 37 567 (INE, 2001).

Em 2008 a AML era constituída por 18 Municípios da Grande Lisboa e da Península de Setúbal. É o segundo maior centro populacional do país, com 2 819 433 habitantes (Wikipédia, 2012).

O hospital central na área em questão foi construído em 1991 com o intuito de dar resposta aos problemas de saúde dos habitantes dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Contudo, a área de intervenção acaba por ser muito mais vasta e com o aumento demográfico sentido nos últimos anos, torna-se preocupante a resposta possível desta instituição a uma situação limite.

Risco de sismo: Almada apresenta dois tipos de perigosidade sísmica:

A Sismicidade intra-placas, sendo as zonas historicamente mais afectadas localizadas no vale inferior do Tejo, na envolvente do rio e do estuário; e a Sismicidade inter-placas, originada na zona de junção das placas Africana e Euro-asiática. Para além do efeito directo das vibrações sísmicas ocorrem outros fenómenos associados, também eles capazes de gerar danos importantes: ruptura superficial, cedência do solo (liquefacção, assentamento e fracturação), escorregamentos de terreno, *tsunamis*, entre outros fenómenos (Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2008).

Durante todos os episódios sísmicos de que há registo ao longo dos tempos, a população foi, e é, o elemento de maior risco. O número de mortos, de feridos e de desalojados são a imagem mais visível. Mas os sismos têm outros impactos profundos na população afectada, que vão desde o sofrimento causado, ao abalo que as estruturas familiares sofrem, alteração do tecido económico e à perda de empregos, entre outros (Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil [SNBPC], 2003).

Perante este cenário, revela-se indispensável uma estrutura hospitalar capaz de dar resposta a uma situação catastrófica como esta. Se a estrutura física mantiver condições de segurança, deverá ter incluído um plano de

emergência de modo a conseguir dar resposta eficaz, e em tempo, útil às necessidades populacionais.

Condições geológicas: As condições geológicas locais são susceptíveis de influenciar fenómenos de amplificação da energia sísmica, de deslizamentos de terras ou fenómenos de liquefacção. Com base nos estudos efectuados verificou-se que o concelho de Almada possui solos que amplificam mais o parâmetro da aceleração do movimento sísmico transmitido pelo substrato rochoso (SNBPC, 2003).

Quanto à susceptibilidade do deslizamento, o concelho apresenta risco elevado nas falésias da Arriba Fóssil da Costa de Caparica e da escarpa terminal do Tejo, na zona norte do concelho. São zonas de declive elevado, onde no passado já aconteceram fenómenos de deslizamentos (*Idem*).

Unidades industriais de alto risco: Os estabelecimentos industriais de alto risco são, por si só, geradores de riscos específicos, potenciais causadores de danos na população, no património e no ambiente envolvente. Pela sua dimensão, tipo de produto manuseado, fabricado ou armazenado, constituem um perigo latente na área onde se inserem. Os principais tipos de perigo que estas unidades podem introduzir são a emissão de substâncias nocivas, incêndios ou explosões. Em Almada as empresas de nível superior de perigosidade são as seguintes: Repsol (Banática), Petrogal (Porto Brandão) e OZ Energia (Trafaria) (*Idem*).

No caso de incêndios e explosões, as ondas de radiação térmica e de sobrepressão são causadoras de danos na população e no património edificado. Existe ainda o perigo de emissão de nuvens tóxicas, que produzem plumas que se podem deslocar a distâncias consideráveis (*Idem*).

O risco aumenta se a área envolvente destas unidades industriais for densamente povoada, como é o caso do concelho de Almada, com a instalação de bairros habitacionais nas proximidades.

Auto-Estrada do Sul (A2): A A2 é a segunda maior auto-estrada portuguesa em extensão. Com um comprimento de 240,2 km, liga Lisboa a Albufeira, atravessando os distritos de Setúbal, Évora, Beja e Faro. Estabelece a ligação entre Lisboa e o sul do país, nomeadamente o Algarve, servindo a região do Baixo Alentejo. É de extrema importância ao nível da região de

Lisboa e Vale do Tejo, pelo facto de ser utilizada diariamente por dezenas de milhares de veículos que se deslocam entre a Margem Sul do Tejo e a capital.

Os números trágicos de acidentes rodoviários, são demasiado grandes para se poderem deixar passar em vão. Só no ano 2010, foram registados no concelho de Almada 398 acidentes, dos quais resultam 27 feridos graves, 504 feridos leves e 2 vítimas mortais (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2010).

Transporte ferroviário: O transporte ferroviário é outro exemplo de movimentação de grande número de pessoas. Só no ano de 2009, 23 milhões de passageiros utilizaram os comboios da *Fertagus* para se movimentarem entre a margem Norte e Sul do Tejo (Fertagus, 2009).

Mass Gathering: Há autores que definem este conceito, quando se está perante um aglomerado de mais de mil pessoas, outros entendem que é necessário estar perante um aglomerado superior a vinte e cinco mil pessoas, para estarmos perante um “Evento com Multidões” (Soares de Oliveira, 2007).

Na medida em que há a envolvência de muitas pessoas e tendo em consideração a possibilidade da ocorrência de situações de risco, existe sempre a necessidade de um planeamento exaustivo das acções intrínsecas e extrínsecas à actividade inerente, com objectivo de minorar os riscos e na eventualidade destes ocorrerem saber dar respostas eficazes (*Idem*).

Um dos exemplos mais explícitos de *Mass Gathering* nesta região é a Meia Maratona. Um evento Nacional que conta com a participação de cerca de 35.000 participantes atravessando cada ano a histórica Ponte 25 de Abril. O percurso tem uma extensão de 21,097Km e estende-se não só ao território a sul como a norte do Rio Tejo, envolvendo toda uma população, desde atletas de alta competição, a pessoas com incapacidades físicas e mentais (prova de deficientes), idosos e crianças (passeio dos avós e netos) e toda a população que se queira prestar a esta prova (Meia Maratona de Lisboa, 2010).

A Festa do Avante é outro evento característico de *Mass Gathering*, que conta com a presença de muitos milhares de visitantes todos os anos. Este evento deverá também ser tido em conta, pois durante os festejos, a afluência à urgência também poderá ser afectada drasticamente.

Na época de Verão, as praias mostram ser também um elemento fundamental para um aglomerado considerável de pessoas que deverão ser tidos em conta, numa situação quer de catástrofe, quer de emergências multi-vítimas.

1.1.1 Meios e recursos

O Plano Nacional de Emergência é um documento basilar das acções da Protecção Civil (PC). Este Plano estrutura a resposta dos seus vários agentes, nomeadamente das entidades com responsabilidades directas nesta matéria e tem como objectivo prevenir, atenuar e limitar os efeitos; assistir, socorrer e evacuar as vítimas e definir diversos grupos, entre eles o Grupo de Socorro e Salvamento e o Grupo de Saúde e Evacuação Secundária, sendo a coordenação deste último da competência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2007).

O Plano de Emergência deve também ser elaborado e planeado a nível municipal ou regional. Deve incluir comunicações com as entidades intimamente envolvidas, nomeadamente a Protecção Civil e o INEM. Estes planos determinam (entre outros objectivos) como os doentes devem ser classificados e encaminhados para o Hospital apropriado para evitar que uma instituição seja sobrecarregada (*Idem*).

De acordo com a Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, a PC tem como finalidade prevenir riscos colectivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram.

Conforme a Lei Orgânica, compete ao INEM promover, em estreita colaboração com a Autoridade Nacional de Protecção Civil, a elaboração de planos de emergência, no sector da emergência médica e, em caso de catástrofe, integrar-se na acção coordenada pelo serviço de Protecção Civil, orientando a intervenção na área da saúde (Decreto-Lei n.º 220/2007 de 29 de Maio). Objectivamente, do INEM dependem: a coordenação das actividades pré-hospitalares (triagem e evacuação); a referenciação e transporte para as Unidades de Saúde (US) adequadas à gravidade de cada vítima; a montagem de postos médicos avançados; o apoio psicológico às vítimas no local da

ocorrência tendo em vista a estabilização emocional e encaminhamento para centros de apoio psicológico e intervenção em crise (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2010, p.33).

Numa situação de excepção (catástrofe ou emergência multi-vítimas), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) acciona as equipas médicas que irão assumir no local a coordenação das acções no âmbito da saúde. O médico no CODU, em coordenação com o grupo de socorro e salvamento deve garantir: o eventual reforço de meios humanos e materiais e a correcta drenagem hospitalar, assim como estabelecer a interligação com o grupo de socorro e salvamento, através da estrutura de comando da PC existente no local. Ambos devem definir: condições de segurança; como e onde efectuar a triagem; local para posto médico avançado; parque das ambulâncias e zona de recolha de mortos (INEM, 2007).

Em termos gerais, depois de feita a triagem e administrados os primeiros cuidados, as vítimas devem ser devidamente acomodados para um transporte rápido e seguro. A continuidade de tratamento durante a fase de evacuação deve ser assegurada por pessoal treinado em técnicas de emergência médica avançada. Chegadas ao hospital, as vítimas receberão os cuidados diferenciados necessários ao tratamento definitivo (Henriques, 2009).

1.1.2 Instituição hospitalar e a catástrofe

Em princípio, são as instituições hospitalares os destinatários da maior parte das vítimas, consequência das situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, o que faz com que possa ficar a descoberto a eventual escassez dos meios técnicos e humanos (Henriques, 2009).

A existência de um plano de actuação visa, além de avaliar os riscos previstos e proceder ao levantamento dos recursos internos, organizar a resposta hospitalar, face ao elevado afluxo de vítimas para além do seu movimento normal e sem que este possa ser colocado em causa. A característica essencial do plano hospitalar de catástrofe é, pois, a possibilidade de rapidamente aumentar a sua capacidade de resposta. (*Idem*).

Plano de Emergência Externo: Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente

tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as US realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a sua envolvente interna e externa, em constante mutação (DGS, 2010).

É igualmente imprescindível planear, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência em qualquer um dos cenários acima referidos, ou outros, que pela sua natureza ou extensão, condicione, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (*Idem*).

Tendo em conta a realidade actual das US, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas capacidades ou perto deste, a elaboração de um PEE torna-se essencial, como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reacção da US face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de actuação nesse contexto. (*Idem*)

A DGS (2007) preconiza *quatro* principais pilares do planeamento e preparação de uma US para uma eventual crise, nomeadamente: 1. organização e gestão; 2. recursos humanos; 3. prestação de cuidados; 4. recursos gerais. Recomenda também a importância de avaliar e identificar os seguintes temas: a) identificação e avaliação de riscos potenciais; b) o risco nuclear, radiológico, biológico e químico; c) o plano específico de emergência interna contra incêndios.

Outro ponto fundamental emanado pela DGS (2010) e descrito no Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS) é a construção de um Gabinete de Crise (GC), que tem como missões: determinar a activação do PEUS; centralizar os meios disponíveis; fazer um recenseamento das necessidades; identificar e distribuir os meios; organizar o acolhimento e informação das famílias; manter o contacto com as autoridades competentes; e assegurar a transmissão de informação correcta, quer interna quer externamente.

Numa situação de crise, encontram-se estabelecidos pontos importantes que se devem fazer cumprir em caso de necessidade: através da mensagem “activação do PEUS”, cada elemento da unidade de saúde deve reagir

imediatamente seguindo respectivamente o protocolo pré-estabelecido em caso de crise. Ainda antes da reunião do GC, o Director da US deve (*Idem*):

- Confirmar o alerta, identificar o correspondente (identidade, número de telefone e autoridade responsável);
- Reforçar imediatamente os elementos da central telefónica;
- Activar o GC;
- Activar o protocolo com o serviço de segurança da US e a Autoridade Policial local, de modo a garantir a circulação adequada de doentes, acesso de ambulâncias à US e pessoal de chamada;
- Activar o procedimento de chamada das equipas e assegurar continuidade das que se encontram em exercício de funções;
- Avaliar as disponibilidades de camas, tendo em conta a gravidade da situação;
- Ponderar a activação de um plano de saída antecipada de doentes internados;
- Contactar com outras estruturas de cuidados de saúde ou de alternativa ao internamento, de modo a acolherem doentes que necessitem ainda de vigilância médica e de enfermagem;
- Contactar o coordenador do bloco operatório da US, de modo a readaptar o programa das intervenções cirúrgicas, quando aplicável;
- Alertar a Tutela, assim como a cadeia de comando e controlo definida e as autoridades de saúde.

Os enfermeiros devem utilizar plenamente a sua capacidade de liderança para coordenar e organizar os esforços durante todas as fases de uma catástrofe. Os que ocupam cargos de liderança são necessários não só para gerir adequadamente os outros enfermeiros envolvidos durante a crise, mas também para abordar a resposta de saúde em geral (Powers, 2010).

Os enfermeiros como profissionais de saúde de primeira linha devem ter uma compreensão das situações que podem enfrentar antes, durante e após uma catástrofe ou emergência multi-vítimas e devem desenvolver as habilidades e estratégias para prestar cuidados eficazes e imediatos de acordo com a situação em causa (*Idem*).

O Serviço de Urgência: O funcionamento dos SU tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por múltiplas razões, os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no SNS e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros serviços (DGS, 2001).

A redefinição da rede de urgências e a sua rede de referenciação surge como peça fundamental na criação de um sistema mais eficaz, eficiente e equitativo. Esta redefinição surge da necessidade de actualizar e investir na rede de urgências face ao desenvolvimento do país, da evolução das características da procura, modificação da oferta e da acessibilidade à rede de urgências (*Idem*).

A requalificação das urgências está fundamentalmente relacionada com a prestação de cuidados ao cidadão com doença e/ou lesão emergente ou urgente. A prestação de cuidados aos cidadãos que experimentam aquele tipo de situações ocorre ao nível das diferentes urgências, quer em ambiente hospitalar quer em ambiente pré-hospitalar (*Idem*).

O atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações que concilie um bom nível qualitativo com preocupações de eficiência, através da rentabilização dos recursos disponíveis (Ministério da Saúde, 2007).

Uma das medidas adoptadas pelo Ministério da Saúde no ano 1997 para a Reestruturação dos SU, foi a adopção do Sistema de Triagem de Manchester (STM). Actualmente, o STM enquadra-se num contexto mais amplo, denominado Requalificação das Urgências do SNS (Diogo, 2007).

O STM consiste num instrumento de gestão de prioridades/categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada os cidadãos/utentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente, para que sejam atendidos prioritariamente. Os cidadãos/utentes que efectivamente carecem dos cuidados diferenciados no SU, por experimentarem situações de doença e/ou lesão emergentes e urgentes, deverão ter ao seu dispor todos os recursos que necessitam do SU, pois é para eles que ele existe (*Idem*).

O STM integra também o Sistema de Triagem em Catástrofe, apresentando dois fluxogramas denominados “Catástrofe – Avaliação Primária” e “Catástrofe – Avaliação Secundária”. Esta particularidade do STM permite a utilização de um instrumento aplicado no quotidiano de um SU em situação de Catástrofe ou multi-vítimas (Grupo de Português de Triagem [GPT], 2002).

