



Flávio Manuel Madeira
Anacleto Patoleia

Relatório de Trabalho de Projeto

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
realizada sob a orientação científica da Docente
Orientadora Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Elsa Monteiro

Julho de 2016



Flávio Manuel Madeira
Anacleto Patoleia

Relatório de Trabalho de Projeto

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
realizada sob a orientação científica da Docente
Orientadora Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Elsa Monteiro

Setúbal
Julho de 2016

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato, Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora, Elsa Monteiro

Setúbal, de de

O único impossível é o que julgamos que não somos capazes de construir.

José Luís Peixoto

AGRADECIMENTOS

Com o aproximar do fim desta etapa académica, não poderia deixar de agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram para esta caminhada:

À equipa de saúde da UCI, pela sua colaboração e interesse;

À Enfermeira Inês Albuquerque pela orientação, apoio e ajuda a traçar o rumo;

À Enfermeira Elsa Monteiro pela orientação, apoio e leitura atenta;

À minha família e amigos pelo apoio incondicional e compreensão pelas minhas ausências;

A vocês Tânia, Lena e Sara pela ajuda e pelos risos que demos até nos momentos difíceis;

O caminho é sempre mais bonito quando é partilhado, Obrigado Cristina!

RESUMO

O presente relatório ilustra o trabalho desenvolvido ao longo do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da ESS/IPS, nomeadamente com a realização do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), sendo demonstrativo das aprendizagens proporcionadas pela realização dos estágios I, II e III na Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e do estágio de observação nos Cuidados Paliativos.

O PIS incidiu sobre a temática da Emergência/Catástrofe em Cuidados Intensivos. Com o objetivo de capacitar a equipa da UCI, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe, elaborou-se e divulgou-se um “Procedimento de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”. A realização do PIS assentou na metodologia de projeto, com o objetivo de formar e treinar a equipa da UCI na prevenção e preparação para as situações de emergência ou catástrofe.

Com o objetivo de adquirir/aprofundar as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa foi realizado um PAC. Na aquisição destas competências, constaram a realização de um “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”, que foi implementado a nível transversal no Centro Hospitalar, a elaboração de um artigo que incidiu na temática da comunicação em saúde, abordando a “Conspiração do Silêncio”, e a realização de um estágio de observação, onde se acompanhou uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Com a realização do mestrado, foi possível aliar a teoria e a praxis, apoiados na prática baseada na evidência, possibilitando o desenvolvendo das competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgico.

Palavras-chave: Emergência/Catástrofe; Preparação; Gestão de Risco; Metodologia de Trabalho de Projeto; Competências; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This report illustrates the developed work during the 4th Master in Medical-Surgical Nursing at the Health Superior School of the Polytechnic Institute of Setúbal, namely with the elaboration of the Intervention Project in Service (IPS) and the Clinical Learning Project (CLP), being a demonstration of the provided learning during the elaboration of stages I, II and III at the Intensive Care Unit (ICU) and the observation stage in Palliative Care.

The IPS is focused on the Emergency/Disaster in Intensive Care thematic. In order to enable the ICU team to act promptly, and using accepted standards at a national and international level in response to emergency/disaster situations, a “Procedure of action in case of Emergency/Disaster at the Intensive Care Unit” was developed and disclosed. The elaboration of the IPS was based on the project methodology in order to educate and train the ICU team in prevention and preparation to emergency or disaster situations.

In order to acquire/deepen the Specific Skills of Specialist Nurses in Nursing a Person in Critical and/or Chronic and Palliative Situation it was elaborated a CLP. In these skills acquisition, it was elaborated a “Procedure to prevent the infection associated with urinary catheterization of short time on an adult person”, implemented on a transverse level at the Hospital Center, the preparation of an article which focused on the thematic of communication in health, addressing the “Conspiracy of Silence”, and the elaboration of an observation stage, where a Intra-Hospital Team of Support in Palliative Care was accompanied.

With the Master's degree elaboration, it was possible to combine theory and praxis, supported by practice based on evidence, enabling the development of common skills, specifics and of master in medical-surgical nursing.

Key-Words: Emergency/Disaster; Preparation; Risk Management; Project Work Methodology; Skills; Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE SIGLAS

CGR – Comissão de Gestão de Risco

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FMEA – *Failure Mode and Effects Analysis*

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local do Controlo de Infeção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos

ICN – International Council of Nurses

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Pag.

Figura 1 – Continuum de Gestão na Catástrofe	30
Figura 2 – Organograma de Estrutura da Organização para a Emergência	35
Gráfico 1 – Frequência da Formação	65
Gráfico 2 – Avaliação da Formação	65
Gráfico 3 – Avaliação do Formador	66

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Classificação das emergências por tipo	36
Tabela 2 – Classificação das emergências por tipo, localização e gravidade	38
Tabela 3 – Classificação por grupos assistenciais	42
Tabela 4 – Classificação da prioridade de evacuação	43
Tabela 5 – Modelo sistemático de evacuação	44

Índice:

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	18
1.1 A Enfermagem e a Qualidade em Saúde.....	18
1.2 Teoria de Enfermagem: Myra Levine	23
1.3 Emergência/Catástrofe em Meio Hospitalar	26
1.4 Plano de Emergência Interno do Centro Hospitalar	31
1.5 Considerações Sobre Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos.....	39
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	45
2.1 Diagnóstico de Situação	46
2.2 Planeamento	52
2.3 Execução	60
2.4 Avaliação e Divulgação	63
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	68
3.1 Diagnóstico de Situação	68
3.2 Planeamento	71
3.3 Execução e Avaliação	72
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DESENVOLVIDAS.....	83
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	83
4.2 Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	90
4.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.....	99
5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA.....	105
6. CONCLUSÃO	118
7. REFERÊNCIAS	122

Anexos e Apêndices:

Anexo I - Fluxograma de Atuação Perante Emergência/Catástrofe Interna	134
Anexo II - Instruções para Utilização de Telefone de Emergência Interno	135
Anexo III - Registo de Chamadas para o Telefone de Emergência Interno	137
Anexo IV - Normas Gerais de Atuação Contra Incêndio no CH	138
Anexo V - Normas Gerais de Atuação em caso de Evacuação	139
Anexo VI – Autorização para realização do PIS.....	140
Anexo VII – Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	141
Anexo VIII – Curso de Auditoria Clínica: Uma Ferramenta para a Qualidade dos Cuidados.....	143
Anexo IX – Curso de Morte Cerebral-Morte do Tronco Cerebral-Morte do Indivíduo	144
Anexo X – Curso de Suporte Avançado de Vida.....	145
Anexo XI – Exercício Setlog – Azeitão 2015	146
Anexo XII – Curso de Trauma	147
Apêndice I – Ficha de Diagnóstico de Situação do PIS	148
Apêndice II – Questionário sobre atuação em caso de emergência/catástrofe.....	153
Apêndice III – Pedido de Autorização para Realização do PIS	158
Apêndice IV – Consentimento informado	159
Apêndice V – Tratamento e Análise dos Dados do Questionário Sobre Atuação em caso de Emergência/Catástrofe	160
Apêndice VI – Failure Mode and Effects Analysis	184
Apêndice VII – Planeamento do PIS.....	186
Apêndice VIII – Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH ..	196
Apêndice IX – Plano da sessão de formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI.....	211
Apêndice X – Formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI.....	213
Apêndice XI – Artigo sobre “Atuação em Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos”	222
Apêndice XII – Planeamento do PAC.....	234
Apêndice XIII – Procedimento para Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta	238
Apêndice XIV – Grelha de Auditoria do Procedimento para Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta	248
Apêndice XV – Folheto “Cuidados à Pessoa Com Cateter Vesical (Algália)”	256

Apêndice XVI – Fluxograma “Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo.....	
Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta”	258
Apêndice XVII – Relatório de Estágio de Opção: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	259
Apêndice XVIII – Artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”	271

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente documento surge no âmbito da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, decorrente da frequência no 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

No artigo 18.º, o número 4 do Decreto-Lei (DL) n.º 115/2013 de 7 de Agosto, é referido que “no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (DL 115/2013, p. 4762). Neste sentido, e tendo por base a finalidade do curso de “Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade” (ESS/IPS, 2015, p.5), foram realizados três estágios, e no decorrer dos mesmos realizados um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), baseado na metodologia de projeto, e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), pois tal como previsto no documento anteriormente referido, “Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados” (DL 115/2013, p. 4762).

Os estágios foram realizados predominantemente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar (CH), por permitir o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no domínio da enfermagem médico-cirúrgica. Os estágios realizados dividiram-se em estágios I, II e III, divididos da seguinte forma: Estágio I – 108 horas, Estágio II – 324 horas, e estágio III – 432 horas, e foram orientados por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica que exerce funções na UCI, a Enfermeira Especialista IA, com a supervisão da Professora Elsa Monteiro, professora da ESS/IPS e também enfermeira especialista e mestre na mesma área (ESS/IPS, 2014a, 2014b, 2015).

No decorrer dos estágios procederam-se às fases do diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação de um PIS denominado “Procedimento de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”.

Com a elaboração deste PIS procuramos responder ao seguinte objetivo geral: Capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

A realização do PIS foi assente na metodologia de projeto, que segundo Leite e Santos (2004, p.1), esta “centra-se na pesquisa temática no terreno e/ou na resolução de problemas, pretende introduzir uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática”. A Metodologia de trabalho de projeto utiliza um conjunto de técnicas e procedimentos para estudar qualquer aspeto da realidade social, permitindo prever, orientar e preparar o percurso ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (Leite, Malpique e Santos, 1993).

Iniciou-se o PIS pela fase do diagnóstico de situação, com a realização de entrevistas não estruturadas, e procedeu-se posteriormente à realização de questionários aos enfermeiros do serviço onde o PIS iria incidir, a UCI, e por fim foi submetido a um método analítico, que neste caso foi a FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), para tentar reduzir a probabilidade de erros durante o processo, bem como priorizar as áreas que necessitam de uma intervenção mais urgente.

Ainda durante os estágios I e II foi realizado o planeamento do PIS, tendo este vindo a ser executado e avaliado no decorrer do estágio III, com a elaboração do referido procedimento, bem como com a realização das restantes atividades planeadas para formar e treinar a equipa da UCI na atuação em emergência e catástrofe, seguindo-se a sua avaliação e divulgação.

No decorrer dos estágios I e II, concomitantemente com a fase de diagnóstico do PIS, formulou-se e iniciou-se o PAC, que visava a aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa. No estágio III foram concluídas as atividades planeadas para a aquisição das competências clínicas, com vista à aquisição das restantes competências referentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente com a realização de um artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”, a elaboração de um “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”, a realização de um estágio de observação junto de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), entre outras atividades.

Com a elaboração deste documento pretendem-se atingir os seguintes objetivos:

- Explicar o desenvolvimento do PIS, nomeadamente nas suas etapas de diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação;
- Apresentar o trabalho desenvolvido na elaboração e desenvolvimento do PAC ao longo dos estágios I, II e III;
- Efetuar uma análise reflexiva sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas;
- Refletir sobre o trabalho desenvolvido na aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Este relatório de trabalho de projeto reflete o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios I, II e III, pois “Um relatório é a exposição oral ou escrita, objetiva e minuciosa, de um assunto” (Dicionários Porto Editora, 2016), servindo como elemento de aprendizagem e instrumento de avaliação, com o propósito de ser submetido a discussão e apreciação, com o intuito de obtenção do grau de mestre.

Iniciámos este trabalho pela introdução, onde estão definidos os objetivos deste documento. Em seguida, procedemos à realização de uma síntese dos aspetos que considerámos mais relevantes para o desenvolvimento do nosso trabalho, com a realização do enquadramento, que contempla a Enfermagem e a Qualidade em Saúde, aborda o referencial teórico de Myra Levine, a Emergência/Catástrofe em Meio Hospitalar, o Plano de Emergência Interno do CH, e algumas Considerações Sobre Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos.

O terceiro capítulo diz respeito ao PIS, relativamente às suas fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação. No quarto capítulo será desenvolvido o PAC, contemplando as suas fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação.

No quinto capítulo foi realizada uma análise às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica desenvolvidas no mestrado, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, e as Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. E no sexto capítulo foi realizada uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, tendo por base as competências de Mestre em Enfermagem

Médico-Cirúrgica. Terminámos com uma reflexão final sobre o trabalho realizado, sendo realizada uma avaliação do percurso efetuado e das dificuldades sentidas.

Neste documento, referimo-nos a cliente como a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, pois revemo-nos no termo cliente com “a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante activo” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.19). No entanto, poderá ser usado o termo doente ou utente, quando são realizadas citações, para não alterar as fontes consultadas.

Este trabalho encontra-se redigido segundo as indicações do Guia de Curso do 1º, 2º e 3º Semestres do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, do Guia Orientador dos Estágios do 2º e 3º Semestres do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS e do Guia de Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado, do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e referenciado segundo a Norma Portuguesa 405, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português, com exceção das citações, em que é mantido o texto original.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo será realizado um enquadramento ao nosso trabalho, onde serão abordados os temas da enfermagem e a sua relação com a qualidade em saúde. Será ainda descrita a teoria de enfermagem de Myra Levine e a sua relação com o nosso trabalho. Posteriormente será realizada uma descrição da emergência/catástrofe em meio hospitalar, onde irá ser realizada uma breve descrição do Plano de Emergência Interno do CH, e por fim serão feitas algumas considerações sobre emergência/catástrofe em cuidados intensivos.

1.1 A Enfermagem e a Qualidade em Saúde

A procura da qualidade é inerente ao ser humano, como nos dizem D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006, p.84) “A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento”. Também no setor da saúde a qualidade é uma meta almejada, Avedis Donabedian não foi o precursor da qualidade associada à saúde, mas foi o primeiro autor a dedicar-se de forma sistemática ao tema da qualidade em saúde, trazendo para a saúde os conceitos de componentes de estrutura, de processo e de resultado, originários da teoria de sistemas (D'Innocenzo, Adami e Cunha, 2006).

Apesar da qualidade na saúde ser um tema amplamente estudado, com inúmeras definições de qualidade, no entanto, independentemente da definição pela qual tenhamos uma maior afinidade, o importante é garantir uma cultura de qualidade, em que as instituições e as pessoas que dela fazem parte, partilhem os seus valores e princípios, e se comprometam com a procura da qualidade nos seus processos e resultados (Mezomo, 2001).

D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006, p.85), referiram também que a

“A Organização Mundial da Saúde em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na

utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde”.

No entanto, a avaliação da qualidade em saúde não é uma tarefa fácil, e para facilitar este processo, diminuindo o grau de incerteza, recorrem-se a indicadores de desempenho, na medida em que facilita a monitorização e identificação de oportunidades de melhoria (D’Innocenzo, Adami e Cunha 2006).

O tema da qualidade dos serviços de saúde é um tema atual, segundo Fradique e Mendes (2013, p.46)

“a qualidade da prestação de serviços em saúde é uma preocupação contemporânea da Direção Geral de Saúde e, como tal, foi consagrada no Plano Nacional de Saúde de 2011/2016. Parte de uma premissa de que existe uma fraca cultura de qualidade, uma deficiente organização dos serviços de saúde, insuficiente apoio nas áreas de diagnóstico e decisão terapêutica e falta de indicadores de desempenho”.

Apesar da qualidade associada aos cuidados de enfermagem ser um tema atual, este não é certamente um tema recente, Florence Nightingale, persursora da enfermagem moderna, em meados dos século XIX desenvolveu a

“organização dos hospitais de campanha visando a melhoria da qualidade do atendimento diminuindo significativamente o número de infeções e a mortalidade dos soldados ingleses feridos na guerra da Crimeia. Os ensinamentos desta enfermeira são ainda considerados apropriados, constituindo-se numa base teórica para a prática, tanto quanto o foi na metade desse século” (D’Innocenzo, Adami e Cunha, 2006, p.86).

Em Portugal, apesar de existirem enfermeiros formados desde o final do século XIX, a profissão teve uma evolução lenta no nosso País. Será já na década de 90 que iremos assistir a uma evolução mais célere, nomeadamente com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) em 1996, onde foram consagrados pela primeira vez os direitos e os deveres dos enfermeiros, tendo sido a primeira manifestação jurídica que visa regulamentar a profissão. Em 1998 foi estabelecida a OE, tornando-se a enfermagem uma profissão autorregulada pelo decreto-lei nº104/98 de

21 de Abril, tendo sido publicados posteriormente os estatutos da ordem dos enfermeiros, da qual fazem parte o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2010a). Segundo Silva (2006, p.42), “O Código Deontológico dos Enfermeiros é um instrumento legal e vinculativo para todos os profissionais de enfermagem, em cujo articulado encontramos um conjunto de normas assentes em princípios éticos e do direito, relativas à profissão e ao seu exercício”, Deodato (2008, p.29) refere que este “constitui uma outra dimensão da autonomia profissional, porque prescreve os deveres pelos quais o profissional de Enfermagem assume a sua responsabilidade profissional”.

A década seguinte será uma década importante para o desenvolvimento de uma profissão sustentada, em 2001 são criados os Padrões de Qualidade em Enfermagem, que segundo estes “definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.5). Nos padrões de qualidade foram definidos seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional: 1 – A satisfação do cliente, 2 – A promoção da saúde; 3 – A prevenção de complicações; 4 – O bem-estar e o autocuidado; 5 – A readaptação funcional; 6 – A organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Em 2003 são definidas pelo Conselho de Enfermagem as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que viriam a ser reagrupadas em 2012 no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012).

No ano de 2009, o Conselho de Enfermagem pública o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde constam o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), onde é definida a matriz de individualização e reconhecimento de especialidades clínicas de enfermagem e onde são definidos o perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, apresentando-se o SIECE

“como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados” (OE, 2009, p.3).

Segundo Fradique e Mendes (2013, p.47) “Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal”, e de acordo com estes mesmos autores a “A Ordem dos Enfermeiros emitiu, como primordial na prestação de cuidados de enfermagem, o estabelecimento de alguns padrões de qualidade baseados na evidência, que visam a melhoria contínua de qualidade do exercício profissional, em que o utente é o centro dos cuidados, visando a sua satisfação”.

Em 2011 foi aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, um importante documento, que norteia a prestação de cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na procura da qualidade dos cuidados prestados, o “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica”. O referido documento apresenta sete enunciados descritivos, e pretende que “estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (OE, 2011b). As sete categorias de enunciados descritivos identificadas foram: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e auto cuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados; e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Segundo este regulamento, os enunciados descritivos “Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida de todos os clientes, quer relativamente ao nível dos cuidados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (OE, 2011b, p.4).

Em dezembro de 2013 deu-se outro passo importante relativamente aos padrões de qualidade, neste caso relativos à Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, visto ter sido aprovada a “Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa”. À semelhança do anterior documento referido, também neste caso são identificados os enunciados descritivos, e visam “constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos doentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (OE, 2014, p.6). Foram identificados cinco enunciados descritivos nesta proposta de regulamento: satisfação do doente e família; a promoção da qualidade de vida,

bem-estar e alívio do sofrimento; a prevenção de complicações; a (re) adaptação funcional às perdas sucessivas; e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2014).

Outro importante eixo na procura na qualidade associada aos cuidados de enfermagem, é a prática baseada na evidência. Uma prática baseada na evidência vem realçar a necessidade da enfermagem partir de bases sólidas, em que os enfermeiros procurem a evidência e a apliquem na sua prestação de cuidados diária, assumindo uma participação ativa na investigação em enfermagem (Craig e Smyth, 2004). Craig e Smyth (2004, p.7), afirmam que a

“práctica reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público. Precisamos de fazer tudo isto sem ficarmos parados e desautorizados pela falta de evidência sólida para muito do que fazemos”.

A OE na sua tomada de posição sobre Investigação em Enfermagem vem reafirmar a importância da Investigação em Enfermagem para o aumento do conhecimento em enfermagem, sendo a investigação fundamental para exercer uma prática de Enfermagem Baseada na Evidência. Segundo a missão desta tomada de posição da OE, “A Ordem dos Enfermeiros assume, entre outras, a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem e entende que a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato” (OE, 2006, p.2).

Para o desenvolvimento de uma enfermagem assente na prestação de cuidados de qualidade, é fundamental continuar a basear a nossa praxis em modelos conceituais de enfermagem e em teorias de enfermagem, pois possibilitam um crescimento sustentado da enfermagem, sendo “vital que o conhecimento de enfermagem seja aprendido, utilizado e aplicado na prática baseada na teoria para a profissão e para o desenvolvimento contínuo da enfermagem enquanto disciplina académica” (Tomey e Aligood, 2004, p. 724).

1.2 Teoria de Enfermagem: Myra Levine

De acordo com Hickman (2000, p.11), “existe a concordância geral na literatura de que a enfermagem preocupa-se com quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Juntos, eles formam o metaparadigma da enfermagem. Um metaparadigma identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina”. Os conceitos são utilizados para gerar teorias, sendo estas compostas por conceitos e proposições, sendo que estas explicam o relacionamento entre os conceitos. Meleis (1991), citada por Hickman (2000, p.12), define teoria de enfermagem como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

Após uma época de enfermagem dedicada à investigação, seguiu-se uma época em que existiu uma grande aposta nas teorias de enfermagem. Segundo Tomey e Alligood (2004, p.4)

“Com o entendimento da investigação e o desenvolvimento do conhecimento a aumentar, tornou-se claro que a investigação sem teoria produzia informação isolada. Contudo, a investigação e a teoria produziam a ciência da enfermagem. Na fase contemporânea, o ênfase é dado ao uso da teoria na prática de enfermagem baseada na teoria e ao desenvolvimento continuado da teoria”.

Na procura de alicerces teóricos para o desenvolvimento e suporte do nosso trabalho, destacou-se o modelo conceitual de Myra Levine e os seus quatro princípios de conservação, na medida em que segundo Levine a enfermagem visa através dos princípios da conservação manter ou recuperar uma pessoa para um estado de saúde. Segundo Shaefer (2004, p.240) “A conservação descreve as formas como os sistemas complexos são capazes de continuar a funcionar mesmo quando gravemente desafiados”, e que desafio será maior para o funcionamento de um serviço, que um imprevisto que abale de forma tão significativa o funcionamento deste, como uma emergência ou mesmo uma catástrofe. Iremos descrever a teoria, ou se preferirmos o modelo conceitual de Levine, como a própria o preferia identificar, como alicerce para o desenvolvimento do nosso trabalho.

A teoria de Levine surgiu na sequência de uma publicação inicial, que pretendia organizar um conteúdo de enfermagem médico-cirúrgica, com o objetivo de facilitar a aprendizagem dos estudantes. Levine acreditava que sempre que a pessoa era atendida no sistema de saúde, isto levava à perda de algum grau de dependência, adotando o termo paciente no sentido deste ser um sofredor e a dependência associada ao sofrimento. É pois a condição de sofrimento que leva o paciente a colocar a independência de lado, para aceitar ser cuidado por outro (George, 2000). Neste sentido, “a meta da enfermagem é sempre transmitir conhecimento e formação para que o indivíduo possa afastar-se como um indivíduo independente” (George, 2000, p.160).

Segundo Shaefer (2004), os três conceitos principais do modelo de conservação de Levine são a totalidade, a adaptação e a conservação.

A **Totalidade** (Holismo) utilizada por Levine, teve por base a definição de Erikson de totalidade enquanto sistema aberto. “Levine acreditava que a definição de Erikson estabelecia a opção de explorar as partes do todo para compreender a totalidade. Integridade significa a unicidade dos indivíduos, enfatizando que eles respondem de forma singular integrada às mudanças ambientais” (Shaefer, 2004, p.239).

Por **Adaptação** entende-se “o processo da vida pelo qual, ao longo do tempo, as pessoas mantêm a sua totalidade ou integridade ao reagirem aos desafios do ambiente; é a consequência da interação entre a pessoa e o ambiente” (George, 2000, p.160). No entanto, existem diferentes graus de adaptação, ou seja, não é uma questão de tudo ou nada, e a inadaptação não existe. Levine identificou três características na adaptação: a historicidade, a especificidade e a redundância (Shaefer, 2004).

A **Conservação** é o produto da adaptação e tem como objetivo manter junto a totalidade do indivíduo, preservando a identidade única (George, 2000). De acordo com George (2000, p. 161), “A conservação descreve como os sistemas complexos continuam a funcionar enfrentando desafios severos; ela proporciona não apenas a sobrevivência actual, mas também a vitalidade futura através do enfrentamento dos desafios da forma mais econômica possível”. Ainda segundo George (2000, p.161) “O papel da enfermagem na conservação é o de ajudar a pessoa no processo de manter a unicidade, a pessoa total, através do mínimo esforço despendido”.

Para Levine, os objetivos do modelo de conservação são atingidos através dos seguintes princípios de conservação: conservação de energia, conservação da integridade

estrutural, conservação da integridade pessoal e conservação da integridade social (Shaefer, 2004).

No princípio da conservação da energia “O indivíduo precisa de um equilíbrio da energia e uma constante renovação da energia para manter as actividades da existência. Os processos como a cura e o envelhecimento desafiam essa energia” (Shaefer, 2004, p.241).

Com o princípio da conservação da integridade estrutural podemos observar que a “cura é um processo de restauro da integridade estrutural e funcional na defesa da totalidade. (...) As enfermeiras podem limitar a quantidade de tecido envolvido na doença através do reconhecimento precoce das mudanças funcionais e das intervenções de enfermagem” (Shaefer, 2004, p.241).

Para a conservação da integridade pessoal são importantes a auto-valorização e o sentido de identidade. Para preservar a conservação da integridade pessoal, os enfermeiros devem respeitar os clientes, transmitindo conhecimento e força, para que o indivíduo possa retomar a sua vida privada (Shaefer, 2004).

Shaefer (2004, p.241), referindo-se à conservação da integridade social de Levine, refere que “A vida ganha significado através das comunidades sociais e a saúde é socialmente determinada. As enfermeiras desempenham funções profissionais, cuidam dos membros da família, assistem às necessidades religiosas e usam as relações interpessoais para conservar a integridade social”.

Baseamo-nos no suporte teórico de Levine como alicerce para o nosso trabalho, porque defendemos que à semelhança do que é defendido no modelo de conservação de Levine, quando um serviço hospitalar é sujeito a uma agressão ao seu normal funcionamento, como é o caso de uma emergência ou catástrofe, o seu objetivo é atingir a homeostasia, ou seja, atingir tão depressa quando possível a estabilidade, e com o menor número de danos possível, quer estes sejam humanos ou materiais, isto é, voltar a ter a sua integridade da forma mais económica possível.

“Através da conservação, os indivíduos podem confrontar obstáculos, adaptar-se conforme as circunstâncias e manter a sua singularidade. O objectivo da conservação é a saúde e a força para confrontar a incapacidade na medida em que as regras da conservação e integridade se mantêm em todas as situações em que a enfermagem é necessária” (Shaefer, 2004, p.241).

Apesar do nosso trabalho ter como base a teoria de Myra Levine, ele também foi fortemente influenciado pelo *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Neste referencial teórico, o *International Council of Nurses (ICN)* e a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveram um conjunto de competências a ser utilizados pelos enfermeiros em situação de catástrofe (ICN, 2009).

Segundo o ICN, as Competências de Enfermagem na Catástrofe do ICN foram desenvolvidas para o enfermeiro generalista, no entanto, as mesmas deverão ser desenvolvidas em níveis pós graduados. O objetivo destas competências será servir de modelo, de forma a existir uma maior unanimidade a nível internacional, e nos países em que as competências de enfermagem na catástrofe ainda não foram desenvolvidas, ou ainda se encontram em desenvolvimento, as competências de enfermagem na catástrofe do ICN fornecem orientações para o desenvolvimento das mesmas (ICN, 2009).

Tendo em conta a nossa realidade, em que muito ainda se encontra por fazer a nível das competências de enfermagem na catástrofe, o *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies* foi um importante referencial, que nos guiou durante a realização do nosso projeto de intervenção.

1.3 Emergência/Catástrofe em Meio Hospitalar

A Lei de Bases da Proteção Civil, definida na Lei nº. 27/2006, no artigo 3.º define acidente grave e catástrofe:

- Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.
- Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei, 2006).

É ainda importante definir alguns conceitos chave para a problemática em estudo, como são Emergência, Plano de Emergência e Plano de Emergência Hospitalar:

- Emergência – É a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que

afetando-lhe, ou podendo potencialmente afectar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (Leiva, 2005, citado por Andrade, 2010, p. 25).

- Plano de Emergência – são um conjunto normalizado de ações reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com os menores danos possíveis (Atienza, 2006, citado por Andrade, 2010, p. 25).
- Plano de Emergência Hospitalar – é o conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Esta situação poderá ocorrer fora da área do hospital, sem o afetar diretamente, definindo-se então como emergência externa; ou pode atingi-lo diretamente, e nesse caso trata-se de uma emergência interna. O plano de Emergência é constituído por dois documentos: o Plano de Emergência Externo e o Plano de Emergência Interno (Andrade, 2010, p. 25).

Independentemente da definição que se use de catástrofe, é consensual que todas as definições abordam os conceitos de destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos (ICN, 2009).

Noto *et al.* (1994), citado por Baptista (2010, p. 43), classifica as catástrofes em três grupos, sendo esta classificação aceite internacionalmente:

“1. Catástrofes Naturais: são aquelas em que intervêm a energia libertada pelos elementos naturais (água, terra, ar e fogo). Correspondem a fenómenos naturais e a transformações estruturais da terra, que só se tornam prejudiciais se afectarem uma colectividade humana. Cada libertação de energia altera a relação de equilíbrio e define, assim, outras transformações do meio. Estas catástrofes podem individualizar-se por diferentes características: A imprevisibilidade é frequente, embora actualmente já se disponha de meios (graças aos avanços tecnológicos na área da meteorologia, sismologia etc.) com o objectivo de os antever; Os danos sofridos afectam todo o tipo de construções (edifícios

infraestruturas e obras que possam ser destruídas). As consequências de tais destruições podem originar acidentes tecnológicos e intervir no ambiente humano construído.

2. Catástrofes Tecnológicas: Actualmente, as catástrofes tecnológicas definem-se em função de três classes de risco:

Riscos conhecidos, perfeitamente catalogados, correspondem a situações já vividas e inventariadas, tanto pela sua origem como pelas suas consequências imediatas e a longo prazo; Riscos novos, mal conhecidos devido à escassa experiência concreta, correspondem a tecnologias recentes e novas, cujas possibilidades acidentais e agressoras para o homem ainda não foi possível estudar; Riscos desconhecidos, inimagináveis no contexto actual, são resultado da existência de diversas tecnologias que podem possuir efeitos desencadeantes, catalisadores potenciais sobre outras tecnologias e que originam acidentes, cujos efeitos físico-químicos sobre as espécies vivas são desconhecidos.

3. Catástrofes Sociais contemplam todos os acidentes colectivos ligados à actividade humana que podem criar perigo para a sua segurança. As Catástrofes Sociológicas podem ser divididas em dois tipos, aquela em que o factor desencadeante é extrínseco à vontade do homem (por exemplo o pânico), ou pelo contrário é intrínseco, planeado pelo homem (a guerra e o terrorismo).”

O ICN (2009) releva a importância dos enfermeiros em situações de catástrofe, porque possuem o conhecimento, as competências e habilidades para apoiar os esforços humanitários e contribuem positivamente na resposta a catástrofes. No entanto, os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes exige que "... cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada" (Veenema, 2007, citado por ICN, 2009, p. 6).

Os enfermeiros são considerados pelo ICN como intervenientes chave em situações de catástrofe e de crise. São importantes devido às habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e uma ampla gama de

competências que podem ser aplicadas em uma variedade de cenários e situações de catástrofe (ICN, 2009).

As catástrofes não podem ser encaradas como eventos únicos, num determinado tempo, mas devem ser percebidas nas suas fases distintas, devendo haver uma atuação em cada uma destas fases, com vista a minorar o seu impacto. As suas fases dividem-se em pré-incidente, incidente e pós-incidente. A fase de pré-incidente inclui as atividades destinadas a evitar ou mitigar o impacto potencial de uma catástrofe, bem como a preparar a comunidade para uma catástrofe ou emergência. As atividades desenvolvidas na resposta à catástrofe ou emergência correspondem à fase do incidente. A recuperação e reabilitação correspondem à fase do pós-incidente (ICN, 2009).

Braga (2011, p.72), baseando-se em Shultz et al. (2002), TDH e TIHPR (2003) define as quatro fases características de uma catástrofe:

“Mitigação/Prevenção – Nesta fase estão incluídas aquelas ações que o hospital se compromete com antecedência a minimizar os efeitos dos riscos, a gravidade e o impacto potencial de uma situação de emergência ou incidente crítico. Implícito nesta fase é a avaliação de riscos (análise das vulnerabilidades e riscos), internos e externos, que tenham impacto no desempenho do hospital.

Preparação – São aquelas ações que o hospital se compromete a desenvolver e identificar os recursos, internos e externos, que podem ser utilizados em caso de emergência, através de um plano de emergência, formação dos profissionais, exercícios de treino, educação/sensibilização do público.

Resposta – Aquelas ações que o hospital implementa antes, durante e após uma situação de emergência ou catástrofe. São as políticas, procedimentos e protocolos que serão implementados mediante determinadas condições e circunstâncias definidas.

Recuperação/Reabilitação – São as ações desenvolvidas após uma catástrofe para restaurar os serviços mínimos e passar para uma recuperação a longo prazo. Incluem ações que facilitam um nível de estabilidade, avaliação dos danos e manutenção dos cuidados e dos apoios.

A mitigação surge na sequência da reabilitação.”

Segundo o ICN (2009), o *Continuum* na gestão de uma catástrofe é aceite globalmente como o método mais eficaz para abordar todos os aspetos relacionados com a catástrofe. Na enfermagem existem dois modelos representativos deste *continuum*: o *Jennings Disaster Nursing Management Model* (2004), e o *The Disaster Nursing Timeline* de Veenema (2007). O modelo de Jennings é composto por quatro fases: pré-catástrofe, a catástrofe em si, a fase após a catástrofe e os efeitos para os clientes/população. Este modelo foi concebido como ferramenta para os enfermeiros de saúde pública. O modelo de Veenema utiliza terminologia semelhante, mas combina as atividades em três categorias, relacionando-as com a linha de tempo da catástrofe (ICN, 2009).

Continuum de Gestão na Catástrofe

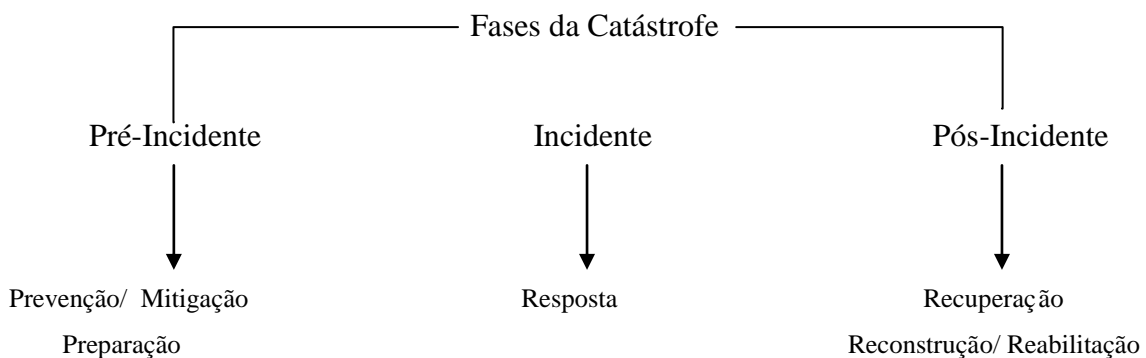


Figura 1 – *Continuum* de Gestão na Catástrofe (Adaptação do ICN, 2009)

No decorrer de uma catástrofe ou emergência, o hospital pode assumir dois papéis diferentes, o de própria vítima de uma catástrofe, e o de resposta a uma emergência ou catástrofe, sendo este último o papel que habitualmente a comunidade espera do hospital. De acordo com Childers (2010), estabelecimentos de saúde, tal como esquadras de polícia, aeroportos e escolas são instalações essenciais à comunidade, pois esta depende delas como apoio e recurso, não só para providenciar cuidados de saúde, como muitas vezes para satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água e abrigo. No entanto, Childers (2010) considera ainda que os hospitais são também considerados como vulneráveis por um segundo motivo, devido à dependência dos clientes que se encontram nas unidades de

saúde. O mesmo autor salienta que seja pelo primeiro motivo, ou pelo segundo, requerem considerações específicas sobre a decisão de evacuação, no entanto, os planos de evacuação de uma unidade de saúde devem incluir orientações sobre como lidar com situações de emergências, tanto externas, como internas.

1.4 Plano de Emergência Interno do Centro Hospitalar

O Hospital surge habitualmente como local que recebe as vítimas de uma catástrofe, no entanto, a catástrofe poderá afetar o próprio Hospital, devendo este ter definido um Plano de Emergência Interno (PEI) que possibilite uma intervenção rápida e eficiente numa situação de catástrofe.

O CH possui quatro documentos orientadores em caso de emergência/catástrofe, destes, um deles é um “Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna do CH”, e um “Plano de Emergência Interno”, este segundo mais extenso e mais detalhado. Relativamente ao primeiro documento, é um procedimento de consulta rápida, e nele estão definidas quais as emergências com maior probabilidade de ocorrência, e para as quais se deve ativar o número de emergência: Incêndio; Grandes inundações; Corte geral de energia; Ameaça de colocação de engenho explosivo/pacote suspeito; Fugas de gás/explosão; Catástrofes naturais (sismos, tempestades, descargas elétricas – raios, entre outras); Emergência nos elevadores (paragem com encerramento de pessoas no seu interior); Fuga de doentes; Rapto de crianças; Derrames ou acidentes com produtos químicos e/ou gases medicinais; Acidentes com radiações ou material radioativo; Violência física e/ou verbal (grandes tumultos) (Pedroso e Eleutério, 2008).

Ainda relativamente ao procedimento anteriormente mencionado, este tem como objetivo “Estabelecer as normas de atuação perante uma Emergência/Catástrofe Interna e a utilização do número de telefone de emergência interna”, sendo que para tal é composto por três anexos, o “Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Anexo I), as “Instruções para utilização de telefone de Emergência Interno” (Anexo II), e o “Registo de chamadas para o telefone de Emergência Interno (Anexo III) (Pedroso e Eleutério, 2008).

O PEI do CH iremos abordar mais adiante neste trabalho, pelo que iremos agora descrever outros dois documentos existentes no CH, o primeiro é um “Procedimento De Segurança contra Incêndios” e o segundo um “Procedimento de Evacuação de Doentes”.

O “Procedimento De Segurança contra Incêndios” destina-se a todos os profissionais do CH, e tem como objetivo “estabelecer as linhas orientadoras para a prevenção e atuação em caso de incêndios”, e neste documento estão descritas as medidas gerais de prevenção contra incêndios no hospital, as atitudes a tomar em caso de deteção de um foco de incêndio, alguns conselhos práticos a seguir na extinção de um incêndio, e o documento é complementado por um anexo que se deverá afixar nos serviços e que contempla “As Normas Gerais de Atuação Contra Incêndio no CH” (Anexo IV) (Português, 2010).

Relativamente ao “Procedimento de Evacuação de Doentes” (Português, 2009, p. 1), este tem como objetivo “Estabelecer as linhas orientadoras para efetuar a evacuação de doentes de um serviço”, e destina-se a todos os profissionais do CH que façam parte das Equipas de Evacuação A e B. Seguidamente, serão descritos os principais intervenientes na evacuação de um serviço e as suas funções numa situação de evacuação:

- Coordenador de Evacuação – é o elemento hierarquicamente superior no serviço;
- Diretor de Emergência – é o responsável máximo na Organização da Segurança em Emergência (Presidente do Conselho de Administração ou em quem delegar), pelo que todas as decisões críticas devem ser tomadas com o seu conhecimento, e é responsável por coordenar as diversas atuações no âmbito do Controlo da Emergência;
- Equipas de Evacuação A – os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos do respetivo serviço;
- Equipas de Evacuação B – os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Médicos, Enfermeiros; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde do respetivo serviço (Português, 2009).

Neste procedimento são abordados os principais aspetos relacionados com a evacuação de um serviço, pelo que salientamos alguns pontos considerados mais relevantes deste documento:

- A decisão de evacuação é tomada pelo Diretor do PEI, sendo comunicada ao Diretor/Responsável de Serviço, ou ao Enfermeiro Chefe, ou ao Responsável máximo de serviço e deverá ser contatada a Central Telefónica;
- Se houver necessidade de uma atuação de imediato, a decisão de evacuação é tomada pelo Diretor/Responsável de Serviço ou Enfermeiro Chefe ou Responsável máximo de serviço – Coordenador de Evacuação ou o elemento hierarquicamente superior no serviço;
- Em caso de evacuação terá de se ter em conta se é uma evacuação horizontal para serviço de refúgio, uma evacuação vertical para serviço de refúgio, ou uma evacuação geral para o exterior do edifício, e em caso de dúvida sobre a localização mais adequada do serviço de refúgio, solicitar o apoio do Diretor de Emergência, no entanto, se o sinistro ocorrer no período noturno a decisão de evacuar e a seleção do serviço de refúgio cabe às Equipas de Evacuação B de cada serviço;
- Neste documento são ainda dadas indicações relativamente às prioridades dos clientes numa situação de evacuação, sobre as funções das equipas de Evacuação A e B, indicações específicas caso a evacuação se deva a um incêndio, métodos de transferência de clientes e indicações a seguir após a evacuação (Poruguês,2009).

À semelhança dos anteriores procedimentos, também o “Procedimento de Evacuação de Doentes” apresenta anexos, sendo que um dos anexos são as “Normas Gerais de Atuação em caso de Evacuação”, devendo este ser afixado em todos serviços do CH (Anexo V) (Poruguês,2009).

Abordando agora o PEI do CH, este tem definido como objetivos: Conhecimento dos riscos potenciais existentes; Planificação das ações a desenvolver, treino adequado do pessoal interveniente em situações de emergência; Intervenção mais rápida e eficiente; Acionamento de meios complementares; e Salvaguarda de valores e bens existentes. O PEI do CH visa a limitação das consequências para os seguintes sinistros: Incêndio; Explosão; Sismo; Ameaça de Bomba/Pacote Suspeito; Corte Total de Energia; Inundação; Incidente de Violência/Distúrbios (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais [SUCH], 2007).

O PEI do CH contempla a identificação dos fatores de risco inerentes às instalações, que são: Incêndio; Explosão; Sismo; Corte Total de Energia; Ameaça de Bomba/Pacote Suspeito; Inundação; Incidente de Violência. Estão ainda identificados as “Fontes de Perigo Internas”, as “Fontes de Perigo Externas”, a “Tipologia dos Riscos”, os “Produtos Perigosos”, os “Pontos Perigosos”, os “Pontos Nevralgicos” (estes são pontos considerados essenciais a preservar em caso de sinistro, sendo que um destes pontos é a UCI), os “Locais de Corte”, e as “Entidades a Contatar em Emergência” (SUCH, 2007).

Posteriormente, o PEI do CH define a Organização da Segurança em Emergência, onde descreve a estrutura da segurança em emergência, começando pela estrutura orgânica, dividindo os vários órgãos em:

- Órgão coordenador – O órgão coordenador da estrutura de emergência é o diretor de emergência.
- Órgão Consultivo – O órgão consultivo na estrutura de segurança em emergência é a comissão de emergência. Esta comissão reúne responsáveis de diversas áreas, cujo papel é auxiliar e aconselhar o Diretor de Emergência na tomada de decisões sobre o desenrolar das atuações dos diversos intervenientes no Controlo da Emergência.
- Órgãos Operacionais – Os órgãos operacionais intervêm direta ou indiretamente no Controlo da Emergência e na limitação das suas consequências, no sentido de assegurar o mínimo de perturbação ao regular funcionamento. Estes órgãos são: Chefe de Intervenção; Equipas de Intervenção; Equipa de Apoio Técnico; Coordenadores de Evacuação; Equipa de Evacuação – A; Equipa de Evacuação – B; Equipa de Apoio Logístico; Equipa de Apoio Médico; Sala de Segurança; Operadores da Central Telefónica (SUCH, 2007).

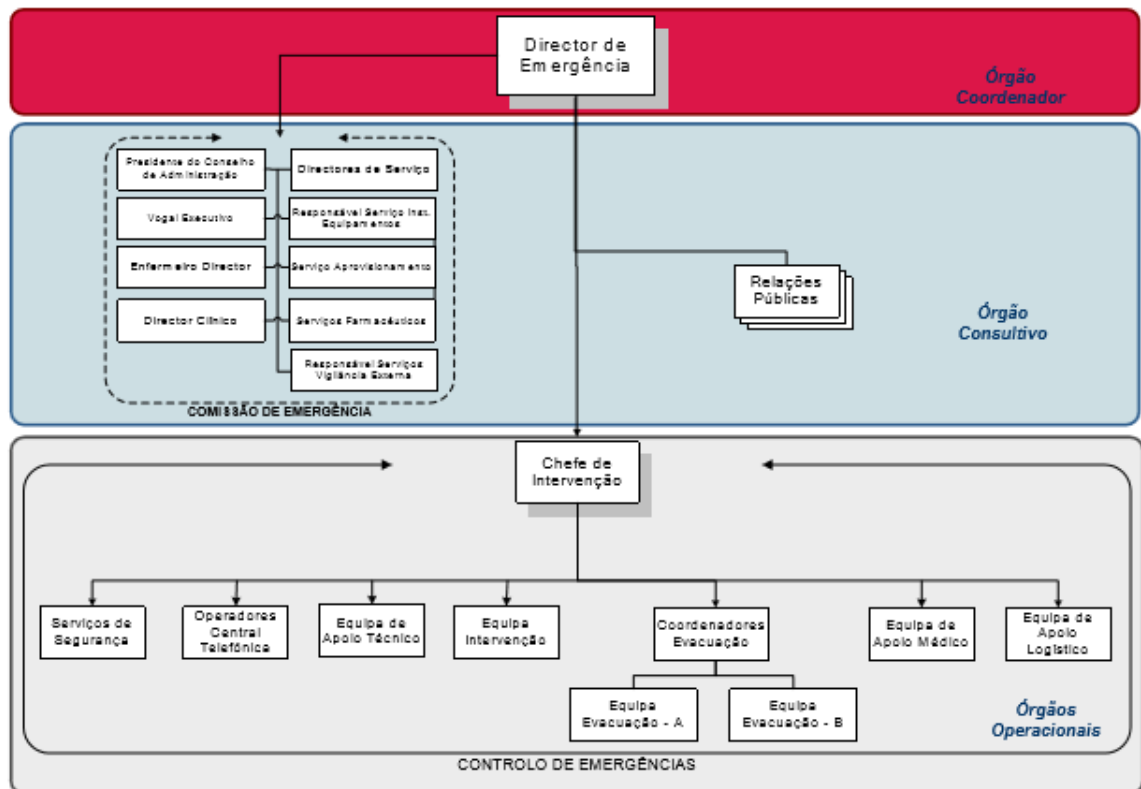


Figura 2 – Organograma de Estrutura da Organização para a Emergência (SUCH, 2007)

Em seguida são descritos os deveres e responsabilidades dos responsáveis pela gestão de emergências e de todo o pessoal do Hospital em geral. São definidos os deveres de: Todo o pessoal; Equipas de Emergência; Director de Emergência; Comissão de Emergência; Operadores da Central Telefónica; Sala de Segurança; Chefe de Intervenção; Equipas de Intervenção; Equipas de Evacuação; Coordenadores de Evacuação; Equipas de Apoio Técnico; Equipa de Apoio Médico; Equipa de Apoio Logístico; e Serviço de Segurança (SUCH, 2007).

O PEI do CH contempla ainda a classificação das emergências. Onde as divide por tipo, por gravidade, por local, e por ocupação (SUCH, 2007).

Na classificação por tipo, o objetivo é planificar atuações para os vários tipos de emergência. Na tabela seguinte podemos ver os tipos de sinistro com maior probabilidade de ocorrência.

Tipo de sinistro	Observações	Incidente	Emergência Parcial	Emergência Geral
Incêndio	-	X	X	
Explosão	-	X	X	X
Sismo	-	X	X	X
Corte Geral de energia eléctrica	-	X	X	X
Inundação	-	X	X	
Derrame/Emissão		X	X	
Ameaça de Bomba/Pacote Suspeito	Local conhecido		X	X
Ameaça de Bomba/Pacote Suspeito	Local desconhecido			X
Incidente de Violência/Distúrbio	-	X	X	

Tabela 1 – Classificação das Emergências por tipo (SUCH, 2007)

Seguidamente as emergências são classificadas por gravidade, por forma a definir os meios a mobilizar perante qualquer sinistro. São então definidos alguns conceitos relativos à gravidade das emergências:

- Incidente – Caracteriza-se por um desvio das condições normais, cujas consequências em princípio não são, nem se prevê que venham a ser, significativas para as pessoas, equipamentos/instalações ou para a continuidade da atividade. Para além dos ocupantes do local em que ocorre o incidente, é mobilizado a equipa de intervenção do local, que assegurará as ações de primeira intervenção adequadas, e o chefe de intervenção, que verificará se a situação é controlada.
- Emergência Parcial – A fase da emergência parcial corresponde a uma evolução do sinistro, para além daquilo que poderia ser classificado como incidente. Trata-se de uma emergência de âmbito local em que, numa primeira avaliação, não é previsível a extensão do sinistro, a qual em princípio, pode ser controlada pelos meios próprios, tanto humanos como materiais. Nesta fase, não é previsível a existência de vítimas ou, caso estas ocorram, apresentarão lesões de carácter ligeiro. Esta situação verifica-se quando: Não se consegue dominar um sinistro através de ações de primeira intervenção; Ocorra um sinistro que para ser dominado, obrigue à intervenção das equipas de emergência e/ou meios de socorro externos. A Emergência Parcial é declarada pelo Diretor de Emergência e

são mobilizados: Chefe de Intervenção; Equipa de Intervenção; Equipa de Apoio Técnico; Equipas de Evacuação A e/ou B do serviço; Coordenadores de Evacuação.

- Emergência Geral - A emergência geral corresponde a situações catastróficas ou a ocorrências em que as consequências previsíveis poderão afetar a maior parte, ou a totalidade da Unidade Hospitalar. Da avaliação do sinistro, ou da sua evolução, resulta que o controlo do mesmo só poderá realizar-se com o apoio de meios externos. Esta situação verifica-se sempre que: Uma explosão seguida de incêndio assuma proporções tais que os meios existentes, humanos ou materiais são insuficientes para assegurar o seu controlo; Exista um risco potencial de incêndio e/ou explosão com proporções imprevisíveis; Torna-se necessário a evacuação total da Unidade hospitalar. A emergência geral desencadeia o PEI, sendo mobilizados todos os intervenientes na gestão de emergências e os meios de socorro externos: Bombeiros, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Emergência Médica e Proteção Civil (SUCH, 2007).

O PEI do CH classifica ainda as emergências quanto à sua localização, isto é, se ocorre num serviço de internamento, nas urgências ou durante uma intervenção cirúrgica, se ocorre num serviço de ambulatório, num serviço especial, ou num serviço técnico e de apoio. E faz a classificação por ocupação, tendo em conta ao longo do dia as horas em que existem um maior número de pessoas no hospital e quem são (SUCH, 2007).

Na tabela seguinte podemos ver uma relação entre o tipo de emergências, tendo em conta a sua localização e respetiva gravidade.

Tipo de sinistro	Local	Obs.	Incidente	Emergência Parcial	Emergência Geral
Incêndio	Qualquer local		X	X	
Explosão	Locais de abastecimento:				
	Depósitos de Protóxido de Azoto		X	X	
	Depósito de Oxigénio		X	X	X
	Central de Gases Medicinais		X	X	X
	Central de Ar Comprimido		X	X	X
	Depósito de gasóleo do GE		X	X	
	Armazéns de líquidos inflamáveis		X	X	
	Redes de Distribuição de Fluidos:				
	Rede de gás natural		X	X	
	Rede de gases medicinais		X	X	
	Pontos de Consumo:				
	Gás natural – Central Térmica		X	X	
	Gás natural – Cozinha		X	X	
	Gás natural – Laboratório Patologia Clínica		X	X	
	Gás natural – Laboratório Análises Clínicas		X	X	
	Gasóleo – Gerador de Emergência		X	X	
	Gases medicinais – Serviços Internamento; Bloco Operatório, Urgências.		X	X	
Sismo	Qualquer local		X	X	X
Corte Geral de energia eléctrica	Serviços de Apoio, Especiais e Ambulatório		X		
	Serviços Internamento; Bloco Operatório.			X	X
Ameaça de Bomba /Pacote Suspeito	Hospital	Local conhecido		X	X
Ameaça de Bomba /Pacote Suspeito	Hospital	Local desconhecido			X
Inundação/Derrama e/Emissão	Blocos Operatório, UCIs, Internamento, Urgências		X	X	
	Salas Quadros eléctricos; áreas técnicas		X	X	
Incidente de Violência/ Distúrbio	Qualquer local		X		

Tabela 2 – Classificação das Emergências por tipo, localização e gravidade (SUCH, 2007)

No capítulo seguinte do PEI são abordadas as ações a empreender em situação de emergência, isto é, os tipos diferentes de alarmes existentes (inicial, restrito e geral), o alerta, os diferentes níveis de intervenção (primeira intervenção, segunda intervenção e terceira intervenção), o apoio, o controlo e a hierarquia de comando (SUCH, 2007).

Nos seguintes capítulos é abordada a forma de ativar o PEI e quem o ativa, e como e quem declara o fim da emergência (SUCH, 2007).

O capítulo seguinte do PEI é dedicado ao plano de evacuação, estando descrito de forma mais detalhada as indicações anteriormente referidas no “Procedimento de Evacuação de Doentes” (SUCH, 2007).

O último capítulo do PEI diz respeito ao plano de comunicações, estando definida a estrutura atual e a utilização da rede de comunicações em caso de emergência (SUCH, 2007).

1.5 Considerações Sobre Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos

Dependente do tipo de emergência ou catástrofe, assim vai ser o tempo de resposta que um hospital tem para a tomada de decisão. Emergências como fogos deixam pouco tempo para uma tomada de decisão, no entanto, outras podem resultar indiretamente numa decisão de evacuação, como sejam a falta de energia, água ou oxigénio. Para a tomada de decisão deverá ser estabelecido o centro de comando, que estará previamente estabelecido, no entanto, é de realçar que nas emergências que exigem uma resposta imediata poderá não haver tempo para a chegada do centro de comando, pelo que as diretrizes de uma evacuação devem estar estabelecidas e ser do conhecimento dos profissionais de saúde (Childers, 2010).

Existem ainda algumas emergências que podem afetar parcialmente o funcionamento de um hospital, como seja um fluxo anormal de clientes, devido a uma emergência externa e, nesse caso poderá ser necessário transferir alguns clientes para outra instituição de saúde, para poder receber estes novos clientes. Outro tipo de emergência localizada pode obrigar a evacuar uma área circunscrita do hospital, para fazer face a esta emergência, sendo expectável que os clientes possam voltar ao serviço dentro de um período razoável de tempo (Childers, 2010).

A tomada de decisão na evacuação de um hospital é uma posição delicada e que deve ter em conta os riscos e os benefícios de uma evacuação, isto inclui decidir antecipadamente ou não pela evacuação quando uma emergência é prevista, quais os riscos para os clientes no local para onde serão evacuados, ou se a emergência irá afetar gradualmente o funcionamento do hospital. Deve ainda decidir-se o momento de se iniciar a evacuação, pois terá que se pesar os riscos envolvidos na mesma (Childers, 2010).

Após a tomada de decisão de evacuar, existe alguma controvérsia sobre a priorização de clientes numa evacuação, se se deve evacuar os clientes do menos para o mais crítico, ou se perante cada emergência, se decida o que será mais benéfico para essa situação. Podemos observar da experiência internacional, que a decisão de que clientes evacuar primeiro irá depender dos danos provocados pela emergência/catástrofe, pois caso os danos não tenham sido elevados e não se considere que os clientes estejam em perigo, habitualmente opta-se pela evacuação dos clientes em situação crítica em primeiro, no entanto, caso a emergência/catástrofe tenha afetado diretamente o funcionamento do

hospital, são transferidos primeiramente os clientes que podem andar e necessitam de menor assistência e depois os restantes clientes, do menos para o mais crítico (Childers, 2010).

Childers, Mayorga e Taaffe (2014), corroboram a ideia da falta de consenso a nível internacional sobre que clientes evacuar em primeiro, se os menos, se os mais críticos. Referem ainda que o tipo de emergência vai influenciar diretamente o tipo de evacuação, ou se esta irá ser total ou parcial. No entanto, existem problemas éticos relevantes associados a uma evacuação, Childers (2010) ressalva alguns, referindo no entanto que estes não são os únicos, como: determinar quando evacuar; priorizar os clientes para a evacuação; decidir a qual dos membros da equipa deve reportar o trabalho; atribuição e distribuição de recursos escassos; manter a privacidade e garantir a autonomia do cliente; identificar a autoridade e gestão de trabalho em equipa, poder, e os papéis; determinar a melhor forma de usar elementos não clínicos, como familiares e voluntários; a determinação dos níveis aceitáveis de cuidados; decidir o melhor plano para clientes que inevitavelmente irão morrer; e a gestão de admissões a clientes emergentes que não se encontrem no hospital.

Numa unidade de cuidados intensivos, onde se encontram clientes em situação crítica, a decisão de evacuar nunca é fácil, pois associada a uma evacuação estarão envolvidos um elevado número de meios humanos e materiais, assim como existem riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos clientes. Segundo Palacios, *et al.* (2010), a possibilidade de uma evacuação de um hospital na sua totalidade é remota, no entanto, a possibilidade de uma evacuação parcial, possivelmente dentro do mesmo hospital é uma realidade mais frequente. As unidades de cuidados intensivos devem estar preparadas para uma evacuação, devendo ter um plano de emergência, que inclua os critérios de evacuação dos clientes, e que seja do conhecimento de todo os profissionais, sendo fundamental a realização de simulacros periódicos.

Palacios *et al.* (2010), descrevem as etapas que tiveram que realizar no desenvolvimento de um plano de emergência para uma unidade de cuidados intensivos, onde propuseram um sistema de triagem de clientes, com critérios que permitissem a priorização dos mesmos, e procuraram um local do hospital para receber os clientes evacuados, que se situasse no mesmo piso, permitindo uma evacuação horizontal, com capacidade para receber clientes com necessidades de oxigenoterapia, ventilação mecânica

e equipamento para terapia de suporte hemodinâmico. Relativamente às prioridades de evacuação, dividiram os clientes em quatro grupos, começando por evacuar os clientes do primeiro grupo e assim sucessivamente. De forma a selecionar quais os clientes que pertencem a cada grupo, criaram uma tabela explicativa do mesmo, como se pode observar:

Grupo Assistencial	Suporte Vital
A	Suporte Total
B	Suporte Total, exceto reanimação cardiopulmonar
C1	<p>Medidas invasivas condicionais</p> <p>Se existe dúvida se o cliente se encontra em fase final da sua doença, ou se existir algum processo intercorrente potencialmente reversível e cujo tratamento poderia trazê-lo para a situação basal. Negociar a ventilação mecânica (ou o suporte vital que se decida), por um período de tempo razoável, suficiente para descartar a existência de um processo intercorrente sobreposto e retirá-la uma vez que se tenha descartado essa esperança.</p>
C2	<p>Sem medidas invasivas consensuais</p> <p>Para efeitos de classificação, entende-se como medidas invasivas a ventilação mecânica, com intubação traqueal, a técnica de depuração extra-renal descontínua (diálise), ou contínua (hemofiltração), ou a assistência circulatória mecânica, entre outras. São consideradas medidas aceitáveis a oxigenoterapia, a fisioterapia e o controle de secreções respiratórias, a ventilação não invasiva com máscara facial, a adição de hélio ao ar inspirado, o tratamento da insuficiência renal com líquidos e diuréticos e da falência circulatória com líquidos, assim como com medicamentos inotrópicos vasoativos, etc.</p>
C3	<p>Sem incorporação de novas medidas</p> <p>A evolução desfavorável torna a recuperação ou a qualidade de vida improváveis. Como não existem evidências suficientes de irrecuperabilidade, mentem-se o nível de cuidados, mas sem a adição de novas medidas, a não ser que sejam de cariz paliativo.</p>
C4	Retirada de todas as medidas, exceto medidas básicas e de ventilação

	<p>mecânica</p> <p>Clientes sem expectativas de recuperação.</p> <p>As medidas limitam-se a cuidados básicos e sobretudo ao tratamento da dor, não esquecendo que alguns procedimentos habituais causam um mal-estar desnecessário. As medidas que se retiram ou não se instauram, incluem a nutrição parentérica, os antibióticos, a depuração extra-renal, a monitorização hemodinâmica e os fármacos vasoativos, a assistência mecânica circulatória, etc.</p>
C5	<p>Retirada de ventilação mecânica</p> <p>Retirada gradual do suporte ventilatório a cargo do ventilador</p> <p>Retirada imediata da ventilação mecânica.</p>
D	<p>Morte Cerebral</p> <p>Retirada de todas as medidas, exceto nos doadores de órgãos.</p>

Tabela 3 – Classificação por grupos assistenciais (Adaptação de Palacios, *et al.*, 2010)

Classificação da Prioridade de Evacuação	
1º Lugar Grupo 1	<p>Grupo assistencial A</p> <p>Conscientes;</p> <p>Não necessitam de ventilação mecânica;</p> <p>Não necessitam de medicação vasoativa.</p>
2º Lugar Grupo 2	<p>Grupo assistencial A</p> <p>Conscientes;</p> <p>Necessitam de oxigenoterapia por máscara;</p> <p>Necessitam de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, mas com $FiO_2 < 50\%$ e $PEEP < 7 \text{ cm H}_2\text{O}$;</p> <p>Necessitam de cotecolaminas (adrenalina ou noradrenalina $< 0,5 \text{ mcgr/kg/min}$).</p>
3º Lugar Grupo 3	<p>Grupo assistencial B, C1 e C2</p> <p>Inconscientes porque:</p> <p>Precisam de sedação;</p> <p>Porque existe dano neurológico significativo ($SCG > 5$ pontos). Precisam de ventilação mecânica com oxigénio em concentrações elevadas (50-80%) e $< PEEP$ elevada ($> 8-10 \text{ cm H}_2\text{O}$);</p>

	Necessitam de cotelaminas em doses elevadas (adrenalina ou noradrenalina 0,5-1 mcgr/kg/min, com um índice cardíaco $> 1,8l/min/m^2$ ou necessidade de balão intra-aórtico.
4º Lugar Grupo 4	Grupo assistencial C3, C4, C5 e D Inconscientes, com grave dano neurológico (SCG ≤ 5 pontos); Falência respiratória grave, com ventilação mecânica, que necessitem de elevadas concentrações de oxigênio ($\geq 80\%$) e PEEP > 10 ; Necessitam de doses de cotelaminas muito elevadas (adrenalina ou noradrenalina > 1 mcgr/kg/min).
C3	Sem incorporação de novas medidas A evolução desfavorável torna a recuperação ou a qualidade de vida improváveis. Como não existem evidências suficientes de irrecuperabilidade, mantem-se o nível de cuidados, mas sem a adição de novas medidas, a não ser que sejam de cariz paliativo.
C4	Retirada de todas as medidas, exceto medidas básicas e de ventilação mecânica Clientes sem expectativas de recuperação; As medidas limitam-se a cuidados básicos e sobretudo ao tratamento da dor, não esquecendo que alguns procedimentos habituais causam um mal-estar desnecessário. As medidas que se retiram ou não se instauram, incluem a nutrição parentérica, os antibióticos, a depuração extra-renal, a monitorização hemodinâmica e os fármacos vasoativos, a assistência mecânica circulatória, etc.
C5	Retirada de ventilação mecânica Retirada gradual do suporte ventilatório a cargo do ventilador; Retirada imediata da ventilação mecânica.
D	Morte Cerebral Retirada de todas as medidas, exceto nos doadores de órgãos;

Tabela 4 – Classificação da prioridade de evacuação (Adaptação de Palacios, *et al.*, 2010)

Palacios *et al.* (2010), referem ainda que para uma evacuação ser eficaz, são necessárias duas premissas fundamentais, a primeira que seja ordenada e a segunda que se

sigam as normas pré-estabelecidas. Para tal, Palacios, *et al.* (2010) estabeleceram ainda um modelo sistemático de evacuação que se pode ver na tabela 5.

Modelo sistemático de evacuação
Manter a calma, não fomentar situações alarmistas; Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, orientando e prestando auxílio aos ocupantes para as vias de evacuação; Não levar consigo objetos pessoais; Não tentar recuperar algum objeto que se deixe cair; Promover a ajuda mútua; Não voltar a entrar numa área evacuada; Fechar as portas e as janelas que se encontram nas vias de evacuação; Acompanhar o pessoal evacuado ao ponto de reunião correspondente; Manter a ordem e a tranquilidade nas áreas seguras; Uma vez terminada a evacuação, comprovar que esta foi completa, verificando se existem ausências; Manter livre as linhas telefónicas e comunicar que o hospital foi evacuado; Quando o hospital é evacuado, deve-se colocar uma pessoa na porta de saída, a fim de impedir a passagem de pessoas não pertencentes à equipa de emergência.

Tabela 5 – Modelo sistemático de evacuação (Adaptação de Palacios, *et al.*, 2010)

Palacios *et al.* (2010) sublinham que numa evacuação, o sistema de triagem visa a transferência dos pacientes com maior possibilidade de sobrevivência e que necessitem de um menor suporte vital, pelo que estes esquemas de prioridade devem ser conhecidos e estar treinados. O transporte de um cliente crítico deve estar protocolado e dever ser feito por um médico e um enfermeiro, o cliente deve estar monitorizado, deve-se ter ao dispor medicação de urgência e se possível um desfibrilhador e o transporte deve ser feito preferencialmente na cama do próprio cliente.

O referencial teórico apresentado serviu de suporte à realização do PIS, que será descrito no capítulo seguinte.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Com a realização dos estágios I e II, desenvolveram-se as fases de diagnóstico de situação e do planejamento de um projeto de intervenção em serviço, que culminaram no estágio III, onde tiveram lugar as etapas da execução e avaliação do PIS.

O PIS assentou na metodologia de projeto, que segundo Ruivo *et al.* (2010, p. 2), esta

“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”.

Na metodologia de trabalho de projeto, existe uma estreita relação entre a teoria e a prática, com o objetivo de desenvolver um projeto de intervenção, que permita diagnosticar um problema real, partindo de uma metodologia científica para a realização de um diagnóstico de situação, e partindo daí para a implementação de um projeto de intervenção, planejando, executando e avaliando o mesmo. Leite e Santos (2004, p. 1) afirmam que a Metodologia de Trabalho de Projeto,

“centrando-se na pesquisa temática no terreno e/ou na resolução de problemas, pretende introduzir uma dinâmica integradora e de síntese entre a teoria e a prática. A teoria decorre diretamente da prática, tal como esta daquela, num processo interativo, não havendo separação entre o saber e o saber fazer. Assim, integra conhecimentos adquiridos e desencadeia a aquisição de novos conhecimentos e experiências. Pela prática se humaniza, se socializa o saber; a teoria ajuda a ultrapassar o empirismo, estrutura e aprofunda esse saber”.

Após a pesquisa no terreno, associado a um interesse pessoal na área da emergência/catástrofe enquanto elemento responsável pela Gestão de Risco na UCI, optou-se por desenvolver o PIS denominado “Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”, com o objetivo de capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível

nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe. Iremos em seguida descrever as fases do Diagnóstico de Situação e Planeamento do PIS desenvolvidas nos estágios.

2.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa na metodologia de projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10).

A fase do diagnóstico de situação é particularmente importante, pois esta vai ser a base na qual o projeto vai assentar, ou seja, é nesta fase que se faz a identificação do problema, e se reúne fundamentação para a necessidade de atuação e da respetiva mudança pretendida. Segundo Ruivo *et al.* (2010, p. 11)

“na etapa do diagnóstico de situação definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É assim uma etapa que envolve a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe”.

A etapa do diagnóstico de situação iniciou-se no estágio I, estágio este que decorreu na UCI, detetando-se a Inexistência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos, tendo sido então realizado o diagnóstico de situação (Apêndice I).

Um PEI constitui-se como um conjunto de procedimentos estruturados para a obtenção de respostas rápidas, treinadas e eficientes em situações de emergência. Este tem como objetivo prevenir ou mitigar as eventuais consequências adversas para a segurança, saúde e meio envolvente (Braga, 2011).

Para que a equipa multidisciplinar seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de evacuação da UCI, são de extrema importância tanto a formação como o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como

alargar as suas capacidades de desempenho numa evacuação e conhecer o seu papel e as suas responsabilidades (Sousa, 2012).

As razões da escolha prendem-se com o facto desta ser uma área de interesse pessoal, porque enquanto enfermeiros somos gestores de risco geral da UCI. Juntamente com este interesse pessoal, temos observado enquanto gestores de risco da UCI, a dificuldade em responder adequadamente em situações de emergência pela equipa multiprofissional, bem como a falta de uma cultura de segurança por parte dos profissionais. É fundamental que exista um atuação relevante nas fases da prevenção e preparação de catástrofes, que inclua não só a identificação de riscos potenciais, como a realização de formação e de exercícios práticos.

É ainda importante realçar que o espaço físico da UCI sofreu remodelações recentemente, sendo necessária uma adaptação por parte da equipa ao novo espaço, bem como dar resposta aos novos desafios em termos de segurança.

Após esta avaliação inicial, considerou-se a criação para a UCI de uma “Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”, e em seguida foi feita uma análise do problema identificado.

Tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, como é o caso da UCI, em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna-se essencial criar um Plano de Emergência, que vise servir como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (Direção Geral de Saúde [DGS], 2010; Andrade, 2010).

Na ausência de um PEI, a resposta estará assente na improvisação e uma situação de emergência pode surgir como uma potencial catástrofe. No entanto, pode-se ser altamente eficaz mesmo com recursos escassos, caso este plano tenha sido planeado e preparado com antecedência e quantas mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado (Andrade, 2010).

Apesar da existência de um PEI no CH, este não contempla a especificidade da UCI, onde habitualmente se encontram clientes em situação crítica, aumentando a dificuldade do seu transporte/evacuação. Segundo Sousa (2012, p. 40) “ a evacuação consiste na activação de transferências da UCI, de doentes estabilizados, que necessitem de ventilação prolongada, para enfermarias/unidades intermédias/ unidades monovalentes e na transferência para outros hospitais de doentes cujo transporte envolva menor risco”.

Para Alves e Redondo, referido por Andrade (2010), mesmo em situações de emergência ou catástrofe, é possível ser-se altamente eficaz, mesmo com recursos escassos, caso exista uma correta adaptação às circunstâncias, assegurando uma assistência fluida e eficaz às vítimas, simplificando processos, atuando não de acordo com a gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência.

Tendo em conta a variedade e a complexidade das ameaças a que os serviços de saúde, e nomeadamente as UCI's estão sujeitas, é necessário um planeamento e uma resposta organizada, com vista a prestar os melhores cuidados e com a máxima qualidade possível, atendendo às circunstâncias exigentes das emergências/catástrofes. Para atingir estes objetivos, é fundamental apostar na sensibilização, planeamento, organização da resposta, formação e treino, sensibilizando não só os profissionais, mas também os próprios gestores dos cuidados de saúde para a importância de atuar nas diferentes fases de uma catástrofe, sendo elas a Prevenção/Mitigação, Preparação, Resposta e Recuperação/Reabilitação (Sousa, 2012).

Para o diagnóstico de situação foram realizadas entrevistas não estruturadas à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora da UCI, Enfermeira Gestora do Risco Geral do CH e posteriormente foi discutida a problemática com Professora Orientadora da Escola Superior de Saúde, que consideraram a temática pertinente.

De forma a auscultar a equipa sobre a pertinência da problemática para a mesma, bem como das suas necessidades de formação sobre a emergência/catástrofe, construímos um questionário que se encontrava dividido em duas partes distintas, na primeira parte pretendia-se aferir as necessidades formativas da equipa em relação à emergência/catástrofe. Na segunda parte pretendia-se conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuem, e foi utilizada uma escala tipo *Likert* em algumas questões, em que as respostas englobavam cinco opções, tendo os participantes que escolher uma, consoante a sua posição relativamente à questão (Apêndice II). Após a elaboração do questionário, foi entregue um pedido de autorização para a realização do PIS à Sr^a Enf^a Diretora do CH, onde se anexaram a ficha de diagnóstico do PIS, construída até à data, o questionário e o consentimento informado, bem como os pareceres favoráveis da Enfermeira Coordenadora da UCI e da Coordenadora Médica da UCI (Apêndices III e IV).

Após se ter obtido um parecer favorável para realização do PIS (Anexo VI), para verificar a eficácia e o valor do questionário, bem como para permitir descobrir defeitos ao questionário, foram aplicados sete pré-testes, três a elementos peritos na área e quatro a enfermeiros da UCI (Fortin, 2009). Após a aplicação dos pré-testes, foram realizadas algumas alterações ao questionário, para que este ficasse mais perceptível, mas não foi necessário proceder a grandes alterações à estrutura e conteúdo do mesmo. Na semana de 4 a 10 de Maio de 2015, foram aplicados os questionários e os respetivos consentimentos informados aos enfermeiros da UCI, tendo sido respeitados os princípios éticos e mantidos os direitos das pessoas, pois segundo Fortin (1999, p. 128) “Para proceder ao desenvolvimento de conhecimentos, quer seja das ciências biomédicas, quer seja das ciências de comportamento humano, o investigador deve obter da parte dos potenciais sujeitos um consentimento esclarecido e livre”.

Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a uma análise descritiva dos dados colhidos, e o tratamento dos dados foi realizado segundo a estatística descritiva, sendo os dados apresentados sob a forma de gráficos, com recurso ao programa Microsoft Office Excel para a descrição dos mesmos (Apêndice V).

Do tratamento de dados foram retiradas as seguintes conclusões: seria importante continuar a realizar formação na área da emergência/catástrofe, pois 24% da amostra nunca tinha feito formação na área e 27% já tinha feito formação há mais de três anos, sendo fundamental que esta formação não fosse só teórica, mas também prática, com a realização de exercícios de preparação para uma evacuação da UCI; A equipa concordava com a necessidade de criar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, em que 95 % dos enfermeiros concordava totalmente com a criação da mesma, e visto considerar que o PEI do CH não contemplava na sua totalidade as necessidades específicas da UCI e dos clientes em situação crítica; Os exercícios de preparação para uma evacuação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI, a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), visto o circuito de evacuação da UCI não estar assumido na equipa de enfermagem, em que toda a equipa concordava com a realização de exercícios de preparação para uma evacuação, e 76% da equipa referia mesmo concordar totalmente; A equipa demonstrava assumir a necessidade de continuar a investir nesta área, de forma a melhorar tanto a parte teórica como a prática, pois 66% da equipa discordava que a sua formação teórica fosse suficiente para atuar numa situação de emergência/catástrofe e 76% dos

inquiridos discordava que a sua formação prática fosse suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI.

Para a tentar garantir a validade e viabilidade do projeto, bem como as áreas que necessitavam de intervenção mais urgente, recorreu-se ao método analítico FMEA, pois este é um método proactivo de gestão e redução de riscos, permitindo priorizar as mudanças necessárias num determinado processo que se pretenda analisar, através de um exame ao mesmo, desde o seu início até à sua conclusão, e assim tentar evitar a ocorrência de erros (Chiozza, 2009).

Foram analisadas quatro etapas com a FMEA, a emergência/catástrofe na UCI, o equipamento médico necessário para uma emergência/catástrofe na UCI e Evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. Da análise dos valores da FMEA, podemos observar que não existiam valores muito elevados de RPN, pois tanto a probabilidade de ocorrência, como a dificuldade de deteção eram diminutas, no entanto, em caso de ocorrência a gravidade poderia ser muito elevada, com grande probabilidade de elevados prejuízos humanos e materiais. Com valores mais elevados de RPN, identificou-se a Coordenação ineficaz em caso de Emergência/Catástrofe na UCI (RPN – 160), a resposta ineficaz em caso de corte total de energia e resposta ineficaz em caso de inundação na UCI (RPN – 150). Também foram obtidos valores de RPN superiores a 100 noutros itens, dos quais salientamos a atuação ineficaz em caso de evacuação da UCI e a descoordenação entre a UCI e o serviço de refúgio, a UCPA, em caso de evacuação da UCI (RPN – 120) (Apêndice VI).

Ainda com base na análise da FMEA, foram identificadas três causas para os problemas identificados: 1 – Inexistência de uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI; 2 – Falta de inventário sobre o equipamento médico necessário a uma evacuação da UCI; 3 – Inexistência de uma prática regular de exercícios de preparação para uma catástrofe.

Como ações a desenvolver, com vista evitar as falhas potenciais atrás referidas, identificou-se: 1 – Criar uma norma de Atuação em caso de Emergência/ Catástrofe na UCI; 2 – Formar a equipa da UCI sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI; 3 – Inventariar o equipamento médico necessário numa evacuação da UCI; 4 – Identificar locais alternativos de recolha deste equipamento; 5 – Executar um exercício de treino de evacuação da UCI, para o serviço de refúgio a UCPA.

Após a análise efetuada, foram detetados os seguintes problemas:

- Inexistência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, que inclua a evacuação de clientes em situação crítica para o serviço de refúgio – a UCPA;
- Falta de inventário sobre o equipamento médico disponível na UCI, e verificar se este é suficiente para dar resposta a situações de emergência, ou identificar locais alternativos de recolha deste equipamento;
- Falta de formação por parte da equipa da UCI sobre a norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.

Foram definidas as seguintes prioridades:

- Criar uma norma de atuação para a UCI sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe;
- Formar a Equipa Multiprofissional da UCI sobre a atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Verificar se os recursos materiais são suficiente para uma emergência e identificar locais alternativos de recolha deste equipamento;
- Executar um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA.

Definiu-se como objetivo geral para o diagnóstico de situação, “Capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe”.

Foram ainda delineados os seguintes objetivos específicos:

- Elaborar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, que garanta a implementação de normas e diretrizes a seguir em caso de emergência;
- Formar a equipa multidisciplinar da UCI em emergência/catástrofe, com recurso a formação na área;
- Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência no CH.

2.2 Planeamento

A fase seguinte diz respeito ao planeamento do projeto, em que tal como refere Ruivo *et al.* (2010, p. 20), é feito uma

“planificação do esboço do projeto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma”.

Tal como na etapa anterior, também no planeamento foi realizado um instrumento de trabalho que se encontra em apêndice neste trabalho. (Apêndice VII)

Como objetivo geral para o planeamento do PIS definiu-se: Capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Com vista a atingir o objetivo proposto, foram enumerados objetivos específicos, planeámos uma série de atividades/estratégias a desenvolver, os recursos necessários para os atingir e os indicadores de avaliação para os avaliar. Também realizámos um cronograma e identificámos constrangimentos e possíveis resoluções para os mesmos, os quais passaremos agora a descrever.

Assim, o primeiro objetivo específico foi “Elaborar uma norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH”, as atividades/estratégias delineadas foram:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre: emergência/catástrofe em ambiente hospitalar; plano de emergência interno/plano de evacuação de uma unidade de cuidados intensivos; procedimentos já existentes na UCI e no CH, relacionados com a temática; modelo em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais;
- Elaboração da norma “Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar”;
- Discussão da norma com a enfermeira orientadora e docente de referência, enfermeira coordenadora e médica coordenadora da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à gestão de Risco;

- Realização de alterações caso necessário;
- Realização de pedido de parecer à Comissão de Gestão de Risco (CGR) do CH para validação da norma;
- Reformulação da norma caso seja necessário;
- Submissão da norma a aprovação da CGR;
- Submissão da norma ao Gabinete de Qualidade do CH;
- Apresentação à equipa de enfermagem através da realização de uma sessão de formação;
- Implementação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.

Para este objetivo, planeou-se uma articulação entre vários elementos de diferentes áreas do CH, como são a enfermeira orientadora, a docente de referência, a enfermeira coordenadora da UCI, grupo de trabalho da UCI referente à gestão de risco, enfermeira responsável pela CGR do CH, o enfermeiro responsável pela formação em serviço na UCI, a equipa médica e o conselho de administração do CH. Apesar desta lista ser extensa, era fundamental a participação dos vários elementos, pois esta era uma norma que envolvia tanto a equipa de enfermagem, como médica, bem como os elementos responsáveis do CH pela gestão de risco.

Como indicadores de avaliação para o objetivo enumerámos a “Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”, e ambicionámos que 100% da equipa de enfermagem conhecesse a norma.

O segundo objetivo específico delineado foi “Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência”, e as atividades/estratégias foram:

- Inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI;
- Verificação se os recursos materiais existentes na UCI são suficientes na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI;
- Identificação de locais alternativos de recolha deste equipamento, em caso de não ser suficiente o material existente;

- Divulgação do inventário de recursos materiais e respetivos locais alternativos à equipa de enfermagem e médica da UCI.

Os elementos que projetamos envolver neste objetivo foram a enfermeira orientadora, a docente de referência, a enfermeira coordenadora da UCI, o grupo de trabalho da UCI referente à gestão do risco, e a CGR do CH.

Para o objetivo pretendia-se “Formar/treinar a equipa de enfermagem sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI”, e foram delineadas as seguintes atividades/estratégias”:

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Construção de dossiê temático sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre Emergência/Catástrofe;
- Discussão dos diapositivos e do dossiê com a enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI;
- Introdução de alterações caso necessário;
- Realização do plano de formação;
- Marcação da sessão de formação;
- Divulgação da formação durante a passagem de turno através de folheto, que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para equipa de enfermagem;
- Realização da formação;
- Avaliação da formação.

Foram previstos como recursos humanos necessários à realização deste objetivo a enfermeira orientadora, a docente de referência, a enfermeira coordenadora da UCI, o enfermeiro responsável pela formação em serviço, o grupo de trabalho da UCI referente à gestão do risco, as equipas de enfermagem e médica. Este objetivo envolvia ainda alguns recursos materiais significativos, que foram uma sala de sessões, computador e projetor.

Equacionámos como indicadores de avaliação o plano de sessão de formação, a avaliação da sessão de formação, e pretendia-se formar/treinar 50% da equipa de enfermagem.

O último objetivo a que nos propusemos foi “Executar um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA”. Para este objetivo projetámos então as seguintes atividades/estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Reunião com a CGR do CH, com vista a identificação dos recursos humanos e materiais necessários para a execução do exercício de evacuação da UCI para o serviço de refúgio a UCPA, bem como decidir os casos que serão apresentados no exercício de evacuação;
- Reunião com os enfermeiros coordenadores da UCI, UCPA e CGR para validação e marcação do exercício de evacuação da UCI;
- Construção do cenário do referido exercício;
- Divulgação do exercício durante a passagem de turno através de folheto que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para equipa de enfermagem;
- Realização do exercício;
- Avaliação do exercício;
- Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem.

Os recursos humanos enumerados foram a enfermeira orientadora, a docente de referência, as enfermeiras coordenadoras da UCI e UCPA, o enfermeiro responsável pela formação em serviço, o grupo de trabalho da UCI referente à gestão do risco, as equipas de enfermagem, médica, de assistentes operacionais e técnicas e a CGR do CH.

Os indicadores de avaliação equacionados foram o plano de sessão do exercício, a avaliação do exercício, pois pretendia-se formar/treinar 20% da equipa de enfermagem. Apesar do objetivo envolver uma percentagem pequena da equipa de enfermagem, os resultados e as conclusões do exercício seriam divulgados à restante equipa e este e outros exercícios ou simulacros poderiam ser replicados, pois esta era uma das metas a nível da gestão de risco hospitalar.

Em seguida identificámos os constrangimentos possíveis. O primeiro constrangimento identificado foi o desinteresse pelo tema na equipa da UCI, e como solução definiu-se estabelecer parcerias com a enfermeira coordenadora e com o Grupo de

Gestão do Risco da UCI, motivar a equipa de enfermagem, explicando a necessidade a abordar temas relacionados com a prevenção e resposta a emergência/catástrofes.

Outro problema potencial ponderado foi a falta de instalações e/ou material para a sessão de formação. Para o evitar projetou-se marcar sala de formação e requisitar o projetor antecipadamente.

A falta de adesão à formação por parte da equipa de enfermagem, também foi equacionada como uma dificuldade. Para a evitar projetámos marcar atempadamente a sessão de formação, divulgar a sessão, de modo a que todos os elementos da equipa de enfermagem tivessem conhecimento da mesma, e ponderou-se englobar o tempo da formação em bolsa de horas, e agendar a sessão de formação para uma altura em que não existam profissionais de férias, nem coincida com uma época festiva.

Outro possível constrangimento poderia ser a dificuldade em formar/treinar os elementos da equipa de enfermagem (grande número de elementos), e para tal pretendíamos replicar a sessão de formação.

A possível demora no tempo de homologação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI por parte do Conselho de Administração, também poderia ser um obstáculo. Para o evitar ponderámos entregar a norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI atempadamente no Conselho de Administração.

O último constrangimento identificado foi a dificuldade em treinar os elementos da equipa de enfermagem (grande número de elementos) relativamente ao exercício. Para tal, equacionámos a realização de mais exercícios no futuro.

Tal como referido anteriormente, foi realizado um cronograma das atividades a desenvolver, com o objetivo de realizarmos as atividades dentro do prazo estabelecido para a realização dos estágios. Seguidamente é apresentado o referido cronograma.

Cronograma:

<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Setembro 2015</u>	<u>Outubro 2015</u>	<u>Novembro 2015</u>	<u>Dezembro 2015</u>	<u>Janeiro 2015</u>
Elaborar uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI						
Pesquisa bibliográfica						
Elaboração da norma de “Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI”						
Discussão da norma com a enfermeira orientadora e docente de referência, enfermeira coordenadora e coordenadora médica da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à gestão de risco e pedido de parecer à CGR do CH para validação da norma						
Reformulação da norma caso seja necessário						
Submissão da norma a aprovação da CGR						
Submissão da norma a aprovação do Gabinete de Qualidade do CH						
Apresentação à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação						
Implementação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.						

Inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI						
<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Setembro 2015</u>	<u>Outubro 2015</u>	<u>Novembro 2015</u>	<u>Dezembro 2015</u>	<u>Janeiro 2015</u>
Verificação se os recursos materiais existentes na UCI são suficientes na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI						
Identificação locais alternativos de recolha deste equipamento em caso de não ser suficiente o material existente						
Construção de dossiê temático sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos						
Elaboração de um conjunto de slides sobre Emergência/Catástrofe						
Discussão dos slides e do dossiê com a enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI						
Introdução de alterações caso necessário						
Realização do plano de formação e marcação da sessão de formação						
Realização da formação						
Avaliação da formação						

Reunião com a Comissão de Gestão do Risco do CH, com vista a identificação dos recursos humanos e materiais necessários para a execução do exercício de evacuação da UCI, para o serviço de refúgio a UCPA					
<u>Data</u>	<u>Setembro</u>	<u>Outubro</u>	<u>Novembro</u>	<u>Dezembro</u>	<u>Janeiro</u>
	<u>2015</u>	<u>2015</u>	<u>2015</u>	<u>2015</u>	<u>2015</u>
Reunião com os enfermeiros coordenadores da UCI, UCPA e CGR para validação, discussão dos casos e marcação do exercício de evacuação da UCI					
Divulgação do exercício durante a passagem de turno através de folheto que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para equipa de enfermagem					
Realização do exercício					
Avaliação do exercício					
Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem					

2.3 Execução

A etapa seguinte diz respeito à execução, ou seja, colocar em prática o que foi planejado nos estágios anteriores. Esta é uma etapa fundamental de todo o projeto, pois, tal como referido por Ruivo *et al.* (2010, p. 23), “Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projecto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas”.

Durante a execução do projeto poderão surgir algumas alterações ao que foi planejado, neste sentido, tentamos encontrar a melhor forma de contornar essas dificuldades, para que fosse possível atingir os objetivos propostos, pois como referem Ruivo *et al.* (2010, p. 23) “Caso ocorram alterações ao planejado, estas devem ser estudadas e deverão ser colocadas em prática medidas de recuperação para que os objectivos do projecto não se encontrem comprometidos”.

O primeiro objetivo a que nos propusemos foi a elaboração de uma norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH. Este primeiro objetivo veio a revelar-se um dos mais importantes durante o projeto, em que após a elaboração de um primeiro esboço da norma, e após revisão da mesma pela professora orientadora, esta foi entregue aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica do serviço, à coordenadora de enfermagem e coordenadora médica da UCI, grupo de trabalho da UCI referente à Gestão de Risco e à CGR.

Esta fase tornou-se fundamental, pois além de termos recebido contributos fundamentais para o projeto, com pontos de vista diversos, garantimos uma maior operacionalidade a todo o processo, dando resposta a diversas dúvidas e sugestões dos colegas, aumentando assim o seu interesse e permitindo um maior envolvimento em todo o projeto, contribuindo para a sua execução e implementação no serviço. De realçar que uma das alterações foi o próprio título do projeto, que passou a denominar-se Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH, e que poderá ser consultado no Apêndice VIII.

Outro objetivo consistia em inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI, e a identificação de locais alternativos de recolha deste equipamento, caso os recursos materiais existentes não fossem suficientes. Planeamos realizar este objetivo após a realização do procedimento, no entanto, durante a

sua elaboração, sentimos necessidade que estas informações constassem no procedimento, pelo que foi incluído no mesmo o material existente na UCI para a resposta a uma Emergência/Catástrofe, bem como os locais alternativos de recolha deste equipamento fora da UCI, conforme pode ser consultado no Apêndice VIII.

Tendo em conta que o procedimento realizado tinha como objetivo dar resposta a uma necessidade concreta da UCI, após a elaboração e revisão do procedimento, este foi apresentando a todos os elementos das equipas de enfermagem, médicas, de assistentes operacionais e administrativa do serviço. É fundamental que todos os profissionais do serviço conheçam o procedimento, pois em caso de emergência/catástrofe todos os presentes serão chamados a intervir na mesma, sendo fundamental que todos sejam conhecedores das suas responsabilidades, bem como saibam como atuar perante cada situação de emergência específica. Como o procedimento envolveu na sua conceção diversos elementos do serviço, nomeadamente os coordenadores, e visto a sua aprovação apenas depender do Gabinete da Qualidade e das Coordenadoras Médica e de Enfermagem da UCI, o documento foi rapidamente aprovado e encontra-se disponível para consulta na Intranet do CH.

O objetivo seguinte consistia em formar/treinar a equipa de enfermagem sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI, tendo sido delineado para este objetivo a construção de um dossiê temático sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI e a realização de uma formação sobre emergência/catástrofe na unidade. Este veio a revelar-se um objetivo também bastante relevante, ao permitir alertar os profissionais sobre a importância de refletirmos sobre esta problemática.

O objetivo geral da formação passava por: Estabelecer as normas de atuação perante uma emergência/catástrofe na UCI, bem como as diretrizes a seguir em caso de evacuação dos clientes da UCI.

Foram delineados como objetivos específicos da formação: 1 – Apresentar o novo procedimento relativo à atuação em emergência/catástrofe na UCI; 2 – Identificar as situações de emergência/catástrofe com maior probabilidade de ocorrência na UCI e a forma de atuação nestas; 3 – Estabelecer as diretrizes a seguir em caso de evacuação parcial/total da UCI. O plano da sessão de formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI encontra-se como apêndice (Apêndice IX).

Durante a apresentação e discussão da formação, constatamos que os colegas foram bastante participativos, colocando dúvidas pertinentes, nomeadamente na forma de operacionalização no serviço, caso alguma das potenciais situações de emergência e catástrofe se concretizasse, denotando-se uma preocupação crescente na equipa com as questões relacionadas com a prevenção e preparação para as situações de emergência/catástrofe.

O último objetivo, e para nós o mais difícil de colocar em prática, foi a execução de um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. Tendo em conta o curto período que tínhamos para a realização do estágio III, não foi possível dentro do prazo estipulado concretizar este objetivo. Uma das dificuldades foi o facto do exercício envolver a coordenação entre vários departamentos, nomeadamente a CGR do CH, a principal responsável em termos de exercícios de preparação para situação de emergência e catástrofe no CH, das equipas de enfermagem e médicas da UCI e UCPA, e dos bombeiros. Apesar das dificuldades encontradas, este era um objetivo considerado fundamental para todo o projeto, pois através de exercícios de preparação poderão ser detetadas dificuldades e falhas em situação de treino, e que poderão ser solucionadas nesta etapa, além de melhorarem a preparação dos profissionais para a atuação em emergência, melhorado assim a resposta numa situação real.

Iniciámos o planeamento do simulacro através de reuniões conjuntas com as coordenadoras da parte médica e da parte de enfermagem da UCI, com o enfermeiro do serviço responsável pela formação, que é simultaneamente o coordenador do grupo de reanimação e ressuscitação do CH. Posteriormente as reuniões foram alargadas à CGR e aos elementos coordenadores da UCPA.

Visto esta ser uma atividade nunca antes realizada na UCI, acordou-se que este exercício serviria não só para treinar a equipa numa situação de evacuação da unidade, como se tentaria perceber como seria a atuação da mesma, caso a emergência ocorresse num local que impossibilitasse o acesso ao equipamento do serviço para efetuar a evacuação, envolvendo ainda a intervenção da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) e dos bombeiros. O cenário escolhido para treinar esta situação, foi um simulacro de incêndio na área dos equipamentos da UCI, onde se encontram os monitores e ventiladores de transporte, balas de oxigênio e outro equipamento médico, levando não só

à evacuação do serviço, bem como à atuação dos bombeiros. Para testar a atuação da EEMI durante a evacuação, planeou-se uma situação de paragem cardiorrespiratória (PCR) num dos clientes durante a evacuação, sendo chamada a intervir nessa situação a EEMI. Para que a equipa pudesse ter uma atuação mais real, em vez de figurantes foram utilizados manequins, para que na situação de PCR pudesse ser treinado o Suporte Avançado de Vida.

Apesar de não ter sido possível terminar o simulacro no período planeado, já foi agendada a data da realização do mesmo, e nesta fase encontramos-nos a preparar toda a logística necessária, nomeadamente os recursos humanos, com profissionais da UCI e da UCPA, e os recursos materiais, tendo sido enviado o planeamento do simulacro ao Conselho de Administração, para aprovação escrita.

2.4 Avaliação e Divulgação

As etapas da avaliação e divulgação do PIS são fundamentais a todo o projeto, tendo a avaliação sido realizada ao longo do mesmo, permitindo desta forma adequar as nossas intervenções aos objetivos delineados, sendo esta uma das características da Metodologia de Projeto, que permite uma “retroação com vista a facilitar a redefinição da análise de situação, a reelaboração dos objetivos, acção e selecção dos meios, bem como a análise dos resultados” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 24).

Neste subcapítulo, além da avaliação, será simultaneamente analisada a divulgação do projeto, sendo esta uma necessidade fundamental na área da saúde, servindo este relatório a tal propósito, em que

“a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema, ou suprimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço/departamento em específico, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 31).

A avaliação do procedimento iniciou-se no momento da sua elaboração, pois este ao ser revisto por diversos elementos do serviço e da instituição, através dos seus contributos, opiniões e sugestões, foi-nos possível fazer uma avaliação do trabalho

desenvolvido, e conseqüentemente foram realizados ajustes ao PIS e aos objetivos inicialmente delineados. Ao conseguirmos envolver grande parte da equipa no projeto, alcançamos um dos principais objetivos delineados, que passa por alertar os profissionais para as questões relacionadas com a gestão de risco, trabalhando a cultura de segurança, construindo assim uma equipa mais desperta para a segurança dos clientes, do serviço e dos próprios profissionais, e conseqüentemente mais preparada para a atuação em situações de emergência e catástrofe.

A divulgação do procedimento realizou-se de forma faseada, como foi referido anteriormente, culminando com a aprovação da mesma pelo gabinete da qualidade, e posteriormente este foi oficialmente apresentado às equipas de enfermagem, médica, de assistentes operacionais e administrativa do serviço.

Outro momento em que foi possível não só avaliar, como divulgar o trabalho desenvolvido, foi na realização de uma formação sobre emergência/catástrofe na UCI. Pudemos constatar que ao longo do projeto o interesse dos colegas foi aumentando, estando a equipa mais desperta para as questões relacionadas com a emergência e catástrofe. Durante a formação este interesse foi bastante notório, os colegas colocaram questões concretas e direcionadas para a operacionalização na atuação em emergência e catástrofe, nomeadamente com a realização de exercícios de preparação, como é o caso do simulacro, permitindo desta forma à equipa aumentar a sua preparação para a atuação em emergência/catástrofe.

Com a formação foram atingidos os objetivos propostos, pois foi possível formar 52% da equipa, e a grande maioria classificou a formação como muito boa, como é possível verificar nos gráficos seguintes.