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até a observação médica (Silva, 2009). A resposta à catástrofe requer uma abordagem diferente da triagem de rotina - A população, em vez do indivíduo, passa a ser o foco dos cuidados (Diogo, 2007).

O STM tem cinco categorias de urgência (GPT, 2002):

- Emergente ou Vermelha: Corresponde a um atendimento imediato – 0’ de espera;
- Muito Urgente ou Laranja: Corresponde a um tempo de espera recomendado de 10’;
- Urgente ou Amarela: Sugerem um tempo de espera de 60’;
- Pouco Urgente ou Verde: Devem ser atendidos no espaço de duas horas;
- Não Urgente ou Azul”: devem ser atendidos no espaço de quatro horas.

Em situação de catástrofe os critérios da triagem alteram-se, e os enfermeiros devem ter em mente que a triagem e os cuidados devem providenciar o maior bem ao maior número de doentes, e que as decisões difíceis, como as de interromper os cuidados, devem ser tomadas desde que permitam a sobrevivência de outros (Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses [STNACN], 2008).

Em situações de catástrofe, os critérios da triagem são (STNACN, 2008):

- Vermelho: Prioridade mais elevada. Lesões ou situações médicas que podem ser tratáveis se forem imediatamente prestadas medidas de *life saving*.
Ex.: Via aérea e respiração difíceis;
- Amarelo: Segunda prioridade. O tratamento pode ser adiado enquanto os doentes gravemente feridos recebem tratamento. Ex.: Fracturas simples;
- Verde: Terceira prioridade. São as vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitem adiar a atenção e podem aguardar tratamento.

- Preto: Sem prioridade: São as vítimas que apresentam lesões obviamente mortais ou para identificação de cadáveres.

Cuidar do doente crítico

Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM/SPCI], 2008, p. 9).

É de conhecimento comum que um serviço de urgência funciona frequentemente nos limites das suas capacidades, colocando em causa qualquer elasticidade necessária para atender uma solicitação súbita do exterior envolvendo múltiplas vítimas. No entanto as catástrofes acontecem...

Os enfermeiros constituem uma comunidade profissional fulcral no seio do SNS. Dadas as suas competências profissionais, estão inseridos em todas as etapas dos processos inerentes aos cuidados de saúde, nomeadamente na administração, organização, coordenação, tomada de decisão e avaliação de acções desenvolvidas. Como tal, é-lhes incumbido conhecer, opinar, participar, decidir, intervir sobre as directrizes sociais e políticas, defendendo o interesse da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas têm aumentado a complexidade dos cuidados e têm trazido novos desafios aos responsáveis pelas práticas de saúde. A enfermagem, como grupo sócio profissional, não deixa de enfrentar este desafio, procurando responder à explosão dos conhecimentos científicos e tecnológicos, às exigências de uma colaboração mais efectiva com outros profissionais de saúde e pela procura de elementos de uma identidade própria.

Cada enfermeiro, através da atenção dispensada ao individuo, cuida na medida que estabelece como objectivo da sua própria satisfação, numa atitude altruísta e responsável que tem em vista fazer o bem por tudo isto. Cuidar exige assim, por parte daquele que cuida, aprendizagem, paciência, perseverança, habilidades e uma atenção dispensada numa singularidade única. O cuidar do doente crítico não é diferente.

2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

A metodologia de projecto tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirir capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real. A metodologia constitui-se como uma ponte entre a teoria e prática, e é constituída pelas seguintes fases (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010):

Elaboração do diagnóstico da situação: Elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada. Realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho de equipa. De modo a dar resposta a esta fase foi construído o capítulo anterior deste relatório.

Planificação das actividades, meios e estratégias: Após o diagnóstico de situação surge a planificação. Constroem-se objectivos, planeiam-se actividades para lhes dar resposta, prevêem-se recursos necessários. É nesta fase que são escolhidos os locais, onde serão levadas a cabo as actividades, com mais potencialidades de dar resposta aos objectivos propostos (Anexo 2). Os locais de estágios e os objectivos propostos encontram-se enumerados anteriormente neste relatório e serão explanados de seguida.

Execução das actividades planeadas: Refere-se, neste caso, às actividades realizadas em estágio. Estas tiveram início no dia 03 de Janeiro de 2012 com término a dia 27 de Abril de 2012.

A construção e desenvolvimento do percurso a efectuar não excluem alterações e ajustamentos dos objectivos, actividades e qualquer outro elemento do projecto no sentido de um resultado óptimo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Neste sentido tenho de salientar que tive a oportunidade de continuar a desenvolver actividades de planeamento para a execução de um trabalho final que culminou na realização de uma simulação de uma situação catástrofe e que se realizou a dia 05 de Julho de 2012.

Avaliação: Vai sendo realizada ao longo de todo o percurso deste relatório, quer pela reflexão pessoal constante, quer através das reuniões com a tutora e orientadores de estágio.

Divulgação dos resultados obtidos: A construção deste relatório, bem como a sua discussão pública revelam ser o instrumento derradeiro para colmatar esta fase.

Após apresentação do enquadramento teórico que sustenta o trabalho de campo realizado, serão apresentadas, em seguida, a descrição das actividades e competências desenvolvidas através da compilação de experiências por campo de estágio.

2.1 Serviço de Urgência Geral

Foi desenvolvido um estágio com a duração de sete semanas num SUG na área da Grande Lisboa, visando dar resposta ao projecto desenvolvido no 2º semestre, cujo tema é: *A importância dos cuidados especializados de enfermagem na gestão de situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas*. Dos três objectivos específicos delineados, passo a enumerar e descrever as actividades realizadas.

2.1.1 Objectivo específico n.º1

Para conhecer as normas/procedimentos existentes no serviço para actuação em situação de catástrofe e emergência multi-vítimas, fui conhecer o PEE do SUG. Este plano de emergência foi realizado em 2010, contudo, posteriormente o SUG foi estruturalmente remodelado, desactualizando assim os acessos, tratamento e evacuação dos doentes.

De qualquer maneira, o PEE existe e tive a oportunidade de o consultar e depreender que apesar das diferenças estruturais sentidas actualmente, o serviço tem um manual elaborado e de acordo com o preconizado pela DGS (2007) (Enumerado anteriormente nas páginas 29 e 30 no enquadramento teórico deste relatório).



Figura n.º 2 Dossier com o plano de emergência externo



Figura n.º 3 Kits de triagem de catástrofe



Figura n.º 4 Localização das chaves necessárias para adquirir o material para a catástrofe

Após a averiguação do PEE, tive a oportunidade de conhecer as estratégias específicas do SUG para actuar perante uma situação de crise. Foi contemplado um armário que contém o material necessário para se usar em situação de catástrofe. Neste armário pode consultar-se o PEE (como se pode visualizar na figura 2) que, além de todos os elementos necessários para a equipa multidisciplinar se orientar numa situação de calamidade, tem um elemento muito pertinente que é uma *check-list* que permite ao utilizador nortear a sua actuação, não negligenciando nenhuma das etapas preconizadas.

Este armário contém também as etiquetas para a triagem de catástrofe necessárias para a situação e de acordo com as propriedades de atendimento perante uma crise (Figura 3).

Aqui também estão disponíveis todas as chaves necessárias para adquirir material e para aberturas das portinholas

para as rampas de oxigénio e ar comprimido disponíveis nas várias salas da urgência, nomeadamente nas várias salas de espera, sala dos médicos, sala de enfermagem e refeitório (Figura 4).

Como estratégia para dar resposta a uma catástrofe, este serviço estruturou kits de catástrofe específicos e exclusivos para a temática. Foram elaborados sete kits com material para a permeabilização e manutenção da via aérea e sete kits de circulação, contendo na sua carga material para colocação, fixação e manutenção de cateter venoso central.

Aproveitando o meu interesse e a necessidade do serviço, tive a oportunidade de rever todos os 14 Kits existentes, verificando a integridade do material e substituindo o material que não se encontrava na validade. Desta forma, além de consolidar o conceito da criação destes kits, proporcionei ao serviço a actualização do material ficando os Kits operacionais até Março 2013.

2.1.2 Objectivo específico n.º2

Para Fortin (1999) o questionário é um método de recolha de dados, junto dos indivíduos sobre factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes. Este método exige uma resposta por escrito a questões que são colocadas aos sujeitos. O questionário ajuda a organizar, a normalizar, a controlar os dados e as questões concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre o tema pretendido. A sua utilização permitiu-me compreender o grau de conhecimento da efectivação das normas/procedimentos em situação de catástrofe e emergências multi-vítimas no seio da equipa de Enfermagem.

Análise dos dados: Elaborou-se um questionário que foi submetido à análise crítica da docente, da orientadora de estágio e a duas enfermeiras da coordenação do SUG. Após a compilação das sugestões apresentadas, emergiu o questionário disponível no Anexo 2. Para concretizar o pré-teste, o questionário foi também entregue a um grupo de dez pessoas, que não verbalizaram dúvidas na compreensão das questões colocadas, nomeadamente aos termos utilizados, ao tempo despendido para o seu preenchimento e não verbalizaram a possibilidade de ambiguidade das questões. Desta forma, não houve necessidade, nesta etapa, de modificar as questões elaboradas.

O desenho descritivo serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma

população e fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Desta forma, o objectivo deste estudo consistiu em compreender o grau de conhecimento da efectivação das normas e procedimentos em situação de catástrofe, no seio da equipa de enfermagem do SUG.

Após o consentimento da coordenação de enfermagem, o questionário foi aplicado aos enfermeiros do SUG, que concordaram em participar, no período compreendido entre 9 de Janeiro e 5 de Fevereiro de 2012. Numa população total de 67 enfermeiros, 41 integraram a amostra intencional, perfazendo então de 61% da população.

A estrutura da base de dados e a introdução dos dados foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Da transformação dos dados e da estatística realizada, apuram-se os resultados que se passam a descrever.

Caracterização da população: a equipa de enfermagem do SUG é uma equipa jovem e maioritariamente feminina (61%). Da população total, 76% têm até 35 anos e 61% prestam cuidados neste serviço há menos de 6 anos. Constata-se também que 22% fazem parte dos quadros da instituição e 78% são contratados. Dos inquiridos, 15% têm o grau académico de Mestre.

Formação: relativamente à formação de base, constata-se que 29% dos inquiridos abordaram a temática da catástrofe, contudo apenas 7% chegaram a realizar treinos nesta área. Ao longo da carreira profissional o enfermeiro faz investimentos na sua formação: neste SUG não é excepção e depreende-se que houve um maior investimento relativamente à formação na área da catástrofe onde 61% dos inquiridos frequentaram cursos neste âmbito e 71% participaram em simulações de catástrofe. Apura-se também que dos 61% com formação, 44% obtiveram-na no hospital e 51% em entidades externas. Apesar de não fazer parte do questionário, em conversas informais percebe-se que esta formação e treino extra-hospitalar é maioritariamente leccionada pelo INEM.

Triagem de Manchester: 71% dos inquiridos têm a formação de triagem mas nunca aplicaram a triagem de catástrofe.

Plano de Emergência Externo: dos inquiridos, 32% fazem parte da chefia das equipas de enfermagem, sendo a sua média de respostas afirmativas ao questionário, é de 11,92. Os restantes 68%, relativos aos “não chefes” apresentam uma média de respostas afirmativas na ordem dos 6,89. Com este resultado pode-se depreender que os chefes de equipa têm um maior conhecimento acerca da temática comparativamente com os restantes elementos da equipa. De salientar que 66% dos enfermeiros inquiridos não têm qualquer conhecimento sobre o PEE da instituição.

Estudo descritivo-comparativo: o objectivo do estudo descritivo-comparativo consiste em descrever as semelhanças e as diferenças manifestadas pela população em estudo (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Durante o meu estágio, percebi que uma enfermeira havia realizado um questionário aplicado aos enfermeiros do SUG em 2007 (Ponte, 2007). Comentámos que é deveras interessante o facto de ambas sentirmos as mesmas necessidades na temática da catástrofe em *timings* diferentes. Os questionários de ambas envolvem perguntas diferentes mas com os mesmos grandes objectivos: a idade e tempo de profissão no SUG; os conhecimentos do PEE e sua activação; a formação e simulação na área da catástrofe e a triagem de situações de multi-vítimas.

O questionário estruturado pela Enfermeira autora do outro estudo, foi distribuído no período compreendido entre 17 e 22 de Maio de 2007. Numa população total de 86 enfermeiros foi seleccionada uma amostra intencional de 74 enfermeiros (86% da população). De seguida apresenta-se um quadro comparativo dos resultados dos dois questionários.

Quadro n.º 1 Comparação de dados dos questionários sobre a catástrofe

	Ponte, 2007	Marçal, 2012
Idade dos inquiridos	89% têm até 35 anos	76% têm até 35 anos
Tempo total de profissão	65% ≤ 6 Anos 35% > 6 Anos	61% <6 Anos 39% > 6 Anos
Tempo actual no serviço	42% entre 2 e 4 anos	46% <6 Anos
PEE e PEI	68% não conhecem	66% não conhecem
Formação na área de catástrofe	73% não têm formação na área. Dos 27% com formação - 60% realizaram-na no [REDACTED]; 40% foi leccionada pelo INEM	61% têm formação 44% realizaram-na no [REDACTED] 51% fizeram formação externa
Participação em simulacros	96% respondem Não	39% responderam Não
Triagem	72% não têm conhecimentos (nesta altura não existia a triagem de Manchester)	71% fazem triagem mas nunca aplicaram a triagem de catástrofe

Com os dados descritos, podemos então perceber que entre 2007 e 2012, a maior evolução foi a implementação da triagem de Manchester. Houve um maior investimento relativamente à formação, em que no ano de 2007 era de 27% e em 2012 subiu para 61%. Contudo, o conhecimento do PEE da instituição continua negativamente alto, na ordem dos 66% dos Enfermeiros.

Formação em serviço: Com os resultados encontrados e com a análise dos resultados obtidos, efectuou-se um diagnóstico de necessidades de formação no âmbito da actuação perante uma situação de catástrofe, e concluiu-se que seria de todo pertinente preparar melhor os enfermeiros deste SUG para a prática de cuidados numa situação extrema.

O meu contributo passou pela identificação das lacunas existentes nesta temática e transmiti-as à equipa através de acções de formação.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de perceber o que estava estipulado para o âmbito da catástrofe, nomeadamente o PEE, um armário específico contendo os elementos necessários para a reorganização do serviço e a existência de Kits de via área e de circulação aptos a serem usados numa situação de catástrofe. Contudo existe falta de informação para a equipa em geral. A acção de formação (Anexo 3), que decorreu em três sessões, revelou-se bastante produtiva, pois permitiu aos presentes mostrarem o seu interesse em conhecer e praticar o PEE e à coordenação de enfermagem perceber que é urgente rectificar esta lacuna no seio da equipa. Há que salientar que estiveram presentes no total das sessões vinte Enfermeiros (30% da população total), uma enfermeira externa ao serviço e dois médicos. Das tertúlias efectuadas no final de cada sessão destaco que foi unânime a pertinência do tema, pois permitiu relembra-la aos que já a conheciam e dar a conhecer à maioria dos presentes todo o material existente, a sua organização e disposição no SUG.

Espero ter contribuído para uma melhor actuação desta equipa em situação real e aumentar a sua segurança simplesmente por saberem que têm um plano e material para actuar numa eventual crise.

2.1.3 Objectivo específico n.º3

Durante o estágio pretendia desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente em estado crítico e sua família. Tive a oportunidade de desenvolver várias actividades de modo a atingir este objectivo. Apesar do SUG me permitir acolher e cuidar de um doente crítico em todos os sectores, acho pertinente desenvolver esta temática, incidindo as actividades desenvolvidas no sector da reanimação.

Neste SUG, a reanimação é um posto de trabalho que exige experiência, com demonstração de competências já num nível de proficiente. É requisito que o profissional de saúde, para além de 2 anos de serviço deverá ter também cursos específicos, tais como suporte básico de vida, suporte imediato de vida ou suporte avançado de vida, curso de leitura de traçados cardíacos, ventilação invasiva e não invasiva e curso de trauma.

Nos primeiros turnos o objectivo foi *conhecer e compreender o funcionamento e organização geral da sala de reanimação*, para isso, a enfermeira orientadora permitiu-me realizar actividades que passarei a descrever no quadro n.º2. É de frisar que apesar dos objectivos e actividades desenvolvidas fazerem parte do meu plano de trabalho, a enfermeira orientadora regeu-se por procedimentos e protocolos já existentes no serviço relativamente à integração de profissionais de saúde. Assim, estas actividades estiveram de acordo com o preconizado pelo serviço em causa, que tentam levar o profissional do nível de proficiente até ao nível de perito na sala de reanimação.

Quadro n.º 2 Actividades realizadas para conhecer e compreender o funcionamento e organização geral da sala de reanimação

Actividades desenvolvidas	Identificação de toda a equipa multidisciplinar escalada para o sector: a importância do trabalho de equipa, o papel de cada um e a valorização de uma comunicação assertiva e eficaz.
	Ter conhecimento dos contactos telefónicos de cada elemento (existe um telefone móvel para cada profissional).
	Conhecer os critérios de entrada e saída dos doentes da reanimação.
	Normas, orientação, protocolos e algoritmos existentes e preconizados (Via Verde AVC, Via Verde Sepsis, SAV).
	Funcionamento e activação do rádio CODU.
	Localização, funcionamento e reposição do material e equipamento existente no sector: monitores fixos e de transporte; desfibriladores/pacing externo, gavetas da via aérea e de circulação; ventiladores invasivos e não invasivos; carro de emergência; carro pediátrico; malas de transporte; imobilizadores e estabilizadores; estufa de soros; material consumível e não consumível.

Com o decorrer do estágio, os objectivos e as actividades desenvolvidas foram cada vez mais específicas. Após o decorrer desta primeira fase, estipularam-se novos objectivos. O primeiro foi: *Desenvolver capacidades e competências para prestar cuidados de enfermagem de emergência com*

eficácia e qualidade aos doentes em situação crítica, aumentando a responsabilidade no desempenho das funções. Desta forma, durante o meu percurso neste SUG, tive a oportunidade de realizar as actividades que passo a elencar no quadro n.º3.

Quadro n.º 3 Actividades realizadas para desenvolver capacidades e competências de prestação de cuidados de enfermagem de emergência com eficácia e qualidade aos doentes em situação crítica

Actividades desenvolvidas	Interagir com o colega de triagem ou com outras fontes de recolha/recepção da informação (colheita de dados).
	Cumprir e compreender as normas, orientações e algoritmos existentes e preconizados neste sector.
	Manter o sector preparado para uma eventual entrada ou entradas.
	Compreender os critérios de admissão e transferência dos doentes neste sector e posterior circuito de atendimento.
	Prestar cuidados aos doentes com maior complexidade, rapidez e eficácia.
	Colaborar na mobilização, deslocação e transferência do doente.
	Identificar situações críticas agudas ou de agravamento do estado hemodinâmico.
	Actuar segundo as prioridades (A,B,C,D,E)
	Efectuar registos em conformidade com o estado do doente, bem como a sua evolução.
	Proporcionar informações ou a permanência de acompanhantes sempre que possível.
	Estimular a autoformação.
	Demonstrar um elevado nível de informação sobre temáticas de reanimação (PCR, SCA/EAM; EAP; TEP; AVC; Intoxicações graves; grandes politraumatizados e queimados; sépsis).
	Adquirir autonomia e postura de liderança.

Naturalmente surgiu um segundo objectivo específico, mais ambicioso mas atingível face à integração feita pela Enfermeira orientadora e pela minha

experiência enquanto profissional de um SUG. Assim, o objectivo era: *Adquirir independência na prestação de cuidados e compreender a importância do trabalho de equipa*. Para atingir o objectivo, foram desenvolvidas as seguintes actividades (quadro n.º4)

Quadro n.º 4 Actividades realizadas para adquirir independência na prestação de cuidados e compreender a importância do trabalho de equipa

Actividades desenvolvidas	Dominar o funcionamento de todo o material e equipamento existente no sector.
	Reconhecer situações de emergência, activando os recursos humanos e logísticos para uma eficiente actuação.
	Estabelecer prioridades de actuação.
	Planear, executar e avaliar todos os cuidados prestados.
	Elaborar registos de enfermagem de acordo com as situações clínicas e sua evolução.
	Valorizar o bom relacionamento e trabalho de equipa multidisciplinar, proporcionando a partilha de informação entre os vários intervenientes.
	Acompanhar os doentes nas suas deslocações, antecipando todo o material necessários para assegurar a continuidade dos cuidados e para eventual agravamento hemodinâmico.
	Identificar situações agudas e de agravamento dos sinais vitais (incluindo a avaliação da dor e da Escala de Coma de Glasgow) e actuar segundo as prioridades.
	Implementar medidas de prevenção e controlo de infecção (assistir a acções de formação em serviço acerca da temática)
	Participar nas transferências intra-hospitalares (TAC, Eco, B.O.), certificando a estabilidade do estado clínico; garantir a permeabilidade das vias de perfusão; confirmar a vaga; confirmar nota de transferência de enfermagem e resultados dos exames realizados; munir de equipamentos necessários para efectuar o transporte.
	Expressar os interesses, necessidades e dificuldades sentidas, procedendo a auto-avaliações.

O desenvolver competência numa situação de crise, implica ter conhecimento de múltiplos conceitos. A competência é definida no Caderno Temático elaborado pela Ordem dos Enfermeiros como a capacidade de *“mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta”* (2009, p. 10).

É crucial que o Hospital tenha um PEE e esteja apto para a sua aplicação num contexto real, assim como o enfermeiro inserido num serviço de urgência geral, para além do conhecimento desse plano, terá também de se sentir preparado para o aplicar. Mas não nos podemos esquecer que existe outra grande vertente: o doente crítico vítima da catástrofe. É crucial saber cuidar não de um, mas de múltiplos doentes críticos... para isso é mandatário ter competências nessa área.

Com o desenvolvimento deste estágio, tive a oportunidade de perceber outras realidades, além da vivida no meu local de trabalho. A partilha de experiências e necessidades não só com a orientadora de estágio, mas também com outros elementos das equipas, mostram-se cruciais para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira.

Outra estratégia desenvolvida, e esta não prevista anteriormente, foi o posto de chefia de equipa de enfermagem. A minha orientadora em alguns turnos teve de assumir este cargo, mostrando-me como gerir uma equipa não só composta por enfermeiros, mas pelos vários elementos da equipa multidisciplinar (Médicos, Técnicos de diagnóstico, Assistentes Operacionais, Assistente Social). Este posto revela-se muito polivalente e o elo de ligação entre todos os elementos inerentes ao serviço de urgência, o que constitui uma tarefa bastante árdua. Esta experiência mostrou-se bastante proveitosa, pois apesar de não fazer parte da chefia de uma equipa, numa situação de catástrofe esta será certamente uma tarefa que terei de desempenhar.

Outra característica que gostaria de desenvolver, distintiva na minha orientadora é a grande organização mental e a calma transmitida aos restantes elementos da equipa. É uma qualidade que admiro, não só como chefe mas como elemento da equipa. É crucial saber estar, revelando uma postura de líder adquirida e não imposta. A tomada de decisão está intimamente implícita neste posto e para isso o elemento que o desempenha terá de ser considerado um elemento perito e um elemento de referência no seio da urgência. Só assim, poderá ser ouvido e levar o “barco a bom rumo...”.

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

O objectivo específico estipulado para esta unidade vai ao encontro da prestação de cuidados ao doente crítico, visto esta ser uma realidade iminente na concretização de uma catástrofe ou emergência multi-vítimas.

2.2.1 Objectivo específico n.º4

Para atingir o objectivo de desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados intensivos na recepção e na continuidade dos cuidados do doente crítico e sua família/pessoa significativa foi realizado um estágio com a duração de 5 semanas numa UCIC na área da grande Lisboa, em que foram desenvolvidas múltiplas actividades que permitiram adquirir e complementar competências no cuidar do doente crítico e sua família. No quadro n.º5 passo a discriminar algumas das actividades desenvolvidas.

Quadro n.º 5 Actividades realizadas para desenvolver capacidades e competências de prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico na UCIC

Actividades desenvolvidas	- Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomar iniciativa na análise de situações pertinentes;
	- Promover momentos de reflexão com o orientador;
	- Colaborar com a equipa multidisciplinar no planeamento, execução e avaliação nos cuidados dos doentes críticos;
	- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica decorrentes dos mecanismos de lesão;
	- Conhecer e prevenir possíveis complicações;
	- Conhecer e intervir nos procedimentos a adoptar em situação de emergência;
	- Implementar medidas de prevenção e controlo de infecção;
	- Realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, optimizando as respostas;
	- Estabelecer relação terapêutica com a família/pessoas significativas do doente.

Especificamente, gostaria de salientar e desenvolver alguns conceitos desenvolvidos na prática de cuidados de enfermagem ao doente crítico ao longo das cinco semanas, nomeadamente os relacionados com a dor e o conforto no doente inconsciente, o conceito da família como elemento crucial no cuidar do doente crítico e as normas emanadas pela comissão de controlo de infeção e respectivas auditorias.

Estes temas emergiram inicialmente no decurso do primeiro semestre deste mestrado em que na componente teórica foram abordados e desenvolvidos quer pelos docentes quer pelos colegas em trabalhos académicos. Os temas revelaram aspectos com os quais me deparo diariamente no meu contexto laboral, mas que após a análise crítica e com a pesquisa bibliográfica realizada passaram a ter um significado mais específico para a minha prática de cuidados.

A dor e o conforto no doente inconsciente: A Circular Normativa N.º9/DGS de 2003 na qual é instituída a “Dor como 5º sinal vital”, especifica que o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes, reconhecendo-a como acompanhante transversal da generalidade das situações patológicas. Acrescenta ainda que a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente, sendo que o controlo da dor é um direito deste e um dever para os profissionais de saúde rumo à humanização dos serviços de saúde (*Idem*).

A dor tem sido definida como um factor agravante da doença crítica. Os doentes em situação crítica são particularmente vulneráveis à dor e chegam a descrevê-la como o segundo factor gerador de stresse (Blenkharn, Faughnan & Morgan, 2002). Estes doentes são frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos, tais como: ventilação mecânica, aspiração de secreções, posicionamentos, tratamento de feridas, colocação de drenos, entre outros (Pudas-Tahka, Axelin, Aantaa, Lund, & Salanterä, 2008).

Um dos meios para intervir sobre a dor do doente é promover o seu conforto. O fenómeno conforto vem sendo considerado como um conceito extremamente importante, fundamental e relacionado com a prática de enfermagem. Conforto é um conceito com significado histórico e contemporâneo para a enfermagem. Desde a época de Nightingale, tem sido designado como um resultado desejável ou como objectivo dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 1991).

Conforto é definido, no âmbito da enfermagem, como “*a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas para o alívio, tranquilidade e/ou transcendência, decorrentes de situações de cuidados de saúde geradores de stresse*” (Kolcaba, 1994, p.1178). Esta autora acrescenta ainda que “*o conforto holístico é a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental*” (Kolcaba, 2003, p.14).

Numa primeira fase torna-se essencial identificar quais as necessidades de conforto do doente que se encontram comprometidas, de modo a colmatar as mesmas. Esta temática mostra-se ainda mais pertinente, quando o doente não se consegue exprimir, e torna-se papel fundamental do enfermeiro estar atento às suas necessidades e saber interpretar os sinais físicos e comportamentais destas necessidades. Isto passa não só pela interpretação das manifestações do doente, mas também pelo conhecimento das particularidades deste, de modo a destrinçar o que é uma reacção à dor e o que não passa de uma reacção terapêutica ou uma emoção de, por exemplo, ter recebido uma visita.

Assim, as intervenções de enfermagem incluem todas as acções terapêuticas, cognitivas e afectivas que ocorrem no contexto de relacionamento entre o enfermeiro, os doentes e suas famílias.

Assumindo o conforto como um conceito holístico, a teórica sintetizou os aspectos relativos ao conforto numa grelha bidimensional. A *primeira dimensão* do conforto consiste em três estados denominados: alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1994). Alívio é definido como a experiência de ter tido uma necessidade específica satisfeita. Tranquilidade designa-se como um

estado de calma ou contentamento. Transcendência representa o estado em que se eleva acima de um problema ou dor (Kolcaba, 2003). “Os estados de conforto surgem muitas vezes contínuos, sobrepostos e interdependentes” (Kolcaba, 1994, p. 1179).

No que diz respeito à *segunda dimensão* do conforto esta relaciona-se com o contexto em que o mesmo ocorre. O primeiro contexto é o físico, relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos; o segundo contexto é o psicoespiritual e diz respeito à consciência interna de si mesmo, incluindo auto-estima, identidade, sexualidade, significado na vida de alguém e sua relação com uma ordem ou ser superior; o terceiro contexto é o ambiental, referindo-se ao ambiente externo, condições e influências (luz, som, cheiro, cor); e o quarto contexto é o sociocultural, relacionando-se este com a família, as relações interpessoais e culturais, a situação financeira, as tradições familiares e os rituais e práticas religiosas (Kolcaba, 2003).

Quando as duas dimensões (três estados e quatro contextos) de conforto são justapostas, o resultado é uma grelha bidimensional com 12 células (Figura 5) para a avaliação do conforto (Kolcaba, 2003).

<u>Dimensão</u>	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<u>Contexto</u> Físico			
Psicoespiritual			
Ambiente			
Sociocultural			

Figura 5: Estrutura taxonómica do conforto

Adaptada de: Peterson, S. & Bredow, T. (2009) *Middle range theories*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, p.258.

Os aspectos do conforto (cada célula) estão interrelacionados e as tentativas para os dirigir ou medir de uma forma particular são demoradas e imprecisas. Contudo, pode ser estabelecido um padrão de cuidados, através do qual as necessidades de conforto do doente são avaliadas de forma intuitiva nos quatro contextos (Kolcaba, 2003).