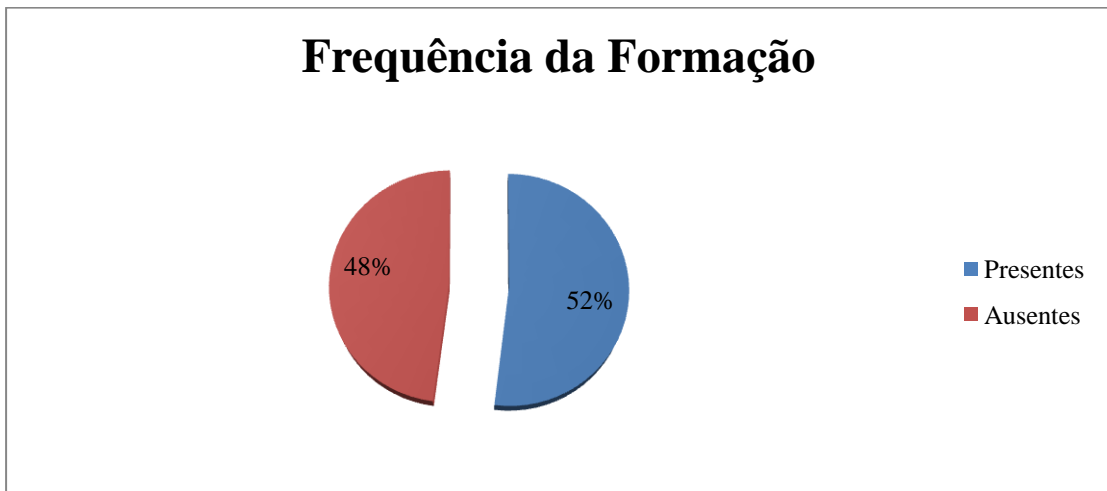


Gráfico 1 – Frequência da Formação

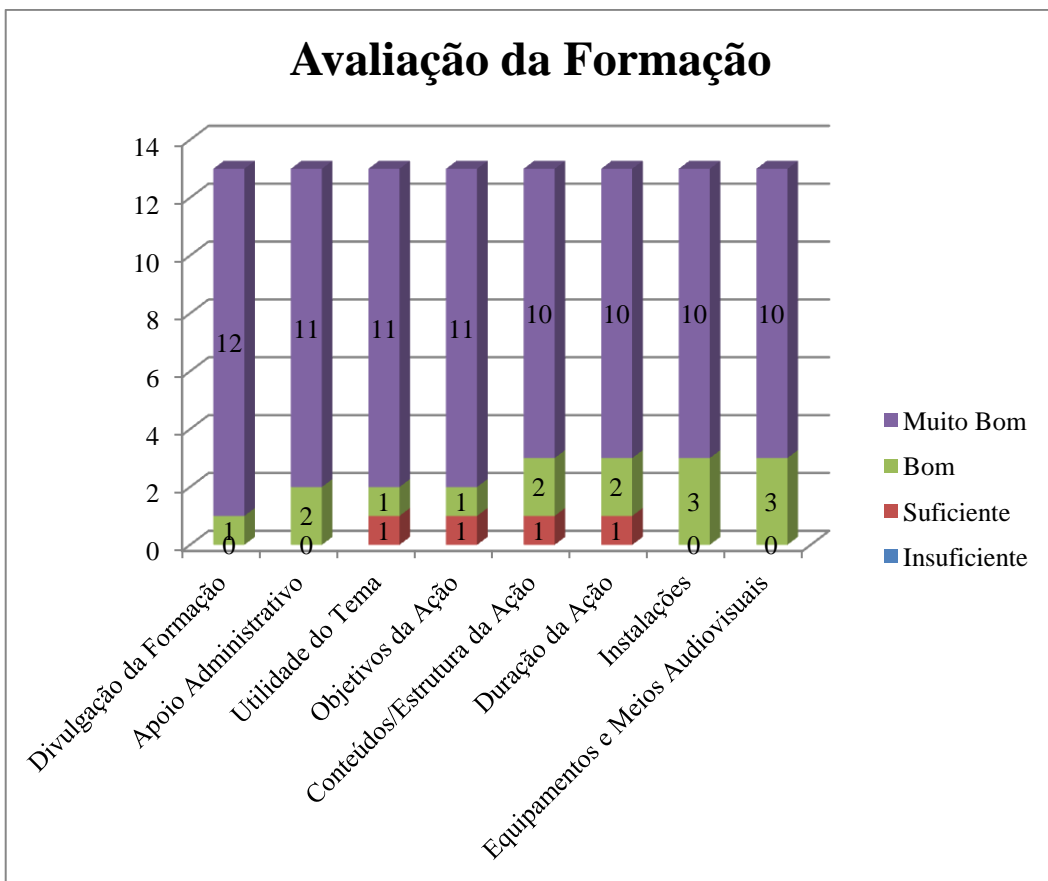


Gráfico 2 – Avaliação da Formação

Pudemos constatar no gráfico anterior que a grande maioria da equipa considerou a formação como muito boa em praticamente todos os itens.

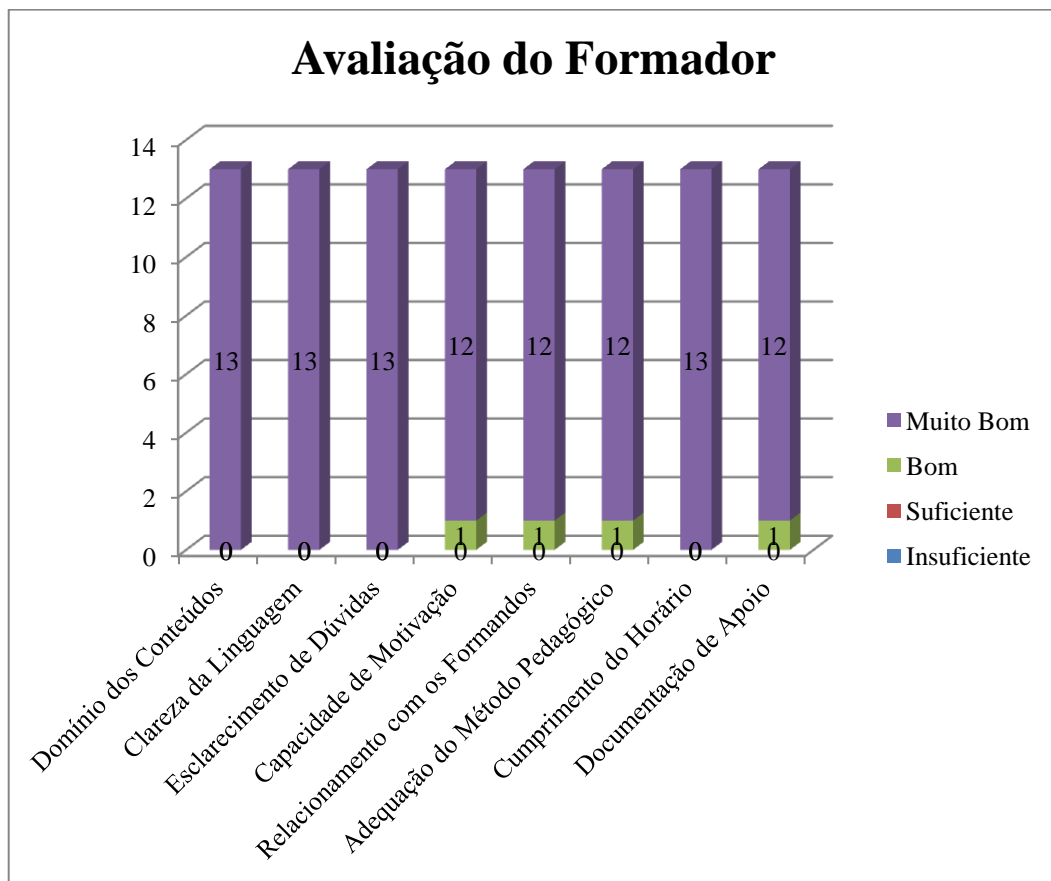


Gráfico 3 – Avaliação do Formador

Consideramos que a realização do simulacro será também um importante meio de avaliação e divulgação do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, pois não só poderá ser posto em prática os contributos teóricos que foram fornecidos à equipa, como irão estar presentes além dos intervenientes no simulacro, diversos observadores externos, que nos facilitarão a análise ao mesmo, para que possamos melhorar a nossa atuação e corrigir algumas falhas que sejam identificadas. De realçar que os observadores externos farão um relatório do simulacro, que será posteriormente compilado pela CGR e as conclusões apresentadas às equipas e ao conselho de administração do CH.

Será importante realçar a importância da teoria de Levine e dos seus processos de adaptação e conservação para fazer face a uma agressão, como são exemplos uma emergência ou catástrofe. Será baseado no processo de adaptação que a equipa mantém a sua integridade face a uma emergência e catástrofe, reagindo aos desafios do ambiente, e através do produto da adaptação é alcançada a conservação, que proporciona uma estabilidade à equipa e ao serviço perante as dificuldades, levando-o a combater as

adversidades, até que seja alcançada novamente a estabilidade. “O produto da adaptação é a conservação. A conservação é um conceito universal, uma lei natural, que trata da defesa da totalidade e da integridade do sistema” (George, 2000, p. 160).

Tão importante como o trabalho desenvolvido, foi a divulgação do mesmo, pois só assim é possível continuar a melhorar a praxis diária, com a divulgação do conhecimento produzido, como referem Ruivo *et al.*, (2010, p. 31) referindo-se à área da saúde, “A divulgação dos resultados de um projecto nesta área possibilitará que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições”.

Em apêndice encontra-se também o artigo realizado sobre “Atuação em Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos”, no sentido de poder dar a conhecer aos enfermeiros a importância que esta temática representa para as nossas Unidades Hospitalares (Apêndice X).

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Com a realização dos estágios, era pretendido o desenvolvimento de uma segunda área de competências, o projeto de aprendizagem clínica, “no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e/ou Crónica e Paliativa” (ESS/IPS, 2014b, p. 4). Com o intuito de orientar a aquisição/aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa, foi realizado um diagnóstico de situação e planeamento orientadores para os estágios I, II e III.

Neste capítulo serão apresentadas as fases do diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação referentes ao Projeto de Aprendizagem Clínica (Apêndice XII).

3.1 Diagnóstico de Situação

Tendo em conta que os estágios I, II e III decorreram numa UCI, em que estão presentes clientes com grande potencial para a instabilidade e risco de falência orgânica, considerou-se que este seria um ambiente propício ao desenvolvimento da competência K1 (Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica) (OE, 2010b). No entanto, tendo em conta que a atualização e aprofundamento de conhecimentos são de extrema importância, visto esta ser uma área em desenvolvimento constante e com mudanças significativas ao longo dos últimos anos, considerou-se que seria relevante a participação em formações que viessem a realizar-se nesta área, e que se considerassem pertinentes para este desenvolvimento de competências.

A importância do desenvolvimento de competências por parte dos enfermeiros que atuam em cuidados intensivos é salientado por Correio *et al.* (2015, p. 47), ao referir que “O enfermeiro que atua em uma Unidade de Terapia Intensiva precisa integrar as técnicas com a tecnologia, dominando os princípios científicos e, ao mesmo tempo, atuando em equipe, na tentativa de suprir necessidades terapêuticas com qualidade e segurança.” Segundo o mesmo autor, a atualização de conhecimentos e competências é fundamental ao enfermeiro que atua em cuidados intensivos, pois

“Uma exigência indispensável ao enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva é a incessante procura por novos saberes. Assim, a qualificação profissional se dá pela educação continuada, com o objetivo de dominar essa linguagem tecnológica e assistir de forma integral, de tal modo a beneficiar o cliente e até mesmo o próprio profissional, de maneira segura” Correio *et al.* (2015, p. 50).

Também Santos e Camelo (2015, p. 129) realçam a importância da conjugação deste rol de competências nos cuidados à pessoa em situação crítica, “o enfermeiro intensivista necessita de um perfil que lhe permita desenvolver suas funções eficazmente, aliando conhecimento técnico, científico, humanização e individualização do cuidado, proporcionando qualidade na assistência prestada”.

A competência K3 (Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas) foi desenvolvida com a realização do PIS, na medida em que com a realização dos estágios na UCI se procuraram subsídios para o mesmo, tendo em conta a prevenção e controle de infecção em cenários de emergência/catástrofe (OE, 2010b).

Após uma reunião com a enfermeira coordenadora do Grupo Coordenador Local do Controle de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA), foi diagnosticada a inexistência a nível do CH de uma norma sobre “Algaliação de Curta Duração”, pelo que se considerou que esta seria uma oportunidade para intervir numa necessidade sentida por este grupo e que seria transversal ao hospital. Segundo Pina *et al.* (2010) a infecção do trato urinário é a infecção nosocomial mais frequente, com um valor de incidência de 24 %, sendo que 80% destes estão relacionados com a algaliação. Por cada dia de algaliação o risco de infecção aumenta em 3 a 10 %, aproximando-se dos 100 % ao fim de 30 dias. O mesmo autor refere que (2010, p. 30) “Estima-se que, aplicando as medidas de controlo de infecção adequadas, se possam evitar até 69 % das infecções urinárias o que representa 380.000 infecções e 9.000 óbitos por ano”, sendo que “Nos Estados Unidos da América, em 2011, a incidência de Infecção urinária associada a cateter urinário foi de 0,2 a 4,8 por 1000 dias de cateter urinário em doentes adultos hospitalizados e de 1,2 a 4,5 por 1000 dias de cateter urinário, em doentes de UCI” (DGS, 2015, p. 12). A DGS emitiu em 2015 uma Norma onde enuncia um “Feixe de Intervenções” de Prevenção

de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, tendo sido demonstrado que “A implementação de um “feixe de intervenções” numa UCI neurológica levou a significativa redução de utilização de cateter e de infecção urinária” (DGS, 2015, p. 12). Propusemo-nos, em conjunto com outras duas colegas do 4º curso de MEMC, realizar no decorrer do estágio III uma norma institucional sobre “Algaliação de Curta Duração”, e respetiva lista de verificação, e assim cimentar o desenvolvimento da competência K3.

Com a realização dos estágios na UCI, e apesar de termos tido contato com clientes com doença crónica, incapacitante e terminal, considerámos pertinente a realização de outras estratégias que visassem o desenvolvimento das competências L5 (Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante, e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida) e L6 (Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte) (OE, 2011a).

Para o desenvolvimento das competências L5 e L6, propusemo-nos realizar um estágio numa unidade de cuidados paliativos, que contempla a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares. A comunicação e o direito à informação assumem também um papel fundamental nas competências L5 e L6, pelo que considerámos importante desenvolver esta temática. Para tal, decidimos realizar um artigo em conjunto com outros dois colegas do mestrado sobre a “conspiração do silêncio”, que lesa em muito uma eficiente relação terapêutica entre os profissionais de saúde, o cliente e os seus familiares, como refere Twycross (2003, p.49), “a conspiração do silêncio torna-se numa forte tensão. Ela bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. Se não for resolvida, é frequente que as pessoas em luto sintam grandes remorsos”. De acordo com Bermejo *et al.* (2012) a conspiração do silêncio impede o diálogo, a reorganização de ambos (cliente e família) e impede a adaptação à nova situação, nomeadamente, impede o encerrar de assuntos pendentes como sejam despedidas, questões legais, testamentos e desejos, levando a que o cliente apresente um estado elevado de medo, ansiedade e confusão, problemas emocionais, solidão e isolamento.

3.2 Planeamento

Com o objetivo de desenvolver a competência K1, planeou-se com a realização dos estágios na UCI:

- Acompanhar a EEMI na prestação de cuidados a clientes em estado crítico;
- Prestação de cuidados a clientes com instabilidade hemodinâmica submetidos a técnica de substituição da função renal;
- Avaliação da dor em clientes em estado crítico, utilizando as escalas da dor adotadas pela UCI;
- Acompanhamento da realização do *Family Meeting* realizado na UCI, onde são transmitidas as informações sobre o estado clínico dos clientes, aos seus familiares e pessoas significativas.

Para o desenvolvimento da competência K3, planeou-se elaborar uma norma institucional sobre “algaliação de curta duração” e respetiva lista de verificação, e foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Elaboração da proposta de norma;
- Discussão da norma com a Enfermeira Orientadora Docente;
- Reunião com os elementos do GCLCIPRA do CH para discussão do procedimento;
- Reformulação do procedimento se necessário;
- Fornecimento da proposta aos elementos dinamizadores para recolha de sugestões;
- Realização das alterações necessárias;
- Elaboração da norma final;
- Realização de pedido de autorização ao Gabinete de Qualidade para a norma ser homologada;
- Divulgação da norma na pasta pública do CH.

Para o desenvolvimento das competências L5 e L6 foram delineadas como estratégias a realização de um estágio numa unidade de cuidados paliativos, que contempla a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, tendo sido delineadas as seguintes atividades:

- Observação dos cuidados prestados na unidade de cuidados paliativos, com vista a identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, e a promover intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares;
- Compreensão das técnicas utilizadas na unidade com o objetivo de envolver os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;
- Conhecimento das estratégias utilizadas para promover parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família, e na definição de objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

A segunda estratégia planeada para o desenvolvimento das competências L5 e L6 foi a elaboração de um artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”, em conjunto com mais dois colegas do 4º MEMC, e para a sua execução delineou-se:

- Pesquisa bibliográfica sobre comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação;
- Elaboração do artigo sobre “conspiração do silêncio”;
- Apresentação do artigo ao serviço de formação do CH, para possível divulgação do mesmo.

3.3 Execução e Avaliação

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica:

A realização dos estágios I, II e III numa UCI, foram facilitadores da aquisição desta competência, pois o campo de estágio selecionado é também o local onde trabalhamos, assumindo as funções de chefia de uma equipa, prestação de cuidados na EEMI e Gestores de Risco Geral do Serviço, estando então familiarizados com a prestação de cuidados a estes clientes e atuação em situações de emergência.

Durante os estágios I e II, demos resposta aos objetivos que tínhamos delineado, nomeadamente na prestação de cuidados a clientes submetidos a técnicas de substituição da função renal, acompanhamos a EEMI quando esta era ativada, participamos em vários

Family Meetings, e realizamos a avaliação de dor aos clientes do serviço, sendo esta avaliação feita segundo as escalas que são aplicadas no mesmo (escala numérica e escala comportamental de Lippincott, Williams e Wilkins).

Tendo em conta que a UCI é o local onde trabalhamos há vários anos, a aquisição dos objetivos programados foi relativamente acessível, pois estas são atividades com a qual estamos familiarizados, pelo que no estágio III tentamos aplicar alguns dos conhecimentos já adquiridos enquanto estudantes do MEMC, na procura da melhoria da prestação de cuidados no serviço. Visto assumirmos o papel de chefe de equipa no exercício da nossa profissão, procuramos utilizar o estágio III para desenvolver não só a nossa relação terapêutica com o cliente e família, bem como sensibilizar tanto os colegas, como as equipas médicas e de assistentes operacionais para a sua importância.

Sendo a UCI um serviço muito especializado, onde é atribuída uma grande importância à parte técnica, devido à sua elevada exigência, a componente relacional é por vezes relegada para segundo plano, e segundo Salomé, Espósito e Silva (2008) os clientes retratam habitualmente a UCI como um local frio e mecanicista. No entanto, o enfermeiro deverá ter um papel relevante na tentativa de mudar esta realidade, como referem Correio *et al.* (2015, p. 47)

“o enfermeiro intensivista tem imbuído em suas atividades diárias, ensino, pesquisa, assistência, gerência e questões políticas, que requerem múltiplas competências, merecendo destaque as que envolvem diretamente as competências relacionais, em detrimento da visão mecanicista e biologicista, que impera nas Unidades de Terapia Intensiva”.

Aproveitando o facto de conhecermos bem a equipa do serviço, procuramos no estágio sensibilizar a equipa médica e de enfermagem para a sua relação com a pessoa em situação crítica e a sua família, pois, os clientes encontram-se muitas vezes com sentimentos de medo, angústia e mesmo desorientação, sendo fundamental que todos os envolvidos trabalhem com os mesmos objetivos, explicando gradualmente o que está a passar ao cliente, tentando diminuir estes sentimentos, pois segundo Salomé, Espósito e Silva (2008, p. 295) “Ficar internado, principalmente numa Unidade de Terapia Intensiva, é algo que leva o ser humano a fazer uma reflexão que, por mais simples que seja, sempre

é acompanhada de anseios, dúvidas e medo, principalmente de não receber cuidados humanizados.”

Também na relação com os familiares é fundamental que exista cooperação entre médicos e enfermeiros, para uma comunicação mais eficaz com os familiares, utilizando uma linguagem que seja acessível a estes. Foi neste ponto que tentamos trabalhar com alguns elementos da equipa médica, de forma a tentar diminuir a ansiedade nos familiares, muitas vezes presente por não perceberem o real estado de saúde do seu familiar, devido a algumas barreiras à linguagem ainda presentes na comunicação entre os profissionais de saúde e os seus familiares. A importância da comunicação é salientada por Salomé, Espósito e Silva (2008, p. 295), “Para que essa assistência de enfermagem seja de qualidade e humanizada, torna-se necessária uma relação interpessoal profissional-cliente, em que a comunicação verbal, não verbal e toque sejam utilizados como instrumentos do cuidar. Ao utilizamos esses instrumentos, estaremos amenizando a ansiedade, o medo do desconhecido desses enfermos”.

No decorrer do estágio III, visto este ter sido realizado entre Outubro e Janeiro, observamos uma sobrelotação dos serviços de saúde, e a UCI não foi exceção, com a necessidade de abrir mais uma unidade, passando a sua capacidade para sete unidades. Uma das patologias responsáveis por este aumento de clientes no serviço foram as pneumonias, bem como o reaparecimento de diversos casos de Vírus Influença A (H1N1), com diversos graus de severidade. Em algumas das situações mais graves, em que os clientes apresentavam hipoxemia grave, e que não foi possível trata-los com as medidas habituais de antibioterapia associada à ventilação mecânica invasiva, foi necessário utilizar uma modalidade de tratamento denominada ECMO (extracorporeal membrane oxygenation). Este método realiza as trocas gasosas, permitindo o descanso pulmonar até à recuperação ou melhoria do estado de saúde do cliente. Tendo em conta que esta técnica envolve um grande número de profissionais e meios, pois a mesma apesar de ser iniciada na unidade, é realizada por uma equipa externa, que se desloca ao serviço para iniciar a mesma, transportando depois o cliente para sua unidade. Tivemos a oportunidade de estar presentes em duas ocasiões em que esta ocorreu, sendo fundamental uma boa coordenação entre toda a equipa, para poder ser prestado todo o apoio necessário ao cliente, tendo em conta que este se encontra num estado crítico, bem como dar apoio à equipa que vem dar início a esta técnica, visto a mesma não pertencer ao CH.

Também a realização do PIS contribuiu para a aquisição desta competência, em que o procedimento foi desenvolvido tendo em conta a especificidade do serviço e dos clientes aí internados, pois uma atuação numa situação de emergência em clientes instáveis envolve um esforço conjunto, existindo a necessidade de mobilizar recursos humanos e materiais, bem como, envolve uma enorme logística para o apoio a esta emergência/catástrofe, sendo fundamental a preparação para a mesma. Para a realização deste procedimento foram envolvidos vários elementos considerados fundamentais, não só para a realização do procedimento, como para a sua divulgação e implementação, como foi o caso da enfermeira e professora orientadoras, da enfermeira coordenadora do serviço, dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica do serviço, a coordenadora médica da UCI e a CGR do Hospital.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

Para a aquisição da competência K3 contribuiu a execução do PIS, pois tal como tinha sido planeado na realização do Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, foram asseguradas as questões relacionadas com o controlo de infeção, nomeadamente na priorização da evacuação dos clientes de serviço, e na sua alocação no local de refúgio, tendo em conta se estes se encontram em algum tipo de isolamento, seja este protetor, de contacto ou por gotículas, com vista a diminuir a probabilidade de infeção cruzada.

No decorrer dos estágios I e II, e após reunião com a enfermeira coordenadora do GCLCIPRA, foi diagnosticada a inexistência a nível do CH de um procedimento sobre “Algáliação de Curta Duração”. Durante o estágio III, em conjunto com duas outras colegas que frequentam o 4º MEMC, realizamos um “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”. Após o trabalho em conjunto com o GCLCIPRA, não só foi feito este mesmo procedimento, como o mesmo foi completado com uma grelha de auditoria, um folheto com informações sobre a manutenção da algália, a ser entregue aos clientes que se encontrem algaliadas no momento da alta, e um fluxograma para ser afixado nos serviços, que podem ser consultados nos Apêndices XIII, XIV, XV e XVI.

Durante a realização do procedimento deparamo-nos com algumas dificuldades, pois o material existente no Hospital não era o mais adequado para dar resposta às recomendações nacionais e internacionais. Após algumas reuniões com o GCLCIPRA, chegamos à conclusão que para a realização de uma técnica correta, era fundamental que o CH adquirisse sacos coletores com porta universal para colheita de urina, pois segundo o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2009), deverá ser considerado o uso de sistemas selados, pois deverão ser evitados quebras na técnica asséptica e desconexões, e segundo o Programa Nacional de Controlo de Infeção (2004) o sistema de drenagem deve ter preferencialmente um local referenciado que permita a colheita asséptica de urina, evitando assim as desconexões para colheita de urina. Também a constituição dos Kit's de algaliação teria que ser outra, para dar resposta a essas mesmas recomendações. Ainda durante o decorrer do estágio, e apesar da norma ainda estar em fase de aprovação pelo gabinete da qualidade, fomos informados que o hospital aceitou adquirir tanto os sacos coletores com porta universal, bem como as alterações ao Kit de algaliação sugeridas. Pouco depois do término dos estágios, tanto o procedimento, como os seus apêndices foram aprovados pelo gabinete de qualidade, encontrando-se neste momento em fase de implementação em todo o CH.

A realização do procedimento referido anteriormente, além de ter contribuído para a aquisição desta competência, foi extremamente enriquecedora para o grupo, pois além de contribuímos para a uniformização dos cuidados de enfermagem relativos à algaliação de curta duração no CH, colaboramos na prevenção das infeções do trato urinário, ao prevenir a contaminação/disseminação da infeção pelos profissionais de saúde durante a inserção, manuseamento e remoção da algália, através do cumprimento de recomendações nacionais e internacionais.

Como referido anteriormente, o facto do GCLCIPRA ter concordado que era fundamental a aquisição de sacos coletores com porta universal para colheita de urina e, ter aceite as nossas sugestões para as alterações ao Kit de algaliação, foi muito importante para o grupo. Após apresentarmos a fundamentação das nossas sugestões, mostrando os ganhos em saúde que poderiam ser alcançados com estas, e a poupança que seria possível alcançar com a realização de um procedimento que venha a favorecer a prevenção das infeções do trato urinário, o CH reconheceu a importância das alterações sugeridas,

concordando com as mesmas. Colaboramos ainda na escolha dos sacos coletores com porta universal para colheita de urina e, na constituição dos novos Kit's de algáliação.

O “Procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta” a grelha de auditoria deste, o folheto com informações sobre a manutenção da algália, e o fluxograma para ser afixado nos serviços encontram-se nos apêndices (Apêndice XIII, XIV, XV e XVI).

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante, e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida:

Apesar do estágios decorrerem em ambiente de cuidados intensivos, por vezes a situação clínica do cliente pode alterar-se drasticamente, e uma situação potencialmente curativa, poderá transformar-se numa situação terminal. Nestas condições, e tendo em conta o nosso natural entrosamento nesta equipa de saúde, tentamos não só cuidar do cliente e da sua família, tentando diminuir o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, mas procuramos ainda dinamizar a mudança no serviço, na procura da melhoria dos cuidados nestas situações.

Na procura da cura, assistimos ainda a alguns casos que poderão ser considerados de obstinação terapêutica, em que os clientes falecem rodeados de meios invasivos, em ambiente de cuidados intensivos, o que poderá ser causador de enorme sofrimento para o cliente e para a família. Este processo, ao prolongar o processo de morrer, sem benefício aparente para o cliente, é causador de grande angústia e sofrimento, pelo que procuramos sensibilizar tanto a equipa médica, como a equipa de enfermagem, para que em equipa possamos refletir se o processo em que o cliente se encontra ainda é um processo curativo, e estamos perante uma situação potencialmente reversível, ou se esta situação já não é passível de ser revertida, e neste caso, teremos de saber quando parar, para que tanto o cliente, como a sua família, possam vivenciar o processo de morrer da uma forma mais natural possível, diminuindo desta forma o seu sofrimento. Esta ideia é corroborada por Silva, Quintana e Nietzsche (2012, p. 698) ao referirem que “muitos doentes se encontram internados em hospitais, sobretudo em Unidades de Terapia Intensiva, sem quaisquer perspectivas de melhora do seu sofrimento, dependentes de múltiplos equipamentos que não aliviam nem a sua dor física nem a psicológica, ou sequer trazem a certeza do aumento

do tempo de sua existência”. Segundo os mesmos autores, este é ainda um tema em que deverá ser feito um forte investimento pelos profissionais de saúde, pois

“por se tratar de um grave problema ético, especialmente nos dias atuais, nos quais o progresso tecnológico passou a interferir, decisivamente, na vida humana, compreender a obstinação terapêutica e seus porquês faz-se relevante, pois esta temática ainda não é claramente compreendida pelos profissionais de saúde”,

com efeitos devastadores para o cliente, como referem Silva, Quintana e Nietzsche (2012, p. 698).

Com o objetivo de desenvolver esta competência, realizamos um estágio de observação na EIHSCP do CH, que se encontra alocada no Hospital de Dia de Oncologia. Esta equipa atua essencialmente em três vertentes:

- Faz o seguimento de clientes que se encontram na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sendo este seguimento feito preferencialmente por meio de consulta presencial, consulta esta que é realizada duas vezes por semana, ou não presencialmente, por via telefónica;

- Realiza o acompanhamento dos clientes seguidos em consulta, caso estes se encontram internados nas sete unidades destinadas à pessoa em situação paliativa existentes no CH, sendo para tal realizadas visitas regulares a estes clientes, e é fornecido o apoio necessário, como por exemplo no controle sintomático através de um ajuste na sua medicação;

- Presta aconselhamento e apoio diferenciado a outros profissionais e serviços do CH, após ter sido feito um pedido por estes profissionais, caso estes considerem que alguma das pessoas internadas beneficia de cuidados especializados.

Com a realização deste estágio, pudemos observar durante as consultas realizadas pela EIHSCP que é realizado um acompanhamento sintomatológico dos clientes, sendo realizados ajustes à medicação consoante as necessidades, sendo utilizado para tal a escala de avaliação de sintomas de Edmonton, que é uma escala utilizada para avaliação da sintomatologia em cuidados paliativos, pois segundo Manfredini (2014) o controlo sintomático é fundamental na pessoa em situação paliativa, sendo para tal fundamental realizar uma correta identificação e quantificação dos sintomas, para que possam ser realizadas as intervenções terapêuticas necessárias ao controle destes mesmos sintomas.

Visto estes clientes se encontrarem inscritos na RNCP, os clientes são encaminhados tendo em conta a sua situação clínica, e o suporte existente por parte da família, para que possam ser prestados os cuidados de forma a minimizar o seu sofrimento e maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Gostaríamos ainda de salientar que a RNCP, da qual fazem parte as equipas e unidades de cuidados paliativos, só recentemente se separaram da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, coexistindo ambas as redes em simultâneo, mas com objetivos diferentes, e a equipa ainda se estava a adaptar a esta alteração.

A EIHSCP dá ainda apoio aos clientes que são seguidos na RNCP, quando estes são internados no CH, dando assim seguimento ao acompanhamento que tem vindo a ser feito durante as consultas, pois são elementos com um conhecimento alargado sobre o cliente e o seu estado de saúde, bem como das relações familiares existentes.

Durante o acompanhamento da EIHSCP, numa das visitas realizadas por esta ao serviço de internamento, pudemos verificar que ainda existe muito trabalho a ser desenvolvido de forma a que possam ser prestados cuidados que vão ao encontro às reais necessidades da pessoa em situação paliativa. Apesar do esforço realizado pelos profissionais do serviço de internamento, estas sete unidades encontram-se situadas num serviço de internamento com mais três valências, não existindo nem um espaço, nem uma equipa com formação diferenciada, que possa proporcionar os direitos consagrados na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos e no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, aos clientes em estado paliativo e aos seus familiares. Foi realizado um relatório deste estágio de observação, que se encontra como Apêndice (Apêndice XVII).

L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte:

À semelhança da competência anterior, com a realização do estágio na EIHSCP, pudemos constatar que em muitos casos os clientes são seguidos há vários anos por esta equipa, pois, como esta de encontra no hospital de dia de oncologia, existe uma relação quase familiar dos profissionais com os clientes e seus familiares. Desta forma, e tendo em conta que esta equipa possui uma relação terapêutica não só com os clientes, mas também com os seus cuidadores e familiares, podem desta forma ser elementos facilitadores deste

processo e, sempre que necessário, é feito o encaminhamento tendo em conta tanto as necessidades do cliente, como da sua família.

Gostaríamos de referir uma situação que presenciamos, em que durante uma consulta a um cliente que estava acompanhado pela esposa e pela filha, a consulta parecia decorrer naturalmente, em que tanto o cliente como a filha estavam comunicativos e apresentaram até algum humor durante a consulta. No final da consulta, a enfermeira perguntou à esposa do cliente se se passava alguma coisa, pois tinha notado que esta se encontrava menos comunicativa que o habitual, foi então referido pela própria e confirmado pela filha que ultimamente se encontrava “mais em baixo, devido ao agravamento do estado de saúde do marido”, tendo sido agendada uma consulta com a psicóloga que dá apoio a esta equipa. Pudemos então constatar a importância de estabelecer uma relação terapêutica com estes clientes e com a família, para que assim possamos ser elementos facilitadores do processo de adaptação às perdas e à morte. Esta experiência foi muito enriquecedora, pois apesar de trabalharmos numa unidade de cuidados intensivos, cada vez temos procurado trabalhar mais as competências relacionais com os clientes e os seus familiares, para que sempre que as situações se proporcionem, sejamos agentes facilitadores nos processos de adaptação às perdas e à morte, bem como no processo de luto dos familiares.

Segundo a Lei 52/2012 (2012, p. 5119), os cuidados paliativos têm como principal objetivo promover aos clientes e seus familiares “o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”. A procura do bem-estar e da qualidade de vida não se poderá limitar ao bem-estar físico, pelo que é fundamental continuar a olhar a pessoa como um todo, em todas as suas vertentes, não podendo ser descartada a componente espiritual. Segundo Martins *et al.* (2015, p. 90) “A espiritualidade é a dimensão da vida que faz de cada pessoa um ser único e singular. É uma dimensão universal, uma vez que se encontra presente na vida de todos e que invoca sentimentos como o amor, a fé, a esperança e a confiança”, e de acordo com Caldeira (2011), citado por Martins *et al.* (2015, p. 90) “O cuidado espiritual, que se define como esta atitude de cuidar a pessoa doente de modo integral e individual, ajudando-a a encontrar o seu bem-estar espiritual, só é possível neste contexto relacional”.

Embora esta ainda seja uma área que precisamos de trabalhar e desenvolver, apercebemo-nos do quão importante é vermos a pessoa como um todo, e para que possamos prestar cuidados de qualidade, o cuidado espiritual não poderá ser menosprezado, pois a dimensão espiritual é um importante recurso a ser utilizado na prestação de cuidados, assumindo esta um peso considerável quando associada aos cuidados paliativos, em que a pessoa está muitas vezes sujeita a sentimentos de angústia e impotência, face à situação de impossibilidade de cura.

Tal como tinha sido planeado, e de forma a desenvolver as competências sobre a comunicação e as barreiras a esta, elaboramos em conjunto com outras duas colegas do MEMC, um artigo sobre a “conspiração do silêncio”, pois infelizmente esta ainda é uma realidade das unidades de saúde, em que a informação apesar de ser um direito do cliente, ainda nos deparamos com situações em que esta lhe é negada ou omitida total ou parcialmente. Com a elaboração e posterior divulgação deste artigo, pretendemos não só alargar os nossos conhecimentos sobre o tema, e assim melhorarmos a nossa prestação de cuidados, como alertar outros profissionais sobre as graves consequências que a prática da “conspiração do silêncio” pode implicar para o cliente e os seus familiares, podendo bloquear a relação entre estes, e ser causadora de perda de confiança entre o cliente e os profissionais de saúde.

As situações de conspiração de silêncio, apesar de serem ética e moralmente inaceitáveis, também deontologicamente são incorretas, pois tanto o código deontológico dos enfermeiros, como o dos médicos, salientam que a informação sobre a sua saúde é um direito do cliente e, será este que decide se pretende partilhar esta informação, e com quem a partilha, sendo os médicos e enfermeiros apenas depositários da informação, pois tal como está consagrado na Lei 15/2014, no artigo 7.º, “1 – O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado”, também a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina declara no Capítulo III, Artigo 10.º que “Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada” (Diário da República, 2001), no código deontológico dos médicos é referido que “O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento expresso do doente, a menos que este seja

menor ou cognitivamente incompetente” (Ordem dos Médicos, 2009, p.25), e no código deontológico dos enfermeiros, no artigo 106º (OE, 2015, p. 8079), “Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico” (Apêndice XVIII).

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DESENVOLVIDAS

O conceito de enfermeiro especialista encontra-se definido no REPE, no artigo 4º, como o

“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015, p. 99).

O enfermeiro especialista acrescenta aos direitos e deveres do enfermeiro de cuidados gerais, os de enfermeiro especialista, adquirindo e desenvolvendo conhecimentos e competências dentro da sua área de especialidade.

De acordo com a sua área de especialidade, o enfermeiro especialista possui um regulamento de competências específicas, no entanto, existe um corpo de competências que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialização. Neste capítulo será analisado de que forma o PAC contribuiu para o desenvolvimento tanto das competências comuns do enfermeiro especialista, como das específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No preâmbulo do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, especialista encontra-se definido como o

“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (DL, 122/2011, p. 8648).

Independentemente da sua área de especialidade, o enfermeiro especialista partilha um conjunto de domínios, considerados pela ordem dos enfermeiros como competência comuns, sendo estas

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (DL, 122/2011, p. 8649).

Os quatro domínios das competências comuns são: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em seguida, será descrito de que forma os conteúdos lecionados no curso de 4º MEMC, a realização dos estágios I, II e III, e a realização do PIS e do PAC contribuíram para a o desenvolvimento destes quatro domínios.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para o desenvolvimento deste domínio foram bastante relevantes os aportes teóricos lecionados ao longo do curso, dos quais destacamos as unidades curriculares de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, Investigação, Ambientes em Saúde e os módulos de Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos e Supervisão de Cuidados. Estes aportes foram importantes ferramentas que permitiram desenvolver um espírito crítico, refletindo acerca das práticas diárias, com vista ao **desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**. Esta mudança de comportamentos, que por vezes até é pouco assumida por nós próprios, é certamente muito importante na nossa praxis, em que são demonstradas na **tomada de decisão ética**, em que as decisões são **suportadas em princípios, valores e normas deontológicas**.

O respeito pelo princípio da autonomia “deve ser a máxima de todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros na medida em que a sua profissão se centra precisamente na atenção à pessoa” (Filipe, 2004, p.239). Filipe (2004, p.238) refere-se à autonomia como “ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem e do cidadão, particularmente o da autodeterminação”. No artigo 105.º do código deontológico

dos enfermeiros, e relativamente ao direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de

“a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem e d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015, p. 84).

No decorrer dos estágios, em que cuidamos de pessoas em situação crítica, clientes sedados, estes direitos não só não devem ser descurados pelo enfermeiro, como acreditamos que devem ser reafirmados, **promovendo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

Durante a execução do PIS, não foram descuradas as responsabilidades profissionais, éticas e legais, tendo sido realizado um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CH, com o objetivo do PIS, e explicitando em que consistia e os motivos da sua realização (Apêndice III). Após a respetiva autorização, foi aplicado um questionário aos profissionais da UCI, sendo o mesmo composto por uma folha de rosto, onde foi explicado o instrumento e os objetivos do PIS. Cada enfermeiro que respondeu ao questionário assinou uma declaração de consentimento informado, em que foram elucidados que seriam salvaguardadas as questões éticas e deontológicas e que seria mantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados (Apêndices II e IV).

Gostaria ainda de ressaltar a importância da análise rigorosa do código deontológico que foi feita ao longo do curso, pois esta foi extremamente importante na realização dos estágios, como na própria realização do PIS. A título de exemplo, foi **mantido o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados** (OE, 2015, p. 84), e a realização do PIS partiu de uma **análise regular do trabalho efetuado e do reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude** (OE, 2015, p.86).

A realização do PIS foi assente na necessidade de **gerir práticas de cuidados que possam comprometer a segurança**, pois com a criação de um procedimento de atuação em caso de emergência/catástrofe, estaremos a reconhecer e adotar práticas preventivas e antecipatórias, e a promover na equipa rotinas de atuação em momentos que poderão ser complexos e em que são fundamentais as etapas de prevenção e preparação para uma situação de emergência.

Domínio da Melhoria da Qualidade

Estamos convictos que a concretização e divulgação do PIS tiveram por base o **desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**, sendo o próprio PIS um programa de **melhoria contínua da qualidade**, que promove **um ambiente terapêutico e seguro**.

Nas fases de diagnóstico e planeamento do PIS, reunimo-nos com a coordenadora de enfermagem e com a coordenadora médica da UCI, validando os objetivos do PIS, e reconhecendo que a aquisição de rotinas e nível da prevenção e preparação para situações de emergência será uma mais-valia para os profissionais e para o serviço em si. Reunimo-nos com a enfermeira coordenadora da CGR, validando o PIS, reunindo subsídios para a realização do mesmo. Foi de inestimável importância o direcionamento que foi proporcionado com as reuniões com a professora e com a enfermeira orientadoras.

Na fase do diagnóstico de situação, com a realização do questionário, procuramos envolver a equipa de enfermagem sobre a importância da criação do procedimento e da necessidade de sermos proactivos na prevenção e preparação para uma situação de emergência/catástrofe. Com a análise ao questionário, podemos concluir que todos os participantes concordavam com a criação do procedimento, e que para uma melhoria da qualidade é preciso continuar a investir tanto na formação teórica, como em exercícios práticos. Também a realização da FMEA foi considerada importante, pois permitiu-nos não só avaliar as possíveis falhas que possam ocorrer, e assim tentar evitá-las, bem como priorizar as atividades a desenvolver, tendo em conta o seu impacto nos cuidados.

Durante a realização PIS, visto que o mesmo foi realizado na área da emergência/catástrofe num serviço de cuidados intensivos, foi-nos possível contribuir para a **gestão do risco ao nível de uma unidade funcional**, pois ao diagnosticarmos,

planearmos e executarmos o PIS, foram detetadas algumas áreas que teriam de ser melhoradas, para permitir atuar numa situação de emergência com segurança e com pessoal preparado, como no caso de ser necessário evacuar o serviço, envolvendo a equipa de coordenação do serviço no debate destes melhoramentos necessários. Após a execução do PIS, consideramos que conseguimos melhorar as aptidões da equipa relativamente à prevenção e preparação para situações de emergência e catástrofe, melhorando assim as aptidões da equipa relativamente à **gestão de risco**.

A realização do PIS está em concordância com o artigo 109º do código deontológico, “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p. 86), e com o artigo 9º ponto 5 do REPE “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015, p. 103).

Ainda no âmbito desta competência, nomeadamente na **criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro**, participamos na realização do levantamento de riscos gerais e clínicos do serviço, em conjunto com a enfermeira coordenadora e a coordenadora médica do serviço. Este levantamento de riscos é feito uma vez por ano, identificando e propondo medidas que visem eliminar ou reduzir as consequências dos riscos identificados. Realizamos ainda uma auditoria ao serviço, também em conjunto com a enfermeira coordenadora e a coordenadora médica do serviço, auditoria esta que é realizada uma vez por ano no serviço, auditando riscos clínicos e riscos gerais, sendo os promotores a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente do CH.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Segundo Fradique e Mendes (2013, p. 45)

“O desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde, de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é uma ação prioritária e os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. Em contextos de melhoria da qualidade, é

geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que nos modelos de excelência assume inclusivamente um papel de destaque”.

A realização dos estágios I, II e III, decorreram no local onde prestamos cuidados há vários anos, onde inclusivamente assumimos funções de Gestores de Risco Geral e de chefia de uma equipa de enfermagem. Esta dicotomia de papéis poderia ter sido encarada como uma dificuldade, mas não foi considerada assim, enquanto estudantes podemos ver a realidade da prestação de cuidados de outra perspectiva, e é com ela que devemos tentar aprender e melhorar, não só hoje enquanto estudantes, mas retirar desta experiência os melhores contributos, sempre com vista a uma melhoria pessoal e profissional, na busca contínua pela qualidade dos nossos cuidados e da restante equipa.

No entanto, apesar de estarmos no papel de estudantes, não podemos ignorar os conhecimentos que já adquirimos anteriormente, mas sim cimentá-los. Tivemos a oportunidade de assistir e participar na reunião médica, sendo esta uma reunião realizada no início do turno da manhã, onde é discutida a avaliação clínica dos clientes e são planeados os tratamentos a seguir. Nesta reunião participa também o chefe de equipa de enfermagem do turno da manhã, e consideramos que é muito importante essa participação, pois desta forma os cuidados são planeados em conjunto pelas equipas médicas e de enfermagem, e o chefe de equipa de enfermagem funciona como elo de ligação, tentando levar para a reunião os contributos da equipa de enfermagem em relação aos cuidados a seguir, e após a reunião transmite à restante equipa o plano que foi delineado para cada cliente.

Como referimos anteriormente, a realização do estágio proporcionou-nos uma visão diferente do serviço, mas com ela pretendemos evoluir, e enquanto chefes de equipa, além de orientarmos o trabalho realizado, otimizando os recursos disponíveis tendo em conta o ambiente complexo que se vive num ambiente de cuidados intensivos, é importante sermos líderes eficazes e eficientes, promovendo não só a qualidade dos cuidados, como um trabalho em equipa em que cada elemento dê a sua melhor resposta, mas criando também um ambiente de confiança entre os vários elementos.

Para Fradique e Mendes (2013), a liderança em enfermagem assume um papel importante na melhoria dos cuidados, pois

“O papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e do desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando melhor desempenho e maior colaboração. A liderança é, pois, fundamental nas relações de trabalho, dado que os trabalhadores liderados identificam o estilo de liderança como agente catalisador dos conflitos laborais” (Fradique e Mendes, 2013, p. 47).

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 86).

A nossa conduta profissional sempre foi pautada por uma necessidade de melhoria e aperfeiçoamento, e para tal são fundamentais o **auto-conhecimento e assertividade, bem como basearmos a nossa praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é por nós considerado como o grande impulsionador que nos levou a inscrevermo-nos neste mestrado, com o objetivo de prosseguir a nossa aprendizagem, permitindo-nos não só desenvolver o auto-conhecimento e assertividade, bem como basear a nossa praxis em padrões de conhecimento sólidos e válidos.**

Também o PIS será um **suporte à prática clínica na investigação e no conhecimento**, em que foi utilizada uma metodologia científica, que fornecesse bases sólidas para a execução do mesmo, auscultando as necessidades da equipa, consultando e envolvendo peritos na área e a própria equipa, para uma concretização do PIS que se pretende que funcione como um projeto de melhoria da qualidade. Também durante a execução do PIS foram reunidos contributos de vários elementos fundamentais à sua execução e implementação a nível do serviço, que foram as coordenadores de enfermagem e médica do serviço, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica do serviço e a CGR do CH, contribuindo desta forma não só para a robustez do PIS, mas facilitando também a sua implantação e aceitação por toda a equipa, tornando-o o mais operacional possível.

Durante a realização dos estágios tivemos ainda a oportunidade de frequentar algumas formações que considerámos serem uma mais-valia não só para a realização do PIS, como para o nosso desenvolvimento enquanto futuros enfermeiros especialistas. Participamos no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo VII), onde tivemos oportunidade de assistir a conferências que foram importantes para o PIS e PAC e outras que foram importantes no desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista. Saliento a conferência com o tema “O enfermeiro especialista no sistema de saúde – custo ou investimento?”, em que foi debatido quais os ganhos em saúde que o enfermeiro especialista poderá oferecer, tendo em conta os custos associados à formação do mesmo, que atualmente são praticamente na íntegra assegurados pelo próprio.

Gostaríamos ainda de salientar que frequentamos o 2º Curso de Auditoria Clínica, promovido pelo Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos do CH, sendo esta uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade, e que nos possibilitou desenvolver competências fundamentais para os papéis desempenhados na área da gestão clínica, que suportem a **formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho** (Anexo VIII).

4.2 Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

“A pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p. 2).
Pelo que os cuidados à pessoa em situação crítica

“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b, p. 1).

Neste capítulo serão analisadas as competências desenvolvidas durante a realização dos estágios I, II e III, no âmbito das três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Crítica, K1, K2 e K3.

O descritivo da competência **K1 (cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica)**, considera que

“a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2010b, p. 3).

Tendo em conta que os estágios I, II e III decorreram numa unidade de cuidados intensivos, em que estão presentes clientes com grande potencial para a instabilidade e risco de falência orgânica, bem como, a procura de subsídios para a realização do PIS, foram elementos chave para a aquisição da competência K1.

A realização dos estágios e respetivo acompanhamento da enfermeira orientadora foram muito enriquecedores e motivadores, pois foi possível a prestação de cuidados a clientes críticos, permitindo gerir protocolos terapêuticos complexos, como a prestação de cuidados a clientes que estavam a ser submetidos a técnicas de substituição da função renal. Destacamos o caso de um cliente que estava a ser submetido à técnica hemodiafiltração veno-venosa contínua, e tinha suporte inotrópico em doses elevadas, exigindo uma grande vigilância, de forma a prevenir e antecipar, ou minimizar a sua instabilidade. Também o acompanhamento da EEMI, equipa esta constituída por um médico e um enfermeiro, e que atua após ter sido ativada por um profissional do hospital, caso tenha detetado um cliente com elevado potencial de instabilidade, ou com instabilidade já presente (seguindo habitualmente os critérios pré-estabelecidos no hospital), ou em caso de algum acidente ou emergência com um cliente ou outra pessoa numa área comum do hospital, foi uma mais-valia na aquisição desta competência, pois foi possível desenvolver competências na prestação de cuidados a clientes em paragem cardiorrespiratória, ou peri-paragem.

Tendo em conta em conta a nossa experiência profissional anterior, enquanto chefe de equipa na UCI e elemento que integra a EEMI há vários anos, esta foi importante na comunicação com as famílias de clientes em situação crítica, em que é de extrema

importância a preparação dos familiares para o impacto que é o primeiro contato com clientes em situação instável e mesmo na gestão de más notícias. A este nível foi muito importante o acompanhamento da enfermeira orientadora na participação no *Family Meeting*, sendo este um espaço em que uma equipa constituída por médico e enfermeiro se reúnem com os familiares dos clientes, com o objetivo de esclarecer dúvidas, dar a conhecer diagnósticos e prognósticos, e acima de tudo dar espaço aos familiares para falar e explicitar medos e ansiedades, ocorrendo estas consultas num ambiente controlado.

Bolander (1998, p. 345) refere-se à crise como “um fenómeno esporádico que interrompe a nossa existência de forma dramática”. Segundo o mesmo autor “As pessoas em crise têm reações fisiológicas e psicológicas típicas. As reações imediatas a um problema grave incluem medo, ansiedade, raiva, pânico, passagem ao ato e grande tensão” (Bolander, 1998, p. 346). Os cuidados em situação de crise do cliente e da família são frequentes numa unidade de cuidados intensivos, tendo em conta que os clientes têm alterações significativas ao seu estado de saúde, em que em muitas situações está presente um certo grau de incerteza quanto à evolução do seu estado de saúde, causando *stress*, ou mesmo crise no seio de uma família. A ação do enfermeiro especialista poderá ser determinante numa situação de crise, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, será fundamental uma atuação aos vários níveis: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

O registo sistemático da intensidade da dor em Portugal ganhou um maior ímpeto com a publicação por parte da DGS em 2003 da dor como 5º sinal vital. De acordo com o Plano Nacional de Controlo da Dor da DGS (2008, p. 2) “O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. Segundo a DGS (2008, p. 1)

“A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor, para além

do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso”.

Em 2013 o Plano Nacional de Controlo da Dor é substituído pelo Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, com o objetivo de reforçar a capacidade organizativa e de modelos de boas práticas na abordagem da dor. (DGS, 2013)

De realçar ainda que durante os estágios tivemos a oportunidade de avaliar a dor aos clientes do serviço, sendo esta avaliação feita segundo as escalas que estão a ser aplicadas no mesmo (escala numérica e escala comportamental de Lippincott, Williams e Wilkins), sendo aplicada a escala que mais se adequa a cada cliente, tendo em conta o seu estado de consciência e se está sedado e ventilado, e posteriormente são aplicadas medidas farmacológicas e não farmacológicas previstas, para permitir o alívio da dor.

Gostaríamos ainda de referir uma experiência que consideramos muito importante durante o decorrer dos estágios, que foi o transporte de todos os clientes de um serviço para outro. A UCI estava a sofrer remodelações, pelo que os clientes se encontravam temporariamente alocados noutro serviço, enquanto decorriam as obras. Após o término das obras, foi planeada a mudança dos clientes para a UCI, e tivemos a oportunidade de participar no planeamento e no respetivo transporte. Esta transferência evoluiu um planeamento rigoroso, pois não só foram transferidos os clientes, como todo o material que os acompanhava no serviço provisório (ventiladores, monitores, seringas infusoras, etc.). Foi necessário um esforço conjunto da equipa multiprofissional, exigindo uma coordenação eficiente entre os vários elementos, pois foi necessário dividir a equipa de enfermagem e médica no transporte dos clientes, e a equipa de saúde foi-se mobilizando à medida que os clientes eram transferidos, garantido que não só o transporte se fizesse em segurança, como que os clientes tinham o acompanhamento necessário antes, durante e após a transferência.

Esta competência exige uma necessidade de atualização de conhecimentos, pelo que foram importantes a pesquisa e consulta que foram realizadas durante os estágios. Tivemos a oportunidade de participar enquanto formandos no “III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Anexo VII), tendo sido também uma experiência enriquecedora, em que foi abordada a complexidade e imprevisibilidade associada aos

cuidados ao cliente em situação crítica, tendo o assunto sido debatido por peritos com experiências e conhecimentos muito relevantes, mostrando que mesmo na complexidade e imprevisibilidade muito se pode fazer de formar a garantir a qualidade nos cuidados a estes clientes e à sua família. Salientamos as comunicações feitas sobre a “Formação e gestão na complexidade e imprevisibilidade”, “Resultados associados à prática de enfermagem”, “Colheita de órgãos na PCR irreversível” e “A pessoa em falência orgânica”. Foram abordados estes assuntos tendo em conta o panorama internacional, dando exemplos do que pode ser melhorado a nível nacional, nomeadamente na colheita de órgãos na PCR irreversível, em que Espanha apresenta um dos melhores índices a nível mundial, sendo que Portugal está a adaptar uma legislação semelhante e posteriormente pretende adaptar a sua prática, por forma a tentar melhorar os seus índices e a sua eficácia a este nível, podendo assim promover a qualidade de vida de muitas pessoas que estão dependentes de um órgão para manter ou melhorar a sua vida.

Participamos ainda como formandos na formação “Morte Cerebral, Morte do Tronco, Morte do Indivíduo” (Anexo IX), realizada no CH, em que foi apresentada a realidade do hospital no que respeita à colheita de órgãos nos últimos anos, tendo sido mostrado o trabalho realizado pela comissão existente no hospital, e os meios que são necessários com vista a que se efetue uma colheita de órgãos, preservando a funcionalidade dos mesmos. Foi ainda evidenciado que este é um assunto delicado, em que é necessária uma comunicação eficiente com os familiares, tendo em conta o momento que estes estão a viver e o sentimento de perda que estão a sentir.

Outro dos subsídios para a aquisição desta competência, foi a frequência no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), ministrado pelo *Critical ESS* – Núcleo de Formação em Emergência da ESS/IPS. Apesar da atuação em situação de emergência ser uma prática com a qual estamos familiarizados, decorrentes da nossa atividade profissional, esta é uma área em que a formação e atualização de conhecimentos são fundamentais para o sucesso em situações reais, sendo os exercícios de preparação fundamentais. Durante o curso de SAV foram trabalhadas os seguintes conteúdos: Cadeia de sobrevivência; Suporte básico de vida – Desfibrilhador Automático Externo; Abordagem da via aérea; Causas de PCR; Algoritmo SAV; Ritmos de peri-paragem; Gasometrias; Organização da reanimação; Equipas intra-hospitalares; Situações especiais de PCR; Cuidados pós-reanimação; e Ética e deontologia em reanimação (Anexo X).

Relativamente à competência **K2 (Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação)**, podemos observar no descritivo desta:

“Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido de eficácia e eficiência da resposta pronta” (OE, 2010b, p. 4).

Por forma a atingir esta competência, foi muito importante a realização do PIS, sendo este dedicado à emergência e catástrofe. Após ter sido diagnosticada a necessidade de criação de um procedimento de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI, no decorrer dos estágios foi feito o planeamento do mesmo, e a sua execução decorreu no estágio III, conforme planeado. Durante o planeamento e execução do PIS, reunimo-nos com a CGR do Hospital, bem como com as coordenadoras médicas e de enfermagem da Unidade, de forma a planear a resposta a situações de emergência que ocorram no serviço, tendo em conta que muitos dos clientes do serviço se encontram em estado crítico e o planeamento rigoroso que é necessário de forma a promover, tanto quanto possível, a sua estabilidade, reunindo desta forma informação importante para a concretização do PIS.

Ainda com o objetivo de reunir subsídios para a realização do PIS, participamos como formandos no 2º Curso de Auditoria Clínica, promovido pelo Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos do CH (Anexo VIII). O curso foi dividido numa primeira parte de formação teórica sobre auditorias clínicas e uma segunda parte prática, em que foi realizada uma grelha de auditoria e respetiva auditoria a um procedimento existente no serviço. No final do curso o trabalho desenvolvido foi apresentado ao grupo, e posteriormente, após ter sido compilado foi enviado ao Conselho de Administração do CH.

Tivemos ainda a oportunidade de participar no simulacro desenvolvido a nível distrital denominado “Setlog 2015 – Azeitão”, em que participamos integrados na equipa de saúde, onde foi feito o acolhimento às vítimas de um simulacro de sismo e posterior encaminhamento, tendo em conta as suas necessidades de saúde. Participamos também num simulacro de um cenário com multi-vítimas, após uma derrocada num edifício, em que após o resgate das mesmas, foi feito a triagem segundo o modelo START (*Simple*

Triage and Rapid Treatment), sendo posteriormente prestados os cuidados necessários às vítimas. Nesta participação, estivemos também no campo para refugiados do sismo, que foi criado para o efeito, onde tivemos contato com outros meios de socorro, nomeadamente o posto médico avançado da GNR (Anexo XI).

Durante a participação enquanto formandos no “III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Anexo VII), assistimos às conferências sobre “Eventos adversos e cultura de segurança”, e “Implementação e desenvolvimento de projetos para a segurança”. Este é um tema pelo qual temos particular interesse, pois enquanto gestores de risco geral da UCI, temos adquirido alguns conhecimentos nesta temática, pelo que é sempre importante continuar a rever conceitos e ver outras experiências que são praticadas noutros hospitais.

Para a aquisição da competência K2 foi ainda importante a frequência no curso de Trauma, também este ministrado pelo *Critical ESS* – Núcleo de Formação em Emergência da ESS/IPS. No curso de Trauma, além de revermos alguns conceitos e princípios abordados no PIS, foi enriquecedor a participação numa simulação de um resgate numa situação multi-vítimas, onde nos foi apresentado um cenário de catástrofe, em que desconhecíamos o número e a situação das vítimas, no qual nos foi possível, após a realização de um reconhecimento do local e das vítimas, e através do trabalho em equipa de outros colegas do MEMC, colocarmos em prática as técnicas aprendidas ao longo do curso. Os temas abordados no curso foram: *Golden Hour*; Estrela da Vida; Abordagem Inicial e Secundária; Cinemática; Choque; Traumatismo Torácico; Traumatismo Abdominal; Traumatismo Crânio-Encefálico; Traumatismo Vertebro-Medular; Resgate Multi-Vítimas (Anexo XII).

Por fim, gostaríamos de referir que alguns dos conhecimentos que foram adquiridos, ou reforçados com a realização dos estágios, não só foram úteis, como tivemos a oportunidade de os colocar em prática, pois após a mudança para as novas instalações da UCI, em conjunto com a enfermeira coordenadora e a coordenadora médica do serviço, que também é o elemento da UCI responsável pela gestão do risco clínico, fizemos o levantamento de riscos gerais e clínicos deste novo serviço. Realizamos ainda uma auditoria ao serviço, com vista à identificação de potenciais riscos existentes após as remodelações.

A última competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é a **K3 (maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas)**, e no seu descritivo considera

“o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (OE, 2010b, p. 4).

Relativamente à prevenção e controlo de infeção, esta foi tida em conta no “Procedimento de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos”, pois, numa situação de evacuação de um serviço, dever-se-á assegurar o controlo de infeção. Habitualmente, num ambiente de cuidados intensivos encontram-se muitos clientes imunodeprimidos devido a seu estado de saúde, bem como outros clientes que estão infetados ou colonizados com infeções transmissíveis, pelo que o risco de transmissão cruzada está aumentado, devendo existir um rigoroso planeamento em caso de necessidade de evacuação dos clientes aí internados, de forma a tentar prevenir a sua ocorrência. As questões relacionadas com o controlo de infeção são também muito importantes nas várias situações de emergência, devendo ter-se em conta as possíveis infeções cruzadas no momento da evacuação e da posterior reunião dos clientes evacuados, no local destinado a estes, devendo existir um planeamento rigoroso na priorização da evacuação e da distribuição dos clientes, tentando minimizar este risco.

Durante a realização dos estágios I, II e III, estágios estes que se realizaram em ambiente de cuidados intensivos, bem como em toda a nossa atividade enquanto enfermeiros, as questões relacionadas com a prevenção e o controlo de infeção sempre foram uma prioridade nossa. De realçar que a DGS tem vindo a atribuir uma preocupação crescente com as questões relacionadas com a prevenção e controlo de infeção, pois de acordo com o despacho nº 2902/2013,

“existe evidência que Portugal é um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeções nosocomiais (o mais

recente estudo da DGS concluiu que em 9,8% dos doentes foi identificada uma infecção nosocomial, mostrando uma tendência de aumento ao longo da primeira década do século), urge aos hospitais, (...), reduzir as suas taxas de infecção nosocomial”, sendo considerado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos como programa de saúde prioritário (Despacho nº 2902/2013, p. 7179).

Na procura de maximizar a nossa intervenção na prevenção e controle de infeção, nos estágios I e II reunimo-nos com a enfermeira coordenadora do GCLCIPRA do CH, tendo sido verificado a inexistência a nível do CH de um procedimento sobre “Algaliação de Curta Duração”. Trabalhando em conjunto com duas outras colegas que frequentam o 4ª MEMC, e com GCLCIPRA, procuramos colmatar esta lacuna, e durante o estágio III foi realizado um “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”, uma grelha de auditoria ao mesmo, um folheto com informações sobre a manutenção da algália, e um fluxograma para ser afixado nos serviços. Devido à importância e urgência em colmatar esta falta de uniformização a nível do CH, no final do estágio o GCLCIPRA já tinha enviado estes documentos para o gabinete de qualidade, e os mesmos já tinham sido discutidos com o conselho de administração, e neste momento o procedimento está aprovado e encontra-se em fase de implementação, sendo transversal a toda a instituição.

Na realização do procedimento, para que este cumprisse com as recomendações nacionais e internacionais, aconselhámos a aquisição de sacos coletores com porta universal para colheita de urina e, sugerimos algumas alterações na constituição dos Kit's de algaliação existentes no CH. Para dar resposta às recomendações, elaborámos uma carta que foi enviada pelo GCLCIPRA ao conselho de administração, com a bibliografia nacional e internacional que justificava as nossas sugestões. De realçar, que ainda durante o estágio III fomos informados pelo GCLCIPRA que o conselho de administração aprovou as alterações sugeridas, e a aquisição de sacos coletores com porta universal para colheita de urina, que apesar de um pouco mais caros, certamente irão proporcionar ganhos na prevenção e controle de infeção, e a diminuição de gastos com o tratamento de infeções do trato urinário (Apêndice XIII, XIV, XV e XVI).

4.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

No preâmbulo do regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, podemos ver que esta

“toma por alvo de intervenção a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar” (OE, 2011a, p. 1).

O colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na sua Proposta do Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, define que

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com doença crónica avançada ou em fase final de vida e aos seus familiares/cuidadores, seja em contexto hospitalar, seja em serviços de saúde na comunidade” (OE, 2014, p. 6).

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa dividem-se em L5 e L6, e iremos abordar neste capítulo em que medida foi possível o desenvolvimento destas competências com a realização dos estágios I, II e III.

Podemos verificar no descritivo da competência **L5 (Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante, e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida)**, que esta

“Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem

abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento” (OE, 2011a, p, 3).

Tendo em conta que a realização dos estágios I, II e III decorreram num ambiente de cuidados intensivos, existe um natural desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidado à pessoa em situação crítica e falência orgânica, no entanto, não poderão ser menosprezados os cuidados às pessoas com a doença crónica, incapacitante e terminal, bem como dos seus familiares.

Com o avanço da medicina, a esperança média de vida das pessoas tem vindo a aumentar, e consequentemente os clientes das instituições de saúde têm cada vez uma idade mais avançada, sendo que os clientes presentes na UCI também são consideravelmente mais idosos. Devido a esta idade avançada apresentam múltiplas doenças associadas, em que por vezes o que se pensava ser uma situação clínica reversível, transforma-se numa situação terminal, em que as preocupações se alteram rapidamente da perspectiva da cura, para a promoção do bem-estar, muitas vezes associadas à diminuição do sofrimento. No decorrer dos estágios esta situação ocorreu em algumas situações, sendo fundamental prestar cuidados não só a estes clientes, bem como aos seus familiares, pois a mudança de uma situação potencialmente reversível, para uma situação terminal causa naturalmente muita angústia e revolta nos seus familiares. Nestes casos são fundamentais a comunicação e o apoio à família, para tal, na UCI é realizado preferencialmente um *Family Meeting*, em que comunicação e o apoio são fornecidos em equipa multidisciplinar, sendo reunidos os familiares e amigos com uma maior proximidade ao cliente, dando espaço aos mesmos para expressar as suas dúvidas e sentimentos.

Com a realização do *Family Meeting* sentimos que é reforçada a aliança terapêutica, com a variante que nestas situações e tendo em conta o estado clínico dos clientes, em que em muitas situações se encontravam em coma induzido, esta aliança é feita fundamentalmente entre os profissionais e família, tendo em vista o que é considerado como o melhor para o cliente. Twycross (2003, p.18) define aliança terapêutica como

“A essência dos cuidados paliativos é a aliança entre a equipa de cuidados e o doente e sua família. As consultas devem ser consideradas como um encontro de especialistas: os doentes são

especialistas na forma como se sentem e no impacte subjetivo da sua doença, e os profissionais de saúde são especialistas no diagnóstico e nas opções de tratamento. A associação dá mais ênfase à igualdade do que à hierarquia e exige respeito mútuo”.

Também Myra Levine defende que “quando a intervenção de enfermagem influencia favoravelmente a adaptação, ou no sentido do bem-estar social renovado, então a enfermeira está a actuar num sentido terapêutico; quando a resposta é desfavorável, a enfermeira presta cuidados de apoio”, sendo que o “objetivo da enfermagem é promover a adaptação e manter a totalidade” (Schaefer, 2004, p. 242).

Na procura de desenvolver a nossa praxis nos cuidados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, realizamos um estágio de observação na EIHS CP do CH, com o objetivo de observar e analisar os cuidados prestados à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal, aos seus cuidadores e familiares; perceber como são estabelecidas as relações terapêuticas da EIHS CP com a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, e com os seus cuidadores e familiares; e compreender a atuação da EIHS CP, quando os clientes são internados no Serviço de Oncologia.

Durante a realização deste estágio de observação, pudemos não só atingir os objetivos a que nos propusemos, como foi descrito anteriormente no PAC, como nos apercebemos da grande importância desta equipa a nível do CH. Visto o hospital não possuir uma unidade de cuidados paliativos, a EIHS CP não só presta cuidados a pessoas em situação crónica, incapacitante e terminal, como presta aconselhamento e apoio diferenciado a outros profissionais da instituição, clientes e seus familiares. A atuação desta equipa é de extrema importância na instituição, pois como não existe uma verdadeira unidade de cuidados paliativos, os clientes portadores de doença crónica, incapacitante e terminal, quando são internados no CH ficam a cargo de profissionais não especializados, não menosprezando o esforço realizado na prestação de ações paliativas. A EIHS CP tenta cobrir esta lacuna da instituição, procurando tanto quanto possível prevenir e aliviar o “sofrimento físico, psicológico, social e espiritual e na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva” (Lei n.º 52/2012, p. 5119).

A competência **L6 (Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crônica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte)** prevê a otimização de “resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crônica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos” (OE, 2011a, p.4).

Durante a realização dos estágios I, II e III na UCI, também tivemos a oportunidade de vir a desenvolver esta competência, nomeadamente nos processos de morrer e de luto. No serviço, os clientes encontram-se muitas vezes sedados, monitorizados hemodinâmica e eletricamente, e ventilados, com alterações significativas à sua aparência habitual, pelo que estas surgem como uma barreira para a família, pois não é esta a imagem que querem ter do seu familiar, e em muitas ocasiões têm receio de ver o seu familiar. No entanto, o controle e a vigilância que se tem nos clientes do serviço, também permitem antecipar situações potencialmente irreversíveis, sendo que nestes casos os familiares são informados do estado de saúde do seu familiar, para lhes dar a oportunidade de estarem presentes no processo final de morrer. Pudemos observar que este é um momento de grande simbolismo para os familiares, em que por vezes é dado início ao processo de luto, ao “despedirem-se” do seu familiar ainda em vida.

Com o objetivo de desenvolver a competência L6, nomeadamente as competências relacionais, tal como referido anteriormente, foi realizado um estágio de observação numa EIHSCP. Além disto, e de forma a trabalharmos as competências comunicacionais, competências estas que são fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas, decidimos trabalhar o tema com a elaboração de um artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”, tendo sido elaborado em conjunto com outras duas colegas do MEMC.

A “Conspiração do Silêncio” é definida por Bermejo, *et al.* (2012, p.2), como um: “acordo implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profissionais, de alterar a informação que se dá ao cliente com o fim de lhe ocultar o diagnóstico e/ou prognóstico, e/ou a gravidade da situação”. Apesar da informação sobre a sua saúde ser um direito do cliente, estando expresso em diversos documentos, como na Lei de Bases da Saúde, no REPE, nos Códigos Deontológicos dos Enfermeiros e Médicos, e de ser eticamente um dever dos profissionais de saúde, continuam a persistir situações em que esta informação lhes é negada ou omitida, assentes muitas vezes num falso sentimento paternalista, em que os profissionais se consideram erradamente detentores da informação e incorrem em situações de conspiração do silêncio.

Enquanto enfermeiros e futuros enfermeiros especialistas, consideramos importante continuar a trabalhar com o objetivo de combater esta e outras situações que lesem os clientes, com são os casos de “Conspiração de Silêncio”. Acreditamos que com a elaboração e futura divulgação deste artigo, não só desenvolvemos um tema que nos preocupa, como contribuímos para alertar a existência desta realidade, que apesar de serem amplamente reconhecidos os problemas que a mesma acarreta para os clientes, família e profissionais de saúde, continua a existir, e desta forma, através de um esforço conjunto entre profissionais e familiares, possamos combater estas situações. Esta ideia é corroborada por Myra Levine (George, 2000, p. 159), pois ela considera como o “desafio da enfermeira proporcionar ao indivíduo os cuidados apropriados sem perder de vista a sua integridade, horando a confiança depositada pelo paciente e encorajando a participação do indivíduo no seu bem-estar”, princípios estes que claramente estão a ser quebrados nas situações de “Conspiração de Silêncio”.

Com a realização dos estágios e elaboração do artigo, ficou saliente que no desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, é fundamental valorizar a pessoa nas suas várias vertentes, ficando saliente que na componente espiritual, ainda teremos que continuar a desenvolver os nossos conhecimentos e competências, para que a mesma possa ser usada como recurso nos cuidados, pois tal como referem Evangelista, *et al.* (2016, p. 177)

“A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes,

particularmente, relacionados ao processo de saúde-doença, como no caso de pacientes fora das possibilidades de cura. Desse modo, os princípios dos cuidados espirituais podem ser aplicados aos pacientes que se encontram em cuidados paliativos no decorrer de todas as fases e contextos, independente da cultura, tradição religiosa e referência espiritual.”

5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Tendo por base a natureza em que este mestrado foi realizado, tal como é referido no nº 4 do artigo 18º do DL nº115/2013, “No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional”. Ao longo do curso de mestrado foram desenvolvidas as várias competências referentes ao MEMC, neste capítulo será realizada uma análise relativa às competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no entanto, as mesmas não poderão ser dissociadas das restantes competências desenvolvidas, pois todas foram desenvolvidas tendo por base a finalidade deste curso: “Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade” (ESS/IPS, 2015, p. 5).

As competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram desenvolvidas em consonância com as competências do enfermeiro especialista, que no nosso caso, dizem respeito a situações complexas de saúde/doença, em que os cuidados são prestados a pessoas cuja vida está ameaçada, seja essa ameaça de natureza crítica ou crónica e paliativa. O enfermeiro deverá ter desenvolvido competências que lhe permitam ter “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (DL nº 122/2011, p. 8648). Em seguida será realizada uma análise reflexiva sobre cada uma das seis competências de mestre desenvolvidas.

Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

Iniciámos este mestrado sem expectativas muito definidas quanto à área da gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, mas ao longo do nosso percurso profissional sempre procuramos contribuir para a construção de uma profissão forte, assente na prática baseada na evidência. Com o decorrer do mestrado, nomeadamente com

as aprendizagens realizadas ao longo deste, como é exemplo o módulo de Seminário de Peritos, onde desenvolvemos conteúdos relacionados com a tomada de decisão no âmbito do Processo de Enfermagem e a análise de casos de cuidados de enfermagem complexos, não só adquirimos e solidificamos as nossas próprias competências, como procuramos contribuir tanto quanto possível, para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados nos contextos em que estamos inseridos, com a realização do PIS e do PAC.

Ao longo da nossa experiência profissional, nomeadamente com a experiência em ambiente de cuidados intensivos, em que assumimos funções de chefia de uma equipa, é necessário uma gestão cuidada dos recursos existentes, em função dos cuidados necessários. Num ambiente que por si só acarreta um nível elevado de *stress*, temo-nos questionado se numa situação excepcional, como são exemplos as situações com multi-vítimas, ou emergências dentro do próprio hospital, ou na própria UCI, se estaremos preparados para responder face a essas situações de exceção.

Segundo Sousa (2012, p. 39) “A preparação para situações de multivítimas deve existir permanentemente numa UCI, no contexto do próprio PEE do hospital. Todos os profissionais que trabalham nas UCI devem estar informados e formados sobre o planeamento e organização hospitalar na resposta em situações de exceção”, realçando ainda que cabe a cada UCI preparar-se para a possibilidade de ocorrências de eventos que possam ocorrer localmente ou na sua região, sendo fundamental para esta preparação a formação e o treino, “A formação e treino são de enorme importância. Permitem sensibilizar todo o pessoal da UCI para situações de exceção, alargar os seus conhecimentos teóricos e capacidades de desempenho nessas situações, dar a conhecer os seus papéis e responsabilidades, avaliar a coordenação e a cooperação intra-institucional e interinstitucional, e testar diferentes meios de comunicação a utilizar” (Sousa, 2012, p. 39).

Após a realização do PIS, sentimos que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos, pois conseguimos não só aumentar o nível de formação e preparação da equipa para a atuação em emergência e catástrofe, mas acima de tudo, conseguimos sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância de atuação nas etapas da prevenção e preparação. Estas etapas são muitas vezes ainda negligenciadas, devido à ocorrência de uma emergência/catástrofe ser uma exceção, no entanto, os seus efeitos poderão ser devastadores, especialmente se as equipas não estiverem formadas e treinadas.

Com a realização do PAC pretendemos contribuir para uma gestão eficaz dos cuidados de saúde, como é exemplo o “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”. Após detetarmos esta necessidade a nível do CH, coordenamo-nos com o GCLCIPRA, e em conjunto com outros dois colegas do MEMC, podemos além de contribuir para o desenvolvimento das nossas próprias competências, colmatar esta necessidade do CH, tendo o procedimento sido rapidamente aprovado, de forma a ser adotado por todos os profissionais do Hospital.

Gostaríamos ainda de salientar a importância do módulo lecionado no curso “Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos”, onde selecionamos uma das questões éticas presentes no nosso dia-a-dia, e elaboramos um algoritmo de tomada de decisão para essa questão. O exercício de reflexão sobre este tipo de questões foi muito importante, pois permitiu-nos refletir sobre a nossa praxis diária e assim tentar melhorá-la.

Habitualmente, quando pensamos sobre as questões éticas, assumimos que será difícil criar um algoritmo de decisão, devido ao grau de exigência presente nestas decisões. No entanto, com a realização do algoritmo, e com a experiência partilhada pelos vários grupos em sala de aula, apercebemo-nos da importância de refletirmos sobre estas questões, pois apesar destas serem de difícil decisão e, de cada tomada de decisão ser única, muitas destas questões são partilhadas por um grande número de enfermeiros e de contextos de trabalho.

Caso este tipo de dilemas e questões éticas sejam trabalhadas antecipadamente, as tomadas de decisão serão certamente menos complexas, mais conscientes e fundamentadas, sabendo de antemão que estas envolvem a nossa autonomia, mas também a nossa responsabilidade. A autonomia e a responsabilidade são pedras basilares da centralidade dos cuidados, “sendo que a nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros” (Nunes, 2006, p.11).

Sempre procuramos pautar a nossa praxis pela exigência e responsabilidade, em que aceitamos desde cedo, devido à necessidade dos próprios serviços e equipas, a assunção de funções com um nível de responsabilidade elevado, como são a gestão de equipas, integração de novos enfermeiros, orientação de estudantes de enfermagem e participação em vários projetos de cariz formativo, na procura de uma melhoria da qualidade. Apesar de já termos assumido a chefia de equipa em anteriores serviços, desde

há dois anos que o fazemos no atual serviço, a UCI, em que diariamente somos confrontados com um serviço muito exigente, em que o chefe de equipa têm de assumir um papel muito importante no serviço, fazendo a ligação entre as equipas médicas e de enfermagem e coordenando os cuidados consoante as prioridades. Nesta gestão de recursos humanos, sempre procuramos contribuir para uma prestação de cuidados de qualidade de toda a equipa, no entanto, sentimos que a realização do MEMC veio contribuir para a melhoria da nossa gestão de cuidados. Um bom exemplo foi a Unidade Curricular de Ambientes em Saúde, em que ao trabalharmos e desenvolvermos temas relacionados com a psicossociologia das organizações, capacitação e saúde global e economia e política de saúde, em que podemos não só complementar os nossos conhecimentos, como nos permitiu alargar a nossa visão sobre a saúde e, conseqüentemente, uma melhoria na gestão enquanto chefe de equipa num serviço muito exigente, em que diariamente são prestados cuidados a pessoas em situação crítica.

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A excelência do exercício profissional deverá estar sempre presente na nossa praxis diária, na procura da qualidade dos cuidados, sendo fundamental que cada enfermeiro desenvolva os seus conhecimentos e as suas competências, através de uma avaliação cuidada das suas necessidades de formação, tal como está expresso no artigo 109.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, Da excelência do exercício: “a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p. 86).

Na procura de atualização de conhecimentos e competências fundamentais à nossa profissão, sempre procuramos realizar formação e auto-formação que se adequasse às nossas necessidades. Com a recente massificação da formação e da informação, é fundamental realizar uma avaliação cuidada destas, para que nos possamos munir de conhecimentos e competências realmente úteis e que façam a diferença num percurso profissional/pessoal que pretendemos que não só nos realize, mas que nos leve a “Procurar

adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015, p. 86).

A realização do MEMC foi por nós considerado como um ponto fundamental na nossa aprendizagem, mas procurámos que este fosse direcionado para áreas consideradas essenciais na nossa evolução a nível profissional. Enquanto enfermeiros, prestamos maioritariamente cuidados a pessoas em situação crítica, e temos aprofundado a área da gestão de risco, pelo que direcionamos os estágios e a realização do PIS e do PAC, para que o trabalho desenvolvido nestes, não só fosse uma mais-valia pessoal, mas que o fosse também para o serviço, sempre na procura da qualidade dos cuidados.

Para que esta aquisição de conhecimentos e competências pudesse ser fundamentada, além da importância dos conteúdos lecionados e da pesquisa realizada durante o curso, frequentamos ainda um curso de Auditoria Clínica e o Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Também a realização da ficha de diagnóstico de situação do PIS, e do questionário sobre atuação em caso de emergência/catástrofe, foram ferramentas essenciais à realização de um PIS e dum PAC fundamentados e suportados por evidência, que trouxesse aos mesmos a certeza de que são ferramentas úteis para o serviço e instituição onde foram realizados, e que o trabalho desenvolvido poderá ter seguimento, quer por nós, quer por outros elementos.

A aprendizagem realizada ao longo deste curso, não pode ser encarada de forma singular, pois para que esta tenha um sentido verdadeiramente transformador, terá que ser enquadrada não só nas aprendizagens que já possuímos, adquiridos ao longo dos anos, e nos conhecimentos que iremos adquirir ao longo do *continuum* de aprendizagens, não podendo ser vistas não de forma isolada, mas sim de uma forma holística. A aprendizagem ao longo da vida, como a vemos hoje, começou a ganhar uma maior relevância com o Memorando Sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, em que foi veiculada a ideia que esta aprendizagem, “deixou de ser apenas uma componente da educação e da formação, devendo tornar-se o princípio orientador da oferta e da participação num contínuo de aprendizagem, independentemente do contexto.”, para que esta possa “acompanhar uma transição bem sucedida para uma economia e uma sociedade assentes no conhecimento” (Comissão das Comunidades Europeias, 2000, p. 3).

Gostaríamos ainda de realçar a importância da auto-formação realizada durante o mestrado, pois ao diagnosticarmos e planearmos os recursos necessários para atingir os

objetivos propostos, concluímos que em complemento aos conhecimentos que já possuíamos, teríamos que investir em áreas que estavam por nós menos desenvolvidas, como foi disso exemplo o estágio realizado nos cuidados paliativos e o artigo sobre a “conspiração do silêncio”. Apesar das dificuldades sentidas, os conhecimentos que adquirimos foram significativos, pois esta era uma área que consideramos essencial desenvolver na nossa praxis, especialmente no que diz respeito à comunicação quando esta envolve a pessoa em situação crónica ou paliativa. Enquanto chefes de equipa, a comunicação em situações exigentes é muito frequente no dia-a-dia, mas sentimos que com a frequência do MEMC, com a formação e auto-formação realizadas, adquirimos e complementamos conhecimentos e competências, que nos permitem ter uma atuação responsável, com decisões assentes na ética e deontologia profissional.

Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

O desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem vindo a crescer de forma sustentada ao longo das últimas décadas, mas para que esse crescimento se faça de forma fundamentada, é necessário que continuemos a apostar na investigação, mas essa investigação terá que ter por base uma teoria de enfermagem, pois a investigação sem teoria produzem informação isolada (Tomey e Alligood, 2004). A realização do nosso trabalho foi suportada por diversos aportes teóricos, que conferiram uma estrutura ao mesmo, salientando a importância da teoria de enfermagem de Myra Levine, especialmente na sua relação com a gestão de risco, como foi anteriormente referido. Levine percebe a Enfermagem como uma “interação humana”, no entanto, esta interação deve estar baseada num corpo de conhecimentos científicos, como é referido por Shaefer sobre Myra Levine, “É fundamental da enfermeira trazer um corpo de princípios científicos, dos quais dependem as decisões, para a situação específica que partilha com o doente” (Shaefer, 2004, p.242).

Na nossa perceção da enfermagem e dos cuidados de saúde, por muito fundamentadas que sejam as nossas decisões, caso estas sejam tomadas de forma isolada, terão sempre um alcance curto. Para que o nosso trabalho seja útil para outros profissionais e tenha a continuidade que desejamos, é fundamental que na sua construção sejam consultados e envolvidos os demais parceiros, tendo sido sempre este o nosso objetivo na

profissão, que as decisões sejam tomadas em equipa, para que se possa ser traçar um objetivo comum.

Durante a realização do PIS e do PAC, procurámos envolver outros elementos que consideramos fundamentais para o sucesso dos projetos, auscultando e envolvendo enfermeiros gestores, enfermeiros especialidades, enfermeiros de cuidados gerais, médicos, e comissões hospitalares, trabalhando em parceria com estes elementos e com outros colegas do MEMC. Após a realização do projeto, e fazendo um balanço ao trabalho realizado, podemos concluir que sem os demais parceiros, o trabalho realizado não teria o impacto que foi conseguido, pois com este envolvimento, os ganhos produzidos não foram apenas pessoais, mas do serviço e da equipa multidisciplinar pelo qual este é composto, e por último do próprio CH, com a divulgação e publicação a nível do mesmo do trabalho desenvolvido.

Tal como esta descrito no REPE (OE, 2015, p. 103), “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e acessoria, para a melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem”. Ao longo do nosso percurso profissional, propusemo-nos e fomos propostos para desempenhar diversas funções, que apesar de exigentes foram muito motivadoras, exercemos o cargo de chefe de equipa há vários anos, integramos novos elementos, orientamos alunos em estágio, exercemos funções de gestor de risco do serviço, participamos ativamente no processo de acreditação da qualidade enquanto elemento de interligação do serviço, participamos em diversos grupos trabalho, como são exemplo no apoio à pessoa ostomizada, à pessoa diabética, à pessoa insuficiente renal, etc. Ao desempenharmos estas funções, somos muitas vezes consultores para outros profissionais, enquanto elementos de referência em várias áreas. Apesar de ser gratificante este tipo de trabalho, isso não significava que nos devamos empenhar menos, mas devemos sim continuar a trabalhar no sentido de melhorarmos a cada dia que passa.

Enquanto futuros enfermeiros especialistas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, é certo que a nossa responsabilidade irá aumentar, mas é com entusiasmo que abraçamos este desafio, sabendo que teremos que nos continuar a empenhar, na atualização dos nossos conhecimentos e das nossas competências. Embora sejamos elementos de referência em algumas áreas, como é a gestão de risco, devemos sempre procurar aprender com outros profissionais, pois tal como outros profissionais recorrem a nós quando

necessário, também nós recorreremos a outros profissionais, para que através da partilha de conhecimentos possamos trabalhar com o objetivo da melhoria continua da qualidade dos cuidados.

**Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à
construção e aplicação de argumentos rigorosos**

O enfermeiro, tal como se encontra descrito no REPE tem dois tipos de intervenção, as interdependentes (iniciadas por outros técnicos) e as autónomas (iniciadas pela prescrição do enfermeiro). Quer nas ações interdependentes, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação, quer nas ações autónomas, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição e implementação, estará envolvido o processo de tomada de decisão, devendo este ser devidamente fundamentado, assente em investigação aceite e reconhecida, como é referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001, p. 12)

“No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Com o objetivo de identificar possíveis problemas na fase de execução do PIS, e planear estratégias para os tentar evitar ou resolver, foi realizada na fase planeamento uma FMEA, que nos permitiu uma implementação do projeto evitando algumas dessas dificuldades, fruto de um planeamento rigoroso, com os possíveis problemas devidamente analisados.

O enfermeiro especialista, além das competências comuns e específicas da sua área de especialidade, deverá ainda ter adquiridas “competências acrescidas”, que “são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional

especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas” (DL 122/2011, p. 8649). Na prestação de cuidados ao cliente em situação crítica, em ambiente de cuidados intensivos, bem como na atuação em emergência e catástrofe, é fundamental o desenvolvimento de uma visão global das situações, para que possamos adequar as nossas tomadas de decisão em função das necessidades e prioridades, mantendo a calma, para que possamos também transmitir calma a outros profissionais, e desta forma fazer o melhor uso possível dos recursos existentes.

Quando pensamos na atuação do chefe de equipa nos cuidados intensivos, fazemos um paralelismo com a atuação em emergência e catástrofe, tornando-se fundamental a presença de enfermeiros com “competências acrescidas”, que consigam tomar as melhores decisões, num curto período de tempo, orientando os colegas em situações potenciadoras de *stress*. Ao pensarmos na atuação que é necessário ter nestes ambientes, e que competências estes enfermeiros devem possuir, relembra-nos a atuação do Enfermeiro Perito, descrito por Benner (2001, p. 58) como “A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Após a execução e implementação do PIS e do PAC, importa realizar uma avaliação cuidada destes projetos e que ganhos em saúde foram obtidos. Como foi referido anteriormente, os ganhos em saúde com a implementação do PIS, na área da emergência e catástrofe, e com a execução e implementação do PAC, nomeadamente com o procedimento sobre prevenção da infeção associada a cateterismo vesical, bem com a divulgação do artigo sobre a conspiração do silêncio, são facilmente reconhecíveis. Importa salientar que durante o planeamento e execução dos projetos, foram tidos em conta os aspetos éticos e deontológicos envolvidos, com a aplicação de um consentimento informado e baseando-nos em padrões aceites a nível nacional e internacional, respeitando os princípios éticos, e o código deontológico dos enfermeiros, para que estes ganhos também possam ser refletidos e reconhecidos quer a nível ético, quer a nível deontológico.

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Durante a realização do MEMC, bem como na nossa conduta profissional, procuramos contribuir para o crescimento da nossa profissão, promovendo e participando em trabalhos de investigação, tal como descrito no REPE, “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015, p. 103). Durante a realização do mestrado, procuramos sempre utilizar a melhor evidência científica, quer durante a realização de trabalhos científicos, que na realização do PIS, este assente na Metodologia de Projeto, e na aquisição das demais competências, promovendo o aumento do conhecimento em Enfermagem.

Consideramos fundamental dar continuidade ao trabalho desenvolvido no mestrado, promovendo desta forma a investigação em enfermagem, para que possamos contribuir para uma prática baseada na evidência. A importância da investigação em enfermagem, e da prática baseada na evidência, são realçadas na tomada de posição da OE sobre a Investigação em Enfermagem, “O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (OE, 2006, p.1).

Apesar da existência de uma crescente investigação em enfermagem, os seus resultados ainda não estão a ser utilizados na sua plenitude, para a promoção de uma prática baseada na evidência, devido à existência de algumas atitudes e barreiras à utilização desta, tal como referido por Pereira, Cardoso e Martins (2012). Com a realização de diagnósticos de situação, identificando oportunidades de melhoria dos cuidados, e com a posterior realização, divulgação e implementação de dois procedimentos de enfermagem, com a realização de um artigo, e com a própria realização deste relatório de estágio, baseados na mais recente evidência científica, contribuímos para a quebra destas barreiras que ainda persistem à aplicação de uma prática baseada na evidência. Pereira, Cardoso e Martins (2012, p. 61) referem que “Uma prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustentando eventuais mudanças ao nível político no âmbito da saúde”.

Gostaríamos ainda de salientar a importância que algumas unidades curriculares tiveram no desenvolvimento do nosso juízo crítico, fomentando ainda mais o nosso interesse em continuarmos a contribuir para a afirmação de uma prática baseada na evidência. Destacamos as unidades curriculares de Investigação, Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e, Supervisão de Cuidados, pois identificamos situações em que poderão estar em causa princípios éticos e deontológicos, e com uma posterior análise aos mesmos, procuramos encontrar soluções alternativas, respeitando esses mesmos princípios éticos e deontológicos. Ressalvamos a importância de sermos elementos ativos na mudança, e na procura de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, beneficiando assim o cliente e os seus familiares.

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

O trabalho desenvolvido ao longo do mestrado foi muito enriquecedor para nós em termos pessoais, mas na análise que fazemos ao mesmo, não nos podemos restringir à importância que este teve para nós, mas tem que ser analisado no contexto em que está inserido, e os ganhos alcançados terão que ser vistos na sua globalidade. Esta ideia vai ao encontro da teoria de Myra Levine, em que a pessoa apesar de ser um ser holístico, é vista como um sistema de sistemas, “e na sua totalidade expressa a organização de todas as partes contribuintes” (Shaefer, 2004, p.242).

Trabalharmos a área da emergência e catástrofe, especialmente quando esta ocorre num ambiente já por si complexo, na presença de pessoas em situação crítica, foi um desafio para nós, mas esta era uma área que considerávamos fundamental intervir, pois na preparação para a atuação numa situação real, são fundamentais a formação e os exercícios de preparação. Quando iniciámos o projeto, fomos algumas vezes questionados se esta era uma área prioritária, ou se poderíamos apostar em outras áreas. Sem dúvida que poderíamos atuar em áreas com maior visibilidade, do que apostar na preparação para uma situação potencial. Mas essas dúvidas não nos desmotivaram, foram aliás encorajadoras para continuarmos, pois um dos motivos de apostar nesta área é o facto

da mesma ainda ser muitas vezes negligenciada, e a sua real importância só é percebida muitas vezes tarde de mais, na presença de uma emergência ou catástrofe.

Com o decorrer do projeto, e com o apoio da enfermeira e professora orientadoras, da CGR e coordenadora do serviço, fomos gradualmente conseguindo transmitir à equipa a importância de trabalharmos o tema, e quando chegou o momento da formação, deparamo-nos com uma equipa motivada, com interesse em participar e contribuir, questionando e procurando encontrar soluções para os diferentes tipos de emergência, e na atuação que a equipa deverá ter se for necessário evacuar o serviço.

Um dos pontos-chave do nosso trabalho são os exercícios de preparação, mas os mesmos são difíceis de preparar e exigem o envolvimento da própria instituição. Quando propusemos inicialmente a realização de um simulacro em que a UCI fosse evacuada para o serviço de refúgio a UCPA, sabíamos que este seria difícil de por em prática, pois não era um projeto apenas individual, envolvia um grande número de pessoas. No entanto, ficamos agradavelmente surpreendidos com o empenho dos vários elementos dos serviços e da CGR na execução de um exercício de uma envergadura superior à que inicialmente tínhamos planeado, pois para o simulacro foram contactados os bombeiros, bem como um grande número de equipamento dos vários serviços do hospital. Após várias reuniões conjuntas com a CGR, e com os coordenadores médicos e de enfermagem dos dois serviços, optou-se pela realização de um simulacro de incêndio junto ao equipamento da UCI, que impeça a utilização deste, devendo os elementos presentes no simulacro procurar meios alternativos de recolha de equipamento similar.

Atendendo ao facto do estágio ter um tempo limitado, e tendo em conta a demora necessária ao rigoroso planeamento do simulacro, devido aos inúmeros recursos humanos e materiais necessários, não foi possível terminar a realização deste simulacro no período de estágio, mas os ganhos foram notórios, pois a equipa está desperta para a necessidade de realizar exercícios de preparação e apostar na prevenção. Na última reunião de enfermagem do serviço, foi acordado pela equipa a realização durante o presente ano, de exercícios pontuais, simulando atuações em emergência, especialmente com os elementos com menos tempo no serviço. Esta mudança de mentalidade é para nós motivo de grande orgulho, pois sentimos que com a realização do PIS, não só intervimos na formação dos pares, como foi possível integrar a investigação, contribuindo para a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

Por fim, gostaríamos de salientar que tão importante como a produção de conhecimento é a sua divulgação. Ao longo do mestrado procuramos sempre a disseminação e divulgação do trabalho produzido, e que com a realização e publicação deste relatório e do artigo elaborado sobre o PIS, possamos contribuir para a partilha da nossa experiência neste mestrado, e assim darmos o nosso contributo para a disseminação do conhecimento em enfermagem.

6. CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho permitiu-nos aprofundar um tema do nosso interesse pessoal, que são os assuntos relacionados com a emergência e catástrofe nos hospitais e nomeadamente nos cuidados intensivos, onde estão presentes clientes em que a estabilidade em todo o que os rodeia é fundamental para que o seu tratamento seja eficaz. Para garantir essa estabilidade não podemos assentar a nossa resposta na improvisação, pois o resultado da mesma é imprevisível e com consequências possivelmente desastrosas para clientes com elevado risco. Crê-mos ser fundamental apostar nas etapas da prevenção e preparação para uma emergência, com vista a melhorar a possibilidade de sucesso. Esta ideia é corroborada por Sousa (2012, p. 39) ao referir que “a formação e treino são de enorme importância. Permitem sensibilizar todo o pessoal da UCI para situações de excepção, alargar os seus conhecimentos teóricos e capacidades de desempenho nessas situações, dar a conhecer os seus papéis e responsabilidades, avaliar a coordenação e a cooperação intra-institucional e interinstitucional, e testar diferentes meios de comunicação a utilizar”.

Durante a procura de uma base teórica que servisse de suporte ao nosso trabalho, começamos por procurar algo que explicasse a complexidade existente numa emergência, ainda mais se esta ocorresse já num ambiente altamente complexo, como são os cuidados intensivos. Mas com o desenvolvimento do trabalho fomos nos apercebendo que talvez não fosse esse o caminho que queríamos traçar, o que pretendia-mos era aliás totalmente diferente, não procuramos a complexidade, mas sim a estabilidade. Perante um evento que abale o funcionamento de uma unidade hospitalar, o que pretendemos é que ela seja o menos afetada possível e que os danos provocados sejam absorvidos com as menores consequências possíveis para os clientes, reunindo condições para se atingir o funcionamento habitual o mais rapidamente possível. Neste sentido, optamos pela teoria da conservação de Myra Levine, e revemos o nosso trabalho nos seus princípios de conservação (conservação de energia, conservação da integridade estrutural, conservação da integridade pessoal e conservação da integridade social), e na sua visão da manutenção da unicidade da pessoa, como foi salientado por George (2000, p.161) “O papel da enfermagem na conservação é o de ajudar a pessoa no processo de manter a unicidade, a pessoa total, através do mínimo esforço despendido”.