Após o estudo mais aprofundado desta teoria foi possível perceber que as manifestações dos doentes inconscientes, traduzidas pelos indicadores fisiológicos e/ou comportamentais, nem sempre significam a presença de dor física. Ao ter em conta a estrutura taxonómica da teórica é possível uma actuação em vários níveis, não só no alívio directo da dor mas também na promoção do conforto na sua dimensão holística.

Analisando a estrutura taxonómica proposta na teoria, verifica-se que a adaptação de algumas células ao doente inconsciente não é, à partida, linear. Contudo existem muitas intervenções que promovem o conforto holístico do doente e da sua família. Existe, também a necessidade constante de avaliar e reavaliar as intervenções realizadas, para atingir o conforto desejado.

Quadro n.º 6 Intervenções que promovem o conforto holístico do doente, de acordo com a estrutura taxonómica do conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o agente causador da dor; - Administrar analgesia apropriada; 	<ul style="list-style-type: none"> - Massajar; - Posicionar; - Proporcionar cuidados de higiene sempre se justifique; - Ajustar hora do banho consoante hábito do doente; 	
Psico Espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber qual a sua crença religiosa; - Promover presença de líder espiritual; 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir presença de símbolo religioso; de fotografias de familiares próximos e importantes para a pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover condições para o último sacramento ou equivalente;
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir sons agressivos; - Diminuir luz directa; - Evitar oscilações de temperatura; 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar ciclo circadiano; - Manter luz suave e natural durante o dia; - Proporcionar ambiente o mais escurecido possível durante a noite; - Proporcionar música suave (que agrade ao doente); - Manter temperatura adequada da sala; 	
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar presença da família, incluindo menores significativos; - Incentivar família a dar informações <i>positivas</i> sobre entes queridos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Alargar o horário das visitas; - Incentivar a família e os amigos a conversar com os doentes sobre aspectos quotidianos; - Incentivar familiares próximos a participarem nos cuidados; 	

Aos enfermeiros compete determinar qual o estímulo que causa, ou pode causar, as respostas individuais negativas (as quais irão agravar a dor), intervindo apropriadamente. É muito importante que os enfermeiros percebam a relevância de dar resposta ao conforto holístico do doente (Kolcaba, 2003).

Segundo a mesma teórica, a estrutura taxonómica é útil para descrever a relação entre o conforto e a dor. A dor analisada segundo esta estrutura facilmente é incluída na célula do alívio físico, contudo há que ressaltar que quando não se procede a este alívio, “a dor é um detractor importante para o conforto holístico” (Kolcaba, 2003, p.161).

O debruçar sobre a Teoria do Conforto, dela extraíndo um quadro conceptual que para mim é inovador e a incorporação de acções práticas de enfermagem na estrutura taxonómica emanada pela autora, demonstrou a adequabilidade desta teoria de médio alcance à prática quotidiana como o caminho para a melhoria contínua dos cuidados de saúde ao doente crítico.

A Família

A família, constituindo-se como unidade básica da sociedade, caracteriza-se pelo seu desenvolvimento processual, que emerge das interacções transformativas resultantes dos processos de reciprocidade que ocorrem no contexto. A inclusão da família como alvo dos cuidados requer a compreensão da sua complexidade, tendo em consideração as suas necessidades como um todo, e não apenas as do indivíduo (Oliveira et al., 2009, p.35).

Tradicionalmente os enfermeiros cuidavam das pessoas no domicílio, em contexto familiar, atendendo com frequência a várias gerações. Esta situação modificou-se quando o núcleo familiar se reduziu e os cuidados se especializaram mais e se orientaram para os hospitais. Assume-se então que o enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar, congrega variados papéis que vão desde o educador, conselheiro, consultor, coordenador, investigador, até ao modelo e que implicam a aquisição e aperfeiçoamento de competências na avaliação e intervenção familiar (*Idem*).

Quando um elemento da família é hospitalizado, as reacções de cada familiar são diferentes, e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel familiar do indivíduo que adoece, as

responsabilidades dos membros da família mudam e passa a existir uma maior preocupação (Galinha, 2009).

O recurso à empatia, escuta activa, reformulação, resumo e várias tipologias de perguntas, contribuem para a atitude comunicacional promovendo a reflexão. Nas reuniões com o familiar cuidador é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de stresse e ansiedade do familiar, ciente que tal optimiza o processo comunicacional necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem (*Idem*).

A ênfase crescente na família tem resultado na mudança da maneira como ela é percebida no contexto de saúde. O núcleo familiar é entendido como uma unidade de cuidado e de perspectiva no processo de enfermagem. Para o enfermeiro assistir a família, é necessário conhecer o funcionamento, os factores que influenciam as suas experiências na saúde e na doença (*Idem*).

O enfermeiro, como profissional peculiar na prestação de cuidados, deve estar atento tanto às necessidades do doente como à família que ocupa um papel importante na recuperação do mesmo. Desta forma, o trabalho desenvolvido com a família durante este ensino clínico, permitiu um cuidar holístico e especializado ao doente crítico, permitindo desenvolver competências na gestão de comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Esta não é uma competência simples e estática: é necessário conhecimento de técnicas e estratégias de comunicação e seleccionar as mais adequadas a cada pessoa em particular, o que a torna desafiante e recompensadora.

O mais motivador é perceber o reconhecimento que a família concede ao enfermeiro cuidador, tornando a relação muito mais gratificante e possibilitando uma análise geral do contexto de vida do individuo, facilitando muitas vezes não só a comunicação mas também a compreensão de alguns estados de ansiedade na procura de uma solução apazível a todos.

Comissão de Controlo de Infecção (CCI): A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde prestados e que pode, também afectar

os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade (DGS, 2007). De acordo com a OMS, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (*Idem*).

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde. Mesmo assim, muitos profissionais descaram a higiene das mãos ou realizam-na de forma ineficaz. As mãos são ponto de toque entre o profissional, o doente e o ambiente. Uma vez contaminadas, constituem-se como o principal veículo exógeno de microrganismos, potencialmente causadores de infecção nosocomial (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental [CHLO], 2011).

Uma das estratégias para aumentar a adesão à higiene das mãos e diminuir a transmissão cruzada de microrganismos, foi desenvolvida pela OMS e aceite por muitos países, incluindo, Portugal. A estratégia dos “Cinco Momentos”, assim apelidada, inclui, como o próprio nome indica, cinco situações às quais correspondem as indicações ou tempos em que é mandatária a higiene das mãos na prática clínica (*Idem*).

Este conjunto de estratégias deverá então ser monitorizado por profissionais através de elementos dinamizadores do próprio serviço ou externo a este. São realizadas observações directas das oportunidades e contabilizadas as acções que o profissional realizou a higienização e/ou desinfecção das mãos. A adesão ao procedimento traduz uma percentagem que só acima dos 75% é considerada muito satisfatória. A realidade traduz que o grupo profissional da Enfermagem é aquele que apresenta maior adesão à higiene das mãos.

Na UCIC, o elemento dinamizador é o Enfermeiro que orientou o meu estágio. Assim tive a oportunidade, não só de ser corrigida em pontos que por vezes me passavam despercebidos, como também de assistir a reuniões da CCI e a observar o planeamento e o delinear de estratégias para incentivar, não só os enfermeiros a aderir aos procedimentos e à formação como também os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Além da lavagem das mãos, existem outras directrizes emanadas pela CCI e que a UCIC faz seguir à risca, nomeadamente a roupa dos profissionais.

As fardas utilizadas pelos enfermeiros, por serem os profissionais com um contacto mais íntimo e persistente com o doente, são trocadas todos os dias, ou após contaminação; os profissionais têm ao dispor vários utensílios de protecção individual, como as máscaras, luvas e barretes; outro aspecto deveras importante é o controlo microbiológico: por protocolo, todas as segundas-feiras são colhidas, respectivamente, secreções brônquicas em frasco estéril e urina para urocultura nos doentes submetidos a ventilação mecânica e com drenagem vesical. Este procedimento verifica-se mesmo que não existam indícios de infecção, de forma a identificar qualquer microrganismo e iniciar precocemente antibioterapia.

Para além destas medidas, a Instituição tem disponíveis vários cartazes informativos e demonstrativos: cuja finalidade é “relembrar” a importância e a técnica correcta de lavagem das mãos (Figura 6).

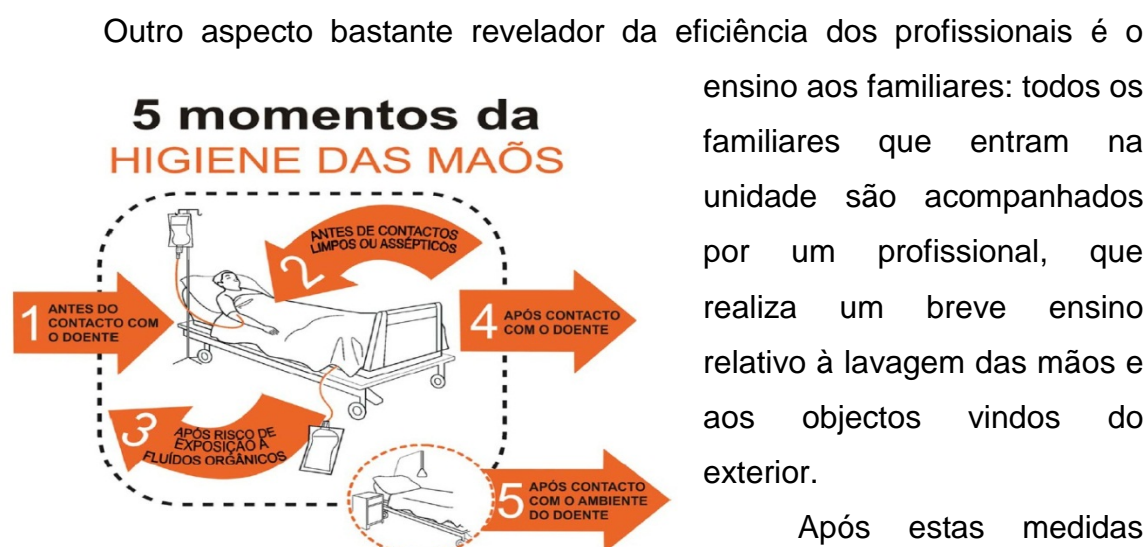


Figura 6 - Os 5 momentos da higiene das mãos

Após estas medidas implementadas pelos profissionais, estes realizam acções de formação relativas à lavagem das mãos, em sessões teórico-práticas, pelo menos de 6 em 6 meses. Estas são leccionadas pelo enfermeiro de ligação com a CCI em conjunto com outros elementos de referência na equipa, como forma de sensibilização para o tema e aumento da adesão.

Como reflexo do padrão de qualidade deste serviço, são realizadas auditorias relativas à lavagem das mãos, tendo como objectivo a confirmação da efectividade do procedimento e respectiva técnica. De referir que no serviço, em cada auditoria, os resultados têm vindo a melhorar.

No decorrer deste estágio, consegui identificar as directivas da CCI e, ao participar activamente em todas, consegui perceber e tomar consciência da sua importância, dando-me ânimo para identificar as lacunas do meu serviço e para além de ter um papel mais consciente nas minhas acções, tentar estar mais desperta para corrigir e melhorar as acções dos profissionais com os quais trabalho diariamente. Desta forma cumpre-se, no decorrer deste estágio, o objectivo de desenvolver eficazmente competências na prevenção e controlo de infecção, permitindo posteriormente ser referência para a equipa cuidadora da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo de infecção no meu local de trabalho.

A possibilidade de reflectir e repensar esta experiência, fez-me ver o quão importante ela foi para o meu percurso profissional; fez-me pensar, crescer e tomar consciência das experiências vividas e do modo como respondo actualmente às vivências profissionais.

Com o desenvolvimento deste estágio, tive a oportunidade de perceber outras realidades além da vida no meu local de trabalho. A partilha de experiências e necessidades não só com o orientador de estágio, mas também com outros elementos das equipas, mostram-se cruciais para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira.

Este campo de estágio revelou-se fundamental para a aquisição de competências não só no cuidar do doente crítico, como também na panóplia de situações inerentes a este tipo de doentes. Tornou-se fundamental a intervenção do enfermeiro orientador, um perito excepcional na área que me ajudou a repensar nas intervenções perante o doente crítico.

2.3 Serviço de Urgência

A gestão de situações de emergência é um processo demorado, cujo fim reside em criar um ponto de mudança para, numa primeira fase, controlar a situação de crise e depois regressar à normalidade. Os objectivos passam por atenuar os efeitos, avaliando primeiro os riscos e reduzindo as vulnerabilidades (Pereira, 2009)

O ponto estratégico para tornar a resposta das equipas eficazes passa pelo seu treino e aperfeiçoamento. Desta forma e com o intuito de aumentar a autonomia, a confiança na actuação perante este tipo de situação, de garantir maior segurança, cuidados de excelência, referenciais claros para a avaliação do trabalho desenvolvido e inovação na prática clínica estipula-se como objectivo específico para este campo de estágio a concepção de um simulacro contemplando a triagem de catástrofe.

2.3.1 Objectivo específico n.º5

Catástrofe, da perspectiva médica é definida como incidente ou evento no qual as necessidades dos doentes são superiores aos recursos para cuidar deles. A ocorrência com severidade e magnitude que normalmente resulta em morte, ferimentos e danos de património, não pode ser controlada através dos procedimentos de rotina e recursos do governo. Normalmente desenvolve-se rápida e inesperadamente e requer resposta imediata, coordenada e efectiva do governo e organizações para ir de encontro às necessidades das pessoas e à rápida recuperação (Diogo, 2007).

O enfermeiro detém formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e adversidade, sendo possuidor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente. Integra-se na equipa de intervenção de emergência e desenvolve a sua actuação no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Assim, tracei para este estágio planear e executar a concepção de um simulacro dirigida aos Enfermeiros do serviço de urgência geral explorando a triagem de catástrofe.

Triagem de catástrofe no SU: As auditorias à triagem desde SU realizadas pelo Grupo Português de Triagem focalizaram a necessidade de treinar a vertente da triagem de catástrofe.

O intuito era permitir uma melhor comunicação e articulação das diferentes actividades exercidas, promovendo uma maior segurança do doente e consequentemente uma maior eficiência dos serviços de saúde no âmbito da catástrofe ou emergência multi-vítimas.

De modo a dar resposta às especificidades protocoladas pelo Grupo Português de Triagem e pelas directrizes emanadas pela DGS, foram delineadas estratégias específicas para actuarem perante uma situação de crise. Localizado na triagem 1, existe um armário contendo o material a usar perante estas situações, nomeadamente 50 envelopes/kits para a identificação dos doentes vítimas de calamidade, sendo que cada um é composto por:

- Pulseiras: vermelha, amarelas, verde e preta;
- Rótulos: vermelho, amarelo, verde e preto;
- Folha de triagem (Anexo 5);
- Requisição de análises;
- Requisição de radiografia;
- Tubos para colheita de sangue: hemograma (2), coagulação (1) e bioquímica (1);
- Saco de espólio.

Além dos kits está disponível a folha de registo de activação do plano de emergência e catástrofe, envelopes com braçadeiras para identificar os coordenadores das diferentes áreas de intervenção em situação de catástrofe e os autocolantes para todos os elementos destacados para cada área de intervenção de acordo com as cores do sector (vermelha, amarela e verde).