Durante a realização dos estágios, foi possível desenvolver as etapas do diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do PIS, assente na metodologia de projeto. Consideramos muito importante o trabalho desenvolvido nas etapas do diagnóstico de situação e planeamento, permitindo prepararmo-nos para a etapa da execução, identificando as falhas que poderiam ocorrer durante essa fase e dessa forma tentar evitá-las. Considerámos ainda importante a identificação de prioridades que foi realizada, pois desta forma foi possível realizar um planeamento com base nos problemas e dificuldades identificadas e dar prioridade a algumas etapas consideradas mais problemáticas, conseguindo finalizar com sucesso o trabalho iniciado.

Com a execução do PIS foi possível formar/treinar a equipa sobre atuação em emergência e catástrofe, mas acima de tudo, foi alcançado o objetivo que para nós era primordial, que passava por desenvolver na equipa uma cultura de segurança, de modo a que toda a equipa se sinta responsável sobre a segurança dos clientes e sobre a sua própria segurança, identificando e minimizando riscos, e melhorando a sua preparação, para que numa situação de emergência estejam desenvolvidos os mecanismos de atuação, evitando que esta seja assente na improvisação.

A realização do PAC foi também muito enriquecedora, pois foi-nos possível trabalhar em conjunto com outros colegas do mestrado, por forma a alcançar os objetivos propostos. Na execução do PAC, foi elaborado um “Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta”, respondendo a uma necessidade do CH. Durante a execução do procedimento, além de uma uniformização dos cuidados de enfermagem, foi possível melhorar algumas práticas, nomeadamente com a aquisição por parte do hospital de material que promove a prevenção das infeções associadas ao cateterismo vesical, com ganhos em saúde consideráveis para os clientes.

A elaboração de um artigo sobre a “conspiração do silêncio” permitiu-nos não só adquirir conhecimentos e trabalhar competências relacionadas com a comunicação, mas foi de encontro a outro objetivo que consideramos como fundamental no enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que passa por uma melhoria dos cuidados de saúde. Foi possível não só desenvolver as nossas competências, mas contribuir para que outros possam também desenvolver as suas próprias competências, com a partilha de saberes e do trabalho desenvolvido, tal como nós enriquecemos a nossa praxis com o saber

partilhado connosco, seja através de um artigo ou um procedimento, seja no dia-a-dia, na nossa prestação de cuidados diária.

A reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e sobre as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, foi também um importante momento de aprendizagem e de autoavaliação do trabalho desenvolvido. A nossa prestação de cuidados, ao centrar-se maioritariamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, quando refletimos sobre os ganhos alcançados no mestrado em relação à pessoa em situação crónica e paliativa, temos sentimentos mistos de orgulho e frustração. Em termos pessoais, os ganhos na prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa foram consideráveis, saímos da nossa zona de conforto e sem dúvida que nos fez crescer, pois olhamos agora para o cliente com um olhar mais diferenciado e valorizando outras necessidades que por vezes são relegadas para segundo plano.

Como referi, sentimos alguma frustração em relação à prestação de cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa, pois apesar de existirem algumas melhorias, muito ainda há a fazer em relação a estes clientes e à sua família, especialmente quando estes se encontram em unidades não diferenciadas nos seus cuidados, como é o caso da UCI. É fundamental uma maior preparação dos profissionais de saúde para os cuidados e as necessidades do cliente em fim de vida e da sua família, para que este possa “Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas”, cuidados estes que “devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana” (Lei 52/2012, p. 5120).

Apesar do rigoroso planeamento efetuado, os estágios não estiveram isentos de desafios e dificuldades. Salientamos a realização do simulacro, que tínhamos previsto para o último estágio, mas que não foi possível completar a atividade no período estipulado. Os principais obstáculos à conclusão do simulacro, deveram-se ao envolvimento e colaboração de profissionais de diferentes serviços, ao rigoroso planeamento que o mesmo exige e a este envolver meios externos, como os bombeiros, no entanto, mantemos a nossa determinação em apostar nos exercícios de preparação. Aquando da realização deste relatório, mantinha-se o planeamento do simulacro, através de várias reuniões conjuntas com os coordenadores médicos e de enfermagem da UCI e da UCPA e a CGR, salientando

o empenho que todos os elementos têm demonstrado na realização do exercício, o que muito nos motiva a continuar, sabendo que apesar deste ser apenas o início do percurso, certamente estamos no caminho certo.

O trabalho desenvolvido até ao momento foi marcante, não só em termos profissionais, como pessoais, pois apesar de esforço e sacrifício que dedicámos a este curso, ele também tem retribuído, mudando aos poucos a nossa sensibilidade sobre o que nos rodeia, especialmente no nosso trabalho enquanto enfermeiros. Sabemos que o fim último da prestação de cuidados é o cliente, mas com a prestação de cuidados de qualidade, muitas são as conquistas alcançadas nesse processo e todos saímos beneficiados.

Por tudo o que foi descrito anteriormente, considerámos ter atingido os objetivos a que nos propusemos com a realização deste documento, bem como os objetivos propostos para os estágios.

7. REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BOLANDER, Verolyn Era – **Enfermagem Fundamental**. Coimbra: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5.

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. - **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Camarate: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-61-4.

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Editora Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.

ESS/IPS – **Guia de Curso 2º Semestre**. Setúbal, 2014a.

ESS/IPS – **Guia Orientador do Estágios 2º e 3º Semestre**. Setúbal, 2014b.

ESS/IPS – **Guia de Curso 3º Semestre**. Setúbal, 2015.

FILIPE, Firmino – Autonomia e Respeito In NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p.237-248.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GEORGE, Julia B. *et al.* – **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2.

HICKMAN, Janet – Introdução à Teoria da Enfermagem In GEORGE, Julia B. *et al.* – Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2. P. 11-19.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – **Trabalho de Projecto: 2. Leituras Comentadas**. Porto: Edições Afrontamento, Lda., 1993. ISBN 972-36-0238-5.

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**. Brasil: Editora Manole Ltda., 2001. ISBN 85-204-1263-7.

PEDROSO, Ermelinda, ELEUTÉRIO, Solange – **Procedimento de Atuação Perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno) do HSB**. GRI.05, 2008. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

PORTUGUÊS, Solange – **Procedimento de Evacuação de Doentes**. GRI.06, 2009. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

PORTUGUÊS, Solange – **Procedimento de Segurança contra Incêndios**. GRI.07, 2010. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS – **Plano de Emergência Interno: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Hospital de São Bernardo**. 2007. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

SHAEFER, Karen – Myra Estrin Levine: O Modelo de Consevação In TOMEY, Ana M.; ALLIGOOD, Martha R. – Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5º ed. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN 972-8383-74-6. P. 237-251.

TOMEY, Ana M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5º ed. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi – Sociedade Médico-Psicológica, Lda., 2003. ISBN 972-796-093-6.

ELETRÓNICAS

ANDRADE, Lúcia - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira : Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf>>.

BAPTISTA, Francisco – Telemedicina em Catástrofe. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. em 27 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57087/2/telemedicina%20catastrofe.pdf>>.

BERMEJO, José Carlos, *et al.* – Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidade de cuidados paliativos: nível de información y actitudes observadas. Medicina Paliativa. [Em linha]. Vol. 20, nº2 (2012), p. 49-59. [Consult. em 22 Março de 2016]. Disponível em WWW:<http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90195596&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=337&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=337v20n02a90195596pdf001.pdf>.

BRAGA, Gisélia – Bioterrorismo : Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça. [Em linha]. 2011 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf>>.

CHILDERS, Ashley – Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. [Em linha]. 2010 (Tese de Doutorado) [Consult. em 27 Maio 2015] Disponível em WWW: http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=all_dissertations >.

CHILDERS, Ashley; MAYORGA, Maria; TAAFFE, Kevin – Prioritization Strategies for Patient Evacuation. Health Care Management Science [Em linha]. Vol. 17, nº1 (2014), p. 77-87. [Consult. em 27 de Maio de 2015]. Disponível em WWW:< <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f929040-8363-4aa4-abc2-5843f0187976%40sessionmgr4002&hid=4201> >. ISSN 1572-9389.

CHIOZZA, Maria; PONZETTI, Clemente – FMEA: A Model For Reducing Medical Errors. Clinica Chimica Acta. [Em linha]. Vol. 404, nº1 (2009), p. 75-78. [Consult. em 27 Maio de 2015]. Disponível em WWW:< http://ac.els-cdn.com/S0009898109001466/1-s2.0-S0009898109001466-main.pdf?_tid=59fe9b52-0663-11e5-8aa0-0000aab0f6b&acdnat=1432946128_5b239ae337ec0c8a4c208ac03cb91054 >.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Memorando Sobre Aprendizagem ao Longo da Vida. [Em linha] Comissão das Comunidades Europeias. Bruxelas, 2000 [Consult. em 26 de Março de 2016] Disponível em WWW:< <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/000033001-000034000/000033814.pdf> >.

CORREIO, Renata; *et al.* – Desvelando Competências do Enfermeiro de Terapia Intensiva. Enfermagem em Foco. [Em linha]. Vol.6 nº1/4 (2015), p. 46-50 [Consult. em 21 de Junho 2016]. Disponível em WWW:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/576/258> > ISSN 2357-707X.

DECRETO-LEI nº 122/2011. D.R. I Série 2º. 35 (2011-02-18) p. 8648-8653. [Em linha]. [Consult. em 7 de Julho 2015]. Disponível em WWW:<

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf >.

DECRETO-LEI nº 115/2013. D.R. I Série N°151 (2013-08-07) p. 4749-4772. [Em linha]. [Consult. em 7 de Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:< http://www.a3es.pt/sites/default/files/DL%20115_2013%20GADES.pdf >.

Despacho nº 2902/2013. D.R. II Série N° 38 (2013-02-22) p. 7179-7180. [Em linha]. [Consult. em 7 de Junho 2015]. Disponível em WWW:< http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/normas/normas_IACS/Dspcho_2902_2013_MS.pdf >.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – I Série - A. N° 2 (2001-01-03) p. 14-36 Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. [Em linha]. [Consult. em 11 Junho 2016]. Disponível em WWW:< http://www.dgpj.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/downloadFile/file/STE_164.pdf?nocache=1200589304.62 >.

Dicionários Porto Editora – *relatório* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [Consult. em 13 de Abril de 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/relatório> > .

D’INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce; CUNHA, Isabel – O Movimento pela Qualidade nos Serviços de Saúde e Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 59, nº 1 (2006), p. 84-88. [Consult. em 21 de Junho 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>> ISSN 0034-7167.

Direção Geral de Saúde – “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical [Em linha]. 2015 [Consult. em 21 Junho 2016]. Disponível em WWW:<

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R311sTTGcCwJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt> >.

Direção Geral de Saúde - Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Em linha]. 2010 [Consult. em 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: < <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf> >.

Direção Geral de Saúde – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) [Em linha]. 2013 [Consult. em 28 Junho 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx> >.

Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Controlo da Dor [Em linha]. 2008 [Consult. em 25 Junho 2015]. Disponível em WWW:< http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf >.

EVANGELISTA, Carla Brás; *et al.* – Espiritualidade no Cuidar de Pacientes em Cuidados Paliativos: Um Estudo com Enfermeiros. Escola Anna Nery. [Em linha]. Vol.20 nº1 (2016), p. 176-182 [Consult. em 21 de Março 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf> > ISSN 2177-9465.

FRADIQUE, Maria de Jesus; MENDES, Luís – Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. Vol.3 nº10 (2013), p. 44-53 [Consult. em 21 de Junho 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf> > ISSN 0874-0283.

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee – Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. [Em linha]. 2009 [Consult. em 25 Junho 2016]. Disponível em WWW:< http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html >.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION – ICN Framework of Disaster Nursing Competencies [Em linha]. 2009 [Consult. em 20 Fev. 2015]. Disponível em WWW:< http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1 >. ISBN 978-92-95-065-79-6.

LEI nº15/2014. D.R. I Série. 57 (2014-03-21) p. 2127-2131. [Em linha]. [Consult. em 5 Junho 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx> >.

LEI nº 27/2006. D.R. I Série. 126 (2006-07-03) p. 4696-4706. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível em WWW:< http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Bases_Proteccao_Civil.pdf>.

Lei n.º 52/2012. D.R. I Série. 172 (2012-09-05) p. 5119-5124. [Em linha]. [Consult. em 3 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf> >.

LEITE, Elvira; SANTOS, Milice – Nos Trilhos da Área de Projecto. [Em linha]. (2004), p. 1-7. [Consult. em 5 de Abril de 2015]. Disponível em WWW:< http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/trilhos_01.pdf>.

MANFREDINI, Luciana Lopes – Tradução e Validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em Pacientes com Câncer Avançado. [Em linha]. 2014 (Tese de Mestrado) [Consult. em 29 Janeiro 2015]. Disponível na WWW: < <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/lucianamanfredini.pdf> >.

MARTINS, Andreia Raquel; *et al.* – Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. Revista de Enfermagem Referência [Em linha]. Vol. IV, nº 4 (2015), p.89-97. [Consult. em 5 Abril de

2016] Disponível em WWW:< <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a10.pdf>
> ISSN 0874.0283.

NUNES, Lucília – Autonomia e Responsabilidade na Tomada Decisão Clínica em Enfermagem. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. (2006), p.1-12. [Consult. em 25 de Fevereiro de 2016]. Disponível em WWW:< http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf >.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – A profissão. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2010a. [Consult. em 3 Junho. 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar – Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001 [Consult. em 5 Junho. 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2012 [Consult. em 5 Junho. 2015]. Disponível em WWW:< http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2015 [Consult. em 25 de Abril. 2015]. Disponível em WWW:< http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf >.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2006. [Consult. em 17 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<
http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2009. [Consult. em 1 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2014. [Consult. em 10 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<
http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2010b. [Consult. em 7 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011a. [Consult. em 7 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011b. [Consult. em 8 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>>.

ORDEM DOS MÉDICOS – Código Deontológico. [Em linha]. Ordem dos Médicos. Lisboa, 2009. [Consult. em 16 Junho de 2016]. Disponível em WWW:<<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>>.

PALACIOS, M. Sánchez; et al. – Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva [Em linha]. Vol. 34, nº 3 (2010), p.198-202. [Consult. em 29 Maio de 2015] Disponível em WWW:<<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n3/punto.pdf>> ISSN 0219 5691.

PEREIRA, Rui Pedro Gomes; CARDOSO, Maria José; MARTINS, Maria Alice – Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Revista de Enfermagem Referência [Em linha]. Vol. 3, Nº 7 (2012), p. 55-62. [Consult. em 22 Fevereiro de 2016]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a06.pdf>>.

PINA, Elaine; *et al.* Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. 10 (2010), p. 27-39[Consult. em 27 Junho de 2016]. Disponível em WWW:< <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>>.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário Associada à Algaliação de Curta e Média Duração [Em linha]. 2004 [Consult. em 26 Maio. de 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.acss.min-saude.pt/portals/0/recprevinfratourinario.pdf>>.

RUIVO, Maria; *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. Percursos [Em linha]. Nº 15 (2010), p. 1-37. [Consult. em 27 Abril de 2015]. Disponível em WWW:< http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>.

SALOMÉ, Geraldo; ESPÓSITO, Vitória; SILVA, Gilberto - O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paulista de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 21. nº 2 (2008), p. 294-299. [Consult. em 15 de Junho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a10v21n2.pdf> ISSN 1982-0194.

SANTOS, Fabiana; CAMELO, Silvia – O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. Cultura de Los Cuidados [Em linha]. Vol. 19, nº 43 (2015), p.127-140. [Consult. em 21 Junho de 2015] Disponível em WWW:<<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/52599?mode=full#vpreview>>.

SILVA, Karla Cristiane Oliveira; QUINTANA, Alberto Manuel; NIETSHE, Elisabete Albertina – Obstinação Terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: Perspectiva de Médicos e Enfermeiros. Escola Anna Nery. [Em linha]. Vol. 16, nº4 (2012), p. 697-703. [Consult. em 25 de Junho de 2016]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/08.pdf>>. ISSN: 1414-8145.

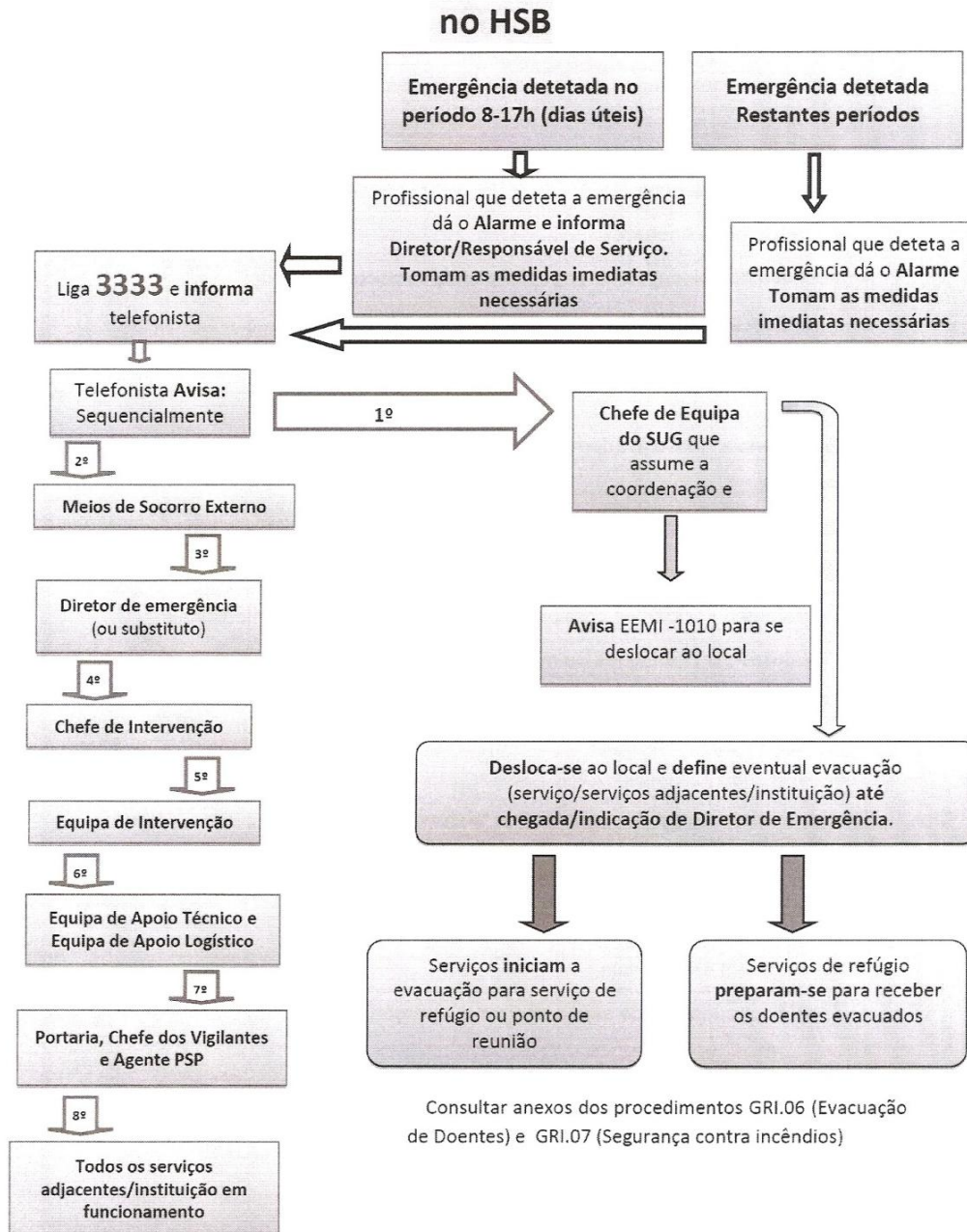
SILVA, Norberto - Cuidado no final de vida: Dos deveres para com o doente terminal. Ordem dos Enfermeiros – Final de Vida: VI Seminário do Conselho Jurisdicional. [Em linha]. nº 20 (2006), p. 41-45. [Consult. em 15 de Junho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf>.

SOUSA, João Paulo Almeida e - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Acta Médica Portuguesa [Em linha]. Vol. 25, nº1 (2012),

p. 37-43. [Consult. em 26 Mar. de 2015] Disponível em WWW:<
<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>>.

Anexo I - Fluxograma de Atuação Perante Emergência/Catástrofe Interna

Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna



Anexo II - Instruções para Utilização do Telefone de Emergência Interno

INSTRUÇÕES para UTILIZAÇÃO do Telefone de Emergência Interno (PEI)

A colocar nos **Serviços**, junto dos telefones.

O número de telefone de emergência é o **3333**

Define-se como **emergências** as seguintes situações:

- Incêndio;
- Grandes inundações;
- Corte geral de energia;
- Ameaça de colocação de engenho explosivo/pacote suspeito;
- Fugas de gás/explosão;
- Catástrofes naturais (sismos, tempestades, descargas eléctricas - raios, entre outras);
- Emergência nos elevadores (paragem com encerramento de pessoas no seu interior);
- Fuga de Doentes;
- Rapto de crianças;
- Derrames ou acidentes com produtos químicos e/ou gases medicinais;
- Acidentes com radiações ou material radioativo;
- Violência física e/ou verbal (grande tumulto).

O profissional que **efetua** uma chamada para o telefone de emergência interno, deverá:

- Falar de forma clara e pausada;
- Identificar-se;
- Descrever a emergência;
- Identificar o local onde está a ocorrer a emergência.

O telefone é sempre atendido pela telefonista.

Anexo 2 - Procedimento de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (PEI) HSB (GRI.05 – Versão 3)

A Comissão de Gestão do Risco - 2012

INSTRUÇÕES para UTILIZAÇÃO do Telefone de Emergência Interno (PEI)

A colocar na **Central Telefónica**.

O número de telefone de emergência é o **3333**

Define-se como **emergências** as seguintes situações:

- Incêndio;
- Grandes inundações;
- Corte geral de energia;
- Ameaça de colocação de engenho explosivo/pacote suspeito;
- Fugas de gás/explosão;
- Catástrofes naturais (sismos, tempestades, descargas eléctricas - raios, entre outras);
- Emergência nos elevadores (paragem com encerramento de pessoas no seu interior);
- Fuga de Doentes;
- Rapto de crianças;
- Derrames ou acidentes com produtos químicos e/ou gases medicinais;
- Acidentes com radiações ou material radioativo;
- Violência física e/ou verbal (grande tumulto).

O telefone é sempre atendido pela telefonista.

A Telefonista **que recebe** a chamada, é responsável por:

- Interromper todas as chamadas, sempre que receba um alarme do telefone **3333**;
- Receber e confirmar se entendeu corretamente o alarme de emergência;
- Interromper as comunicações não relacionadas com as ações de controlo de emergência;
- Estabelecer contato com o Chefe de Equipa do Serviço de Urgência Geral e avisar da emergência;
- Dar o **alerta** aos Bombeiros, nº de telefone – 265 739 300 ou 265 739 330 e informar corretamente a situação de emergência de forma clara e pausada.
- Estabelecer e manter os canais de comunicação entre os diversos intervenientes, na situação de emergência em causa;
- Receber indicações do Diretor de Emergência ou substituto;
- Dar o alerta por telefone aos restantes meios de socorro externo, quando necessário, nomeadamente:
 - Polícia de Segurança Pública de Setúbal, nº de telefone 265 522 018. A Proteção Civil de Setúbal será contactada pelos Bombeiros.
- Devem ter afixado o anexo 3, na Central Telefónica em lugar visível, perto dos telefones;
- Efetuar o registo em folha própria – anexo 4, mesmo quando se trate de um falso alarme para o número de emergência.

Anexo 3 - Procedimento de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (PEI) HSB (GRI.05 – Versão 3)

A Comissão de Gestão do Risco - 2012

Anexo III - Registo de Chamadas para o Telefone de Emergência Interno

Registo de chamadas para o Telefone de Emergência Interno (PEI) HSB

A Telefonista **que recebe** uma chamada do telefone de emergência (**3333**), deve efetuar os seguintes registos:

- Data: ____ / ____ / ____ . Hora: _____.
- Origem da chamada: _____.
- Identificação da pessoa que ligou: _____.
- Ligação efetuada sem ser de emergência:
- Causa da ligação efetuada: _____.

- Tipo de emergência:
 - Incêndio Grande inundação Corte geral de energia
 - Ameaça de bomba Pacote suspeito Explosão Fuga de gás
 - Sismo Tempestade Descarga eléctrica Elevadores
 - Fuga de Doentes Rapto de crianças Derrames de produtos químicos
 - Acidente com gases medicinais Acidente com radiações
 - Violência física e/ou verbal (grande tumulto)

- Confirmou os dados recebidos: Não Sim
- Outras anotações pertinentes: _____.
- Deu o alerta aos meios de socorro externos: Não Sim Qual _____.
- Comunicou ao Diretor de Emergência: Não Sim
- Quem recebeu a chamada: _____ . Nº Mec. _____.
- Assinatura Legível: _____.

Nota: Enviar cópia à Comissão de Gestão do Risco (em anexo ao relatório anual) e arquivar o original em pasta própria para o efeito.

Anexo 4 - Procedimento de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (PEI) HSB (GRI.05 – Versão 3)

Anexo IV - Normas Gerais de Atuação Contra Incêndio no CH

INCÊNDIO

Normas Gerais de Atuação *se descobrir um incêndio*

1. Mantenha a calma. Não grite.
2. Informe a Central Telefónica, ligando o ☎ 3333, indicando o local e a área afetada.
3. Localize um colega e peça-lhe que o acompanhe. Sempre que possível, um incêndio deve ser combatido por duas pessoas.
4. Tente extinguir o incêndio com os extintores portáteis da zona, SEM CORRER RISCOS;
5. Situe-se a uma distância prudente do foco de incêndio. O extintor que vai utilizar tem um alcance suficiente para que possa combater o incêndio sem correr riscos desnecessários.
6. Se ficar sem meios para combater o incêndio ou estes não funcionarem, tente retirar os materiais combustíveis das proximidades do incêndio.
7. Se as condições piorarem e tiver de abandonar a área, feche todas as portas e janelas que for possível.
8. Se extinguir o incêndio, informe de imediato a Central Telefónica, ligando o ☎ 3333 e permaneça no local aguardando a chegada da Equipa de Intervenção.
9. Quando a Equipa de Intervenção chegar ao local assumirá o comando da situação. Siga as suas instruções.
10. Se o fumo ou os gases de combustão impedirem a visibilidade ou dificultarem a respiração desloque-se gatinhando, com a cabeça a 30 ou 40 cm do solo.
11. **Não utilize os elevadores.**



Conselhos práticos na Extinção de Incêndios

1. Combata o Incêndio com os extintores existentes no local e comprove se este está de acordo com a classe de fogo. Antes de o usar comprove se funciona, fazendo uma pequena descarga para o chão, sempre acompanhado de um elemento com formação.
2. **NUNCA** utilize água sobre equipamentos em tensão (elétricos).
3. Quando entrar num local que não conhecer ou que se encontre às escuras, e no qual se tenha produzido um incêndio, vá sempre acompanhado com, pelo menos, mais uma pessoa.
4. Se utilizar extintores de Dióxido de carbono (CO₂), **lembre-se** que ao ser descarregado, expande e atinge temperaturas negativas de -80°C, -que pode provocar queimaduras, use o difusor e **nunca** dirija o jacto na direção de outros ocupantes.
5. Dirija o agente extintor para a base das chamas, sem o projetar com demasiada força, lance o agente extintor utilizando movimentos de varrer. Guarde algum produto para pequenos reacendimentos.
6. Assegure-se que o fogo ficou extinto. Os extintores vazios ficam deitados no chão, para não serem usados por engano, colocando a pessoa que os utilize em perigo.

Anexo V - Normas Gerais de Atuação em caso de Evacuação

EVACUAÇÃO DE DOENTES

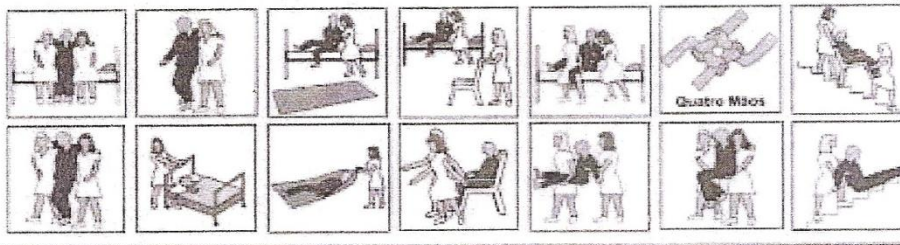
Normas Gerais de Atuação

- 1. Decisão de Evacuação** – É tomada pelo Diretor de Emergência e comunicado ao Diretor do Serviço ou ao Enf. Chefe.
Se a evacuação se justificar de imediato, esta decisão é tomada pelo Diretor do Serviço ou Enf. Chefe ou Responsável máximo de serviço – Coordenador de Evacuação (comunicando depois ao Diretor de Emergência).
- 2. Preparação do Doente** – Os doentes devem estar identificados, acompanhados dos equipamentos necessários à continuidade do seu tratamento e do respetivo processo clínico (se existir em papel).
- 3. Pessoal Interveniente** – Todos os profissionais que fazem parte do serviço, sob orientação do Coordenador de Evacuação. Os profissionais devem estar sempre identificados.

PRIORIDADE DE EVACUAÇÃO

- 1º** Doentes com mobilidade (que podem deslocar-se pelos seus próprios meios).
- 2º** Doentes sem mobilidade e a **maior** distância da saída (total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam **mais longe** da porta de saída).
- 3º** Doentes sem mobilidade e a **menor** distância da saída (total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam **mais próximo** da porta de saída).

TÉCNICAS DE TRANSFERÊNCIA DE DOENTES



- 1** – A opção do método de transferência dos doentes depende do seu estado clínico.
- 2** – Se puder deslocar-se pelos seus próprios meios, será essa a forma a usar.
- 3** – Se não puder deslocar-se pelos seus próprios meios e a transferência for realizada por via horizontal, será transportado na própria cama, em maca ou em cadeira de rodas, para o serviço de refúgio.
- 4** – Se não puder deslocar-se pelos seus próprios meios e a transferência for realizada por via vertical, usar um dos métodos alternativos - levantamento ou arraste direto (evitar usar cama ou maca).

RECEÇÃO DE DOENTES EVACUADOS

Os Serviços ou Unidades que receberem pedido de auxílio, na evacuação de doentes de outras áreas, deverão promover a desobstrução das suas instalações e colaborar no transporte dos referidos doentes.

Anexo 3 - Procedimento de Evacuação de Doentes (GRI.06_Vs03) - Comissão de Gestão do Risco – agosto 2014

Anexo VI – Autorização para realização do PIS

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos"	<p><i>autorizado</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
AUTOR (ES)	Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia /flaviopatoleia@gmail.com/ tlm: 926882473	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	
ORIENTADORES	Docente <input type="text"/> / Enfermeira <input type="text"/>	
SERVIÇO	Unidade de Cuidados Intensivos	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Projeto no âmbito da Atuação em Casos de Emergência/Catástrofe com o objetivo de capacitar a equipa multidisciplinar da UCI para a resposta a situações de emergência/catástrofe. O autor pretende elaborar uma Norma de Atuação e desenvolver formação na temática supramencionada, fortalecer o circuito de evacuação e identificar os recursos materiais existentes disponíveis para dar resposta em situações de emergência/catástrofe. Pretende ainda aplicar um questionário aos enfermeiros para diagnóstico das necessidades formativas e auscultação da equipa no que respeita à pertinência da temática.	
OBSERVAÇÕES	O autor responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato e no caso específico da aplicação do questionário. O autor realizou entrevista não estruturada com a Enfermeira Gestora do Risco Geral do CHS para validação do projeto.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: <input type="text"/> , Enf. Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos; <input type="text"/> Diretora da Unidade de Cuidados Intensivos.	
<p>Reunida e analisada a documentação entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.</p> <p style="text-align: right;">SGF – Área de Enfermagem</p>		

24/04/2015,

Anexo VII – Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Anexo VII – Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica



PROGRAMA



4 de junho

09:00 - 18:00 | CURSOS

- » Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência
- » Análise de dados quantitativos com recurso a SPSS®
- » Terapia compressiva como opção terapêutica adjuvante para o controlo da dor
- » Didaxe Periosteal

14:00 - 18:00 | WORKSHOPS

- » Avaliação e apoio nutricional: terapêutica nutricional na cicatrização
- » Via aérea difícil
- » Electrocardiografia básica
- » Terapias inovadoras no tratamento de feridas
- » Perioperatório
- » Artigos científicos: arte, estratégias e impacto

5 de junho

9:00 | Sessão Solene de Abertura

9:30 | CONFERÊNCIA INICIAL
COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE

Presidente da Mesa: **Maria da Conceição Bento** [Presidente da ESEnFC]

- » COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE
- » Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade
- » Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade
- » Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade
- » Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade
- » Prática baseada em evidência na complexidade e imprevisibilidade

11:00 | MESA REDONDA
FORMAÇÃO E GESTÃO NA COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE

Moderador: **Mª do Céu Carrageira** [Presidente Conselho Pedagógico ESEnFC]

- » FORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO: A SAF COMO ESTRATÉGIA INOVADORA
- » Rui Baptista [Professor, ESEnFC] & Verónica Coutinho [Professora, ESEnFC]
- » Ana Paula Sopaia [Diretora da Escola Superior de Saúde, IP de Castelo Branco e membro da Associação Portuguesa de Cuidados Palliativos]
- » Plataforma de dados da saúde
- » Rui Romão [Chefe de Projeto, SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde]

14:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

15:00 | CONFERÊNCIA
EVENTOS ADVERSOS E CULTURA DE SEGURANÇA

Presidente da Mesa: **Isabel Simões** [Professora, ESEnFC]

Conferencistas: **Amélia Castilho** [Professora, ESEnFC]

15:45 | MESA REDONDA
IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS PARA A SEGURANÇA

Moderador: **Nazare Cerqueira** [Professora, ESEnFC]

- » Nazare Cerqueira [Professora, ESEnFC]
- » Manuel Vilela [Enfermeiro, CHP - Hospital de Sª Antónia, Coordenador Nacional do Programa Cirúrgico Seguro]
- » Inês, Associação Nacional de Enfermeiros de Urgência
- » Genet Silva [Direção Geral da Saúde]

6 de junho

9:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

10:15 | CONFERÊNCIA INICIAL
O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SISTEMA DE SAÚDE – CUSTO OU INVESTIMENTO?

Presidente da Mesa: **Isabel Fernandes** [Professora, ESEnFC]

Conferencistas: **António Amaral** [Professor, ESEnFC]

11:00 | MESA REDONDA
RESULTADOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Moderador: **Isabel Moreira** [Professora, ESEnFC]

- » O ENFERMEIRO NO PRE-HOSPITAL: GANHOS EM SAÚDE
- » Dulce Silva [Enfermeira, Delegação Centro do INEM]
- » TEMAS DE PRIORIDADES EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: INDICADORES DE RESULTADO
- » Angela Valença [Grupo Português de Triagem]
- » CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ESTOMATOLOGIA
- » Dora Neves [Enfermeira, Gabinete de Estomatologia do IPOCFG, Coimbra]
- » CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES NA COMUNIDADE
- » Catarina Pazes [Equipa de Suporte em Cuidados Palliativos na Comunidade, ULS do Baixo Alentejo]

14:30 | CONFERÊNCIA
COLHEITA DE ÓRGÃOS NA PCR IRREVERSÍVEL

Presidente da Mesa: **Luis Sarnadas** [Professor, ESEnFC]

- » A EXPERIÊNCIA DE ESPANHA
- » Cristina Vidal Tabor [Organização Nacional de Transplantação, Madrid, Espanha]
- » PERSPETIVAS E DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO EM PORTUGAL
- » Paulo Martins [Médico Intenista no SMI do CHUC]

15:30 | MESA REDONDA
A PESSOA EM TALENÇA ORGÂNICA

Moderador: **Paulo Alexandre Ferreira** [Professor, ESEnFC]

- » TRANSPLANTAÇÃO: NOVOS POSSIBILIDADES E DESAFIOS
- » Fernando Macedo [Médico Nefrologista; Presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação]
- » O ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO GABINETE DE TRANSPLANTAÇÃO
- » Fernando Rodrigues [Enfermeiro, Coordenador de Colheita/Transplante]
- » Manutenção do doador de órgãos: estudo de arte
- » Fernando Nunes [Coordenador da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do CHP, Hospital de Sª Antónia]
- » ENQUADRAMENTO LEGAL E ÉTICO NA TRANSPLANTAÇÃO
- » Sérgio Dedeira [Professor, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]

17:00 | CONFERÊNCIA FINAL
A MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO, DE BEM-ESTAR E DE QUALIDADE DE VIDA

Presidente da Mesa: **Rui Gonçalves** [Professor, ESEnFC]

Conferencistas: **Cristina Gigante Pérez** [Professor, Universidade de Alcalá de Henares, Espanha]

Anexo VIII – Curso de Auditoria Clínica: Uma Ferramenta para a Qualidade dos Cuidados

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão
Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **FLÁVIO MANUEL MADEIRA ANACLETO PATOLEIA**, natural de **VENDAS NOVAS**, nascido/a a **03-04-1983**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12465562-9ZY8**, válido até **04-02-2020**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação

Contínua

AUDITORIA CLÍNICA - UMA FERRAMENTA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS (AÇÃO 2)

em **27-04-2015**, com a duração de **8** horas.

Setúbal, **22-09-2015**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **381 /2015** de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

Anexo IX – Curso de Morte Cerebral-Morte do Tronco Cerebral-Morte do Indivíduo

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant' Iago do Outão
Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **FLÁVIO MANUEL MADEIRA ANACLETO PATOLEIA**, natural de **VENDAS NOVAS**, nascido/a a **03-04-1983**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12465562-9ZY8**, válido até **04-02-2020**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação

Contínua

MORTE CEREBRAL - MORTE DO TRONCO CEREBRAL - MORTE DO INDIVÍDUO

em **08-04-2015**, com a duração de **4,5** horas.

Setúbal, **07-09-2015**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação
do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º 106 /2015 de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

Anexo X – Curso de Suporte Avançado de Vida



CONTEÚDOS DO CURSO

- CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA
- SUORTE BÁSICO DE VIDA - DAE
- ABORDAGEM DA VIA AÉREA
- CAUSAS DE PCR
- ALGORITMO SAV
- RITMOS DE PERI-PARAGEM
- GASOMETRIAS
- ORGANIZAÇÃO DA REANIMAÇÃO
- EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES
- SITUAÇÕES ESPECIAIS DE PCR
- CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO
- ÉTICA E DEONTOLOGIA EM REANIMAÇÃO

DURAÇÃO: 14 horas

Curso de Suporte Avançado de Vida Declaração

Para os devidos efeitos, se declara que o **Sr. Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia**, participou no **Curso de Suporte Avançado de Vida** ministrado pelo **Critical ESS - Núcleo de Formação em Emergência** da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 18 de Dezembro de 2014 e 15 Janeiro 2015.



Responsável do *Critical ESS*
Prof. Nuno Oliveira

Responsável do Mestrado ENF. MC
Prof. Doutora Lurdes Martins

Coordenadora do Departamento de
Enfermagem
Prof. Doutora Lucília Nunes

Anexo XI – Exercício Setlog – Azeitão 2015



Exercício Setlog Azeitão 2015

Certificado

Certifica-se que Flávio Botoleia, participou na
qualidade de Bombeiros, no Exercício Setlog, em 23 e 24 de maio de 2015, organizado
pelo Serviço Municipal de Proteção Civil e Bombeiros de Setúbal.

A Presidente da Câmara Municipal de Setúbal


Maria das Dores Meira



Anexo XII – Curso de Trauma



Curso TRAUMA Declaração

CONTEÚDOS DO CURSO

- Golden Hour
- Estrela da Vida
- Abordagem Inicial e Secundária
- Cinemática
- Choque
- Traumatismo Torácico
- Traumatismo Abdominal
- TCE
- TVM
- Resgate Multi-vítimas

DURAÇÃO: 7 horas

Para os devidos efeitos, se declara que **Sr. Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia**, participou no **Curso TRAUMA** ministrado pelo **Critical ESS - Núcleo de Formação em Emergência** da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal, no dia 11 de Dezembro de 2015.



Responsável do **Critical/ESS**
Prof. Nuno Oliveira

Responsável do Mestrado ENF. MC
Prof. Doutora Lurdes Martins

Coordenadora do Departamento de
Enfermagem
Prof. Doutora Lucília Nunes

Apêndice I – Ficha de Diagnóstico de Situação do PIS

Definição do Problema

Estudante: Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia
Instituição: Centro Hospitalar (CH)
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
Título do Projeto: Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</p> <p>Um Plano de Emergência Interno (PEI) constitui-se como um conjunto de procedimentos estruturados para a obtenção de respostas rápidas, treinadas e eficientes em situações de emergência. Este tem como objetivo prevenir ou mitigar as eventuais consequências adversas para a segurança, saúde e meio envolvente (Braga, 2011).</p> <p>Para que a equipa multidisciplinar seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de evacuação da UCI, são de extrema importância tanto a formação como o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como alargar as suas capacidades de desempenho numa evacuação e conhecer o seu papel e as suas responsabilidades (Sousa, 2012).</p> <p>As razões da escolha prendem-se com o facto desta ser uma área de interesse pessoal, porque enquanto enfermeiro sou gestor de risco geral da UCI. Juntamente com este interesse pessoal, tenho observado enquanto elemento gestor de risco da UCI, a dificuldade em responder adequadamente em situações de emergência pela equipa multiprofissional, bem como a falta de uma cultura de segurança por parte dos profissionais. É fundamental que exista um atuação relevante nas fases da prevenção e preparação de catástrofes, que inclua não só a identificação de riscos potenciais, como a realização de formação e de exercícios práticos.</p> <p>É ainda importante realçar que o espaço físico da UCI sofreu remodelações recentemente, sendo necessária uma adaptação por parte da equipa ao novo espaço, bem como dar resposta aos novos desafios em termos de segurança.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>Inexistência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.</p>
<p>Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)</p> <p>Tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, como é o caso da UCI, em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna-se essencial criar um Plano de Emergência, que vise servir como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação face a uma situação</p>

de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (DGS, 2010; Andrade, 2010).

Na ausência de um PEI, a resposta estará assente na improvisação e uma situação de emergência pode surgir como uma potencial catástrofe. No entanto, pode-se ser altamente eficaz mesmo com recursos escassos, caso este plano tenha sido planeado e preparado com antecedência e quantas mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado (Andrade, 2010).

Apesar da existência de um PEI no CH, este não contempla a especificidade da UCI, onde habitualmente se encontram clientes em situação crítica, aumentando a dificuldade do seu transporte/evacuação. Segundo Sousa (2012, p. 40) “ a evacuação consiste na activação de transferências da UCI, de doentes estabilizados, que necessitem de ventilação prolongada, para enfermarias/unidades intermédias/ unidades monovalentes e na transferência para outros hospitais de doentes cujo transporte envolva menor risco”.

Para Alves e Redondo, referido por Andrade (2010), mesmo em situações de emergência ou catástrofe, é possível ser-se altamente eficaz, mesmo com recursos escassos, caso exista uma correta adaptação às circunstâncias, assegurando uma assistência fluida e eficaz às vítimas, simplificando processos, atuando não de acordo com a gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência.

Tendo em conta a variedade e a complexidade das ameaças a que os serviços de saúde, e nomeadamente as UCI's estão sujeitas, é necessário um planeamento e uma resposta organizada, com vista a prestar os melhores cuidados e com a máxima qualidade possível, tendo em conta as circunstâncias exigentes das emergências/catástrofes. Para atingir estes objetivos, é fundamental apostar na sensibilização, planeamento, organização da resposta, formação e treino, sensibilizando não só os profissionais, mas também os próprios gestores dos cuidados de saúde para a importância de atuar nas diferentes fases de uma catástrofe, sendo elas a Prevenção/Mitigação, Preparação, Resposta e Recuperação/Reabilitação (Sousa, 2012).

Para o diagnóstico de situação foram realizadas entrevistas não estruturadas à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora da UCI, Enfermeira Gestora do Risco Geral do CH e posteriormente foi discutida a problemática com Professora Orientadora da Escola Superior de Saúde, que consideraram a temática pertinente.

De forma a auscultar e equipa sobre a pertinência da problemática para a mesma, bem como das suas necessidades de formação sobre a emergência/catástrofe, construímos um questionário que se encontrava dividido em duas partes distintas, na primeira parte pretendia-se aferir as necessidades formativas da equipa em relação à emergência/catástrofe. Na segunda parte pretendia-se conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuem, e foi utilizada uma escala tipo *Likert* em algumas questões, em que as respostas englobavam cinco opções, tendo os participantes que escolher uma, consoante a sua posição relativamente à questão. Após a elaboração do questionário, foi entregue um pedido de autorização para a realização do PIS à Sr^a En^f Diretora do CH, onde se anexaram a ficha de diagnóstico do PIS, construída até à presente data, o questionário e o consentimento informado, bem como os pareceres favoráveis da enfermeira coordenadora da UCI e da coordenadora médica da UCI.

Após se ter obtido um parecer favorável para realização do PIS, para verificar a eficácia e o valor do questionário, bem como para permitir descobrir defeitos ao questionário, foram aplicados sete pré-testes, três a elementos peritos na área e quatro a enfermeiros da UCI (Fortin, 2009). Após a aplicação dos pré-testes aos questionários, foram realizadas algumas alterações ao questionário, para que este ficasse mais perceptível, mas não foi necessário proceder a grandes alterações à estrutura e conteúdo do mesmo. Na semana de 4 a 10 de Maio de 2015, foram aplicados os questionários aos enfermeiros da UCI (Apêndice I).

Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a uma análise descritiva dos dados colhidos, e o tratamento dos dados foi realizado segundo a estatística descritiva, sendo os dados apresentados sob a forma de gráficos, com recurso ao programa Microsoft Office Excel para a descrição dos mesmos.

Do tratamento de dados, foram as retiradas as seguintes conclusões: será importante continuar a realizar formação na área da emergência/catástrofe, pois 24% da amostra nunca fez formação na área e 27% já tinha feito formação há mais de três anos, sendo fundamental que esta formação não seja só teórica, mas também prática, com a realização de exercícios de preparação para uma evacuação da UCI; A equipa concorda com a necessidade de criar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, em que 95 % dos enfermeiros concorda totalmente com a criação da mesma, e visto considerar que o PEI do CH, não contemplada na sua totalidade as necessidades específicas da UCI e dos clientes em situação crítica; Os exercícios de preparação para uma evacuação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI, a UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), visto o circuito de evacuação da UCI não estar assumido na equipa de enfermagem, em que toda a equipa concorda com a realização de exercícios de preparação para uma evacuação, e 76% da equipa refere mesmo concordar totalmente; A equipa demonstra assumir a necessidade de continuar a investir nesta área, de forma a melhorar tanto a parte teórica como a prática, pois 66% da equipa discorda que a sua formação teórica seja suficiente para atuar numa situação de emergência/catástrofe e 76% dos inquiridos discorda que a sua formação prática seja suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI.

Para a tentar garantir a validade e viabilidade do projeto, bem como as áreas que necessitam de intervenção mais urgente, recorreu-se ao método analítico FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), pois este é um método proactivo de gestão e redução de riscos, permitindo priorizar as mudanças necessárias num determinado processo que se pretenda analisar, através de um exame ao mesmo, desde o seu início até à sua conclusão, e assim tentar evitar a ocorrência de erros (Chiozza, 2009).

Foram analisadas quatro áreas com a FMEA, a emergência/catástrofe na UCI, o equipamento médico necessário para uma emergência/catástrofe na UCI e Evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. Da análise dos valores da FMEA, podemos observar que não existem valores muito elevados de RPN, pois tanto a probabilidade de ocorrência, como a dificuldade de deteção são diminutas, no entanto, em caso de ocorrência a gravidade poderá ser muito elevada, com grande probabilidade de elevados prejuízos humanos e materiais. Com valores mais elevados de RPN, identificou-se a Coordenação ineficaz em caso de Emergência/Catástrofe na UCI (RPN – 160), a resposta ineficaz em caso de corte total de energia e resposta ineficaz em caso de inundação na UCI (RPN – 150). Também foram obtidos valores de RPN superiores a 100 noutros itens, dos quais salientamos a

Atuação ineficaz em caso de evacuação da UCI e a descoordenação entre a UCI e o serviço de refúgio, a UCPA, em caso de evacuação da UCI (RPN – 120) (Apêndice II).