De modo a reorganizar o SU e com o objectivo de delegar funções aos enfermeiros foi estruturada uma norma de procedimentos pela qual se devem reger perante uma adversidade. Esta norma contempla orientações inicialmente redigidas no plano de emergência de 2004 (de modo a dar resposta ao evento do EURO 2004TM) e sujeita a alterações posteriores de acordo com as mudanças do serviço. Desta forma o plano de actuação é o seguinte e passo a citar (Norma de procedimentos n.º68/08):

Recebido o alerta da Emergência/Catástrofe, em princípio será na triagem, via CODU, através dos agentes de Protecção Civil (Bombeiros, Forças de Segurança, Forças Armadas, INEM, Autoridades Marítima e Aeronáutica) o chefe da equipa de Enfermagem da urgência, como primeiro responsável deve, de imediato:

1. Confirmar a informação recebida: caracteriza e regista em impresso próprio (tipo e magnitude do sinistro e número e gravidade das vítimas) – denominado Modelo de Registo de Activação do Plano de Emergência;
2. Avaliar o nível da catástrofe e capacidades internas para dar resposta ao incidente;
3. Informar de imediato o chefe de equipa Médica da urgência, Director do serviço e Enfermeiro Chefe;
4. Reorganizar o serviço de urgência, de acordo com o plano de contingência;

As tarefas discriminadas são:

- Identificar as áreas de observação e tratamento: Área vermelha (sala de reanimação, zona de espera de macas junto ao atendimento de Enfermagem II); Área amarela (Gabinete de cirurgia e ortopedia); Área verde (Zona externa ao serviço – parque das ambulâncias); Área Preta (Sala de especialidades).
- Definir quem fica responsável pela primeira triagem e pela continuidade das triagens dos doentes da 'não catástrofe';
- Fornecer à triagem todo o material de registo necessário (kits de catástrofe);
- Identificar, com braçadeiras todos os coordenadores das diferentes áreas de intervenção;
- Identificar, com autocolantes, todos os elementos destacados para cada área de intervenção, de acordo com as cores do sector e com a sua função;
- Garantir a circulação interna e externa das vítimas;
- Os elementos do secretariado darão apoio à triagem primária, identificando os utentes o mais precocemente possível;
- Encaminhar os familiares para o Gabinete de Informação e Comunicação (localizado na sala de espera dos doentes);
- Colaborar com o gabinete de catástrofe/Crise, os elementos que compõem a Comissão de Emergência e Catástrofe.

Planeamento do simulacro: A intervenção em catástrofe requer a participação de equipas multidisciplinares que terão de actuar de forma coordenada (Pereira, 2009). Devem então ser elaborados programas de aperfeiçoamento de modo a que a equipa multidisciplinar esteja envolvida com o objectivo de minimizar as consequências relacionadas com a catástrofe (Cox & Briggs, 2004).

Organizar um simulacro requer uma preparação prévia abrangente e um planeamento exaustivo. Neste sentido mostra-se crucial desenhar esse planeamento, na tentativa de organizar o trabalho a fazer e perceber o percurso a tomar.

Descritivamente, estabeleceram-se quatro grandes passos para a realização deste evento: O primeiro foi realizar uma fundamentação teórica (exposta anteriormente) percebendo quais os pressupostos inerentes à problemática. A experiência vivida nos campos de estágio também proporcionaram um enriquecimento teórico-prático importante e crucial para o desenrolar desde projecto.

O segundo passo foi estabelecer contactos com peritos com o objectivo de partilhar as experiências já vivenciadas por estes e tirar o melhor partido para a elaboração deste simulacro. Assim, foi feito contacto com profissionais do GPT que partilharam as suas experiências, deram ideias e sugestões cruciais para o desenvolvimento desde evento.

Na tentativa de perceber qual a melhor forma de organizar o simulacro, foram feitos dois contactos imprescindíveis: o primeiro foi com o responsável da Protecção Civil da área do Hospital e o segundo com um formador do INEM que pelas suas experiências deram sugestões fundamentais para a organização deste evento.

O terceiro grande passo foi a organização do simulacro propriamente dito. Neste sentido, descrevem-se de seguida as actividades desenvolvidas.

A avaliação da situação foi realizada através de *debriefing's* que revelaram o impacto nos formandos, abrindo espaço para a tertúlia e sugestões para o futuro – fazendo este parte do quarto passo.

Organização do simulacro – actividades desenvolvidas:

1. Participantes: o SU é constituído por 84 enfermeiros distribuídos por 5 equipas. Destes 84, os elementos alvo do simulacro são os 58 enfermeiros que executam triagem frequentemente. Deste grupo participaram no simulacro 40 enfermeiros mais 7 elementos dinamizadores que fizeram parte da organização do evento. Estes números perfizeram uma representação de 81% de elementos com triagem no SU envolvidos na simulação.

2. Elementos dinamizadores: de modo a que cada equipa tivesse um representante na organização do simulacro, foram escolhidos 5 enfermeiros, 1 de cada equipa de modo a desempenharem um papel dinamizador e como elo de ligação entre as equipas de enfermagem e o simulacro.

Dos intervenientes há que destacar que 3 fazem parte do GPT como auditores internos de triagem. O Enfermeiro orientador de estágio também é um dos responsáveis pelas auditorias internas da triagem. Convidou-se um auditor externo, (também enfermeiro) para que nos ajudasse no planeamento e execução das tarefas inerentes ao simulacro e que no próprio dia tivesse um olhar avaliativo para toda a situação.

3. Equipa organizadora: constituída por mim, pelo meu Enfermeiro orientador, por 5 elementos da equipa de enfermagem do SU e por um auditor externo. O Enfermeiro chefe teve um papel de observador crítico e de elemento de ligação entre todos os intervenientes.

4. Formação: Foram realizadas sessões teóricas às 5 equipas, cujo objectivo era relembrar a norma vigente no serviço, a constituição dos kits e a folha de triagem. Esta sessão foi realizada dias antes do simulacro e foi preleccionada por cada elemento dinamizador na sua equipa respectiva (Anexo 5).

5. Espaço físico e organizacional: o simulacro decorreu no departamento de formação do Hospital onde está inserido o SU. Tivemos a oportunidade de fechar o departamento para a nossa simulação. Utilizámos as várias salas disponíveis de modo a estabelecer um circuito distinto entre as duas bancas (avaliação inicial e avaliação secundária); as vítimas (de modo a que os participantes não as visualizassem); e a sala de espera dos participantes, de

modo a que cada enfermeiro entrasse individualmente para realizar a avaliação primária.

O grupo organizador teve a colaboração de um jornalista de uma estação televisiva que realizou uma reportagem a expor uma situação de catástrofe que incidia sobre um acidente ferroviário na nossa área de actuação e que envolveria dezenas de feridos que seriam drenados para o nosso Hospital. Este pequeno filme serviu como introdução ao simulacro, de modo a que os participantes vivessem a situação de um modo mais realista. Na sequência deste pensamento, aquando a realização da avaliação primária, o triador encontraria na sala um barulho de fundo considerável, de modo a simular um recinto repleto de pessoas em pânico. As vítimas tiveram também um papel preponderante, manifestando comportamentos de histerismo e dor que motivaram um cenário real para que os participantes o vivessem como tal.

6. Vítimas: Contámos com a participação de 10 alunos de enfermagem que estavam a realizar o seu ensino clínico no SU. Foram caracterizados e foi-lhes explicado o que se pretendia. Cada um teria uma situação clínica e os sinais vitais impressos em folha e afixados neles próprios. Escolheram-se 10 casos clínicos para que cada triador completasse 5 triagens primárias (Anexo 6). Posteriormente a esta avaliação, os participantes tiveram de realizar 2 avaliações secundárias.

7. Debriefing: Após todos os participantes terem terminado a simulação reuniu-se o grupo (Enfermeiro-chefe, elementos da organização, participantes e vítimas) e discutiram-se os pontos mais relevantes.

Foi unânime a pertinência desde evento, onde todos verbalizaram como sendo uma lacuna nunca se ter experimentado a triagem de catástrofe em contexto simulado.

Outro elemento discutido foi a funcionalidade dos kits de catástrofe. A sua constituição foi gerada pelo GPT, mas neste simulacro foi visível a sua não funcionalidade. É constituído por muito material, que na confusão da avaliação primária, levou à perda de algum material e ao difícil acesso da folha de triagem e das pulseiras. Foi discutido o caso e fica estipulado que para uma futura ocasião este irá ser revisto e adequado à nossa realidade.

Em termos de organização, o grupo foi bastante elogiado quer pelos participantes quer pelos elementos de chefia. Tivemos a oportunidade de sermos observados pela Enfermeira Directora do Hospital assim como pelo Director Clínico do SU, que revelam satisfação pela atitude da organização de um simulacro, manifestando a sua importância assim como a sua repetição, mas agora tendo em conta a restante organização do SU face a uma situação de calamidade e incluir os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Apesar da simulação ter um carácter formativo e não avaliativo, o *feedback* do auditor externo foi bastante positivo, verbalizando que em regra, as triagens e os encaminhamentos para as respectivas áreas de atendimento foram bem executadas.

A grande conclusão que se conseguiu obter foi que o sentimento dos participantes foi unânime: se acontecesse hoje uma catástrofe a sua actuação irá ser diferente se esta tivesse acontecido ontem...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfermagem é uma profissão onde o conhecimento, competências e atitudes têm de ser constantemente contextualizadas e adaptadas à realidade do momento e da situação em que a pessoa está envolvida. É neste processo de construção de práticas de cuidados que se vão desenvolvendo os conhecimentos avançados e as competências profissionais.

Com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados, decidi envergar pela concretização de um Mestrado. Neste contexto e no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica emerge este relatório que traduz então um “arrumar de ideias” das vivências decorridas durante estes meses de trabalho, assim como das pesquisas bibliográficas efectuadas.

A fim de aumentar a autonomia e confiança na actuação perante este tipo de situação e de modo a garantir maior segurança, cuidados de excelência, referenciais claros para a avaliação do trabalho desenvolvido e inovação na prática clínica, realizaram-se três ensinamentos clínicos e delinearam-se 5 grandes objectivos. A efectivação dessas experiências, a sua descrição e análise reflexiva permitiram, por sua vez, atingir a totalidade dos objectivos propostos: desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados de enfermagem na gestão de doentes críticos em situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas.

É do conhecimento comum que um serviço de urgência funciona frequentemente nos limites das suas capacidades, colocando em causa qualquer elasticidade necessária para atender uma solicitação súbita do exterior envolvendo múltiplas vítimas. No entanto as catástrofes acontecem... e há que estar preparado para elas.

Desenvolver um plano de actuação compilando a informação indispensável num manual de consulta rápida, prático e dinâmico segurando que é ensaiado regularmente e adaptado à constante mudança do serviço, é a melhor maneira para uma preparação adequada face a uma situação de crise. Deve-se ter estratégias delineadas para superar as adversidades e compreender os diferentes

papéis que se podem abraçar perante uma situação de crise. Contudo, a formação, o treino e os *debriefings* devem fazer parte da realidade dos profissionais do SU, usando experiências reais para melhorar a prestação de cuidados. Assim, não é necessário esperar para uma situação real para perceber onde se pode melhorar. Existem muitas situações do dia-a-dia de um SU que podem ser usadas como cenário de treino e planeamento de estratégias.

Ao ter chegado ao final deste longo processo de aprendizagem pode dizer-se que a minha evolução profissional, e também pessoal, se deu de uma forma constante e consistente. Todos os locais de estágio trouxeram importantes contributos para a construção da minha prática especializada em geral, e particularmente na área que seleccionei para tema do relatório.

Importa ressaltar algumas limitações do presente relatório, que se prendem com a dificuldade na escolha de um hospital com o PEE actualizado e pronto a ser usado. A realidade encontrada é que não existe preparação conveniente dos profissionais de saúde para utilizarem o PEE. Esta realidade traduz a insegurança dos profissionais de saúde nos 3 locais de estágio que frequentei, relativamente ao tema da catástrofe.

Outra limitação que no final se traduziu num enorme ponto positivo, foi a estruturação de um simulacro. Tal como já referi, este evento foi pioneiro quer no SU quer pela parte organizacional que me competiu estruturar. Contudo e graças ao trabalho de equipa desenvolvido por todos os elementos intervenientes, o projecto mostrou-se um sucesso.

Os aspectos positivos do trabalho realizado prenderam-se com a possibilidade de desenvolver e aplicar os diferentes conhecimentos teóricos e práticos no contexto do doente crítico e a prestação de cuidados de enfermagem de uma forma mais diferenciada de modo a aumentar os conhecimentos, sempre com vista ao desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Este conceito espelhou-se nos 3 campos de estágio.

Em termos de desempenho a nível de prática clínica, o quadro de referência norteador foi o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patricia Benner (2001), que perspectivou o desenvolvimento de competências e de perícia de enfermeiro especializado, de forma progressiva e sedimentada. Foi

meu objectivo que, através de todo o trabalho desenvolvido no decorrer do trabalho de campo, se desenvolvessem competências de nível proficiente/perito.

O conhecimento perito é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento (Benner, 2001). Ou seja, nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão é obtido dentro das salas de aula. É na experiência profissional que nos tornamos competentes e é nos momentos reflexivos que tomamos consciência da aprendizagem. O diálogo com os colegas e a partilha de experiências tornam-se fundamentais para o crescimento contínuo a nível pessoal, profissional e para o grupo em que estamos inseridos.

A possibilidade de reflectir e repensar esta experiência fez-me ver o quão importante ela foi para o meu percurso profissional. A própria experiência que este Mestrado em Enfermagem me tem proporcionado faz-me pensar, crescer e tomar consciência das experiências vividas e o modo com respondo actualmente às vivências profissionais.

Para a manutenção de um nível de excelência nos cuidados de enfermagem é imprescindível a actualização de conhecimentos, particularmente através da contínua formação profissional. A sustentação da prática em protocolos de actuação baseados na evidência científica contribui igualmente para atingir um elevado patamar de diferenciação, assegurando uma uniformização dos cuidados e garantindo a segurança dos mesmos.

Espero que o desenvolvimento deste trabalho seja apenas o começo de uma nova era de treinos e simulações com o grande objectivo de estarmos cada vez mais preparados para dar respostas à nossa população de forma a serem conseguidos ganhos efectivos em saúde. Isto porque é na procura incessante de um patamar superior na qualidade de cuidados que se fundem os vários domínios de intervenção do Enfermeiro ao doente em estado crítico.

A perita tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. (...) ela gere a partir de uma compreensão profunda da situação global ” Benner (2001: 58).