Ainda com base na análise da FMEA, foram identificadas três causas para os problemas identificados:

1 – Inexistência de uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos;
2 – Falta de inventário sobre o equipamento médico necessário a uma evacuação da UCI; 3 – Inexistência de uma prática regular de exercícios de preparação para uma catástrofe.

Como ações a desenvolver, com vista a evitar as potenciais falhas identificadas, identificou-se: 1 – Criar uma norma de Atuação em caso de Emergência/ Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; 2 – Formar a equipa da UCI sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI; 3 – Inventariar o equipamento médico necessário numa evacuação da UCI; 4 – Identificar locais alternativos de recolha deste equipamento; 5 – Executar um exercício de treino de evacuação da UCI, para o serviço de refúgio a UCPA.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Inexistência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, que incluía a evacuação de clientes em situação crítica para o serviço de refúgio – a UCPA;

Falta de inventário sobre o equipamento médico disponível na UCI, e verificar se este é suficiente para dar resposta a situações de emergência, ou identificar locais alternativos de recolha deste equipamento;

Falta de formação por parte da equipa da UCI sobre a norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.

Determinação de prioridades

Criar uma norma de atuação para a UCI sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe;

Formar a Equipa Multiprofissional da UCI sobre a atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos;

Verificar se os recursos materiais são suficientes para uma emergência e identificar locais alternativos de recolha deste equipamento;

Executar um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

Capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Elaborar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, que garanta a implementação de normas e diretrizes a seguir em caso de emergência;

Formar a equipa multidisciplinar da UCI em emergência/catástrofe, com recurso a formação na área;

Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência no CH.

Referências Bibliográficas

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

SERRA, Fernando, et al. – **Gestão Estratégica: Conceitos e Prática**. 2ª edição. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas Lda., 2010. ISBN: 978-972-757-606-7.

Referências Eletrónicas

ANDRADE, Lúcia - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira : Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf>>.

BRAGA, Gisélia - Bioterrorismo : Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça. [Em linha]. 2011 (Tese de Mestrado) [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf>>.

CHIOZZA, Maria; PONZETTI, Clemente – FMEA: A Model For Reducing Medical Errors. Clinica Chimica Acta [Em linha]. Vol. 404, nº1 (2009), p. 75-78. [Consult. 27 Maio de 2015] Disponível em WWW:<URL: http://ac.els-cdn.com/S0009898109001466/1-s2.0-S0009898109001466-main.pdf?_tid=59fe9b52-0663-11e5-8aa0-00000aab0f6b&acdnat=1432946128_5b239ae337ec0c8a4c208ac03cb91054 >.

Direção Geral de Saúde - Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Em linha]. 2010 [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>>.

MENDES, Maria Elizabete; et al. - Como Colocar em Prática o Plano de Atendimento às Emergências (PAE) no Laboratório Clínico. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial [Em linha]. Vol. 47, nº3 (2011), p. 225-231. [Consult. 09 Mar. de 2015] Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n3/v47n3a05.pdf>>.

SOUSA, João Paulo Almeida e - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Acta Médica Portuguesa [Em linha]. Vol. 25, nº1 (2012), p. 37-43. [Consult. 26 Mar. de 2015] Disponível em WWW:<URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>>.

Data:

Assinatura:

Apêndice II – Questionário sobre atuação em caso de emergência/catástrofe

Questionário Sobre Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe

O presente questionário foi elaborado pelo Enfermeiro Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e a frequentar o 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A informação coletada permitirá o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço de acordo com a metodologia de projeto, cujo tema incide sobre a área da emergência/catástrofe, durante os estágios I, II e III que fazem parte integrante do plano de estudo do curso acima citado, sob a orientação da Enfermeira e da Professora .

Este instrumento é dirigido aos enfermeiros da UCI e tem como objetivo analisar a opinião desses mesmos profissionais sobre a necessidade da existência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos, e conhecer o seu nível de formação sobre esta temática.

Desta forma, o questionário encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte pretendemos aferir as necessidades formativas da equipa em relação à Emergência/Catástrofe. Na segunda parte pretendemos conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuem.

Informamos que o preenchimento dos questionários é facultativo e desde já garantimos o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, bem como que a sua utilização será limitada à realização do projeto em serviço, e que após o tratamento de dados os questionários serão destruídos.

Por favor não identifique o questionário.

Grato pela atenção e colaboração disponibilizada.

Flávio Patoleia

PARTE I

Necessidades Formativas

1. Alguma vez fez formação na área da Emergência/Catástrofe? Não
Sim

1.1. Se respondeu sim:

1.1.1. Em que contexto?

- Formação em serviço
Seminários / Congressos
Outros

1.1.2. Quando foi a última vez que fez formação na área?

- Entre 1 a 2 anos
Entre 2 a 3 anos
Há mais de 3 anos

2. No serviço/hospital existem documentos orientadores referentes à Emergência/Catástrofe?
Não
Sim
Não sei

2.1. Se sim:

2.1.1. Quais?

- Norma de Orientação Clínica
Procedimento de Enfermagem
Protocolo de intervenção

2.1.2. Os respetivos documentos orientadores estão atualizados?

- Não
Sim

3. Já participou na resposta a uma situação de Emergência/Catástrofe?
Não
Sim

3.1. Se sim:

3.1.1. A resposta a esta Emergência/Catástrofe ocorreu na Unidade de Cuidados Intensivos?

Não

Sim

(Se respondeu "não" à pergunta 3, ignore as perguntas 7 e 8 da parte II do questionário)

PARTE II

Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI

1. Conhece o Plano de Emergência Interno (PEI) do CH?

Não
Sim

1.1. Se respondeu sim:

1.1.1 O PEI do CH adequa-se à necessidade da Unidade de Cuidados Intensivos?

Não
Sim

1.1.2 Existem aspetos do PEI do CH que suscitam dúvidas relativamente aos doentes em situação crítica?

Não
Sim

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Considera importante a existência de uma norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Considera que a sua formação teórica é suficiente para atuar em situações de Emergência/Catástrofe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A sua formação prática é suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considera importante realizar exercícios de preparação para uma situação de evacuação da UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Conhece o circuito de evacuação dos clientes da UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os exercícios de preparação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Considera que a sua atuação na situação de catástrofe foi a melhor possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
8. Considera que a atuação da equipa multidisciplinar na resposta à emergência/catástrofe foi a melhor possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice III – Pedido de Autorização para Realização do PIS

Pedido de autorização para realização do PIS

Exm^a Sr^a Enf^a Diretora do CH

Setúbal, 09 de Abril de 2015

Assunto: Pedido de realização de Projeto de Intervenção em Serviço referente à elaboração de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar.

No âmbito do 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia, enfermeiro a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar . e a realizar estágio na mesma UCI, que decorre de 16/03/2015 até 30/01/2016 sob a orientação da Enfermeira e Professora , foi-me proposto a realização de um projeto de intervenção em serviço de acordo com a metodologia de projeto. Após entrevista não estruturada com a enfermeira coordenadora do serviço, enfermeira orientadora e com a enfermeira gestora do Risco Geral do Centro Hospitalar , considerámos pertinente elaborar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos. Neste sentido, pretendo auscultar a opinião da equipa de enfermagem do serviço supracitado relativamente à temática em estudo através da aplicação de um questionário.

Assim, venho por este meio solicitar autorização para a realização do projeto de intervenção em serviço nesta área, bem como a aplicação do instrumento atrás referido e que se encontram em anexo com o respetivo consentimento. Desde já saliento que todas as questões éticas e deontológicas serão integralmente respeitadas em todas as fases deste trabalho.

Este projeto será realizado no decorrer do Estágio I e II que teve início a 16/03/2015 e que termina a 10/07/2015 e do Estágio III que decorrerá no 3º Semestre de 24/09/2015 a 30/01/2016.

Grato pela atenção disponibilizada.

Apêndice IV – Consentimento informado

Consentimento Informado

Declaro que estou de acordo em participar no projeto de intervenção em serviço intitulado “**Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos**”, elaborado pelo enfermeiro Flávio Patoleia, que se encontra a realizar estágio na UCI do C.H.

, no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob a orientação da Enfermeira e da Professora , através do preenchimento do questionário sobre Plano de Emergência Interno/Plano de Evacuação. O questionário tem como objetivo conhecer dados relativamente ao nível de formação que a equipa de enfermagem da UCI possui sobre o tema em questão. Declaro ainda que fui elucidado em relação aos objetivos deste projeto e participo de forma voluntária neste estudo. Sou livre de abandonar a participação do projeto, se assim o entender, e sem que daí advenham danos para a minha pessoa. Autorizo a utilização dos dados obtidos no âmbito deste estudo, pois foi-me garantido que os dados obtidos serão utilizados unicamente para este projeto e que a minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Setúbal, ____ de _____ de 2015

(Assinatura)

Apêndice V – Tratamento e Análise dos Dados do Questionário Sobre
Atuação em caso de Emergência/Catástrofe



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Questionário Sobre Atuação em Caso de
Emergência/Catástrofe**

Discente:

Flávio Patoleia

Enfermeira Orientadora:

I. A

Docente Orientador:

Professora E. M.

Setúbal, Maio de 2015

LISTA DE SIGLAS

CH – Centro Hospitalar

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1 – Formação na Área da Emergência/Catástrofe	11
Gráfico 2 – Contexto da Formação	11
Gráfico 3 – Data da Última Formação	12
Gráfico 4 – Documentos sobre Emergência/Catástrofe	12
Gráfico 5 – Documentos Orientadores	13
Gráfico 6 – Atualização dos Documentos	13
Gráfico 7 – Participação na Resposta a uma Emergência/Catástrofe	13
Gráfico 8 – Contexto da Emergência/Catástrofe	14
Gráfico 9 – Conhecimento do PEI do CH	14
Gráfico 10 – Adequação do PEI do CH à Necessidade da UCI	15
Gráfico 11 – Aspectos do PEI que Suscitam Dúvidas em Relação aos Clientes em Situação Crítica	15
Gráfico 12 – Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI	16
Gráfico 13 – Formação Teórica Para Atuar em Emergência/Catástrofe	16
Gráfico 14 – Formação Prática Para Atuar numa Situação de Evacuação da UCI	17
Gráfico 15 – Realização de Exercícios de Preparação para uma Situação de Evacuação da UCI	18
Gráfico 16 – Circuito de Evacuação de Doentes da UCI	18
Gráfico 17 – Exercícios de Preparação Envolvendo o Serviço de Refúgio da UCI	19
Gráfico 18 – Atuação numa Situação de Emergência/Catástrofe	20
Gráfico 19 – Atuação da Equipa Multidisciplinar numa Situação de Emergência/Catástrofe	20

ÍNDICE GERAL	Pág.
INTRODUÇÃO	6
1. INSTRUMENTO DE COLHEIRA DE DADOS	8
2. TRATAMENTO DE DADOS	10
2.1 Necessidades Formativas	10
2.2 Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI	14
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	21
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

ANEXOS E APÊNDICES	Pág.
Anexo I – Autorização para realização do PIS	25
Apêndice I – Pedido de autorização para realização do PIS	26
Apêndice II – Consentimento informado	27
Apêndice III – Questionário sobre atuação em caso de emergência/catástrofe	28

INTRODUÇÃO

No âmbito dos Estágios I e II da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, do 2º semestre, do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi proposta a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) de acordo com a metodologia de projeto.

Enquanto enfermeiro da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), assumo também funções de Gestor de Risco Geral deste serviço, e tenho particular interesse pelas questões relacionadas com situações de emergência e catástrofe. Tinha interesse em realizar um projeto no âmbito da emergência/catástrofe, pelo que após a realização de entrevistas não estruturadas à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora da UCI, Enfermeira Gestora do Risco Geral do CH e posteriormente discutida a problemática com Professora Orientadora da Escola Superior de Saúde, equacionámos que seria importante a criação de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI.

De forma a auscultar a equipa da UCI sobre a pertinência da problemática para a mesma, bem como das suas necessidades de formação sobre emergência/catástrofe, optou-se pela realização de questionários.

Decidiu-se pela utilização do questionário como método de colheita de dados, pois este permite a recolha de informação factual, pode ser aplicado a grupos independentemente do tamanho dos mesmos e por serem de fácil preenchimento (Fortin, 2009). O presente questionário tinha como objetivo determinar tanto as necessidades de formação da equipa da UCI sobre o tema em análise, bem como o interesse da mesma relativamente à emergência/catástrofe.

O questionário foi dividido em duas partes distintas, na primeira parte pretendia-se aferir as necessidades formativas da equipa em relação à emergência/catástrofe. Na segunda parte pretendia-se conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuem.

Após o tratamento e análise dos dados, pretende-se validar a pertinência da criação da norma mencionada anteriormente, pelo que este documento tem os seguintes objetivos:

- Analisar o instrumento de colheita de dados escolhido;
- Realizar o tratamento dos dados obtidos com o questionário;

- Discutir e refletir sobre os dados obtidos.

O presente documento encontra-se dividido em seis capítulos, Introdução, Instrumento de Colheita de Dados, Tratamentos de Dados, Discussão dos Resultados, Conclusão e Bibliografia.

Este trabalho encontra-se redigido segundo as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e referenciado segundo a Norma Portuguesa 405, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português.

1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Como tema para a elaboração do PIS foi escolhido a criação de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI. Após a realização de entrevistas não estruturadas a elementos com conhecimentos diferenciados nesta temática, considerou-se pertinente a criação da mesma.

No entanto, para a implementação com sucesso de um PIS é fundamental a colaboração da equipa onde este irá ser realizado. A equipa deverá estar disponível para acolher o PIS e para tal é fundamental que assuma a sua importância e tenha interesse no mesmo. De forma a auscultar a equipa da sobre a pertinência da problemática para a mesma, bem como das suas necessidades de formação sobre a emergência/catástrofe, optou-se pela realização de questionários.

Segundo Fortin (2009, p.380) “O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões.” Os questionários tanto podem conter questões abertas como fechadas, e como os participantes devem limitar-se a responder às questões, sem a possibilidade de as mudar, nem de precisar o seu pensamento, os enviesamentos são quase impossíveis (Fortin, 2009).

Relativamente ao tipo de questões, como foi referido anteriormente, estas podem ser abertas ou fechadas, optou-se pela realização de questões fechadas por se considerar que a sua interpretação é mais fiável e mais clara, bem como o tratamento de dados poderá ser mais fácil (Moreira, 2004).

O questionário encontrava-se dividido em duas partes. Na primeira parte foram formuladas questões de forma a aferir as necessidades formativas da equipa em relação à emergência/catástrofe. Na segunda parte foram realizadas questões de modo a permitir conhecer a posição da equipa relativamente ao tema e a importância que a mesma lhe atribui. Nesta segunda parte do questionário foi utilizada uma escala tipo *Likert* em algumas questões, em que as respostas englobavam cinco opções, tendo os participantes que escolher uma, consoante a sua posição relativamente à questão.

Foi elaborada uma folha de rosto para o questionário, onde foi explicado o âmbito em que o questionário se inseria, bem como a sua finalidade e estrutura, foi ainda referido que a resposta ao mesmo era facultativa, sendo garantido o anonimato e confidencialidade

dos dados dos participantes. Juntamente com o questionário foi entregue um formulário de consentimento informado.

Após a elaboração do questionário, foi entregue um pedido de autorização para a realização do PIS à Sr^a Enf^a Diretora do CH, onde se anexaram a ficha de diagnóstico do PIS, o questionário e o consentimento informado, bem como os pareceres favoráveis da Enfermeira Coordenadora da UCI e da coordenadora médica da UCI, sendo os documentos entregues ao serviço de formação do referido hospital.

Após se ter obtido um parecer favorável para realização do PIS, foram realizados sete pré-testes aos questionários, três a elementos peritos na área e quatro a enfermeiros da UCI. O pré-teste é fundamental para verificar a eficácia e o valor do questionário, permitindo descobrir os defeitos do questionário e realizar as correções necessárias (Fortin, 2009). Após a aplicação dos questionários, foram realizadas algumas alterações ao questionário, para que este ficasse mais perceptível, mas não foram realizadas grandes alterações à estrutura e conteúdo do mesmo.

Na semana de 04/05/2015 a 10/05/2015, foram aplicados os questionários aos enfermeiros da UCI.

2. TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento de dados é fundamental que a amostra seja representativa da população em estudo. Segundo Fortin (2009, p. 310), “Uma amostra, retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta, sem que seja necessário estudar toda a população”. Visto a nossa população alvo, que eram os enfermeiros da UCI, ser composta por trinta enfermeiros, quatro foram excluídos por terem respondido ao pré-teste, três encontravam-se de férias ou baixa, e foram ainda excluídos o realizador do estudo e a orientadora do serviço, tendo restado vinte e um questionários respondidos, que correspondem à amostra em estudo.

Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a uma análise descritiva dos dados colhidos. Para Fortin (2009, p. 410), “A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões da investigação”. O tratamento dos dados foi realizado segundo a estatística descritiva, que segundo Fortin (2009, p.411), “A parte descritiva da estatística tem por objectivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor”.

Seguidamente os dados serão apresentados sob a forma de gráficos, sendo de salientar que utilizamos como recurso o programa Microsoft Office Excel para a descrição dos mesmos.

2.1 Necessidades Formativas

Em relação às necessidades formativas, pretendia-se aferir se os participantes tinham formação na área da emergência/catástrofe, se conheciam os documentos orientadores do CH relativamente a este tema e se já tinham participado na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Na resposta à questão se alguma vez tinham feito formação na área da emergência/catástrofe, podemos observar que cerca de 76% dos inquiridos tinha formação na área.

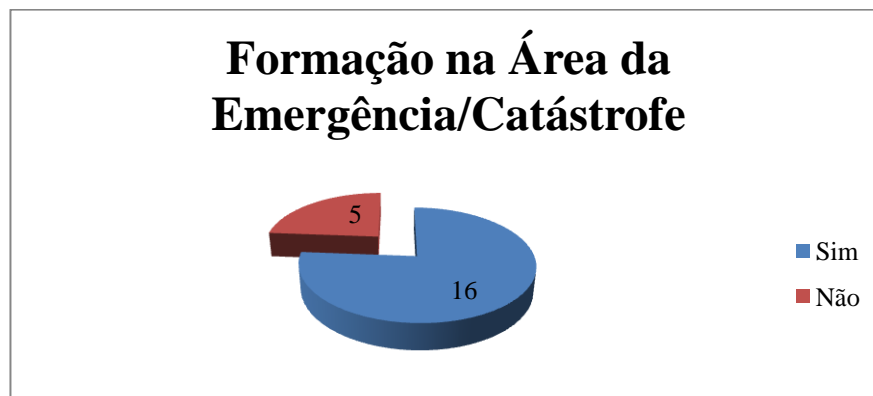


Gráfico 1 – Formação na Área da Emergência/Catástrofe

Relativamente ao contexto em que fizeram formação, dos 16 inquiridos que tinham formação nesta área, 61% tinha adquirido esta formação em serviço, cerca de 17% em seminários/congressos e 22% decorreu noutra contexto. De salientar que apenas um dos inquiridos tinha tido formação em mais que um contexto diferente.

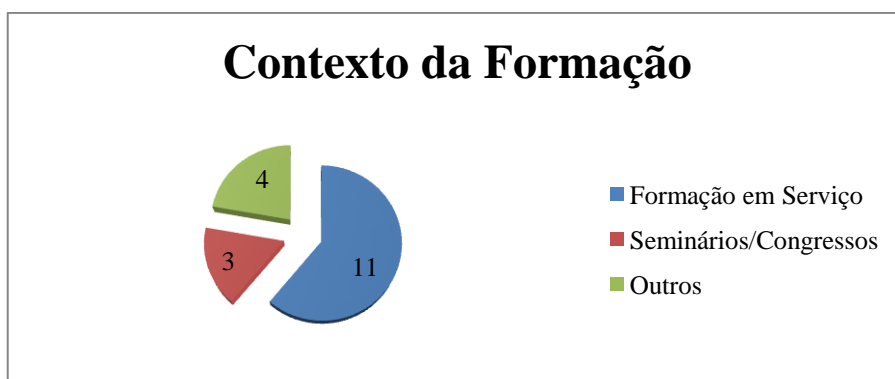


Gráfico 2 – Contexto da Formação

Em seguida e ainda relativamente à formação na emergência/catástrofe foi questionado há quanto tempo tinha sido feita esta formação. Cerca de 60% das pessoas tinha tido formação nos últimos dois anos, 13% tinha feito formação há mais de 2 anos e menos de três, e 27% dos inquiridos já tinham feito formação há mais de três anos.

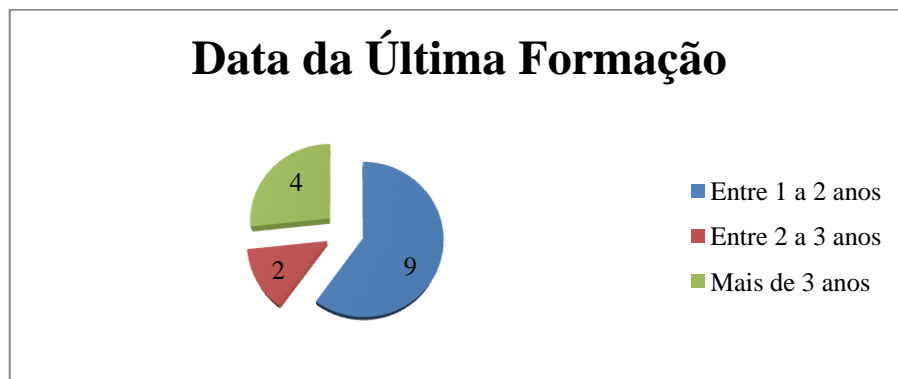


Gráfico 3 – Data da Última Formação

Em seguida foi questionado se no serviço/hospital existiam documentos orientadores referentes à emergência/catástrofe. De referir que 81% das pessoas sabiam que existiam documentos, no entanto 19% dos inquiridos, referiu desconhecer a existência de documentos.

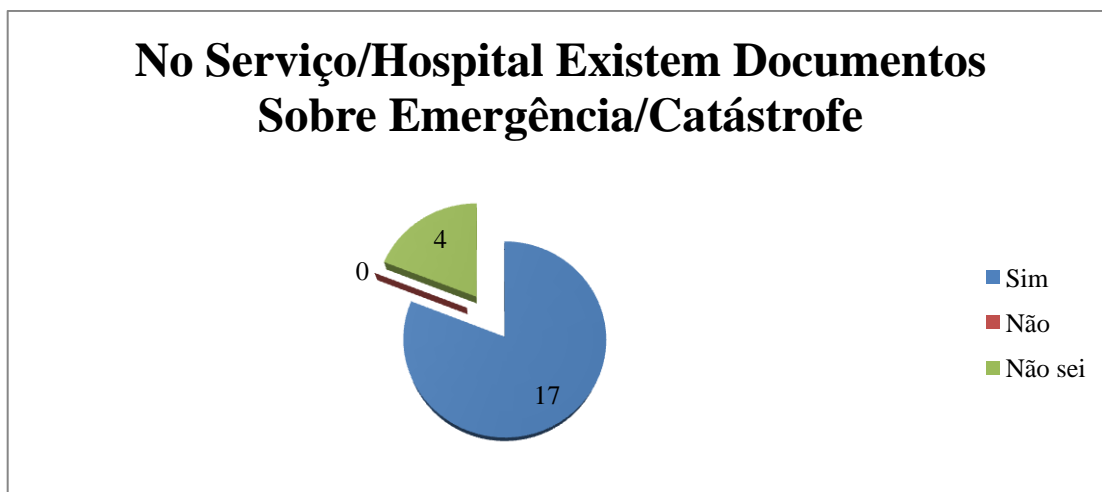


Gráfico 4 – Documentos sobre Emergência/Catástrofe

Na resposta a que tipos de documentos existem, 82% sabia que é um protocolo, no entanto 18% disse ser uma Norma de Orientação Clínica. Das pessoas que responderam à questão se os respetivos documentos se encontravam atualizados, 73% referiu que sim e 27% disse que não.

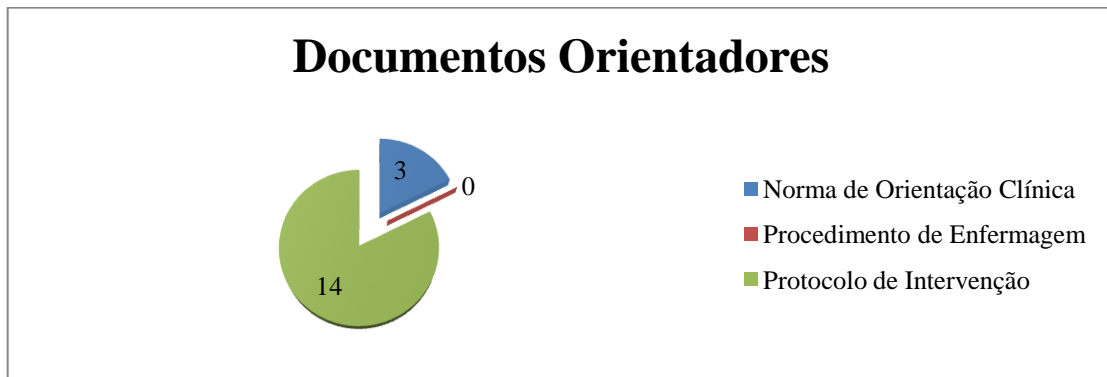


Gráfico 5 – Documentos Orientadores

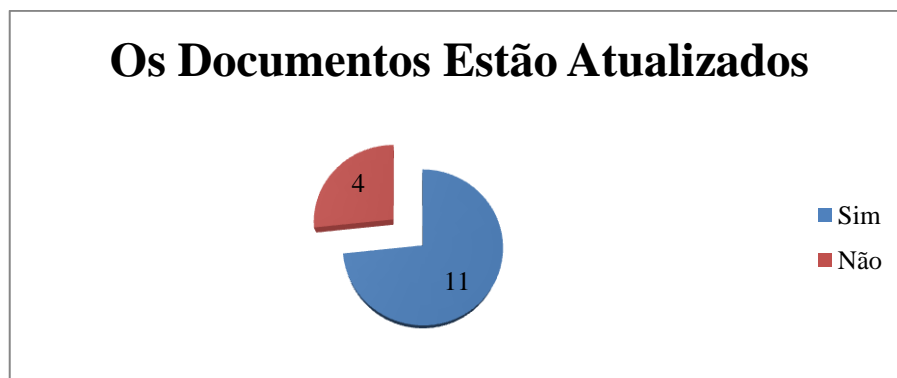


Gráfico 6 – Atualização dos Documentos

Com a questão seguinte pretendíamos perceber se os inquiridos já tinham participado na resposta a alguma situação de emergência/catástrofe. Do gráfico que se segue podemos observar que 28% dos inquiridos (cinco pessoas) já tiveram essa experiência, e que destes, três ocorreu em ambiente de cuidados intensivos.



Gráfico 7 – Participação na Resposta a uma Emergência/Catástrofe

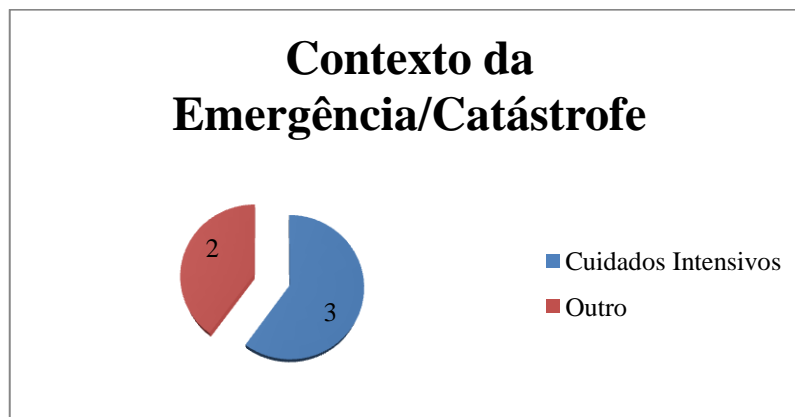


Gráfico 8 – Contexto da Emergência/Catástrofe

2.2 Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI

Na segunda parte do questionário, como foi referido anteriormente, pretendia-se conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuíam.

No início da segunda parte do questionário, perguntamos aos inquiridos se conheciam o Plano de Emergência Interno (PEI) do CH e se este se adequava à necessidade da UCI. Podemos então verificar que 71% dos participantes conhece o PEI e que 29% não o conhece.

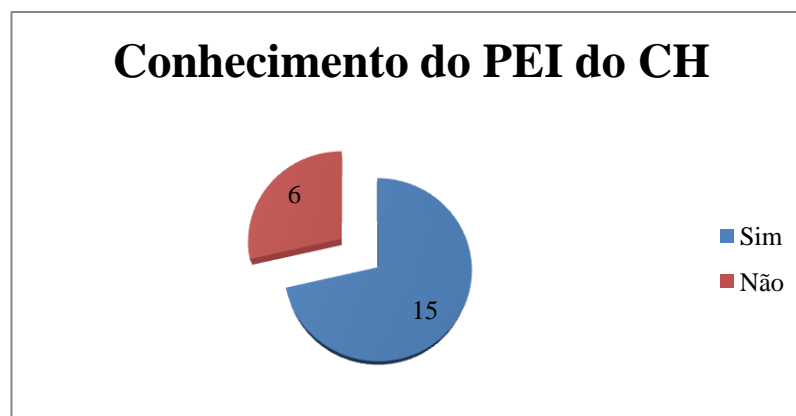


Gráfico 9 – Conhecimento do PEI do CH

Na resposta a se o PEI se adequa à necessidade da UCI, 53% dos enfermeiros refere que sim e 47% refere que não. No entanto, 80% dos inquiridos que conhecem o PEI

consideram que existem aspetos do PEI que suscitam dúvidas relativamente aos clientes em situação crítica.

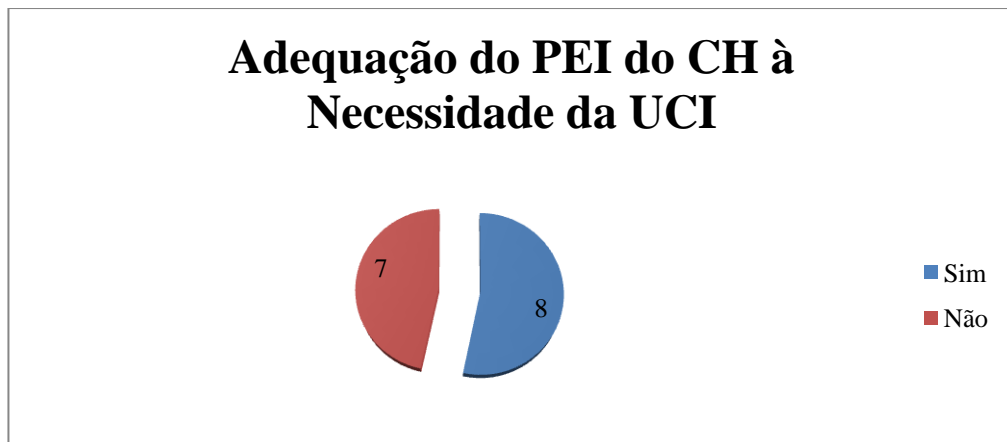


Gráfico 10 – Adequação do PEI do CH à Necessidade da UCI



Gráfico 11 – Aspectos do PEI que Suscitam Dúvidas em Relação aos Clientes em Situação Crítica

De forma a tentar perceber qual a posição dos enfermeiros relativamente à emergência/catástrofe, foi aplicada uma escala tipo *Likert*, com cinco opções, em que os inquiridos teriam que optar entre o discordo totalmente e o concordo totalmente, consoante a sua posição em relação à questão.

Na primeira questão pretendia-se saber se consideravam importante a existência de uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI. De referir que 95% dos enfermeiros responderam que concordavam totalmente.

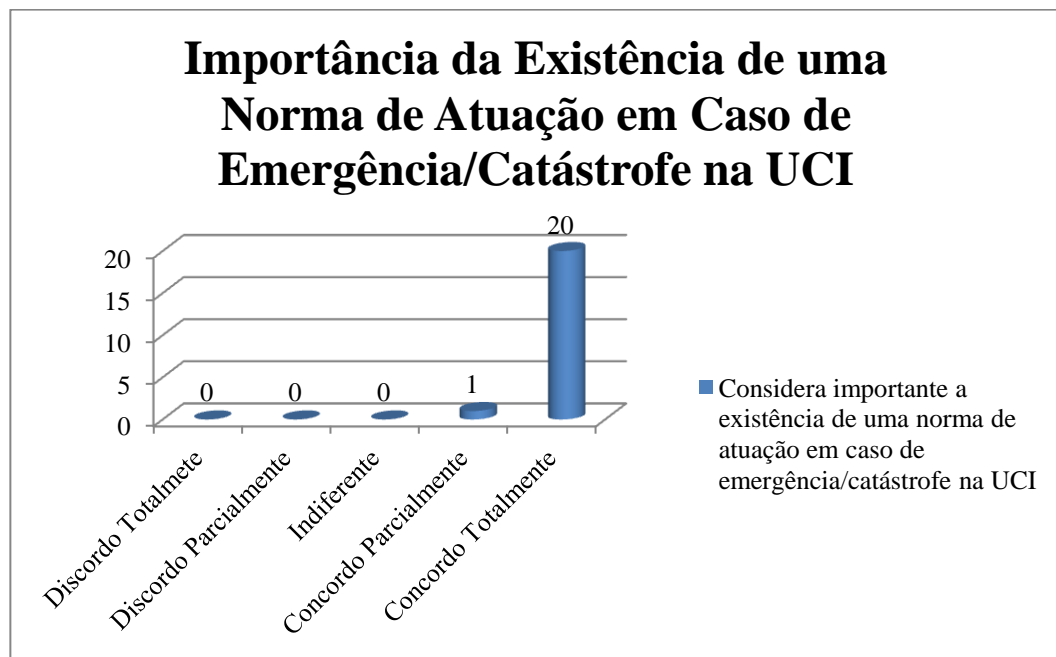


Gráfico 12 – Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI

Na resposta a se consideravam que a sua formação teórica era suficiente para atuar em situações de emergência/catástrofe, vimos que a equipa está dividida, existindo grande heterogeneidade na resposta, no entanto a maioria da equipa discorda, sendo que 52% discorda parcialmente e 14% discorda totalmente, e a segunda resposta mais frequente é o concordo parcialmente (29%).

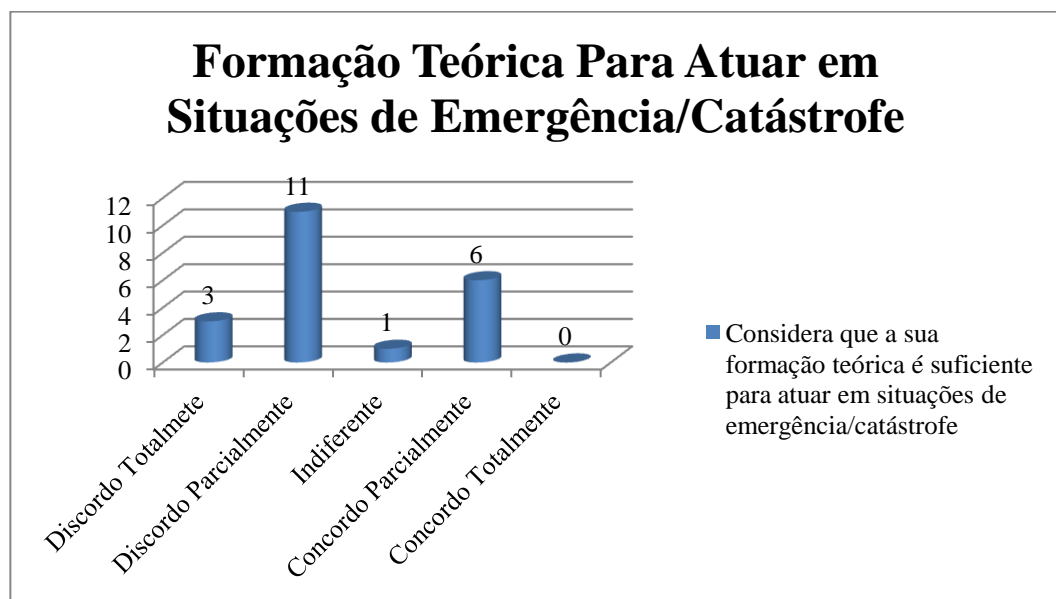


Gráfico 13 – Formação Teórica Para Atuar em Emergência/Catástrofe

Foi então questionado se a sua formação prática era suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI, e neste caso a maioria dos inquiridos considerava que a sua formação prática não era suficiente. Podemos observar no gráfico seguinte que 76% dos inquiridos respondeu que discorda parcialmente que a sua formação teórica seja suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI.

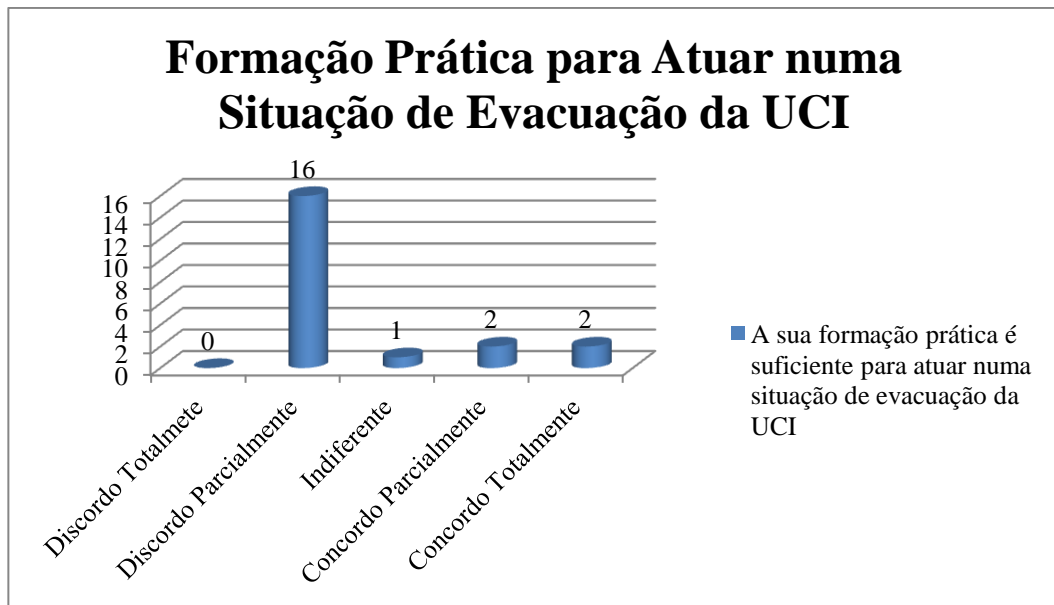


Gráfico 14 – Formação Prática Para Atuar numa Situação de Evacuação da UCI

Os inquiridos consideravam importante a realização de preparação para uma situação de evacuação da UCI, em que 76% respondeu que concorda totalmente e 24% concorda parcialmente.

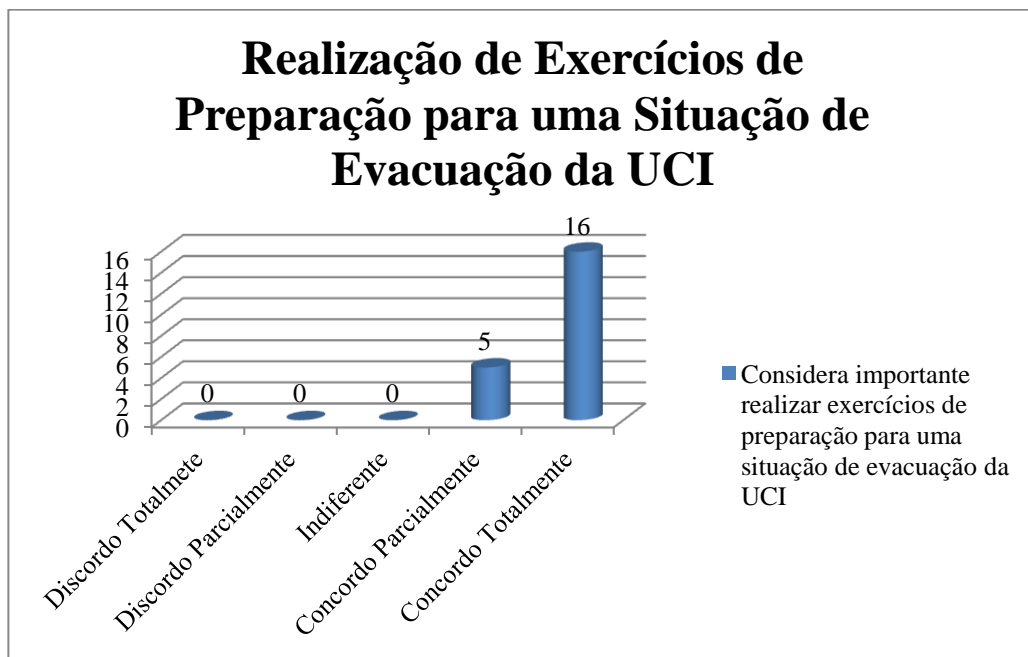


Gráfico 15 – Realização de Exercícios de Preparação para uma Situação de Evacuação da UCI

Foi então questionado se a equipa conhecia o circuito de evacuação de Clientes da UCI, e na resposta a esta questão metade dos enfermeiros concorda e metade discorda, pelo que podemos observar que este circuito não é do conhecimento de toda a equipa.

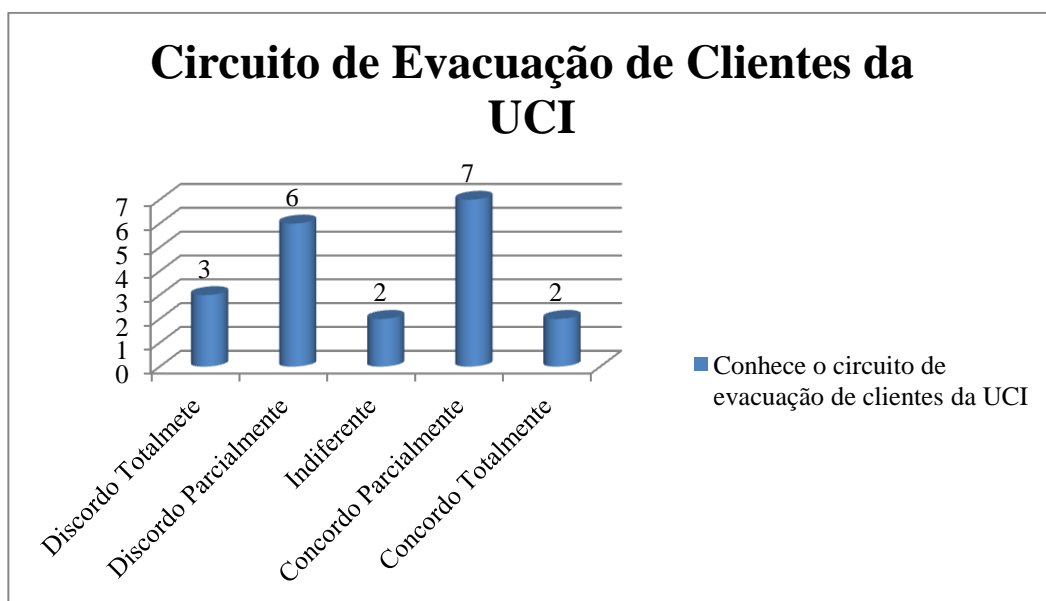


Gráfico 16 – Circuito de Evacuação de Clientes da UCI

Quando questionados se os exercícios de preparação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI, a maioria dos inquiridos concorda totalmente (71%) e 29% concorda parcialmente.

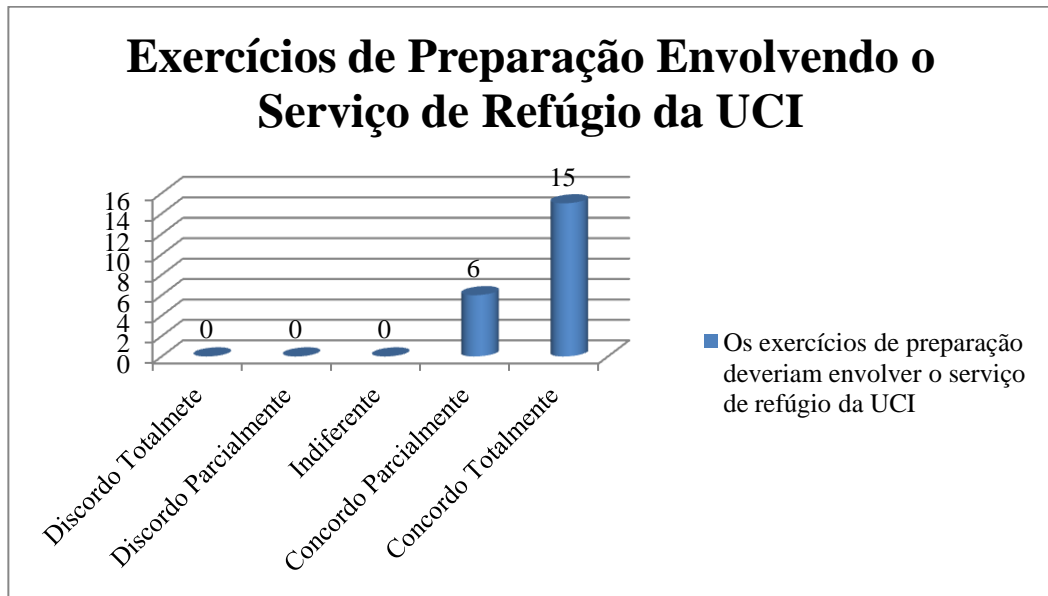


Gráfico 17 – Exercícios de Preparação Envolvendo o Serviço de Refúgio da UCI

Nas últimas duas questões pretendíamos aferir como é que os enfermeiros que já tinha atuado na resposta a situações de emergência/catástrofe consideravam a sua atuação, bem como a atuação da equipa multidisciplinar. Podemos verificar que a apesar de apenas quatro enfermeiros terem tido esta experiência, todos concordavam ou parcialmente ou totalmente que tanto a sua atuação como a da equipa multidisciplinar foi a melhor possível.

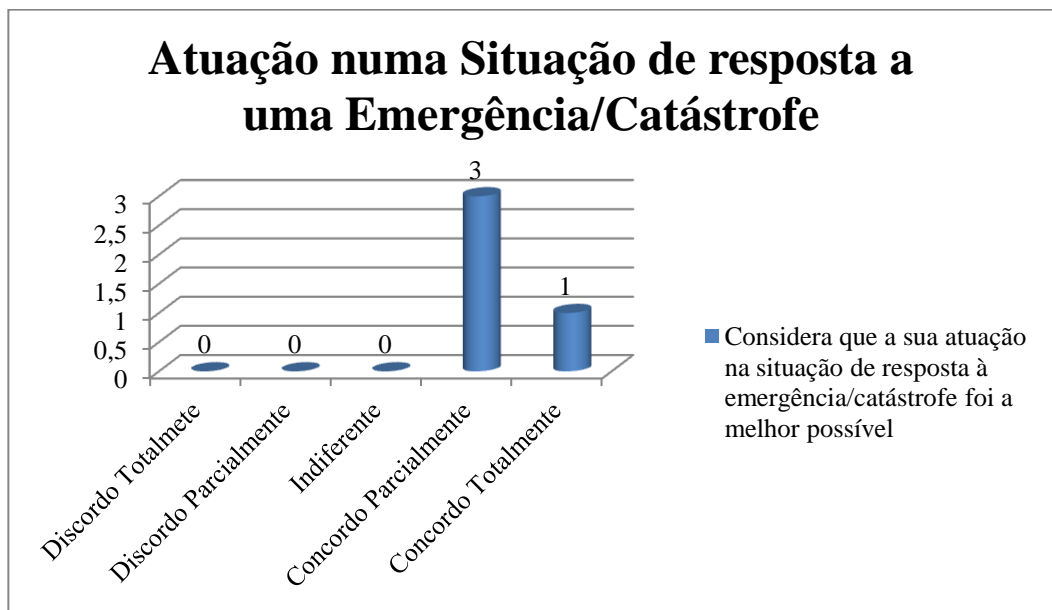


Gráfico 18 – Atuação numa Situação de Emergência/Catástrofe

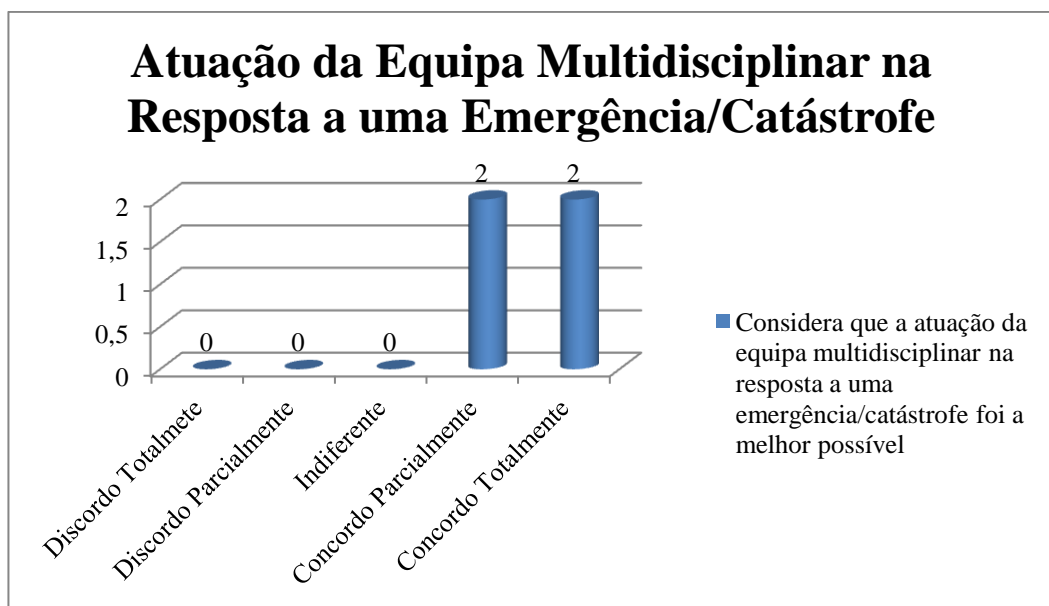


Gráfico 19 – Atuação da Equipa Multidisciplinar numa Situação de Emergência/Catástrofe

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase pretende-se descrever e analisar os resultados obtidos, como refere Fortin (2009, p. 474), “A análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial. Ela incide sobre a descrição dos factos, que teve lugar na etapa da análise estatística dos dados”.