BIBLIOGRAFIA

- Autoridade Nacional de Protecção Civil (2008). *Plano especial de emergência de risco sísmico da área metropolitana de Lisboa e concelhos limítrofes: Versão de Trabalho*. Acedido a 09/09/2012 disponível em: http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PEERS_Versao_para_Consulta_Publica.pdf.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2010) – *Sinistralidade Ano 2010: Observatório de segurança rodoviária*. Acedido a 10/09/2011 disponível em: <http://www.ansr.pt/>.
- Baker, D. & Refsgaard, K. (2007). Institutional development and scale matching in disaster response management. *El Servir*, 63, 331-343.
- Blenkharn, A.; Fraughnan, S. & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive critical care nursing*. 18(6), 332-341.
- Benner P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (2011). *Recomendações em prevenção e controlo de infecção - Higienização das mãos*. Lisboa: Comissão de controlo de infecção-Recomendação nº7.
- Chaves, C. (2004). Competências/sinergias das equipas de saúde, *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 Anos*, 30, 252-254. Acedido a 08/05/2011 disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/447/1/Compet%c3%aancias%20sinergias.pdf>.
- Cox, E. & Briggs, S. (2004). Disaster Nursing: New Frontiers for Critical Care. *American Association of Critical-Care Nursing*, 24(3): 16-22. Acedido a 22/06/2011 disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/3/16.full.pdf+html?sid=02311e20-e5d7-480a-a621-e2bd98b69a4a>.
- Decreto-Lei n.º 220/2007 de 29 de Maio. *Lei Orgânica do INEM*. Diário da República, 1.ª série – N.º103, 3513-3516.
- Diogo, C. (2007). *Impacto da relação cidadão: Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das Urgências do SNS* - Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Acedido a 25/04/2012, disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/>.
- Direcção Geral da Saúde. Direcção de serviços de Planeamento (2001). *Rede Hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido a 23/04/2012, disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%3%87%3%83O%20DE%20URG%3%8ANCIA%20EMERG%3%8ANCIA.pdf>.

- Direcção Geral da Saúde (2003). Circular normativa N^o9: A dor como 5^o sinal vital. *Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa. Acedida a 08 de Dezembro 2011, disponível em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf.
- Direcção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 05 de Janeiro 2012, disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Direcção Geral da Saúde. (2010). *Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde: Orientação Número 007/2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Janeiro 2012, disponível em: <http://www.dgs.pt/>.
- Direcção Geral do Ensino Superior. *Processo de Bolonha, objectivos e linha de acção: Descritores de Dublin*. Acedido a 30/03/2011 disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/D descritores+Dublin/>.
- Erdmann A., Andrade S., Mello F. & Meirelles S. (2006). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enferm.*, 15(3), 483-491. Acedido a 01/04/2012 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). *Regulamento dos Cursos de Mestrado*. Lisboa. Acedido a 02/04/2012 disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584ED104B77B7BA8DD9A4B0EBB2/2117/RegulamentoMestrado_30Nov2011.pdf.
- Fertagus (2009). *Relatório de contas*. Acedido a 03/05/2011 disponível em: http://www.fertagus.pt/cache/bin/XPQCZdQXX4791_uF1cvUYxEZKU.pdf
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galinha, F. (2009). Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num serviço de urgência na relação com a família do utente. *In: Da investigação à prática de enfermagem* (pp. 49-57). Porto: Linha de investigação de enfermagem da família.
- Grupo Português de Triage (2002). *Triage no serviço de Urgência - Manual do formando*. Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel I., Reeves, S. & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no.9, *Medical Teacher*, 29, 735-751.
- Henriques, J. (2009). *Da emergência à catástrofe*. Lisboa: Scribe.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2007) – *Manual do curso de abordagem e gestão de situações de excepção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Instituto Nacional de Estatística (2001) – *Censos 2001: Resultados preliminares Região de Lisboa e Vale do Tejo. Anuário Estatístico da Região de Lisboa*. Acedido a 09/09/2011 disponível em:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Vz_jwyH46jsJ:www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui%3D91927%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+censos+2001+almada&hl=ptPT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGESjzLmieq9NlsV0pw2kTR52nhc_HR2C-bW93i0S-fpti2-Z6x9n1b6wn9WpPLbWFKFNzmyo09OVQRvWT09fEYUjCSzbO-2yxbxVpmZBMnbC6fOxlewnSSk17awQOiDqDrIGi6XeE&sig=AHIEtbRH9NTEtWaf2yCptvwz2IVID2fkYg.
- Jennings-Sanders, A. (2003). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nursing Education in practice*, 4, 69-76.
- Jennings-Sanders, A., Frisch, N., & Wing, S. (2005). Nursing students' perceptions about disaster nursing. *Disaster Management Response - Educator's Forum*, 3(3), 80-85.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for holistic care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho. *Lei de Bases da Protecção Civil*. Assembleia da República n.º126 – I Série. (4696-4705).
- Meia Maratona de Lisboa (2010). *Meia Maratona de Lisboa*. Acedida a 01/Maio/2011 disponível em: <http://www.meiamaratonadelisboa>.
- Ministério da Saúde (2007). *Proposta da rede de urgência - Relatório final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência*. Acedido a 25/04/2012, disponível em:
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ED3FB0EC-45B7-4C27-AB7E-04DB36B21D5D/0/PropostaFinalComissao.pdf>.
- Morton, P. & Fontaine D. (2007) *Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística*. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Musson, M. & Helmreich, R. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. *Spring*, 5(1), 25-35. Acedido a 22/06/2011 disponível em:
<http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/HelmreichLAB/Publications/pubfiles/musson-hhpr.pdf>.
- Hospital Garcia de Orta (2011). Norma de Procedimento Serviço de Urgência Geral n.º68/08: *Gestão da Urgência Geral em Situação de Catástrofe Externa*. Elaborada a 17/01/2008, última revisão a 17/08/2011.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Santos, M., Andrade, L. (2009). Atitudes do Enfermeiro face à família nos CSP - Validação da escala IFCE -

AE. *In: Da Investigação à prática de Enfermagem* (pp. 34-48). Porto: Linha de investigação de Enfermagem da Família.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. [Brochura] Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2003) – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enfermagem no Pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar*. Acedido a 12/09/2011, disponível em:
<http://www.ordemdosenfermeiros.pt/tomadasdeposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Mundial da Saúde. *Espaço Cidadão*. Acedido a 22/06/2011 disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialdaSaude2008.aspx.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Acedido em 21/10/11, em
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido a 09/09/2011 disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa. Acedido a 09/09/2011 disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) *Transporte de Doente Críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Acedido a 25/10/2011, disponível em:
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- Pereira, M. F. (2009). *CSI Catástrofes*. Porto: Edições Fernando Pessoa.
- Ponte, S. (2007). Preparados para uma catástrofe? - Conhecimento dos enfermeiros de urgência para uma catástrofe. *Jornal do centro*, pp. 12-13. Acedido a 10 de Janeiro 2012 na intranet do Centro Hospital de Lisboa.
- Powers, R. (2010). Introduction to disasters and disaster nursing. In R. Powers, *International Disaster Nursing* (1-12). Cambridge University Press.

- Pudas-Tahka, S.; Axelin, A.; Aantaa, R.; Lund, V. & Salanterä, S. (2008). Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 65(5), 946-956.
- Ruivo, A, Ferrito, C., E Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*,15, 1-37.
- Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil (2003). *Relatório final do estudo de risco sísmico da área metropolitana de Lisboa e concelho limítrofes*. Lisboa.
- Secor-Turner, M., & O'Boyle, C. (2006). Nurses and emergency disaster: What is known. *Association for professionals in infection control and epidemiology, Inc*, 34(7), 414-420.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82. Acedido a 02/04/2012 disponível em: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf.
- Silva, A.M. (2009). Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de Catástrofe. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido a 10/04/2012, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>.
- Soares de Oliveira, M.R.C. (2007). *A emergência médica em eventos com multidões. Do planeamento aos resultados. Experiência do EURO™ 2004*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de emergência. Porto: Universidade do porto – Faculdade de Medicina. Acedido a 10/09/2011 disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22242/2/DISSERTA%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20%20Miguel%20Oliveira.pdf>.
- Society of Trauma Nurses Advanced Care for Nurses (2008). *Advanced Trauma Care for Nurses*. Kentucky: Uniform Copyright Convention.
- Usher, K., & Mayner, L. (2011). Disaster nursing: A describe survey of Australian undergraduate nursing curricula. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 75-80.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wikipédia (2012) A enciclopédia livre: Grande Área Metropolitana de Lisboa. Acedido a 29/05/2012, disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Grande_%C3%81rea_Metropolitana_de_Lisboa.
- Wise, G. (2007). Preparing for disaster: A way of developing community relationships. *Disaster Management Response*, 5(1), 14-17.

ANEXOS



ANEXO 1: Cronograma dos estágios



- CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS -

Mês	Janeiro					Fevereiro		
Semana	03 - 08	09 - 15	16 - 22	13 - 29	30 - 31	01 - 05	06 - 12	13 - 19
Local de Estágio	Serviço Urgência Geral – Área da Grande Lisboa							

Mês	Fevereiro		Março				
Semana	23 - 26	27 - 29	01 - 04	05 - 11	12 - 18	19 - 25	26 - 31
Local de Estágio	Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgico – Área da Grande Lisboa						

Mês	Abril			Julho
Semana	10 - 15	16 - 22	23 - 27	05
Local de Estágio	Serviço de Urgência Geral do Distrito de Setúbal			Simulacro

ANEXO 2: Questionário aplicado aos enfermeiros do SUG



- QUESTIONÁRIO SOBRE A CATÁSTROFE -

No âmbito do curso Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica, pretendo realizar este questionário de modo a analisar o grau de conhecimento dos Enfermeiros da Urgência Geral [REDACTED] relativamente ao plano de emergência da instituição.

Por considerar a sua opinião muito importante, peço-lhe que responda de forma sincera às questões colocadas. Os questionários são anónimos, sendo que as suas respostas irão apenas ser usadas para o estudo em questão.

Assim, a primeira página apenas serve para caracterização dos participantes. Deve ser preenchida nos espaços para o efeito e através de um (X) no quadrado que corresponde à sua situação. O questionário da página seguinte também deve ser preenchido assinalando com um (X) no quadrado que mais se adequa para a realidade do seu serviço de urgência.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e tempo despendido. Muito obrigada.

GÉNERO: Masculino
Feminino

IDADE: _____ Anos

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Tempo Total de Profissão: _____ Anos _____ Meses

Tempo Actual neste Serviço: _____ Anos _____ Meses

Vínculo à Instituição: Quadro da Função Pública
Contrato a tempo certo
Contrato a tempo incerto
Contrato a tempo indeterminado
Prestação de serviços
Outro

Categoria Profissional: Enfermeiro
Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Especialista

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Bacharelato
Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

	Sim	Não
1. Durante a sua formação de base foi abordada a problemática da catástrofe?		
2. Durante a sua formação de base treinou alguma situação relacionada com emergências multi-vítimas ou catástrofe?		
3. Faz parte da chefia das equipas de enfermagem?		
4. Conhece o plano de emergência do seu hospital?		
5. Alguma vez fez formação sobre o plano de emergência?		
6. Conhece o plano de evacuação do seu serviço?		
7. Sabe onde se encontram os contactos telefónicos de todos os funcionários do serviço de urgência (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Administrativos)		
8. Sabe como fazer para desligar ou ligar as fontes de energia eléctrica?		
9. Identifica com facilidade os meios de extinção de fogo?		
10. Sente-se preparado para os usar?		
11. Sente que conhece o seu Hospital por inteiro?		
12. Sabe que entidades internas e externas tem de contactar em caso de calamidade?		
13. Existem recursos materiais específicos para usar em caso de catástrofe?		
14. Já frequentou no hospital, algum programa de sensibilização para a actuação em caso de catástrofe?		
15. Já frequentou algum curso fora do hospital que incluísse planos de treino em situação de emergências multi-vítimas ou catástrofe?		
16. No seu local de trabalho, faz triagem de Manchester?		
17. Alguma vez teve necessidade de implementar a triagem de catástrofe?		
18. Já fez algum treino sobre a triagem de catástrofe?		
19. Já participou em alguma simulação de situação de catástrofe?		
20. Sente-se preparado para actuar em caso de catástrofe?		

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO 3: Acção de formação (SUG)



CATÁSTROFE E MULTI-VÍTIMAS

CÉLIA MARÇAL

FEVEREIRO 2012

Docente: Professora Maria Teresa Leal

Orientador de Estágio: Enf.ª Paula Batista

PROBLEMÁTICA

- O **Enfermeiro** do SUG perante uma catástrofe:
 - Qual é o meu **papel**?
 - Que fazer** perante uma situação de catástrofe ou multi-vítimas?
 - Que **recursos** temos disponíveis?

SUMÁRIO

- 1. Revisão da Literatura;
- 2. Planos de Emergência;
- 3. Intervenções do Enfermeiro;
- 4. Resultados dos questionários;
- 5. Considerações finais;
- Referências Bibliográficas.

OBJECTIVOS

- Identificar os pontos do Plano de Emergência Externa (PEE) mais relevantes para o Enfermeiro;
- Dar a conhecer ao Enfermeiro do Serviço de Urgência (SU) como actuar em situação de catástrofe;
- Revelar os resultados dos questionários realizados (2012) e fazer uma comparação com resultados anteriores (2007).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Catástrofe

Evento súbito que gera um número de vítimas superior àquelas que os meios locais disponíveis conseguem gerir usando os procedimentos habituais. Requer a adopção de medidas excepcionais de emergência e uso de recursos adicionais ou extraordinários.

(World Health Organization, 2007)

1. REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente os enfermeiros estão ligados à prestação de cuidados durante situações de crise:

- **Florence Nightingale** na Guerra da Crimeia;
- Tsunami Asiático de 2004;
- Katrina de 2005;

Em Portugal:

- Desastre aéreo de Faro em 1992;
- Acidente de autocarro na A23 em 2007;
- Acidente em cadeia na A25 a Agosto de 2010

1. REVISÃO DA LITERATURA

Um caso de catástrofe não acontece com frequência, assim, a única forma de o pessoal adquirir a necessária **experiência** para lhe fazer face é tomar parte em **exercícios de treino**.

A **formação** e o treino devem ser uma prioridade na certificação do hospital, centrado e dinamizado no **serviço de urgência** e em articulação com o **pré-hospitalar**.

(Henriques, 2009)

1. REVISÃO DA LITERATURA

Formação académica na catástrofe:

- **Austrália:** as escolas dão uma importância mínima à problemática;

(Usher & Mayner, 2011)

- **Reino Unido:** defendem que a aprendizagem e treino para a enfermagem revelam uma ferramenta indispensável e traduz resultados benéficos para o futuro profissional, responsabilizando-o e tornando-os mais competentes;

(Jennings & Sanders, 2008)

1. REVISÃO DA LITERATURA

Formação académica na catástrofe:

- **EUA:** É prática comum a formação de profissionais qualificados e o treino entre os vários agentes.

"Uma escola de enfermagem e uma pequena Universidade do estado de Kentucky, formou novos elementos juntamente com a comunidade num exercício comum (...) permitiu estabelecer relações entre os 3 intervenientes, relatando positivamente todo o exercício e treino realizados"

(Wise, 2007, p. 12)

1. REVISÃO DA LITERATURA

- Em **Portugal** o grande marco foi o **EURO™ 2004**, com a necessidade de um planeamento exaustivo, com treinos e simulacros envolvendo um grande número de entidades do Plano Nacional de Emergência.
- Este evento traduziu um enorme **avanço e melhoria** dos planos de emergência das várias entidades reguladoras (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Protecção Civil (PC), Instituições Hospitalares).