Relativamente à formação na área da emergência/catástrofe, podemos observar que apesar da maioria da equipa ter formação nesta área, 24% nunca fez qualquer tipo de formação sobre o tema em análise. De realçar que a maioria dos elementos tinha adquirido esta formação em serviço e apenas um elemento tinha feito formação em mais que um contexto diferente. É ainda importante salientar que uma parte significativa da amostra tinha feito formação há mais de três anos (27%). Torna-se então importante continuar a investir na formação na área da emergência/catástrofe, por forma a dar formação os elementos que ainda não tenham tido e atualizar e rever conceitos na restante equipa, pois esta é uma área em que é importante realizar formação regularmente.

Ao analisar os dados, podemos concluir que a equipa também precisa de formação sobre o PEI do CH, pois, cerca de 18% dos inquiridos não sabia da existência de documentos orientadores e, apesar da maioria dos elementos ter conhecimento que existia um protocolo de intervenção, três elementos consideravam existir uma norma de orientação clínica. Nas duas últimas questões da primeira parte do questionário, pretendia-se saber qual a fatia da amostra que já tinha estado presente na resposta a uma emergência/catástrofe. Tal como era expectável, a maioria dos elementos nunca tinha tido esta experiência, em que apenas cinco elementos tinham estado na resposta a uma emergência/catástrofe, e destes, dois não tinha sido em contexto de cuidados intensivos.

Na segunda parte do questionário, como foi referido anteriormente, pretendia-se conhecer a posição dos profissionais relativamente ao tema e a importância que lhe atribuem. Na primeira questão perguntamos diretamente se conheciam o PEI do CH e podemos observar que 29% da amostra não o conhece. Posteriormente foi questionado se este se adequava à necessidade da UCI e se suscitava dúvidas em relação aos clientes em situação crítica. Da análise dos resultados, podemos concluir que uma parte importante dos enfermeiros considera que o PEI não se adequa na sua totalidade à necessidade da UCI e

cerca de 80% considera mesmo que existem aspetos do PEI que suscitam dúvidas em relação aos clientes em situação crítica.

Na parte final do questionário foi utilizada uma escala tipo *Likert*. Da resposta à primeira questão, podemos concluir que todos os inquiridos consideram importante a existência de uma norma de atuação em caso emergência/catástrofe na UCI.

Podemos ainda concluir que a maioria da equipa considera que tanto a sua formação teórica, como a sua formação prática não é suficiente para atuar numa situação de emergência/catástrofe, que envolva a evacuação da UCI. A equipa também demonstrou concordar com a importância da realização de exercícios de preparação para uma situação de evacuação da UCI. Visto uma parte importante da equipa não demonstrar conhecer o circuito de evacuação da UCI, considera-se importante que estes exercícios de preparação envolvam o serviço de refúgio da UCI a UCPA, como ficou demonstrado na questão seguinte, em que todos os inquiridos concordaram com a necessidade de envolver o serviço de refúgio nesta preparação.

Nas últimas duas questões, tentou-se perceber como é que os enfermeiros que tinham estado presentes na resposta a uma emergência/catástrofe, consideravam ter sido a sua atuação e a da equipa multidisciplinar. Podemos verificar que apesar de alguns elementos considerarem esta atuação como a melhor possível, outros deixam espaço a melhoria, ao responderem concordo parcialmente. De realçar que apenas quatro pessoas responderam a esta questão, pelo que não se podem fazer generalizações de uma amostra tão pequena que já esteve presente numa situação de emergência/catástrofe.

CONCLUSÃO

Considerou-se como uma mais-valia para o PIS a realização deste questionário, pois foi possível não só conhecer a importância que a equipa de enfermagem atribui à emergência/catástrofe, bem como a importância que a mesma atribui à criação de uma norma de atuação em caso emergência/catástrofe na UCI. Foi também importante na medida em que foi o primeiro passo para envolver a equipa no PIS, pois se a mesma não estiver desperta para este tema e não o considerar como necessário e útil, será difícil concluir o mesmo, e atingir os objetivos que foram propostos.

Com a análise dos resultados, podemos chegar às seguintes conclusões:

- É importante continuar a realizar formação na área da emergência/catástrofe, sendo fundamental que esta formação não seja só teórica, mas também prática, com a realização de exercícios de preparação para uma evacuação da UCI;
- A equipa concorda com a necessidade de criar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, visto considerar que o PEI do CH não contempla na sua totalidade as necessidades específicas da UCI e dos clientes em situação crítica;
- Os exercícios de preparação para uma evacuação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI, visto o circuito de evacuação da UCI não estar assumido na equipa de enfermagem;
- A equipa demonstra assumir a necessidade de continuar a investir nesta área, de forma a melhorar tanto a parte teórica como a prática.

Podemos concluir que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos com a realização do questionário, envolvendo a equipa no PIS e aferindo que a mesma concorda não só com a criação da norma, como com a realização de exercícios de preparação para uma situação de evacuação do serviço.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

MOREIRA, João Manuel – **Questionários: Teoria e Prática**. Coimbra: Livraria Almedina, 2004. ISBN 972-40-2142-4.

Apêndice VI – Failure Mode and Effects Analysis

Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)									
Descrição do Processo	ETAPAS	G	Modo potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos	Emergência/Catástrofe na UCI.	10	<ul style="list-style-type: none"> Coordenação ineficaz em caso de Emergência/Catástrofe na UCI; 	4	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do tempo de resposta face a uma emergência/catástrofe; Pessoal envolvido na resposta desconhece o seu papel e as suas responsabilidades; Aumento do stress dos profissionais; Aumento da morbilidade e mortalidade; 	4	160	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de uma Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Criar uma norma de Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; Formar a equipa da UCI sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI.
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de incêndio na UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos danos materiais; Aumento da morbilidade e mortalidade; 	3	90		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de fugas de gás/explosão na UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos danos materiais; Aumento da morbilidade e mortalidade; 	4	120		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de sismo; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da morbilidade e mortalidade; 	4	120		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de corte total de energia; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da morbilidade e mortalidade; 	5	150		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de inundação na UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos danos materiais; Aumento da morbilidade e mortalidade; 	5	150		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de ameaça de engenho explosivo/pacote suspeito na UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dos danos materiais; Aumento da morbilidade e mortalidade; 	4	120		
		10	<ul style="list-style-type: none"> Resposta ineficaz em caso de incidente de violência/distúrbios na UCI. 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da morbilidade e mortalidade. 	4	120		

Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)									
Descrição do Processo	ETAPAS	G	Modo potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos	Equipamento médico necessário para uma emergência/catástrofe na UCI.	10	<ul style="list-style-type: none"> Falta de equipamento médico na resposta a uma emergência/ catástrofe na UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do tempo de evacuação da UCI; Aumento da morbidade e mortalidade; 	3	90	<ul style="list-style-type: none"> Falta de inventário sobre o equipamento médico necessário a uma evacuação da UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> Inventariar o equipamento médico necessário numa evacuação da UCI; Identificar locais alternativos de recolha deste equipamento.
		10	<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento de locais alternativos de recolha de equipamento médico para uma evacuação da UCI. 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do tempo de evacuação da UCI; Aumento do stress dos profissionais; Aumento da morbidade e mortalidade; 	3	90		
	Evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA.	10	<ul style="list-style-type: none"> Atuação ineficaz em caso de evacuação da UCI; 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do tempo de evacuação da UCI; Aumento do stress dos profissionais; Aumento da morbidade e mortalidade; 	4	120	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de uma Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; Inexistência de uma prática regular de exercícios de preparação para uma catástrofe. 	<ul style="list-style-type: none"> Criar uma norma de Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; Formar a equipa da UCI sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI. Executar um exercício de treino de evacuação da UCI, para o serviço de refúgio a UCPA.
		10	<ul style="list-style-type: none"> Descoordenação entre a UCI e o serviço de refúgio, a UCPA. 	3	<ul style="list-style-type: none"> Aumento do tempo de evacuação da UCI; Aumento do stress dos profissionais; Aumento da morbidade e mortalidade. 	4	120		

Apêndice VII – Planejamento do PIS

Planeamento do Projeto

Estudante: Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia	Orientador: Enf. ^a I. A. E Prof. ^a E.A.
Instituição: Centro Hospitalar (CH)	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
Título do Projeto: Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH, que garanta a implementação de normas e diretrizes nacionais e internacionais e da instituição a seguir em caso de emergência; - Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência; - Formar a equipa multidisciplinar da UCI em emergência/catástrofe; - Executar um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. 	

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)					
<p>Enfermeiro orientador; Enfermeira coordenadora da UCI; Enfermeiro da UCI responsável pela formação; Grupo de trabalho da UCI referente à Gestão de Risco; Equipa de enfermagem da UCI; Equipa médica da UCI; Comissão de Gestão de Risco do CH (CGR); Conselho de Administração.</p>					
Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____					
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar uma norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH.	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre: - Emergência/Catástrofe em ambiente Hospitalar; - Plano de Emergência Interno/Plano de Evacuação de Uma Unidade de Cuidados Intensivos; - Procedimentos já existentes na UCI e no CH, relacionados com a temática; - Modelo em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais.	- Enfermeira Orientadora - Docente de Referência; - Enfermeira Coordenadora; - Grupo de trabalho da UCI referente	-Material bibliográfico; -Computador; -Impressora; -Papel.		- Norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; - Que 100% da equipa de enfermagem conheça a norma.

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da norma “Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos” - Discussão da norma com a enfermeira orientadora e docente de referência, enfermeira coordenadora e coordenadora médica da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à gestão de Risco; - Realização de alterações caso necessário; - Realização de pedido de parecer à Comissão de Gestão de Risco do CH para validação da norma; - Reformulação da norma caso seja necessário; - Submissão da norma a aprovação da CGR: - Submissão do procedimento ao Gabinete de Qualidade do CH; - Apresentação à equipa de enfermagem através da realização de uma sessão de formação; - Implementação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos. 	<p>à Gestão de Risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira responsável pela Comissão de Gestão do Risco do CH; - Enfermeiro Responsável pela formação em serviço; - Equipa médica; - Conselho de Administração. 			
--	---	--	--	--	--

<p>Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI; - Verificação se os recursos materiais existentes na UCI são suficientes na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI; - Identificação de locais alternativos de recolha deste equipamento em caso de não ser suficiente o material existente; - Divulgação do inventário de recursos materiais e respetivos locais alternativos à equipa de enfermagem e médica da UCI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Docente de referência; - Enfermeira Coordenadora da UCI; - Grupo de trabalho da UCI referente à Gestão do Risco; - Comissão de Gestão de Risco do CH. 			
---	---	---	--	--	--

<p>Formar/treinar a equipa de enfermagem sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica; - Construção de dossiê temático sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; - Elaboração de um conjunto de slides sobre Emergência/Catástrofe; - Discussão dos slides e do dossiê com a enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI; - Introdução de alterações caso necessário; - Realização do plano de formação; - Marcação da sessão de formação; - Divulgação da formação durante a passagem de turno através de folheto que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para equipa de enfermagem; - Realização da formação; - Avaliação da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Docente de referência; - Enfermeira Coordenadora; - Enfermeiro responsável pela formação em serviço; - Grupo de trabalho da UCI referente à Gestão do Risco; - Equipa de enfermagem; - Equipa Médica. 	<p>-Sala de sessões;</p> <p>-Computador;</p> <p>-Projeter.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão de formação; - Avaliação da sessão de formação; - Formar/treinar 50% da equipa de enfermagem.
--	--	---	--	--	---

<p>Executar um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica; - Reunião com a Comissão de Gestão de Risco do CH, com vista a identificação dos recursos humanos e materiais necessários para a execução do exercício de evacuação da UCI para o serviço de refúgio a UCPA, bem como decidir os casos que serão apresentados no exercício de evacuação; - Reunião com os enfermeiros coordenadores da UCI, UCPA e CGR para validação e marcação do exercício de evacuação da UCI; - Construção do cenário do referido exercício; - Divulgação do exercício durante a passagem de turno através de folheto que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para equipa de enfermagem; - Realização do exercício; - Avaliação do exercício; - Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira orientadora; - Docente de referência; - Enfermeiras Coordenadoras da UCI e UCPA; - Enfermeiro responsável pela formação em serviço; - Grupo de trabalho da UCI referente à Gestão do Risco; - Equipa de enfermagem; - Equipa Médica. - Comissão de Gestão de Risco do CH. 			<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão do exercício; - Avaliação do exercício; - Formar/treinar 20% da equipa de enfermagem.
---	---	---	--	--	---

Cronograma:						
<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Setembro 2015</u>	<u>Outubro 2015</u>	<u>Novembro 2015</u>	<u>Dezembro 2015</u>	<u>Janeiro 2015</u>
Elaborar uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI						
Pesquisa bibliográfica						
Elaboração da norma de “Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI”						
Discussão da norma com a enfermeira orientadora e docente de referência, enfermeira coordenadora e coordenadora médica da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à gestão de Risco e pedido de parecer à CGR do CH para validação da norma						
Reformulação da norma caso seja necessário						
Submissão da norma a aprovação da CGR						
Submissão da norma a aprovação do Gabinete de Qualidade do CH						
Apresentação à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação						
Implementação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos.						

<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Setembro 2015</u>	<u>Outubro 2015</u>	<u>Novembro 2015</u>	<u>Dezembro 2015</u>	<u>Janeiro 2015</u>
Inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI						
Verificação se os recursos materiais existentes na UCI são suficientes na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI						
Identificação de locais alternativos de recolha deste equipamento em caso de não ser suficiente o material existente						
Construção de dossiê temático sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos						
Elaboração de um conjunto de slides sobre Emergência/Catástrofe						
Discussão dos slides e do dossiê com a enfermeira orientadora, enfermeira coordenadora da UCI e grupo de trabalho da UCI referente à atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI						
Introdução de alterações caso necessário						
Realização do plano de formação e marcação da sessão de formação						
Realização da formação						
Avaliação da formação						

<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Setembro</u> <u>2015</u>	<u>Outubro</u> <u>2015</u>	<u>Novembro</u> <u>2015</u>	<u>Dezembro</u> <u>2015</u>	<u>Janeiro</u> <u>2015</u>
Reunião com a Comissão de Gestão do Risco do CH, com vista à identificação dos recursos humanos e materiais necessários para a execução do exercício de evacuação da UCI para o serviço de refúgio a UCPA						
Reunião com os enfermeiros coordenadores da UCI, UCPA e CGR para validação, discussão dos casos e marcação do exercício de evacuação da UCI						
Divulgação do exercício durante a passagem de turno através de folheto que também será afixado no gabinete de enfermagem e envio de mensagem de correio eletrónico para a equipa de enfermagem						
Realização do exercício						
Avaliação do exercício						
Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem						
Orçamento:						
<u>Recursos Humanos:</u>						
Não há custos associados; os intervenientes no projeto são trabalhadores da instituição.						
<u>Recursos Materiais:</u>						
Sem custos para a Instituição.						
Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:						
- <u>Constrangimento:</u> Desinteresse pelo tema na equipa da UCI;						

Solução: Estabelecer parcerias com a enfermeira coordenadora e com o Grupo de Gestão do Risco da UCI;
Motivar a equipa de enfermagem, explicando a necessidade a abordar temas relacionados com a prevenção e resposta a emergência/catástrofes.

- Constrangimento: Falta de instalações e/ou material para a sessão de formação;

Solução: Marcar sala de formação antecipadamente;
Requisitar projetor antecipadamente.

- Constrangimento: Falta de adesão à formação por parte da equipa de enfermagem;

Solução: Marcar atempadamente a sessão de formação;
Divulgar a sessão, de modo a que todos os elementos da equipa de enfermagem tenham conhecimento da mesma;
Englobar o tempo da formação em bolsa de horas;
Agendar a sessão de formação para uma altura em que não existam profissionais de férias nem coincida com uma época festiva.

- Constrangimento: Dificuldade em formar/treinar os elementos da equipa de enfermagem (grande número de elementos);

Solução: Replicar a sessão de formação.

- Constrangimento: Demora no tempo de homologação da norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos por parte do Conselho de Administração;

Solução: Entregar a norma de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos atempadamente no Conselho de Administração;

- Constrangimento: Dificuldade em treinar os elementos da equipa de enfermagem (grande número de elementos) relativamente ao exercício;

Solução: Agendar a realização de mais exercícios no futuro.

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente:

Apêndice VIII – Procedimento de Atuação em Caso de
Emergência/Catástrofe na UCI do CH

	<i>Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe no Serviço de Cuidados Intensivos</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objectivo

Estabelecer as normas de atuação perante uma Emergência /Catástrofe no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), bem como as diretrizes a seguir em caso de evacuação dos doentes do SCI.

2. Campo de aplicação

Todos os profissionais do SCI.

3. Siglas, abreviaturas e definições

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CH – Centro Hospitalar

CO₂ – Dióxido de Carbono

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

O₂ - Oxigénio

PEI – Plano de Emergência Interno

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

UCM I – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPS – Uninterrupted Power System

Acidente Grave – “Acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (Lei de Bases

da Proteção Civil, Lei n.º. 27/2006, no artigo 3.º).

Catástrofe – “Acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º. 27/2006, no artigo 3.º).

Emergência – É a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo devido a um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que, afetando-lhe ou podendo afetar-lhe algum órgão vital, porá em grave risco a sua vida, se não for imediatamente assistido.

Plano de Emergência – São um conjunto normalizado de ações reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe no menor espaço de tempo e com os menores danos possíveis.

Plano de Emergência Hospitalar – Conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Esta situação poderá ocorrer fora da área do hospital, sem o afetar diretamente, definindo-se então como emergência externa, ou pode atingi-lo diretamente, e nesse caso trata-se de uma emergência interna. O plano de Emergência é constituído por dois documentos: o Plano de Emergência Externo e o Plano de Emergência Interno.

4. Referências

- CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. Normas para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (Julho 2013): Critérios: 36.02, 20.09.
- ANDRADE, Lúcia - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira : Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf>>.
- BRAGA, Gisélia – Bioterrorismo : Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça. [Em linha]. 2011 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf>>.
- CHILDERS, Ashley – Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. [Em linha]. 2010 (Tese de Doutoramento) [Consult. em 27 Maio 2015] Disponível em WWW: http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=all_dissertations>
- CLILDERS, Ashley; MAYORGA, Maria; TAAFFE, Kevin – Prioritization Strategies for Patient Evacuation. Health Care Management Science [Em linha]. Vol. 17, nº1 (2014), p. 77-87. [Consult. 27 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:<

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f929040-8363-4aa4-abc2-5843f0187976%40sessionmgr4002&hid=4201> >. ISSN 1572-9389.

- Direção Geral de Saúde - Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Em linha]. 2010 [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível na WWW: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>>.
- LEI nº 27/06. D.R. I Série. 126 (2006-07-03) p. 4696-4706. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível na WWW:<http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Bases_Proteccao_Civil.pdf>.
- PALACIOS, M. Sánchez; et al. – Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva [Em linha]. Vol. 34, nº 3 (2010), p.198-202. [Consult. 29 Maio de 2015] Disponível na WWW:<<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n3/punto.pdf> > ISSN 0219 5691.
- PEDROSO, Ermelinda, ELEUTÉRIO, Solange – Procedimento de Atuação Perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno) do HSB. GRI.05, 2008. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Plano de Contingência Global do CHS – Triénio 2015-2017. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Português, Solange – Procedimento de Evacuação de Doentes. GRI.06, 2009. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Português, Solange – Procedimento de Segurança contra Incêndios. GRI.07, 2010. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais – Plano de Emergência Interno: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Hospital de São Bernardo. 2007. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- SOUSA, João Paulo Almeida e - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Acta Médica Portuguesa [Em linha]. Vol. 25, nº1 (2012), p. 37-43. [Consult. 26 Mar. de 2015] Disponível em WWW:<URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>>.

5. Responsabilidades

A coordenadora do SCI é responsável pela ratificação do procedimento, sua divulgação e implementação.

Todos os profissionais do SCI são responsáveis pela sua execução.

6. Procedimento

A realidade atual das unidades de saúde, como é o caso do SCI, em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna essencial criar um Procedimento de Emergência, que vise servir como ferramenta de avaliação e preparação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação

(DGS, 2010; Andrade, 2010).

Tendo em conta a variedade e a complexidade das ameaças a que os serviços de saúde e, nomeadamente, os Serviços de Cuidados Intensivos estão sujeitos, é necessário um planeamento e uma resposta organizada, com vista a prestar os melhores cuidados com a máxima qualidade possível, tendo em conta as circunstâncias exigentes das emergências/catástrofes. Para atingir estes objetivos, é fundamental apostar na sensibilização, planeamento, organização da resposta, formação e treino, não só dos profissionais, mas também dos próprios gestores dos cuidados de saúde para a importância de atuação nas diferentes fases de uma catástrofe: Prevenção/Mitigação, Preparação, Resposta e Recuperação/Reabilitação (Sousa, 2012).

Para que a equipa multidisciplinar seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de evacuação do SCI, são de extrema importância, tanto a formação como o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como alargar as suas capacidades de desempenho numa evacuação e conhecer o seu papel e as suas responsabilidades (Sousa, 2012).

O profissional que detete uma Emergência/Catástrofe no SCI, deverá contactar de imediato o número de emergência: 3333, seguindo o Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna do CH (GRI.05) e deve tomar as medidas imediatas necessárias, seguindo as indicações do Diretor de Emergência, ou do seu substituto.

6.1 Situações de Emergência

Em seguida são identificadas algumas emergências consideradas com maior probabilidade de ocorrência no SCI e a forma de atuação.

6.1.1 Incêndio

O SCI é um local com risco acrescido de incêndio, uma vez que, para além de serem frequentemente utilizadas substâncias comburentes como o oxigénio (O₂) e o ar comprimido, existe uma grande quantidade de equipamento elétrico.

Em caso de deteção de um incêndio no SCI, devem ser seguidas **as normas gerais de atuação** e os **conselhos práticos** definidos no Procedimento de Segurança contra Incêndios do CH, estando o anexo sobre as Normas Gerais de Atuação em Incêndio afixado junto aos extintores.

Equipamento para o combate a incêndios:

Equipamento de Combate a Incêndio	Localização no SCI
Um Extintor de Pó Químico	Entrada do SCI – porta de entrada de doentes
Dois extintores de Dióxido de Carbono (CO ₂)	Área de doentes Entrada do SCI – porta de emergência

- Os extintores devem ser utilizados preferencialmente pelos profissionais que tenham formação sobre combate a incêndios (sempre que possível dois elementos);
- Devem ser utilizados segundo a classe e envergadura do fogo, sem correr riscos;
- O extintor de CO₂ ao ser descarregado, expande, atingindo temperaturas negativas, da ordem dos -80°C, o que pode provocar queimaduras graves, pelo que deve utilizar o difusor como forma de proteção das mãos;
- A descarga nunca deve ser dirigida na direção de outras pessoas;
- Preferencialmente deve ser utilizado o extintor de CO₂ no equipamento médico, com vista a não danificar o mesmo com partículas.

6.1.2 Fugas de Gás/Explosão

A utilização de gases comburentes (O₂ e Ar Comprimido) é fator de risco de explosão (sobretudo, se contidos num espaço fechado).

Regras de prevenção:

- As garrafas de O₂ devem ser armazenadas em locais onde não existam líquidos combustíveis ou inflamáveis;
- Todos os recipientes que contenham gases comburentes (oxigénio, protóxido de azoto ou outros gases medicinais) devem manter-se afastados (distância mínima de 10 metros) de qualquer tipo de chama viva ou gases combustíveis.

Em caso de fuga de gás ou explosão:

- Deve ser efetuado o corte da água, energia elétrica e gases;
- O local de corte de O₂ e do ar comprimido do SCI situa-se no vestiário do serviço;
- O corte da água é feito na entrada do serviço (porta de entrada de doentes, plano

superior);

- O quadro elétrico situa-se junto à porta de emergência do serviço;
- Existem também no CH a possibilidade de corte geral de água, gases medicinais e eletricidade.

6.1.3 Sismo

Em caso de sismo que afete o CH:

- Tente manter a calma, evitar o pânico e acalmar os outros;
- Dirija-se para um local seguro (os locais mais seguros são vãos de portas, cantos das salas, debaixo de mesas, camas ou outras superfícies resistentes);
- Mantenha-se afastado de janelas, espelhos, chaminés e outros objetos que possam cair (os locais mais perigosos são elevadores, junto a janelas, espelhos e chaminés, no meio das salas e as saídas);
- Ajoelhe-se e proteja a cabeça e os olhos com as mãos;
- Não se precipite para as saídas, se estiver num andar superior;
- As escadas podem ficar congestionadas;
- Nunca utilize os elevadores.

Após o sismo:

- Tente manter a calma, mas conte com possíveis réplicas;
- Não acenda fósforos ou isqueiros (pode haver fuga de gases);
- Não ligue os interruptores (pode haver curtos-circuitos). Pode utilizar uma lanterna elétrica;
- Depois de garantir/avaliar as condições de segurança dos doentes, feche as válvulas de seccionamento de gases;
- Em caso de incêndio, tente apagá-lo recorrendo ao extintor mais próximo e seguindo o protocolo de segurança contra incêndios do CH;
- Verifique a existência de feridos, e preste-lhes os primeiros socorros. Se não estiver seguro do que está a fazer, não toque nos feridos e peça ajuda;
- Se houver pessoas soterradas, e se for capaz, sem perigo, de os começar a libertar, tente fazê-lo retirando os escombros um a um, começando pelo de cima. Não se precipite, não agrave a situação dos feridos ou a sua;
- Não reocupe as áreas com grandes estragos nem se aproxime das estruturas danificadas;

- Tenha atenção a cabos elétricos desprotegidos. Evite passar nas suas proximidades;
- Não utilize os telefones a não ser em caso de extrema urgência (feridos graves, fuga de gases, incêndios).

6.1.4 Corte Total de Energia

O CH dispõe de dois geradores de emergência, que dão resposta em caso de falha de energia primária.

Em caso de corte geral de energia, o SCI dispõe de fontes de energia temporárias:

- Uma UPS (fonte de alimentação ininterrupta) que fornece energia após a interrupção da energia primária, durante cerca de 15 a 20 minutos;
- Equipamentos médicos que possuem bateria interna: ventiladores de transporte, ventiladores servo I e S (cerca de 95 minutos), seringas e bombas perfusoras (de 5 a 15 horas), monitores de transporte (cerca de 5 horas);

Se o tempo de corte de energia se prevê vir a ultrapassar as fontes alternativas, devem ser tomadas as medidas que permitam suportar os doentes em risco (exemplo: ventilação manual dos doentes com AMBU).

6.1.5 Inundação

O principal risco de inundação do SCI advém da possibilidade de rutura de uma tubagem da rede de águas.

Em caso de inundação:

- Procure identificar a causa da inundação;
- Caso seja possível controlar a inundação com o encerramento de alguma torneira ou válvula, encerre-a;
- Informe telefonicamente através do 3333, indicando o local, a área afetada e as possíveis causas;
- Verifique a possibilidade da água atingir equipamento eletrónico e tente desligá-lo ou desviá-lo, caso seja possível;
- Pode ser necessário proceder ao corte parcial de água no SCI. A torneira de corte de água encontra-se junto à porta de entrada do serviço (plano superior).

6.1.6 Ameaça de Engenho Explosivo/Pacote Suspeito

Considera-se um pacote suspeito:

- Pacote com tamanho ou volume que não corresponda ao esperado;
- Peso incoerente com o esperado (de uma carta ou volume);
- Aparecimento de gordura no exterior do pacote, ou com pedaços de metal, arame ou papel metalizado salientes;
- Moradas incorretas, ou sem remetente;
- Pacotes entregues em mão, sem aviso prévio, com conteúdo não especificado, ou que pareça estranho;
- Locais de envio, selos ou remetentes que induzam suspeitas.

Após identificação de um pacote suspeito:

- Não deve mexer em pacotes suspeitos;
- Informar através do 3333 sobre a existência de um pacote suspeito, a sua localização e as suas características e aguardar instruções;
- Abrir portas e janelas no local;
- Desligar aparelhos elétricos, não essenciais, existentes nas proximidades;
- Avaliar a possibilidade de evacuação do local e das suas proximidades.

Se a ameaça for feita telefonicamente:

- Manter a conversação o mais tempo possível, tentando obter o maior número de informação possível sobre a ameaça;
- Anotar todos os elementos sobre a chamada telefónica, informações que possam identificar o local de onde é feita a chamada ou quem a faz (características da voz, sons ou ruídos de fundo);
- Informar telefonicamente através do 3333 e aguardar instruções.

6.1.7 Incidente de Violência/Distúrbios

O SCI não é dos locais mais prováveis de ocorrerem distúrbios ou situações de violência, no entanto, caso se verifiquem, deve:

- Acionar o número de emergência (3333), e aguardar a chegada da segurança;

- Manter a calma, procurando acalmar os intervenientes na violência;
- Em caso de existirem armas, não tente retirá-las aos agressores;
- Tente isolar a área;
- Procure garantir a sua segurança e das outras pessoas até à chegada das autoridades.

6.2 Evacuação Parcial/Total dos Doentes do SCI

Numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde se encontram doentes em situação crítica, a decisão de evacuar nunca é fácil, pois, associada a uma evacuação estarão envolvidos um elevado número de meios humanos e materiais, assim como os riscos associados à evacuação de doentes em estado crítico.

O CH, através do procedimento de evacuação de doentes (GRI.06), estabeleceu as linhas orientadoras para efetuar a evacuação de doentes de um serviço, as quais são adaptadas em seguida à especificidade do SCI.

6.2.1 Intervenientes

Coordenador de Evacuação – É o elemento hierarquicamente superior no serviço, ou o elemento com capacidade de tomada de decisão.

Diretor de Emergência - É o responsável máximo na Organização pela Segurança em Emergência (Presidente do CA ou em quem delegar), pelo que todas as decisões críticas devem ser tomadas com o seu conhecimento; é responsável por coordenar as diversas atuações no âmbito do Controlo da Emergência.

Equipa de Evacuação A do SCI – Os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicas (Mínimo - 1 elemento).

Equipa de Evacuação B do SCI – Os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Médicos e Enfermeiros (Mínimo – 4 elementos).

6.2.2 Decisão de Evacuar

A decisão de evacuação é tomada pelo Diretor de Emergência, sendo comunicada ao

Diretor/Responsável de Serviço, ou ao Enfermeiro Chefe, ou ao Responsável máximo de serviço e deverá ser contatada a Central Telefônica (número de emergência: 3333).

Se houver necessidade de uma atuação de imediato, a decisão de evacuação é tomada pelo Diretor/Responsável de Serviço ou Enfermeiro Chefe ou Responsável máximo de serviço – Coordenador de Evacuação.

6.2.3 Evacuação Parcial/Total

Dependendo do tipo de emergência, será determinado se existe necessidade de uma evacuação parcial (apenas parte do serviço) ou total. Será ainda equacionada se se trata de uma evacuação horizontal ou vertical (para um ou mais serviços de refúgio), ou se é uma evacuação geral para o exterior do edifício. Neste último caso, se necessário os doentes deverão ser encaminhados para outros hospitais.

Caso a evacuação se faça para um ou mais serviços de refúgio, deverá ser seguido, preferencialmente, o Cenário para Doentes Críticos, constante do Plano de Contingência Global do CH.

Evacuação Horizontal – Evacuação de uma parte ou totalidade do serviço para um serviço de refúgio no mesmo piso, o mais afastado possível do sinistro.

A evacuação horizontal será preferível à evacuação vertical, uma vez que esta última é mais complexa para as equipas de evacuação e tem maior risco para os doentes internados.

Tendo em conta a localização do SCI no piso 1, a evacuação far-se-á para a UCPA. Tendo em conta a limitação da UCPA em equipamento para ventilação mecânica e para infusão de fármacos, deverão ser transportados os equipamentos necessários para dar continuidade ao tratamento dos doentes em segurança.

A UCPA é o local de eleição para dar resposta a uma emergência localizada, pois será o local que não obriga a utilização dos elevadores, tornando a evacuação mais simples, rápida e segura.

Evacuação Vertical – A evacuação vertical é necessária em caso de uma emergência que impossibilite a permanência no mesmo piso, como poderá ser o caso de um incêndio.

Em caso de incêndio, a evacuação vertical deverá ser feita sempre para um piso inferior, e nunca um piso superior e não devem ser utilizados os elevadores.

Evacuação Geral para o Exterior do Edifício – Este é o último nível de evacuação e

será usado apenas em situações extremas, de catástrofe generalizada. Este tipo de evacuação envolve graves riscos, quer para os doentes a movimentar, quer para o pessoal das equipas de evacuação.

No hospital existem quatro pontos de reunião:

PR 1 – Junto ao parque de estacionamento de funcionários/portaria principal;

PR 2 – Área do parque de estacionamento, em frente às urgências;

PR 3 – Área ajardinada junto à morgue;

PR 4 – Área do parque de estacionamento, em frente à Central de Colheitas.

Tendo em conta que o SCI se localiza no Piso 1, os pontos de reunião com maior facilidade de acesso são o PR 4 (saída pela porta junto à Central de Colheitas) e o PR 2 e 3 (saída pela porta junto às consultas externas).

6.2.3 Prioridades na Evacuação

Tendo em conta os doentes internados nos cuidados intensivos, na sua maioria em situação crítica, a prioridade de evacuação será determinada pelo médico hierarquicamente superior presente no serviço.

Durante a evacuação dos doentes, deverão ser mantidas, tanto quanto possível, as condições de controlo de infeção, evitando a contaminação cruzada durante o transporte e mesmo no serviço de refúgio deverá ser tido em conta se algum dos doentes se encontra em isolamento. Se algum doente estiver sob isolamento protetor deverá ser, preferencialmente, o primeiro doente a ser transferido. Em caso de isolamento de contato, deverá ser, preferencialmente, o ultimo doente a ser transferido.

A escala seguinte fornece orientações relativamente à prioridade de transferência para doentes internados no SCI:

Grupo Assistencial	Tipo de Suporte Vital
A	Suporte Total
B	Decisão de não reanimar
C	Decisão de não reanimar e não aumento do esforço terapêutico
D	Decisão de não reanimar e suspensão da terapêutica

E	Morte Cerebral, sem condições para doação de órgãos
---	---

Classificação da Prioridade de Evacuação	
1º Lugar	Grupo assistencial A Conscientes; Não necessitam de ventilação mecânica; Não necessitam de medicação vasoativa.
2º Lugar	Grupo assistencial A Conscientes; Necessitam de oxigenoterapia por máscara; Necessitam de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, mas com FiO ₂ <50% e PEEP < 7 cm H ₂ O; Necessitam de cotecolaminas (adrenalina ou noradrenalina <0,5 mcgr/kg/min).
3º Lugar	Grupo assistencial A Que não se insiram nos dois grupos de doentes anteriores.
4º Lugar	Grupo assistencial B Decisão de não reanimar.
5º Lugar	Grupo assistencial C Decisão de não reanimar e não aumento do esforço terapêutico.
6º Lugar	Grupo assistencial D Decisão de não reanimar e suspensão da terapêutica.
7º Lugar	Grupo assistencial E Morte cerebral, sem condições para doação de órgãos.

Modelo sistemático de evacuação
<ul style="list-style-type: none"> - Manter a calma, não fomentar situações alarmistas; - Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, orientando e prestando auxílio aos ocupantes para as vias de evacuação; - Não levar consigo objetos pessoais; - Não tentar recuperar algum objeto que se deixe cair; - Promover a ajuda mútua;

- Não voltar a entrar numa área evacuada;
- Fechar as portas e as janelas que se encontram nas vias de evacuação, exceto no caso de pacote suspeito;
- Acompanhar o pessoal evacuado ao ponto de reunião correspondente;
- Manter a ordem e a tranquilidade nas áreas seguras;
- Uma vez terminada a evacuação, comprovar que esta foi completa, verificando se existem ausências;
- Manter livres as linhas telefónicas e comunicar que o hospital foi evacuado;
- Colocar uma pessoa na porta de saída, a fim de impedir a passagem de pessoas não pertencentes à equipa de emergência.

6.2.4 Funções das Equipas de Evacuação

Equipa de evacuação A:

- 1 – Informar todas as pessoas presentes no serviço que se vai iniciar a evacuação;
- 2 – Desobstruir os caminhos de evacuação;
- 3 – Abrir as portas e mantê-las abertas;
- 4 – Conduzir todo o pessoal não essencial e visitantes, para as saídas de emergência e escadas;
- 5 – Ajudar todos os visitantes com dificuldades de locomoção;
- 6 – Dar indicação da localização do Ponto de Reunião;
- 7 – Tranquilizar as pessoas durante a evacuação, atuando com firmeza de forma a conseguir uma evacuação rápida e ordenada;
- 8 – Ajudar as pessoas lesionadas ou feridas durante a evacuação;
- 9 – Não permitir a recolha de objetos pessoais;
- 10 – Não permitir o regresso aos locais evacuados;
- 11 – Não permitir a utilização dos elevadores;
- 12 – Colaborar com os elementos da Equipa de Evacuação B, na evacuação dos doentes.

Equipa de evacuação B:

- 1 – Identificar os doentes que podem deslocar-se sem apoio, e encaminhá-los para a saída indicando-lhes um elemento da Equipa de Evacuação – A, que os conduzirá a lugar seguro;
- 2 – Preocupar-se apenas com os doentes que efetivamente necessitam de apoio para serem evacuados. Todos os outros doentes, visitantes e pessoal não essencial, serão evacuados pelos

membros da Equipa de Evacuação – A;

3 – Decidir qual a técnica de transferência mais adequada;

4 – Identificar os doentes que necessitam de ser evacuados com apoio de equipamentos e providenciar equipamentos em número suficiente;

5 – Verificar se o doente tem identificação (colocar pulseira de identificação sempre que possível);

6 – Colocar sobre cada doente a sua ficha de registo clínico (processo clínico, quando em suporte de papel), que o deve acompanhar, caso se desloque para outro serviço ou hospital;

7 – Um dos elementos da Equipa deve encarregar-se do registo de todos os doentes evacuados;

8 - Se entender ser necessário o apoio de mais elementos da Equipa de Evacuação - B, dos serviços adjacentes, deverá ser o Coordenador de Evacuação a solicitá-lo;

9 - Se necessário, solicitar apoio aos elementos da Equipa de Evacuação - A ou aos acompanhantes dos doentes.

6.2.5 Equipamento Disponível no SCI para Efetuar o Transporte dos Doentes

- 2 Malas de transporte (mala de transporte do SCI e da EEMI);
- 5 Ventiladores de transporte Oxilog (uma pertence à EEMI);
- 1 Ventilador para ventilação não invasiva (Steller);
- 9 Balas de O₂ (uma pertence à EEMI);
- 4 Griff's com conexão para ventilador/bala de O₂;
- 3 Griff's com conexão para ventilador/rampa de O₂ (uma pertence à EEMI);
- 2 Griff's com conexão para ventilador/rampa de ambulância;
- 4 Redutores para balas de O₂ para doentes ventilados (um pertence à EEMI);
- 5 Redutores para balas de O₂ para doentes em ventilação espontânea (um pertence à EEMI);

Além deste equipamento de transporte, deverão ser encaminhados para o serviço de refúgio dos doentes, os ventiladores Servo, bem como seringas e bombas infusoras suficientes para dar continuidade ao tratamento dos doentes em segurança.

É da responsabilidade do **Coordenador de Evacuação** informar o **Diretor de Emergência** dos **meios humanos e materiais**, além dos já existentes no serviço, que serão necessários para efetuar a evacuação dos doentes em segurança. Caso seja necessário pedir equipamento adicional, os locais de recolha do mesmo encontram-se identificados no **Plano de Contingência Global do CH**.

Tendo em conta que no SCI estão na sua maioria doentes em estado crítico, numa evacuação poderá ser necessário pedir a colaboração a profissionais de serviços que possuam conhecimentos sobre este tipo de doentes, como por ex.: Serviço de Urgência Geral, UCPA, Bloco

Operatório e UCIM.

Este documento não dispensa a leitura do:

- Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna do CH (GRI.05);
- Procedimento de Evacuação de Doentes (GRI.06);
- Procedimento de Segurança contra Incêndios (GRI.07);
- Plano de Emergência Interno do CH;
- Plano de Contingência Global do CH.

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enfermeiro Flávio Patoleia Enfermeira I. A. Enfermeira Elsa Monteiro	Coordenadora do SCI Enfermeira Coordenadora do SCI	Coordenadora do SCI Data:

Apêndice IX – Plano da sessão de formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI

Plano de Sessão de Formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI

Sessão de Formação: Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos

Formador: Enf.º Flávio Patoleia (Estudante do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

Destinatários: Enfermeiros da UCI

Local: Sala de sessões no 3º Piso do CH

Data: 01/12/2015

Início: 15H30

Término: 16H00

Objetivos:

Objetivo geral:

- Estabelecer as normas de atuação perante uma Emergência /Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos (SCI), bem como as diretrizes a seguir em caso de evacuação dos clientes da UCI.

Objetivos específicos:

- Apresentar o novo procedimento relativo à atuação em emergência/catástrofe na UCI;
- Identificar as situações de emergência/catástrofe com maior probabilidade de ocorrência na UCI e a forma de atuação nestas;
- Estabelecer as diretrizes a seguir em caso de evacuação parcial/total da UCI;

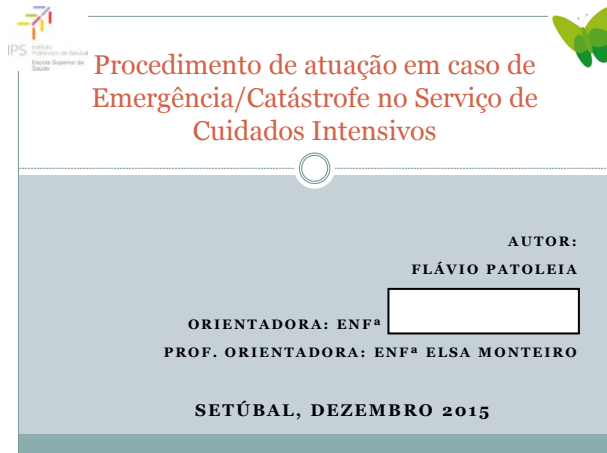
Meios audiovisuais:

- Computador;
- Projetor;

Plano da Sessão

Etapas	Conteúdos	Métodos e meios audiovisuais	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do formador; ▪ Apresentação do tema; ▪ Justificação do tema; ▪ Apresentação dos objetivos da ação de formação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método expositivo; ▪ Computador; ▪ Projetor; 	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância da existência de diretrizes a seguir em caso de emergência/catástrofe; ▪ Emergências consideradas com maior probabilidade de ocorrência na UCI; ▪ Atuação em caso de incêndio; ▪ Atuação em caso de fuga de gás/explosão; ▪ Atuação em caso de sismo; ▪ Atuação em caso de corte total de energia; ▪ Atuação em caso de inundação; ▪ Atuação em caso de ameaça de engenho explosivo/pacote suspeito; ▪ Atuação em caso de incidente de violência/distúrbios; ▪ Diretrizes a seguir em caso de evacuação parcial/total da UCI: decisão de evacuar, tipo de evacuação, prioridades de evacuação, funções das equipas de evacuação; ▪ Equipamento disponível na UCI para efetuar o transporte dos clientes em caso de evacuação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método expositivo; ▪ Computador; ▪ Projetor; 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese da ação; ▪ Bibliografia; ▪ Esclarecimento de dúvidas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método expositivo; ▪ Computador; ▪ Projetor; 	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preenchimento do questionário de avaliação de formação da instituição; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionário; 	

Apêndice X – Formação sobre Emergência/Catástrofe na UCI



Sumário

- Apresentar o novo procedimento relativo à atuação em emergência/catástrofe no SCI;
- Identificar as situações de emergência/catástrofe com maior probabilidade de ocorrência no SCI e a forma de atuação nestas;
- Estabelecer as diretrizes a seguir em caso de evacuação parcial/total do SCI;

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe



OBJETIVO GERAL



Capacitar a equipa multidisciplinar do SCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

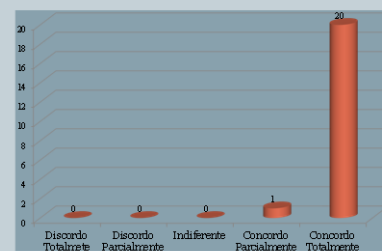
- Um Plano de Emergência Interno (PEI) constitui-se como um conjunto de procedimentos estruturados para a obtenção de respostas rápidas, treinadas e eficientes em situações de emergência (Braga, 2011).
- Para que a equipa multidisciplinar seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de evacuação da UCI, são de extrema importância tanto a formação como o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como alargar as suas capacidades de desempenho numa evacuação e conhecer o seu papel e as suas responsabilidades (Sousa, 2012).

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

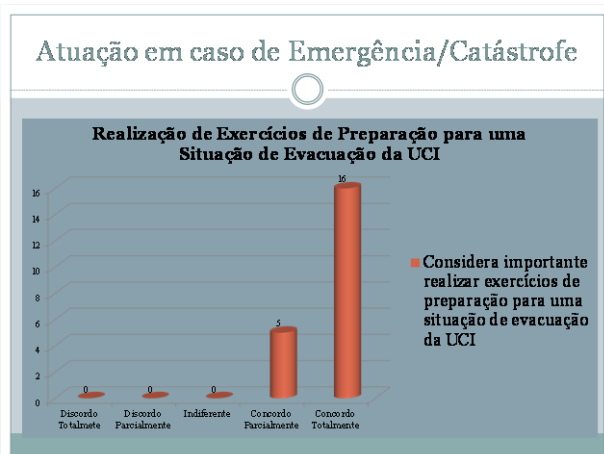
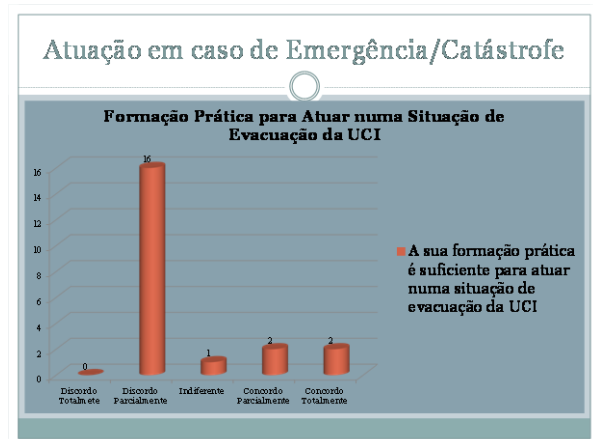
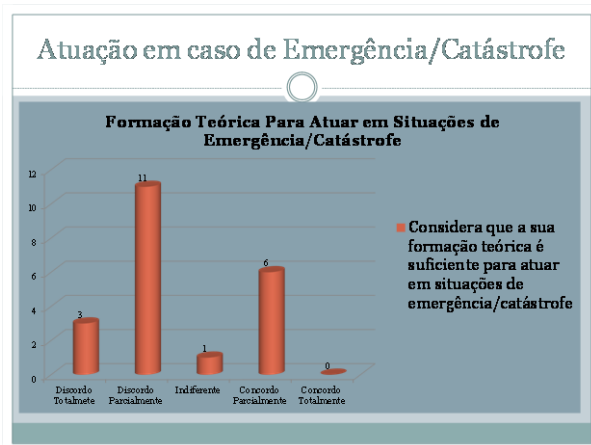
- Tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, como é o caso do SCI, em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna-se essencial criar um Plano de Emergência, que vise servir como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (DGS, 2010; Andrade, 2010).
- Na ausência de um PEI, a resposta estará assente na improvisação e uma situação de emergência pode surgir como uma potencial catástrofe. No entanto, pode-se ser altamente eficaz mesmo com recursos escassos, caso este plano tenha sido planeado e preparado com antecedência e quantas mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado (Andrade, 2010).