(Socors de Oliveira, 2007)

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- **Plano Nacional de Emergência:** Documento basilar das acções de Protecção Civil que permite estruturar a resposta dos seus agentes

(INEM, Direcção Geral da Saúde, Autoridade Nacional de Protecção Civil, Bombeiros Voluntários, Cruz Vermelha Portuguesa, Forças Armadas, Instituto Português de Sangue, Instituto Medicina Legal, INFARMED, Instituto de Protecção e da Produção Agro-Alimentar)

(MCAGE, 2007)

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- **INEM:** Função de **coordenação** do Sistema Integrado de Emergência Médica, no quadro do qual se inclui toda a actividade de urgência-emergência.

(Lei Orgânica do INEM, 2007)

- **PC:** Tem como finalidade **prevenir** e **atenuar** os riscos colectivos e inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe; **socorrer** e assistir as pessoas e outros seres vivos em perigo; **proteger bens** e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público; Apoiar a **reposição da normalidade** da vida das pessoas em áreas afectadas por acidente grave ou catástrofe

(Lei de Bases de Protecção Civil, 2004)

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- **Hospital:** Cabe ao hospital a **recepção** das vítimas e o seu **tratamento definitivo**. Sendo o serviço de urgência o lugar-chave da resposta institucional, cuja importância justifica uma abordagem específica centrada num Plano de Emergência.

(MARTINS, 2009)

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- Plano de emergência hospitalar deve estruturar a possibilidade de rapidamente **aumentar a sua capacidade de resposta**;
- Cada instituição deve ter o seu **próprio manual** com o plano de catástrofe facilmente identificável e contendo as normas de actuação.

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- A **Direcção Geral de Saúde** (2010/007) estipula **4** principais pilares do planeamento e preparação de um PEE:
 1. **Organização e Gestão**
(estabelecer meios de resposta);
 2. **Recursos Humanos**
(constituição das equipas de intervenção);
 3. **Prestação de Cuidados**
(mobilização dos vários departamentos);
 4. **Recursos Gerais**
(identificação e avaliação de riscos potenciais: Risco Nuclear Radiológico Biológico e Químico (NRBQ); Plano de Emergência Interna (Incêndios).

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- Outro ponto fundamental no plano de emergência (PE) é a construção do **Gabinete de Crise** (GC):
 - Determina a **activação e desactivação** do PE;
 - Centraliza as **disponibilidades** dos meios;
 - Faz um recenseamento das **necessidades**;
 - Identifica e distribui os **meios**;
 - Organiza o acolhimento e informação às **famílias**;
 - Mantém o **contacto** com as autoridades competentes (PC, INEM, etc.)
 - Assegura a **transmissão** de informação correcta quer interna, quer externamente

(DGS, 2010/007)

2. PLANOS DE EMERGÊNCIA

- **Protocolo** em caso de Crise:

- **Confirmar** o alerta;
- **Activar** o GC;
- **Contactar** BO, Serviço de Sangue, Imagiologia, laboratório, farmácia, etc.)
- Activar o protocolo com a **segurança e Autoridade Policial** local (garantir a circulação adequada de doentes, garantir o acesso das ambulâncias e pessoal de chamada);
- Avaliar as **disponibilidades de camas** (saída antecipada de doentes internados);
- Assegurar a **continuidade das equipas**.

- (DSG 2010/007)

3. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

- Operacionalização da **Activação do Plano**;
- **Notificação** – responsáveis e equipas;
- **Evacuação** do SU (em colaboração com a equipa médica);
- **Encerramento de acessos** (em colaboração com a segurança e autoridades policiais)
- Activação das equipas de **Triagem** (com os Kits de triagem de catástrofe – deverá ser feita no exterior do edifício);
- Abertura dos **armários de catástrofe** (rampas de O2 e ar comprimido e Kits de catástrofe);
- Alerta aos **restantes serviços** do hospital.

DIRECÇÃO DE SERVIÇO







BALCÃO GERAL



BALCÃO GERAL



- 2 Cateteres centrais de triplo lumens;
- 3 Sistemas de Soro;
- 3 Torneiras de 3 vias;
- 3 Prolongamentos de 25mm;
- 1 Campo com buraco;
- 1 Campo sem buraco;
- 4 Pacotes de compressas esterilizadas 10*10;
- 1 Agulhas IM; Diluição, SC, EV;
- 2 pares de luvas esterilizadas nº6.5, 7, 7.5, 8;
- 2 Seringas de 20cc, 10cc, 5cc;
- 2 Mepore 15*10;
- 2 Sedas 2/0;
- 1 Pinça de dissecação sem dentes e 1 porta agulhas;
- 1 Lamina n.º24;
- 3 Fios de cateteres;
- 1 SF 100ml

BALCÃO GERAL



- 1 SNG Ch16;
- 1 Saco colector;
- 1 Seringa Vesical;
- 2 pares de luvas médias não esterilizadas;
- 1 Sonda de aspiração (Yankaeur);
- Rolo tubo tygon 7mm;
- Rolo tubo tygon 3mm;
- Fita de nastro;
- 1 Tubo endotraqueal n.º 6,5; 7; 7,5; 8;
- 1 Seringa 10ml;
- 3 Sondas de aspiração Ch14;
- 1 Insuflador manual, máscara facial n.º 5 e filtro;
- 2 pilhas alcalina;
- Cabo de laringoscópio com lâminas n.º 1, 2, 3, 4;
- Estetoscópio;
- Tubo de Guedell n.º 2,3,4;

BALCÃO GERAL



- 10 Compressas 10*10;
- 1 Rolo de Mefix 15*1000;
- 5 Cateteres sem protecção Ch 16;
- 5 cateteres sem protecção Ch 14;
- 1 Tesoura

ATENDIMENTO GERAL



SALA DE ENFERMAGEM



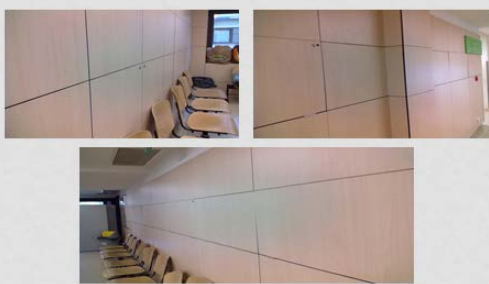
SALA DE ENFERMAGEM



SALA DOS MÉDICOS



SALA DE ESPERA



SALA DE ESPERA E HALL PRINCIPAL



ENERGIA ELÉCTRICA



4. QUESTIONÁRIOS

- Foi distribuído um questionário no período compreendido entre 9 de Janeiro e 2 de Fevereiro de **2012**. Numa população total de 67 enfermeiros responderam aleatoriamente 41 elementos (**amostra de 61%**).
- Foi distribuído um questionário, por uma enfermeira do serviço, no período compreendido entre 17 e 22 de Maio de 2007. Numa população total de 86 enfermeiros foi seleccionada uma amostra intencional de 74 enfermeiros (**amostra de 86%**).

4. QUESTIONÁRIOS

	Fonte, 2007	2012
Idade dos inquiridos	89% Situam-se até aos 35 anos	76% Situam-se até aos 35 anos
Tempo total de profissão	65% < 4 Anos 35% > 4 Anos	61% < 4 anos 39% > 4 anos
Tempo actual no serviço	42% Entre os 2 e os 4 anos	46% < 4 anos
PEE e PEI	69% Não conhece	66% Não conhece
Formação na área de catástrofe	72% Não tem formação na área Das 27% com formação - 60% foi realizada no [] 40% foi leccionada por []	61% tem formação 44% formação [] 51% formação externa
Participação em Simulacros	74% Respondem Não	39% responderam não
Triagem	72% Não têm conhecimentos (nesta altura não existia a triagem de Manchester)	71% fazem triagem mas nunca aplicaram a triagem de catástrofe

4. QUESTIONÁRIOS

- **Ainda a realçar:**
 - Relativamente à **formação académica**, depreende-se que **29%** dos inquiridos abordaram a temática da catástrofe, contudo apenas **7%** chegou a realizar **treinos** nesta área.
 - Dos inquiridos, 32% fazem parte da **chefia** das equipas de enfermagem, sendo a sua média de respostas afirmativas de **11,92**.
 - Os restantes 68% relativos aos "**não chefes**" apresentam uma média de respostas afirmativas na ordem dos **6,89**.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Deve-se ter **estratégias delineadas** para superar as adversidades e compreender os diferentes papéis que se pode abraçar perante uma situação de crise;
- A **formação**, o **treino** e os **debriefings** devem fazer parte da realidade dos profissionais do SU, usando experiências reais para melhorar a prestação de cuidados;
- O Enfermeiro tem um papel preponderante no planeamento e na efectivação de um PEE;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Do **questionário** depreende-se que os chefes de equipa têm um **maior conhecimento** acerca da temática comparativamente com os restantes elementos da equipa;
- Entre 2007 e 2012, a **maior evolução** foi a implementação da **triagem** de Manchester;
- Houve um **maior investimento** relativamente à **formação**, em que no ano de 2007 era de 27% e em 2012 sobe para os 61%.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção Geral da Saúde. (2010/007). *Guia Geral para a elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. Ministério da Saúde.
- Henriques, J. (2009). *Da emergência à catástrofe*. Lisboa: Lidel.
- Jennings-Stanley, A., Pison, N., & Wang, S. (Julho-Setembro de 2005). Nursing students' perceptions about disaster nursing. *Disaster Management Response - Educator's Forum*, 3, pp. 50-55.
- INEM. (2007). *Manual do Curso de Abordagem e Gestão de Situações de Excepção*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. (3 de Junho de 2006). Lei de bases da protecção civil. Lei n.º 27/2006. Artigo 1º, ponto 1, pp. 2495.
- Portugal. (29 de Maio de 2007). Lei Orgânica do INEM. Lei n.º 20/2007, pp. 3513-3514.
- Power, R. (2010). Introduction to disasters and disasters nursing. In R. Power, *International Disaster Nursing* (pp. 1-12). Cornwall: Unmesh Press.
- Ponte, S. (Agosto de 2007). *Preparados para uma catástrofe!* - Conhecimento dos enfermeiros de urgência para uma catástrofe. *Jornal do Centro*, pp. 12-13.
- Soares de Oliveira, M. (2007). *A emergência médica em eventos com múltiplas vítimas. Da planeamento aos resultados. Experiência do Euro TM 2004. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina de Emergência*. Porto: Universidade do Porto.
- Usher, K., & Mainer, L. (26 de Fevereiro de 2011). Disaster nursing: A descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *Australian Emergency Nursing Journal*, 14, pp. 75-80.
- Wise, G. (2007). Preparing for disaster: A way of developing community relationships. *Emergency Nurse Association*, 5, pp. 14-17.
- World Health Organization (2007). *Risk Reduction and emergency preparedness* p.9. WHO Press, Geneva, Switzerland. P.22

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

"A teoria sem prática é coxa, a prática sem teoria é cega!"

(Autor desconhecido)

ANEXO 4: Folha de triagem de catástrofe



DATA ___/___/200__

HORA ___h___

CASO N. _____

Folha de Triagem de Catástrofe
Serviço de Urgência Geral

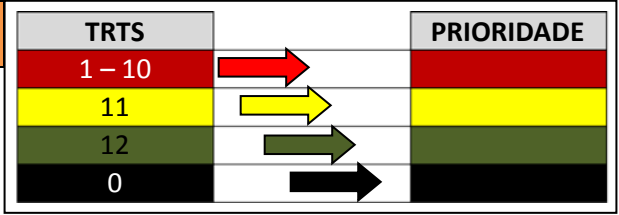
1 – Avaliação Primária

Anda	Sim	Verde
Respira após abertura da Via Aérea	Não	Preto
Freq. Respiratória	> 29 ou <10	Vermelha
Preenchimento capilar	> 2"	Vermelha
Freq. Cardíaca	>120 ou <60	Vermelha
		Amarela

Assinatura e N. mec. _____

Escala TRTS							
Escala de Comas de Glasgow	Abertura dos Olhos	Espontaneamente	4	Freq. Resp.	10 – 29	4	
		Voz	3		>29	3	
		Dor	2		6 – 9	2	
		S/ Resposta	1		1 – 5	1	
	Resposta Verbal	Orientada	5		PA SIST.	0	0
		Confusa	4			>90	4
		Inapropriada	3			76 – 89	3
		Imperceptível	2			50 – 75	2
	Resposta Motora	S/ Resposta	1		SCORE DE GLASGOW	1 – 49	1
		Ordem	6			0	0
Localiza		5	13 – 15	4			
Fuga		4	9 – 12	3			
Flexão		3	6 – 8	2			
	Extensão	2	4 – 5	1			
	S/ Resposta	1	3	0			

PRIORIDADE TRTS



2 – Avaliação Secundária

Hora	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS
Freq. Resp.												
PA Sistólica												
Glasgow												
	Total		Total		Total		Total		Total		Total	
Prioridade												
Assinatura e N. mec.												

Observações

ANEXO 5: Apresentação preparatória do simulacro





SIMULACRO: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Dia 5 de Julho de 2012

Horários:
9-11 horas
14-16 horas
16,30-18,30 horas

Departamento de Formação

Enfermeiros Triadores do Serviço de
Urgência Geral

Presença de auditor externo do GPT

Simulacro: Triagem de Manchester em
Situação de Catástrofe

OBJETIVOS DO SIMULACRO

- Testar em contexto simulado a metodologia de triagem em situação de catástrofe;
- Treinar os enfermeiros triadores da Urgência Geral na utilização da folha de triagem de catástrofe, em contexto simulado;
- Desenvolver o processo de tomada de decisão associado a uma metodologia de triagem numa situação de contingência como num cenário de catástrofe.

Simulacro: Triagem de Manchester em
Situação de Catástrofe

No final da ação os Triadores devem:

- Ficar familiarizados com a avaliação primária das vítimas numa situação de catástrofe;
- Conhecer e aplicar em lapsos a metodologia de avaliação secundária das vítimas numa situação de catástrofe;
- Conhecer os procedimentos gerais do serviço em situação de catástrofe especificamente em relação à triagem;
- Conhecer o conteúdo de um kit de catástrofe e como se utiliza.

Simulacro: Triagem de Manchester em
Situação de Catástrofe

Norma de Procedimento SUG N.º 68/08
Gestão da Urgência Geral em situação de catástrofe
externa



Fornecer orientações no sentido da organização do Serviço de Urgência, a fim de atuar em situação de catástrofe externa, da qual resulte um afluxo de vítimas superior ao normal.

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Norma de Procedimento SUG N.º 69/08

Orientações:

Recepção do alerta (em princípio na triagem) dos agentes de Proteção Civil e confirmação da informação recebida;

Avaliação do Nível da Catástrofe e capacidades internas para dar resposta ao incidente;

Reorganização do Serviço de Urgência

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Norma de Procedimento SUG N.º 68/08

Identificação das áreas de observação e tratamento:

- **Área Vermelha** (Sala Reanimação, Zona de espera de macas junto ao Atendimento de Enfermagem II);
- **Área Amarela** (Gabinete de Cirurgia e de Ortopedia);
 - **Área Verde** (a definir);
- **Área Preta** (Sala de Especialidades);

Definição do responsável pela primeira triagem e quem continua a triagem dos utentes não envolvidos na catástrofe;

Fornecer, à triagem, todo o material de registo necessário (Kit's de catástrofe);

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Norma de Procedimento SUG N.º 68/08

Identificação, com braçadeiras, todos os coordenadores das diferentes áreas de intervenção;

Garantir a circulação interna e externa das vítimas;

Encaminhar os familiares para o Gabinete de Informação e Comunicação (GIA).

Colaboração como Gabinete de Catástrofe/Crise

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Kit de triagem em situação de Catástrofe

Em situação de catástrofe, pretende-se triar uma vítima em **menos de um minuto**.



Este método permite a rápida identificação das vítimas que estão em grande risco de vida/prioridade de tratamento.

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Kit de Catástrofe

Código de cores no processo de triagem

Primeira Prioridade	• Vítimas que apresentam sinais e sintomas que demonstram um estado crítico e necessitam tratamento imediato;
Segunda Prioridade	• Vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitam adiar a atenção e podem aguardar tratamento;
Terceira Prioridade	• Vítimas que apresentam lesões menores ou sinais e sintomas que não requerem atenção imediata;
Sem Prioridade	• Vítimas que apresentam lesões obviamente mortais ou para identificação de cadáveres.

Cada envelope é identificado com um **número**, esse número será a identificação do utente, querna pulseira, rótulos e/ou espólios. A folha de triagem e as requisições de análises e Rx também estarão identificadas pelo mesmo número. As pulseiras e os rótulos obedecem ao código de cores.

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Kit de Catástrofe

Composição do Kit de triagem

- Pulseiras (Vermelha, Amarela, Verde, Preta (marcado));
- Rótulos (Vermelho, Amarelo, Verde, Preto);
- Folha de Triagem;
- Requisição de análises, RX;
- Tubos para colheita de sangue (2 hemograma, coagulação, bioquímica);
- Sacos para espólios.

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Kit de Catástrofe

Encontra-se no armário da triagem: todo o material para triagem em situação de catástrofe:

- folhas de registo de ativação do plano de emergência e catástrofe;
 - kit's de catástrofe;
- braçadeiras para identificar os coordenadores das diferentes áreas de intervenção;
- auto-colantes para todos os elementos destacados para cada área de intervenção de acordo com as cores do setor.

Idealmente, os recursos humanos por setor são:

- **1 médico e 1 enfermeiro** para todas vítimas triadas verde;
- **1 médico e 1 enfermeiro** para cada **4 vítimas** triadas amarelo (reavaliação de 15 em 15 minutos);
- **1 médico e 1 enfermeiro** para **cada vítima** triada vermelho.

Simulacro: Triagem de Manchester em Situação de Catástrofe

Apresentação da Folha de Triage de Catástrofe

Simulacro: Triage de Manchester em Situação de Catástrofe

DATA: 16/02/2014
 HORA: 14:00

Folha de Triage de Catástrofe
Serviço de Urgência Geral

1 - Avaliação Primária

Anís: Não Sim Verde Amarelo
 Respira após abertura da Via Aérea: Não Não Preto
 Freq. Respiratória: Sim Não Vermelha
 Preenchimento capilar: Não Sim Vermelha
 Freq. Cardíaca: Não Sim Vermelha
 Amarelo Amarelo

Associação a N.º Mec: _____

2 - Avaliação Secundária

Item	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS	AV	TRTS
Freq. Resp.												
PA Sistólica												
Glascow												
Prioridade												

Associação a N.º Mec: _____

Escala TRTS

Item	Resposta	TRTS	PA Sist	GLASGOW
Abertura Espontaneamente	4	10 - 24	4	
Com Óculos	3	25	3	
Com Óculos	3	6 - 9	3	
Sí/Resposta	1	1 - 5	1	
Orientada	5	0	0	
Confusa	4	0	0	
Imperceptível	2	78 - 83	3	
Sí/Resposta	1	30 - 75	2	
Ordem	6	1 - 49	1	
Localiza	5	13 - 13	4	
Fuga	4	9 - 12	3	
Flexão	3	6 - 8	2	
Estendido	2	4 - 5	1	
Sí/Resposta	1	3	0	

PRIORIDADE TRTS
 TRTS 10 → PRIORIDADE Verde
 TRTS 11 → PRIORIDADE Amarelo
 TRTS 0 → PRIORIDADE Preto

Observações

Simulacro: Triage de Manchester em Situação de Catástrofe

ANEXO 6: Casos clínicos e caracterização dos participantes



CASOS CLÍNICOS E CARACTERIZAÇÕES



Caso 1 - A andar. Queixa-se de dor num braço - Verde

Caso 2 - De maca. Fala normalmente. Queixa-se de dor abd.

FR 24 ciclo/min. TPC 1 seg.
FC: 100bat/min - Verde



Caso 3 - De maca. Respiração ruidosa.

FR 6 ciclo/min. TPC 4 seg. FC 56 bat/min - Vermelha



Caso 4 - A andar. Queimaduras na face

FR 21 ciclo/min. TPC 1 seg.
FC: 98bat/min - Verde



Caso 5 – Cadeira de rodas. # Aparentes das pernas.

FR 24 ciclos/min; TPC 1 seg. FC: 96bat/min - Amarela



Caso 6 - A andar. Laceração do couro cabeludo originada por um tijolo

FR 24 ciclos/min. TPC 1 seg. FC: 100bat/min - Verde

Caso 7 - Maca. Ficou subterrado. Perna esq. amputada. Grita.

FR 36 ciclos/Min. TPC 6 seg. FC: 130bat/min - Vermelha





Caso 8 - A andar. Atingido por estilhaços de vidro - Verde



Caso 9 - Maca. # Exposta radio e cúbito.

FR 22 ciclos/min. TPC 1 seg.

FC: 112bat/min - Amarela



Caso 10 – Cadeira de rodas. Dor torácica, pálido, sem força para andar.

FR 28; TPC 1seg. FC:

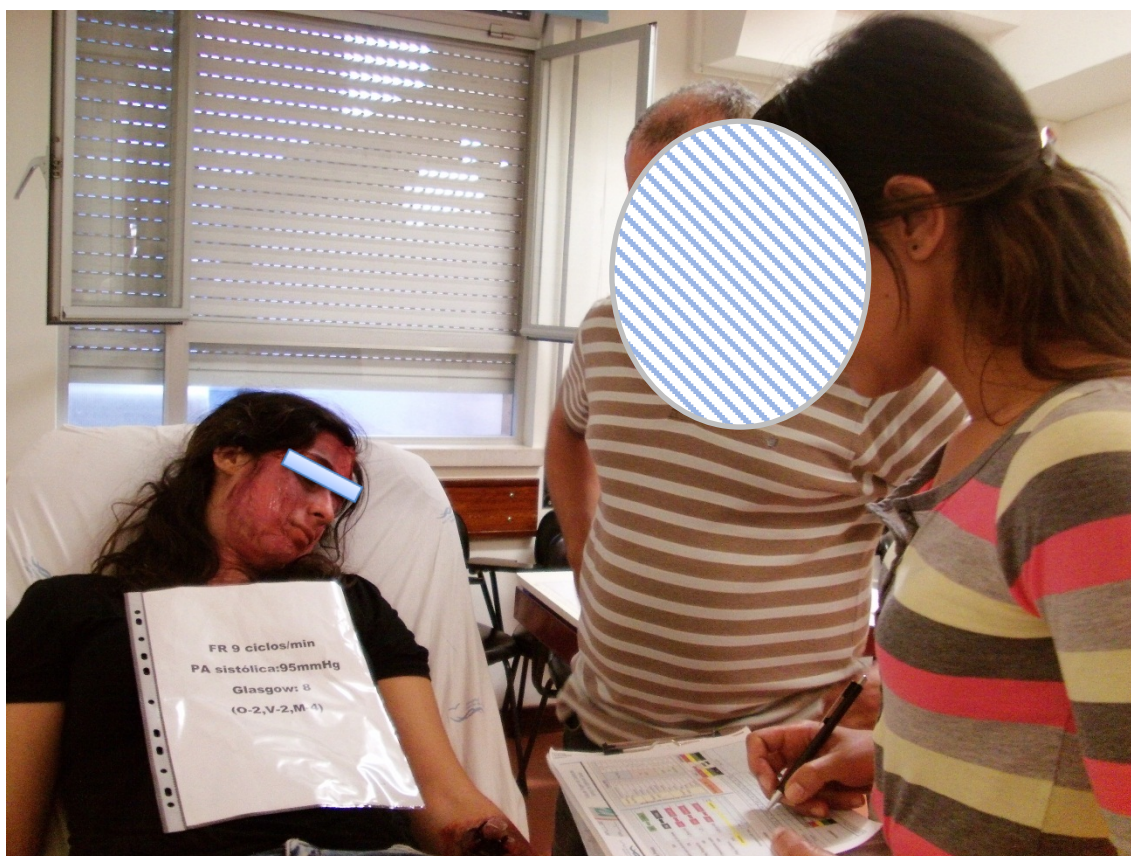
85bat/min - Amarela

PARTICIPANTES A REALIZAR A AVALIAÇÃO PRIMÁRIA





AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA



Os casos clínicos 4, 6, 9 e 10 pioraram o seu estado clínico e tiveram de ser submetidos a avaliações secundárias.

Grupo 1:

Avaliação primária

Casos: 1, 3, 4, 5, 10

Avaliação secundária

Casos 4 e 10

Grupo 2:

Avaliação primária

Casos: 2, 6, 7, 8, 9

Avaliação secundária

Casos: 6 e 9

ANEXO 7: Apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competências



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A aluna Rêcia ao longo do seu período de prática clínica no SUG do HSPX demonstrou grande capacidade de integração e trabalho na e com a equipa multiprofissional, adoptando sempre uma postura de grande disponibilidade e responsabilidade. Tere oportunidades de passar em vários setores do SUG como sejam a triagem, atendimento geral, balcão de trauma, balcão geral, pequena cirurgia e sala de recuperação, o que lhe permitiu o desenvolvimento de competências específicas à prática em situações críticas. Estas competências específicas evidenciaram-se por uma prestação de cuidados diferenciados em situações urgentes/emergentes ao doente/família, onde foi capaz de mobilizar e gerir conhecimentos e habilidades bem adquiridos e sustentados de forma a dar respostas eficazes e eficazes em tempo útil. Demonstrou grande sensibilidade para áreas como o contacto de dor e a comunicação interpessoal com a pessoa/família

Data:	Tutor	Assinatura	(cont.)
Data:	Orientador	<u>Rêcia</u>	
Data:	Estudante	<u>Rêcia Regina Tatiana França</u>	

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

estabelecendo de forma diferenciada a relação terapêutica com o paciente e com os seus cuidadores.
A sua área de especial atenção / interesse e desenvolvimento foi a área de catástrofe e emergência múltiplas vítimas onde, aplicou um questionário direcionado ao enfermeiro do SU que permitiu fazer diagnóstico de situação, sustentando o que se sabe bem como a pertinência do desenvolvimento desta área neste campo específico.
Conseguiu adquirir/desenvolver conhecimentos específicos neste área envolvendo e motivando a equipe de enfermagem para este trabalho, através de realidade de vários pontos de formação aos pares, tendo dado uma perspectiva real e prática do plano do SU. Teve ainda oportunidade de colaborar com o chefe das equipas, em alguns turnos, onde teve a perspectiva de gestão das equipas e serviços.
Por tudo isto, penso que a aluna terminou esta prática clínica atingindo a globalidade e de forma excelente os seus objetivos.

Data:	Tutor	Assinatura
Data:	Orientador	<u>Palmeira</u>
Data:	Estudante	<u>Cécilia Regina Ramos Pereira</u>

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O exercício da Enfermagem desenvolve-se sob duas grandes vertentes, a teórica e a prática. Embora parecendo opostas, têm uma forte relação de complementaridade, permitindo ao enfermeiro adquirir e aperfeiçoar competências de excelência para dar resposta às necessidades do utente, família, grupos e comunidade.

A obtenção do grau de mestre inscreve-se nesta linha, não devendo por isso, ser encarada numa perspectiva de uma meta atingida, mas sim num ponto de partida para a constante melhoria e personalização dos cuidados de enfermagem na sua globalidade.

A Sra. Enf.^a Célia Marçal, estabeleceu atempadamente os seus objectivos gerais e específicos, em concordância com o que é exigido no Guia de Orientação do estágio e tendo por base o seu projecto de estágio para o ensino clínico em Cuidados Intensivos. Este projecto e o seu cronograma de actividades, foi discutido previamente, de forma a adequar os seus objectivos á realidade do serviço e às expectativas da aluna.

Foi preocupação do enfermeiro orientador direccionar o estágio para a aquisição de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, em três grandes áreas, a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico neurocirúrgico, a gestão e a formação.

No que á prestação de cuidados de enfermagem diz respeito, a Sra. Enf.^a Célia Marçal, tendo por base as normas e protocolos de actuação do serviço, facilmente se integrou na equipa multidisciplinar, tendo oportunidade de ficar responsável pelo acolhimento ao utente e família, planeando, executando e avaliando os cuidados prestados. O carácter de imprevisibilidade do doente crítico deve ser sempre tomado em linha de conta. Desta forma e sempre que foi necessário, introduziu em tempo útil, as alterações ao plano de cuidados, adequando-o ás necessidades evidenciadas pelo utente. O seu elevado grau de conhecimentos, tantos teóricos como práticos, foram uma mais valia para o serviço.

Na área da gestão foi dada oportunidade de aprendizagem e aquisição de competências na gestão de stocks de material consumível, pedidos de farmácia e aprovisionamento, gestão de recursos humanos de enfermagem e assistentes operacionais, horários de trabalho, auditoria CIPE/SAPE aos registos de enfermagem, transferências de utentes para outros serviços, gestão de camas entre serviços de apoio a unidade, entre outros.

Na vertente da formação a Sra. Enf.^a apostou no trabalho autónomo. Na área de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, teve oportunidade de assistir á reunião dos elementos dinamizadores da CCI deste hospital, do qual faço parte.

Fez pesquisa, consulta e revisão bibliográfica relativa aos protocolos e procedimentos da UCIC e deste hospital, nomeadamente as boas práticas em:

- Prevenção da infecção do local cirúrgico;
- Lavagem das mãos;
- Prevenção da infecção associada ao Estafilococcus Meticilino-resistente;
- Prevenção da infecção associada á cateterização vesical;
- Prevenção e controlo da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao cateterismo central.

A estudante desenvolveu um trabalho francamente positivo, numa atitude que se pautou pela assertividade e pelo rigor técnico e científico.

Globalmente, todos os objectivos traçados foram atingidos, possibilitando o desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados de enfermagem á pessoa em situação crítica.

NOTA: Este documento, constituído por duas páginas, faz parte integrante da Ficha de Avaliação da aluna Célia Regina Matias Marçal, I Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica;

O Tutor: Nelson
O Orientador: Casimiro Correia
O Aluno: Célia Regina Marçal