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

Importância da Existência de uma Norma de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI



■ Considera importante a existência de uma norma de atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI



Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

[Procedimento de atuação em caso de Emergência/Catástrofe no Serviço de Cuidados Intensivos](#)

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

Objetivo

- Estabelecer as normas de atuação perante uma Emergência /Catástrofe no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI), bem como as diretrizes a seguir em caso de evacuação dos doentes do SCI.

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

- Em caso de deteção de uma Emergência/Catástrofe no SCI, o profissional que detete a mesma deverá contactar o 3333, seguindo o Fluxograma de Atuação perante Emergência/Catástrofe Interna no Hospital de São Bernardo (HSB) (GRL05) e deve tomar as medidas imediatas necessárias, seguindo as indicações do Diretor de Emergência, ou do substituto do mesmo.

Atuação em caso de Emergência/Catástrofe

Emergências consideradas com maior probabilidade de ocorrência no SCI:

- Incêndio;
- Fugas de Gás/Explosão;
- Sismo;
- Corte Total de Energia;
- Inundação;
- Ameaça de Engenho Explosivo/Pacote Suspeito;
- Incidente de Violência/Distúrbios ;

Incêndio

- O SCI é um local com risco acrescido de incêndio, uma vez que, para além de serem frequentemente utilizadas substâncias comburentes como o oxigénio (O₂) e o ar comprimido, existe uma grande quantidade de equipamento elétrico.
- Em caso de deteção de um incêndio no SCI, devem ser seguidas **as normas gerais de atuação** e os **conselhos práticos** definidos no Procedimento de Segurança contra Incêndios do CHS, E.P.E., estando o anexo sobre as Normas Gerais de Atuação em Incêndio afixado junto aos extintores.

Incêndio

Equipamento de Combate a Incêndio	Localização no SCI
Um Extintor de Pó Químico	Entrada do SCI – porta de entrada de doentes
Dois extintores de Dióxido de Carbono (CO ₂)	Área de doentes Entrada do SCI – porta de emergência

- Os extintores devem ser utilizados preferencialmente pelos profissionais que tenham formação sobre combate a incêndios (sempre que possível dois elementos), e devem ser utilizados segundo a classe e envergadura do fogo, sem correr riscos.

Incêndio

- O extintor de CO₂ ao ser descarregado, expande, atingindo temperaturas negativas, da ordem dos -80°C, o que pode provocar queimaduras graves, pelo que deve utilizar o difusor como forma de proteção das mãos;
- Preferencialmente deve ser utilizado o extintor de CO₂ no equipamento médico, com vista a não danificar o mesmo com partículas.

Como usar o extintor



Fugas de Gás/Explosão no SCI

- A utilização de gases comburentes (O₂ e Ar Comprimido) é fator de risco de explosão (sobretudo, se contidos num espaço fechado).

Regras de prevenção:

- As garrafas de O₂ devem ser armazenadas em locais onde não existam líquidos combustíveis ou inflamáveis;
- Todos os recipientes que contenham gases comburentes (oxigénio, protóxido de azoto ou outros gases medicinais) devem manter-se afastados (distância mínima de 10 metros) de qualquer tipo de chama viva ou gases combustíveis.

Fugas de Gás/Explosão no SCI

Em caso de fuga de gás ou explosão:

- Deve ser efetuado o corte da água, energia elétrica e gases;
- O local de corte de O₂ e do ar comprimido do SCI situa-se no vestiário do serviço;
- O corte da água é feito na entrada do serviço (porta de entrada de doentes, plano superior);
- O quadro elétrico situa-se junto à porta de emergência do serviço;
- Existem também no HSB a possibilidade de corte geral de água, gases medicinais e eletricidade.

Sismo

• Em caso de sismo que afete o CHS, EPE:

- Tente manter a calma, evitar o pânico e acalmar os outros;
- Dirija-se para um local seguro (os locais mais seguros são vãos de portas, cantos das salas, debaixo de mesas, camas ou outras superfícies resistentes);
- Mantenha-se afastado de janelas, espelhos, chaminés e outros objetos que possam cair (os locais mais perigosos são elevadores, junto a janelas, espelhos e chaminés, no meio das salas e as saídas);
- Ajoelhe-se e proteja a cabeça e os olhos com as mãos;
- Não se precipite para as saídas, se estiver num andar superior;
- As escadas podem ficar congestionadas;
- Nunca utilize os elevadores.

Sismo

• Após o sismo:

- Tente manter a calma, mas conte com possíveis réplicas;
- Não acenda fósforos ou isqueiros (pode haver fuga de gases);
- Não ligue os interruptores, pode haver curtos-circuitos, pode utilizar uma lanterna elétrica;
- Depois de garantir/avaliar as condições de segurança dos doentes, feche as válvulas de seccionamento de gases;
- Em caso de incêndio, tente apagá-lo recorrendo ao extintor mais próximo e seguindo o protocolo de segurança contra incêndios do CHS, EPE;

Sismo

• Após o sismo:

- Verifique a existência de feridos, e preste-lhes os primeiros socorros. Se não estiver seguro do que está a fazer, não toque nos feridos e peça ajuda;
- Se houver pessoas soterradas, e se for capaz, sem perigo, de os começar a libertar, tente fazê-lo retirando os escombros um a um, começando pelo de cima. Não se precipite, não agrave a situação dos feridos ou a sua;
- Não reocupe as áreas com grandes estragos nem se aproxime das estruturas danificadas;

Sismo

• Após o sismo:

- Tenha atenção a cabos elétricos desprotegidos. Evite passar nas suas proximidades;
- Não utilize os telefones a não ser em caso de extrema urgência (feridos graves, fuga de gases, incêndios);

E SE O
SISMO
FOSSE
HOJE?



Corte Total de Energia

Em caso de corte geral de energia, o SCI dispõe de fontes de energia temporárias:

- Uma UPS (fonte de alimentação ininterrupta) que fornece energia após a interrupção da energia primária, durante cerca de 15 a 20 minutos;
- Equipamentos médicos que possuem bateria interna: ventiladores de transporte, ventiladores servo I e S (cerca de 95 minutos), seringas e bombas perfusoras (de 5 a 15 horas), monitores de transporte (cerca de 5 horas);
- O HSB dispõe de dois geradores de emergência, que dão resposta em caso de falha de energia primária.
- Se o tempo de corte de energia se prevê vir a ultrapassar as fontes alternativas, devem ser tomadas as medidas que permitam suportar os doentes em risco (exemplo: ventilação manual dos doentes com AMBU).

Inundação

- O principal risco de inundação do SCI advém da possibilidade de rutura de uma tubagem da rede de águas.
- **Em caso de inundação:**
 - Procure identificar a causa de inundação;
 - Caso seja possível controlar a inundação com o encerramento de alguma torneira ou válvula, encerre-a;
 - Informe telefonicamente através do 3333, indicando o local, a área afetada e as possíveis causas;
 - Verifique a possibilidade da água atingir equipamento eletrónico e tente desligado ou desviá-lo, caso seja possível;
 - O local de corte parcial de água no SCI encontra-se junto à porta de entrada do serviço (plano superior).

Ameaça de Engenho Explosivo/Pacote Suspeito no SCI

- **Considera-se um pacote suspeito:**
 - Pacote com tamanho ou volume que não corresponda ao esperado;
 - Peso incoerente com o esperado de uma carta ou volume;
 - Aparecimento de gordura no exterior do pacote, ou com pedaços de metal, arame ou papel metalizado salientes;
 - Moradas incorretas, ou sem remetente;
 - Pacotes entregues em mão, sem aviso prévio, com conteúdo não especificado, ou que pareça estranho;
 - Locais de envio, selos ou remetentes que induzam suspeitas.

Ameaça de Engenho Explosivo/Pacote Suspeito no SCI

- **Após identificação de um pacote suspeito:**
 - Não deve mexer em pacotes suspeitos;
 - Informar através do 3333 sobre a existência de um pacote suspeito, a sua localização e as suas características e aguardar instruções;
 - Abrir portas e janelas no local;
 - Desligar aparelhos elétricos não essenciais existentes nas proximidades;
 - Avaliar a possibilidade de evacuação do local e das suas proximidades.

Ameaça de Engenho Explosivo/Pacote Suspeito no SCI

- **Se a ameaça for feita telefonicamente:**
 - Manter a conversação o mais tempo possível, tentando obter o maior número de informação possível sobre a ameaça;
 - Anotar todos os elementos sobre a chamada telefónica, informações que possam identificar o local de onde é feita a chamada ou quem a faz (características da voz, sons ou ruídos de fundo);
 - Informar telefonicamente através do 3333 e aguardar instruções.



Incidente de Violência/Distúrbios

- O SCI não é dos locais mais prováveis de ocorrerem distúrbios ou situações de violência, no entanto, caso o mesmo se verifique:
 - Acionar o número de emergência (3333), para que a segurança possa ir ao local;
 - Mantenha a calma, procurando acalmar os intervenientes na violência;
 - Em caso de existirem armas, não as tentar retirar aos agressores;
 - Tente isolar a área;
 - Procure garantir a sua segurança e das outras pessoas até à chegada das autoridades.

Evacuação Parcial/Total dos Doentes do SCI

- Numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde se encontram doentes em situação crítica, a decisão de evacuar nunca é fácil, pois, associada a uma evacuação estarão envolvidos um elevado número de meios humanos e materiais, assim como os riscos associados à evacuação de doentes em estado crítico.
- O CHS, EPE, através do procedimento de evacuação de doentes (GRI.06), estabeleceu as linhas orientadoras para efetuar a evacuação de doentes de um serviço, as quais são adaptadas em seguida à especificidade do SCI.

Evacuação Parcial/Total dos Doentes do SCI

- **Coordenador de Evacuação** - É o elemento hierarquicamente superior no serviço, ou o elemento com capacidade de tomada de decisão.
- **Diretor de Emergência** - É o responsável máximo na Organização da Segurança em Emergência (Presidente do CA ou em quem delegar), pelo que todas as decisões críticas devem ser tomadas com o seu conhecimento; é responsável por coordenar as diversas atuações no âmbito do Controlo da Emergência.
- **Equipa de Evacuação A do SCI** - Os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicas (Mínimo - 1 elemento).
- **Equipa de Evacuação B do SCI** - Os elementos que fazem parte desta equipa são: todos os Médicos e Enfermeiros (Mínimo - 4 elementos).

Decisão de Evacuar

- A decisão de evacuação é tomada pelo Diretor de Emergência, sendo comunicada ao Diretor/Responsável de Serviço, ou ao Enfermeiro Chefe, ou ao Responsável máximo de serviço e deverá ser contactada a Central Telefónica (número de emergência: 3333).
- Se houver necessidade de uma atuação de imediato, a decisão de evacuação é tomada pelo Diretor/Responsável de Serviço ou Enfermeiro Chefe ou Responsável máximo de serviço – Coordenador de Evacuação.

Evacuação Parcial/Total

- Dependendo do tipo de emergência, será determinado se existe necessidade de uma evacuação parcial (apenas parte do serviço) ou total. Será ainda equacionada se se trata de uma evacuação horizontal ou vertical (para um ou mais serviços de refúgio), ou se é uma evacuação geral para o exterior do edifício. Neste último caso, se necessário os doentes deverão ser encaminhados para outros hospitais.
- Caso a evacuação se faça para um ou mais serviços de refúgio, deverá ser seguido, preferencialmente, o Cenário para Doentes Críticos, constante do Plano de Contingência Global do CHS.

Evacuação Horizontal

- Evacuação de uma parte ou totalidade do serviço para um serviço de refúgio no mesmo piso, o mais afastado possível do sinistro.
- A evacuação horizontal será preferível à evacuação vertical, uma vez que esta última é mais complexa para as equipas de evacuação e tem maior risco para os doentes internados.



Evacuação Horizontal

- Tendo em conta a localização do SCI no piso 1, a evacuação far-se-á para a UCPA. Tendo em conta a limitação da UCPA em equipamento para ventilação mecânica e para infusão de fármacos, deverão ser transportados os equipamentos necessários para dar continuidade ao tratamento dos doentes em segurança.
- A UCPA é o local de eleição para dar resposta a uma emergência localizada, pois será o local que não obriga a utilização dos elevadores, tornando a evacuação mais simples, rápida e segura.

Evacuação Vertical

- A evacuação vertical surge da necessidade de resposta a uma emergência que impossibilite a permanência no mesmo piso, como poderá ser o caso de um incêndio.
- Em caso de incêndio, a evacuação vertical deverá ser feita sempre para um piso inferior, e nunca um piso superior e não devem ser utilizados os elevadores.

Evacuação Geral para o Exterior do Edifício

- Este é o último nível de evacuação, e será tomada apenas em situações extremas, de catástrofe generalizada. Este tipo de evacuação envolve graves riscos, quer para os doentes a movimentar, quer para o pessoal das equipas de evacuação.

No hospital existem quatro pontos de reunião:

- PR 1 – Junto ao parque de estacionamento de funcionários/portaria principal;
- PR 2 – Área do parque de estacionamento, em frente às urgências;
- PR 3 – Área ajardinada junto à morgue;
- PR 4 – Área do parque estacionamento, em frente à Central de Colheitas.

Evacuação Geral para o Exterior do Edifício

- Tendo em conta que o SCI se localiza no Piso 1, os pontos de reunião com maior facilidade de acesso são o PR 4 (saída pela porta junto à Central de Colheitas) e o PR 2 e 3 (saída pela porta junto às consultas externas).



Prioridades na Evacuação

- Tendo em conta os doentes internados nos cuidados intensivos, na sua maioria em situação crítica, a prioridade de evacuação será determinada pelo médico hierarquicamente superior presente no serviço.
- Durante a evacuação dos doentes, deverão ser mantidas, tanto quanto possível, as condições de controlo de infeção, evitando a contaminação cruzada durante o transporte e mesmo no serviço de refúgio deverá ser tido em conta se algum dos doentes se encontra em isolamento. Se algum doente estiver sob isolamento protetor deverá ser, preferencialmente, o primeiro doente a ser transferido. Em caso de isolamento de contato, deverá ser, preferencialmente, o último doente a ser transferido.

Prioridades na Evacuação

Grupo Assistencial	Suporte Vital
A	Suporte Total
B	Decisão de não reanimar
C	Decisão de não reanimar e não aumento do esforço terapêutico
D	Decisão de não reanimar e suspensão da terapêutica
E	Morte Cerebral, sem condições para doação de órgãos

Prioridades na Evacuação

Classificação da Prioridade de Evacuação	
1º Lugar	Grupo assistencial A Conscientes; Não necessitam de ventilação mecânica; Não necessitam de medicação vasoativa.
2º Lugar	Grupo assistencial A Conscientes; Necessitam de oxigenoterapia por máscara; Necessitam de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, mas com FiO ₂ < 50% e PEEP < 7 cm H ₂ O; Necessitam de catecolaminas (adrenalina ou noradrenalina < 0,5 mcgr/kg/min).

Prioridades na Evacuação

Classificação da Prioridade de Evacuação	
3º Lugar	Grupo assistencial A Que não se insiram nos dois grupos de doentes anteriores.
4º Lugar	Grupo assistencial B Decisão de não reanimar.
5º Lugar	Grupo assistencial C Decisão de não reanimar e não aumento do esforço terapêutico.
6º Lugar	Grupo assistencial D Decisão de não reanimar e suspensão da terapêutica.
7º Lugar	Grupo assistencial E Morte cerebral, sem condições para doação de órgãos.

Prioridades na Evacuação

Modelo sistemático de evacuação
Manter a calma, não fomentar situações alarmistas;
Evacuar com rapidez, sem gritos nem aglomerações, orientando e prestando auxílio aos ocupantes para as vias de evacuação;
Não levar consigo objetos pessoais;
Não tentar recuperar algum objeto que se deixe cair;
Promover a ajuda mútua;
Não voltar a entrar numa área evacuada;

Prioridades na Evacuação

Modelo sistemático de evacuação

- Fechar as portas e as janelas que se encontram nas vias de evacuação, exceto no caso de pacote suspeito;
- Acompanhar o pessoal evacuado ao ponto de reunião correspondente;
- Mantém a ordem e a tranquilidade nas áreas seguras;
- Uma vez terminada a evacuação, comprovar que esta foi completa, verificando se existem ausências;
- Mantém livre as linhas telefónicas e comunicar que o hospital foi evacuado;
- Colocar uma pessoa na porta de saída, a fim de impedir a passagem de pessoas não pertencentes à equipa de emergência.

Funções das Equipas de Evacuação

Equipa de evacuação A:

- 1 – Informar todas as pessoas presentes no serviço que se vai iniciar a evacuação;
- 2 – Desobstruir os caminhos de evacuação;
- 3 – Abrir as portas e mantê-las abertas;
- 4 – Conduzir todo o pessoal não essencial e visitantes, para as saídas de emergência e escadas;
- 5 – Ajudar todos os visitantes com dificuldades de locomoção;
- 6 – Dar indicação da localização do Ponto de Reunião;

Funções das Equipas de Evacuação

Equipa de evacuação A:

- 7 – Tranquilizar as pessoas durante a evacuação, atuando com firmeza de forma a conseguir uma evacuação rápida e ordenada;
- 8 – Ajudar as pessoas lesionadas ou feridas durante a evacuação;
- 9 – Não permitir a recolha de objetos pessoais;
- 10 – Não permitir o regresso aos locais evacuados;
- 11 – Não permitir a utilização dos elevadores;
- 12 – Colaborar com os elementos da Equipa de Evacuação B, na evacuação dos doentes.

Funções das Equipas de Evacuação

Equipa de evacuação B:

- 1 – Identificar os doentes que podem deslocar-se sem apoio, e encaminhá-los para a saída indicando-lhes um elemento da Equipa de Evacuação – A, que os conduzirá a lugar seguro;
- 2 – Preocupar-se apenas com os doentes que efetivamente necessitam de apoio para serem evacuados. Todos os outros doentes, visitantes e pessoal não essencial, serão evacuados pelos membros da Equipa de Evacuação – A;
- 3 – Decidir qual a técnica de transferência mais adequada;
- 4 – Identificar os doentes que necessitam de ser evacuados com apoio de equipamentos e providenciar equipamentos em número suficiente;

Funções das Equipas de Evacuação

Equipa de evacuação B:

- 5 – Verificar se o doente tem identificação (colocar pulseira de identificação sempre que possível);
- 6 – Colocar sobre cada doente a sua ficha de registo clínico (processo clínico, quando em suporte de papel), que o deve acompanhar, caso se desloque para outro serviço ou hospital;
- 7 – Um dos elementos da Equipa deve encarregar-se do registo de todos os doentes evacuados;
- 8 - Se entender ser necessário o apoio de mais elementos da Equipa de Evacuação - B, dos serviços adjacentes, deverá ser o Coordenador de Evacuação a solicitá-lo;
- 9 - Se necessário, solicitar apoio aos elementos da Equipa de Evacuação - A ou aos acompanhantes dos doentes.

Equipamento Disponível no SCI para Efetuar o Transporte dos Doentes

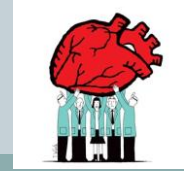
- 2 Malas de transporte (mala de transporte do SCI e da EEMI);
- 5 Ventiladores de transporte Oxilog (uma pertence à EEMI);
- 1 Ventilador para ventilação não invasiva (Steller);
- 9 Balas de O₂ (uma pertence à EEMI);
- 4 Griff's com conexão para ventilador/bala de O₂;
- 3 Griff's com conexão para ventilador/rampa de O₂ (uma pertence à EEMI);
- 2 Griff's com conexão para ventilador/rampa de ambulância;
- 4 Redutores para balas de O₂ para doentes ventilados (um pertence à EEMI);
- 5 Redutores para balas de O₂ para doentes em ventilação espontânea (um pertence à EEMI);

Equipamento Disponível no SCI para Efetuar o Transporte dos Doentes

- Além deste equipamento de transporte, deverão ser encaminhados para o serviço de refúgio dos doentes, os ventiladores Servo, bem como seringas e bombas infusoras suficientes para dar continuidade ao tratamento dos doentes em segurança.
- É da responsabilidade do **Coordenador de Evacuação** informar o **Diretor de Emergência** dos **meios humanos e materiais**, além dos já existentes no serviço, que serão necessários para efetuar a evacuação dos doentes em segurança. Caso seja necessário pedir equipamento adicional, os locais de recolha do mesmo encontram-se identificados no **Plano de Contingência Global do CHS**.

Equipamento Disponível no SCI para Efetuar o Transporte dos Doentes

- Tendo em conta que no SCI estão na sua maioria doentes em estado crítico, numa evacuação poderá ser necessário pedir a colaboração a profissionais de serviços que possuam conhecimentos sobre este tipo de doentes, como por ex.: Serviço de Urgência Geral, UCPA, Bloco Operatório e UCIM.



Bibliografia

- CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadora de Cuidados de Saúde. Norma para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (Julho 2013). Critérios: 36.02, 20.09.
- ANDRADE, Lúcia - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira - Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/27252/2/1/RSOAndrade.pdf>>.
- BRAGA, Gisela – Bioterrorismo - Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça. [Em linha]. 2011 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20109/2/1/FESE%20Bioterrorismo.pdf>>.
- CHILDERS, Ashley – Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. [Em linha]. 2010 (Tese de Doutoramento) [Consult. em 27 Maio 2015] Disponível em WWW: <<http://theses.library.dcu.ie/bitstream/handle/10272/10126/1/ashley-childers-thesis.pdf>>.
- CHILDERS, Ashley; MAYORGA, Maria; TAAFFE, Kevin – Prioritization Strategies for Patient Evacuation. Health Care Management Science [Em linha]. Vol. 17, nº1 (2014), p. 77-87. [Consult. 27 de Maio de 2015]. Disponível na WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f929040-8363-4aa4-abc2-654301870763400sessionmgr400&hid=4201>>, ISSN 1572-9389.
- Direcção Geral de Saúde - Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Em linha]. 2010 [Consult. 26 Mar. de 2015]. Disponível na WWW: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C0D-2FEC80C05FA1/0/1013429.pdf>>.

Bibliografia

- LEI nº 27/06. D.R. I Série. 126 (2006-07-03) p. 4696-4706. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível na WWW: <http://www.professociivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Bases_Praticas_de_Evacuacao_Civil.pdf>.
- PALACIOS, M. Sánchez; et al. – Plan de Evacuación de la Unidad de Cuidados Intensivos: un Nuevo Indicador de Calidad. Medicina Intensiva [Em linha]. Vol. 34, nº 3 (2010), p.198-202. [Consult. 29 Maio de 2015] Disponível na WWW: <http://scielo.scielo.es/pdf/medint/v34n3/nmto_3v11.pdf> ISSN 0219 5691.
- PEDROSO, Ermelinda, ELEUTÉRIO, Solange – Procedimento de Atuação Perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno) do HSB. GRI.05, 2008. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Plano de Contingência Global do CHS – Triénio 2015-2017. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Português, Solange – Procedimento de Evacuação de Doentes. GRI.06, 2009. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Português, Solange – Procedimento de Segurança contra Incêndios. GRI.07, 2010. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais – Plano de Emergência Interno: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Hospital de São Bernardo. 2007. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- SOUSA, João Paulo Almeida e - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Acta Médica Portuguesa [Em linha]. Vol. 25, nº1 (2012), p.37-43. [Consult. 26 Mar. de 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://www.actamedicportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>>.

Obrigado pela Atenção

"Before anything else, preparation is the key to success."

– Alexander Graham Bell

ARE YOU PREPARED?

Apêndice XI – Artigo sobre “Atuação em Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos”

Atuação em Emergência/Catástrofe nos Cuidados Intensivos

Flávio Patoleia ¹

Elsa Monteiro ²

RESUMO

Um Plano de Emergência Interno (PEI) constitui-se como um conjunto de procedimentos estruturados para a obtenção de respostas rápidas, treinadas e eficientes em situações de emergência. Este tem como objetivo prevenir ou mitigar as eventuais consequências adversas para a segurança, saúde e meio envolvente. Tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, como é o caso da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna-se essencial criar um Plano de Emergência, que vise servir como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação.

Durante a realização dos três estágios na UCI, foi realizado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), seguindo a Metodologia de Projeto, com o objetivo de capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Para atingir o objetivo proposto foi realizado um “Procedimento de atuação em emergência/catástrofe na UCI”, e a equipa multidisciplinar foi formada e treinada para a atuação em emergência e catástrofe.

Com a criação e implementação deste PIS, pretende-se criar uma consciência preventiva, capacitando os profissionais, para que cada um assuma um papel importante numa situação de emergência, evitando que a resposta esteja assente na improvisação e uma situação de emergência possa surgir como uma potencial catástrofe. No entanto, pode-se ser altamente eficaz mesmo com recursos escassos, caso este plano tenha sido planeado e preparado com antecedência e quantas mais vezes tenha sido repetido e/ou simulado.

Palavras-chave: Emergência/Catástrofe; Preparação; Gestão de Risco; Metodologia de Trabalho de Projeto; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

¹ Enfermeiro, do Serviço Y, do Hospital Z, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

² Enfermeira do Serviço W do Hospital Z, mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRAT

An Internal Emergency Plan (IEP) is constituted as a set of structured procedures in order to obtain quick answers, trained and efficient in emergency situations. It aims to prevent or mitigate any eventual adverse consequences for safety, health and environment. Considering the current reality of health unities such as the Intensive Care Unit (ICU), where the daily functioning is near its full capacity, it is essential to create an Emergency Plan which aims to serve as a tool that reinforces the reaction assessments in a crisis situation by setting rules or general performance standards.

During the completion of the three stages in the ICU, an Intervention Project in Service (IPS) was held, following the Project Methodology, aiming to enable the multidisciplinary team of the ICU, to act promptly using accepted standards at a national and international level in response to emergency/ disaster situations.

To achieve the proposed goal it was held a “Procedure of operation in emergency/ disaster in the ICU”, and the multidisciplinary team was formed and trained to work in emergency and disaster.

With the creation and implementation of this IPS, it is intended to create a preventive awareness, training professionals so that each one may assume an important role in an emergency situation, preventing the response to be based on improvisation and an emergency situation may arise as a potential disaster. However, can be highly effective even with scarce resources, if this plan has been planned and prepared in advance and the many more times that had been repeated and/ or simulated.

Key-Words: Emergency/ Disaster; Preparation; Risk Management; Project Work Methodology; Medical-Surgical Nursing.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente (Lei, 2006).

Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei, 2006).

Plano de Emergência são um conjunto normalizado de ações reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com os menores danos possíveis (Atienza, 2006, citado por Andrade, 2010, p. 25).

Um Plano de Emergência Interno (PEI) constitui-se como um conjunto de procedimentos estruturados para a obtenção de respostas rápidas, treinadas e eficientes em situações de emergência. Este tem como objetivo prevenir ou mitigar as eventuais consequências adversas para a segurança, saúde e meio envolvente (Braga, 2011).

O Hospital surge habitualmente como local que recebe as vítimas de uma catástrofe, no entanto, a catástrofe poderá afetar o próprio Hospital, devendo este ter definido um PEI que possibilite uma intervenção rápida e eficiente numa situação de catástrofe.

Dependente do tipo de emergência ou catástrofe, assim vai ser o tempo de resposta que um hospital tem para a tomada de decisão. Emergências como fogos deixam pouco tempo para uma tomada de decisão, no entanto, outras

podem resultar indiretamente numa decisão de evacuação, como sejam a falta de energia, água ou oxigénio. Para a tomada de decisão deverá ser estabelecido o centro de comando, que estará previamente estabelecido, no entanto, é de realçar que nas emergências que exigem uma resposta imediata poderá não haver tempo para a chegada do centro de comando, pelo que as diretrizes de uma evacuação devem estar estabelecidas e ser do conhecimento dos profissionais de saúde (Childers, 2010).

A tomada de decisão na evacuação de um hospital é uma posição delicada e que deve ter em conta os riscos e os benefícios de uma evacuação, isto inclui decidir antecipadamente ou não pela evacuação quando uma emergência é prevista, quais os riscos para os clientes no local para onde serão evacuados, ou se a emergência irá afetar gradualmente o funcionamento do hospital. Deve ainda decidir-se o momento de se iniciar a evacuação, pois terá que se pesar os riscos envolvidos na mesma (Childers, 2010).

Após a tomada de decisão de evacuar, existe alguma controvérsia sobre a priorização de clientes numa evacuação, se se deve evacuar os clientes do menos para o mais crítico, ou se perante cada emergência, se decida o que será mais benéfico para essa situação. Podemos observar da experiência internacional, que a decisão de que clientes evacuar primeiro irá depender dos danos provocados pela emergência/catástrofe, pois caso os danos não tenham sido elevados e não se considere que os clientes estejam em perigo, habitualmente opta-se pela evacuação dos clientes críticos em primeiro, no entanto, caso a emergência/catástrofe tenha afetado diretamente o funcionamento do hospital, são transferidos primeiramente os clientes que

podem andar e necessitam de menor assistência e depois os restantes clientes, do menos para o mais crítico (Childers, 2010).

Childers, Mayorga e Taaffe (2014), corroboram a ideia da falta de consenso a nível internacional sobre que clientes evacuar em primeiro, se os menos, se os mais críticos. Referem ainda que o tipo de emergência vai influenciar diretamente o tipo de evacuação, ou se esta irá ser total ou parcial. No entanto, existem problemas éticos relevantes associados a uma evacuação, Childers (2010) ressalva alguns, referindo no entanto que estes não são os únicos, como: determinar quando evacuar; priorizar os clientes para a evacuação; decidir a qual dos membros da equipa deve reportar o trabalho; atribuição e distribuição de recursos escassos; manter a privacidade e garantir a autonomia do cliente; identificar a autoridade e gestão de trabalho em equipa, poder, e os papéis; determinar a melhor forma de usar elementos não clínicos, como familiares e voluntários; a determinação dos níveis aceitáveis de cuidados; decidir o melhor plano para clientes que inevitavelmente irão morrer; e a gestão de admissões a clientes emergentes que não se encontrem no hospital.

Numa unidade de cuidados intensivos, onde se encontram clientes em situação crítica, a decisão de evacuar nunca é fácil, pois associada a uma evacuação estarão envolvidos um elevado número de meios humanos e materiais, assim como existem riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos clientes. Segundo Palacios, *et al.* (2010), a possibilidade de uma evacuação de um hospital na sua totalidade é remota, no entanto, a possibilidade de uma evacuação parcial, possivelmente dentro do mesmo hospital é uma realidade mais frequente.

As unidades de cuidados intensivos devem estar preparadas para uma evacuação, devendo ter um plano de emergência, que inclua os critérios de evacuação dos clientes, e que seja do conhecimento de todo os profissionais, sendo fundamental a realização de simulacros periódicos.

Tendo em conta a realidade atual das unidades de saúde, como é o caso da UCI, em que o funcionamento quotidiano se encontra perto do máximo das suas capacidades, torna-se essencial criar um Plano de Emergência, que vise servir como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação (DGS, 2010; Andrade, 2010).

Para que a equipa multidisciplinar seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de evacuação da UCI, são de extrema importância tanto a formação como o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como alargar as suas capacidades de desempenho numa evacuação e conhecer o seu papel e as suas responsabilidades (Sousa, 2012).

Os enfermeiros são considerados pelo ICN como intervenientes chave em situações de catástrofe e de crise. São importantes devido às habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e uma ampla gama de competências que podem ser aplicadas em uma variedade de cenários e situações de catástrofe (ICN, 2009).

Para Alves e Redondo, referido por Andrade (2010), mesmo em situações de emergência ou catástrofe, é possível ser-se altamente eficaz, mesmo com recursos escassos, caso exista uma correta adaptação às

circunstâncias, assegurando uma assistência fluida e eficaz às vítimas, simplificando processos, atuando não de acordo com a gravidade das lesões, mas sim pela possibilidade de sobrevivência.

INTRODUÇÃO

Tendo em conta a variedade e a complexidade das ameaças a que os serviços de saúde, e nomeadamente as UCI's estão sujeitas, é necessário um planeamento e uma resposta organizada, com vista a prestar o melhores cuidados e com a máxima qualidade possível, tendo em conta as circunstâncias exigentes das emergências/catástrofes. Para atingir estes objetivos, é fundamental apostar na sensibilização, planeamento, organização da resposta, formação e treino, sensibilizando não só os profissionais, mas também os próprios gestores dos cuidados de saúde para a importância de atuar nas diferentes fases de uma catástrofe, sendo elas a Prevenção/Mitigação, Preparação, Resposta e Recuperação/Reabilitação (Sousa, 2012).

Apesar da existência de um PEI no Centro Hospitalar (CH), este não contempla a especificidade da UCI, onde habitualmente se encontram clientes em situação crítica, aumentando a dificuldade do seu transporte/evacuação. Segundo Sousa (2012, p. 40) “a evacuação consiste na ativação de transferências da UCI, de doentes estabilizados, que necessitem de ventilação prolongada, para enfermarias/ unidades intermédias/ unidades monovalentes e na transferência para outros hospitais de doentes cujo transporte envolva menor risco”.

As razões da escolha prendem-se com o facto desta ser uma área de interesse pessoal, pois temos trabalhado as questões relacionadas com a gestão de risco, em ambientes com presença de pessoas em situação crítica. Juntamente com este interesse pessoal temos observado enquanto gestores de risco da UCI, a dificuldade em responder adequadamente em situações de emergência pela equipa multiprofissional, bem como a falta de uma cultura de segurança por parte dos profissionais. É fundamental que exista um atuação relevante nas fases da prevenção e preparação de catástrofes, que inclua não só a identificação de riscos potenciais, como a realização de formação e de exercícios práticos.

O PIS está assente na metodologia de projeto, que segundo Ruivo *et al.* (2010, p. 2), esta “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com a realização do PIS pretendia-se capacitar a equipa multidisciplinar da UCI, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Para atingir o objetivo proposto pretendia-se elaborar um “Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI”, que garanta a implementação de normas e diretrizes a seguir em caso de emergência; Formar

a equipa multidisciplinar da UCI em emergência/catástrofe, com recurso a formação na área; Identificar os recursos materiais existentes, e localizar outro equipamento médico que esteja disponível para uso na resposta em situação de emergência no CH.

Para o diagnóstico de situação foram realizadas entrevistas não estruturadas à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coordenadora da UCI, Enfermeira Gestora do Risco Geral do CH e posteriormente foi discutida a problemática com Professora Orientadora da Escola Superior de Saúde, que consideraram a temática pertinente.

De forma a auscultar a equipa sobre a pertinência da problemática para a mesma, bem como das suas necessidades de formação sobre a emergência/catástrofe, construímos um questionário que se encontrava dividido em duas partes distintas, na primeira parte pretendia-se aferir as necessidades formativas da equipa em relação à emergência/catástrofe. Na segunda parte pretendia-se conhecer a posição dos profissionais em relação a este tema e a importância que lhe atribuem, e foi utilizada uma escala tipo *Likert* em algumas questões, em que as respostas englobavam cinco opções, tendo os participantes que escolher uma, consoante a sua posição relativamente à questão.

Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a uma análise descritiva dos dados colhidos e foram retiradas as seguintes conclusões: será importante continuar a realizar formação na área da emergência/catástrofe, pois 24% da amostra nunca fez formação na área e 27% já tinha feito formação há mais de três anos, sendo fundamental que esta formação não seja só teórica, mas também prática, com a realização de

exercícios de preparação para uma evacuação da UCI; A equipa concorda com a necessidade de criar um Procedimento de Atuação em Caso de Emergência/Catástrofe na UCI, em que 95 % dos enfermeiros concorda totalmente com a criação da mesma, e visto considerar que o PEI do CH não contempla na sua totalidade as necessidades específicas da UCI e dos clientes em situação crítica; Os exercícios de preparação para uma evacuação deveriam envolver o serviço de refúgio da UCI, a UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos), visto o circuito de evacuação da UCI não estar assumido na equipa de enfermagem, em que toda a equipa concorda com a realização de exercícios preparação para uma evacuação, e 76% da equipa refere mesmo concordar totalmente; A equipa demonstra assumir a necessidade de continuar a investir nesta área, de forma a melhorar tanto a parte teórica como a prática, pois 66% da equipa discorda que a sua formação teórica seja suficiente para atuar numa situação de emergência/catástrofe e 76% dos inquiridos discorda que a sua formação prática seja suficiente para atuar numa situação de evacuação da UCI.

Para a tentar garantir a validade e viabilidade do projeto, bem como as áreas que necessitam de intervenção mais urgente, recorreu-se ao método analítico FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), pois este é um método proactivo de gestão e redução de riscos, permitindo priorizar as mudanças necessárias num determinado processo que se pretenda analisar, através de um exame ao mesmo, desde o seu início até à sua conclusão, e assim tentar evitar a ocorrência de erros (Chiozza, 2009).

Foram analisadas quatro áreas com a FMEA, a emergência/catástrofe na UCI, o equipamento médico necessário para uma emergência/catástrofe na UCI e evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. Da análise dos valores da FMEA, podemos observar que não existem valores muito elevados de RPN, pois tanto a probabilidade de ocorrência, como a dificuldade de detecção são diminutas, no entanto, em caso de ocorrência a gravidade poderá ser muito elevada, com grande probabilidade de elevados prejuízos humanos e materiais. Com valores mais elevados de RPN, identificou-se a coordenação ineficaz em caso de emergência/catástrofe na UCI (RPN – 160), a resposta ineficaz em caso de corte total de energia e resposta ineficaz em caso de inundação na UCI (RPN – 150). Também foram obtidos valores de RPN superiores a 100 noutros itens, dos quais salientamos a atuação ineficaz em caso de evacuação da UCI e a descoordenação entre a UCI e o serviço de refúgio, a UCPA, em caso de evacuação da UCI (RPN – 120).

Ainda com base na análise da FMEA, foram identificadas três causas para os problemas identificados: 1 – Inexistência de um procedimento de atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; 2 – Falta de inventário sobre o equipamento médico necessário a uma evacuação da UCI; 3 – Inexistência de uma prática regular de exercícios de preparação para uma catástrofe.

Como ações a desenvolver, com vista evitar as potenciais falhas identificadas, identificou-se: 1 – Criar um procedimento de atuação em caso de emergência/ catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos; 2 – Formar a equipa da UCI sobre atuação em caso de

emergência/catástrofe na UCI; 3 – Inventariar o equipamento médico necessário numa evacuação da UCI; 4 – Identificar locais alternativos de recolha deste equipamento; 5 – Executar um exercício de treino de evacuação da UCI, para o serviço de refúgio a UCPA.

PLANEAMENTO

Com vista a atingir o objeto proposto, foram definidos objetivos específicos, as atividades/estratégias a desenvolver, os recursos necessários para atingir esses objetivos e os indicadores de avaliação. Por fim, foi realizado um cronograma para os diferentes objetivos, os constrangimentos identificados, e as possíveis resoluções para os mesmos.

EXECUÇÃO

O primeiro objetivo a que nos propusemos foi a elaboração de um procedimento de atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI do CH. Este primeiro objetivo veio a revelar-se um dos mais importantes durante o projeto, em que após a elaboração de um primeiro esboço do procedimento, e após revisão do mesmo pela professora orientadora, este foi entregue aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica do serviço, à enfermeira coordenadora e coordenadora médica da UCI, grupo de trabalho da UCI referente à Gestão de Risco e à Comissão de Gestão de Risco (CGR). Esta fase tornou-se fundamental, pois além de termos recebido contributos fundamentais para o projeto, com pontos de vista diversos, garantimos uma maior operacionalidade a todo o processo, dando resposta a diversas dúvidas e sugestões dos

colegas, aumentando assim o seu interesse e permitindo um maior envolvimento em todo o projeto, contribuindo para a sua execução e implementação no serviço.

Outro objetivo consistia em inventariar os recursos materiais necessários na resposta a uma emergência/catástrofe na UCI, e a identificação de locais alternativos de recolha deste equipamento, caso os recursos materiais existentes não sejam suficientes. Planeamos realizar este objetivo após a realização do procedimento, no entanto, durante a sua elaboração, sentimos necessidade que estas informações constassem no procedimento, pelo que foi incluído no mesmo o material existente na UCI para a resposta a uma Emergência/Catástrofe, bem como os locais alternativos de recolha deste equipamento fora da UCI.

Tendo em conta que o procedimento realizado tinha como objetivo dar resposta a uma necessidade concreta da UCI, após a elaboração e revisão do procedimento, este foi apresentando a todos os elementos das equipas de enfermagem, médica, de assistentes operacionais e administrativa do serviço. É fundamental que todos os profissionais do serviço conheçam o procedimento, pois em caso de emergência/catástrofe todos os presentes serão chamados a intervir na mesma, sendo fundamental que todos sejam conhecedores das suas responsabilidades, bem como saibam como atuar perante cada situação de emergência específica. Como o procedimento envolveu na sua conceção diversos elementos do serviço, nomeadamente os coordenadores, e visto a sua aprovação apenas depender do Gabinete da Qualidade e das Coordenadoras Médica e de

Enfermagem da UCI, o documento foi rapidamente aprovado e encontra-se disponível para consulta na Intranet do CH.

O objetivo seguinte consistia em formar/treinar a equipa de enfermagem sobre atuação em caso de emergência/catástrofe na UCI, tendo sido delineado para este objetivo a construção de um dossiê temático sobre atuação em caso de Emergência/Catástrofe na UCI e a realização de uma formação sobre emergência/catástrofe na unidade. Este veio a revelar-se um objetivo também bastante relevante, ao permitir alertar os profissionais sobre a importância de refletirmos sobre esta problemática.

O objetivo geral da formação passava por: Estabelecer as normas de atuação perante uma emergência /catástrofe na UCI, bem como as diretrizes a seguir em caso de evacuação dos clientes da UCI.

Foram delineados como objetivos específicos da formação: 1 – Apresentar o novo procedimento relativo à atuação em emergência/catástrofe na UCI; 2 – Identificar as situações de emergência/catástrofe com maior probabilidade de ocorrência na UCI e a forma de atuação nestas; 3 – Estabelecer as diretrizes a seguir em caso de evacuação parcial/total da UCI.

O último objetivo, e para nós o mais difícil de colocar em prática, foi a execução de um exercício envolvendo os serviços da UCI e UCPA, de forma a treinar uma evacuação da UCI para o serviço de refúgio, a UCPA. Tendo em conta o curto período que tínhamos para a realização do estágio III, não foi possível dentro do prazo estipulado concretizar este objetivo. Uma das dificuldades foi o facto do exercício envolver a coordenação entre vários

departamentos, nomeadamente a CGR do CH, a principal responsável em termos de exercícios de preparação para situação de emergência e catástrofe no CH, das equipas de enfermagem e médicas da UCI e UCPA, e dos bombeiros. Apesar das dificuldades encontradas, este era um objetivo considerado fundamental para todo o projeto, pois através de exercícios de preparação poderão ser detetadas dificuldades e falhas em situação de treino, e que poderão ser solucionadas nesta etapa, além de melhorarem a preparação dos profissionais para a atuação em emergência, melhorado assim a resposta numa situação real.

Iniciámos o planeamento do simulacro através de reuniões conjuntas com as coordenadoras médicas e de enfermagem da UCI, com o enfermeiro do serviço responsável pela formação, que é simultaneamente o coordenador da grupo de reanimação e ressuscitação do CH. Posteriormente as reuniões foram alargadas à CGR e aos elementos coordenadores da UCPA.

Visto esta ser uma atividade nunca antes realizada na UCI, acordou-se que este exercício servirá não só para treinar a equipa numa situação de evacuação da unidade, como se tentaria perceber como seria a atuação da mesma caso a emergência ocorresse num local que impossibilitasse o acesso ao equipamento do serviço para efetuar a evacuação, envolvendo ainda a intervenção da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) e dos bombeiros. O cenário escolhido para treinar esta situação, foi um simulacro de incêndio na área dos equipamentos da UCI, onde se encontram os monitores e ventiladores de transporte, balas de oxigénio e outro equipamento médico, levando não só à evacuação do serviço, bem como à atuação dos bombeiros. Para testar a atuação da

EEMI durante a evacuação, planeou-se uma situação de paragem cardiorrespiratória num dos clientes durante a evacuação, sendo chamada a intervir nessa situação a EEMI. Para que a equipa pudesse ter uma atuação mais real, em vez de figurantes foram utilizados manequins, para que na situação de paragem cardiorrespiratória pudesse ser trinado o Suporte Avançado de Vida.

Apesar de não ter sido possível terminar o simulacro no período planeado, já foi agendada a data da realização do mesmo, nesta fase encontramos a preparar toda a logística necessária, nomeadamente os recursos humanos, com profissionais da UCI e da UCPA, e os recursos materiais.

AVALIAÇÃO

A avaliação do procedimento iniciou-se no momento da sua elaboração, pois este ao ser revisto por diversos elementos do serviço e da instituição, através dos seus contributos, opiniões e sugestões, foi-nos possível fazer uma avaliação do trabalho desenvolvido, e conseqüentemente foram realizados ajustes ao PIS e aos objetivos inicialmente delineados. Ao conseguirmos envolver grande parte da equipa no projeto, alcançamos um dos principais objetivos delineados, que passa por alertar os profissionais para as questões relacionadas com a gestão de risco, trabalhando a cultura de segurança, construindo assim uma equipa mais desperta para a segurança dos clientes, do serviço e dos próprios profissionais, e conseqüentemente mais preparada para a atuação em situações de emergência e catástrofe.

A divulgação do procedimento realizou-se de forma faseada, como foi referido

anteriormente, culminando com a aprovação do mesmo pelo gabinete da qualidade, e posteriormente este foi oficialmente apresentado às equipas de enfermagem, médica, de assistentes operacionais e administrativa do serviço.

Outro momento em que foi possível não só avaliar, como divulgar o trabalho desenvolvido, foi na realização de uma formação sobre emergência/catástrofe na UCI. Pudemos constatar que ao longo do projeto o interesse dos colegas tem vindo a aumentar, estando a equipa mais desperta para as questões relacionadas com a emergência e catástrofe. Durante a formação este interesse foi bastante notório, os colegas colocaram questões concretas e direcionadas para a operacionalização na atuação em emergência e catástrofe, nomeadamente com a realização de exercícios de preparação, como é o caso do simulacro, permitindo desta forma à equipa aumentar a sua preparação para a atuação em emergência/catástrofe.

Consideramos que a realização do simulacro será também um importante meio de avaliação e divulgação do trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, pois não só poderá ser posto em prática os contributos teóricos que foram fornecidos à equipa, como irão estar presentes além dos intervenientes no simulacro, diversos observadores externos, que nos facilitarão a análise ao mesmo, para que possamos melhorar a nossa atuação e corrigir algumas falhas que sejam identificadas. De realçar que os observadores externos farão um relatório do simulacro, que será posteriormente compilado para a CGR e as conclusões apresentadas às equipas e ao conselho de administração do CH.

Será importante realçar a importância da teoria de Levine e dos seus processos de

adaptação e conservação, para fazer face a uma agressão como são exemplos uma emergência ou catástrofe. Será baseado no processo de adaptação que a equipa mantém a sua integridade, face a uma emergência e catástrofe, reagindo aos desafios do ambiente, e através do produto da adaptação, é alcançada a conservação, que proporciona uma estabilidade à equipa e ao serviço perante as dificuldades, levando-o a combater as adversidades, até que seja alcançada novamente a estabilidade. “O produto da adaptação é a conservação. A conservação é um conceito universal, uma lei natural, que trata da defesa da totalidade e da integridade do sistema” (George, 2000, p. 160).

Tão importante como o trabalho desenvolvido, foi a divulgação do mesmo, pois só assim é possível continuar a melhorar a praxis diária, com a divulgação do conhecimento produzido, como referem Ruivo *et al.*, (2010, p. 31) referindo-se à área da saúde, “A divulgação dos resultados de um projecto nesta área possibilitará que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições”.

CONCLUSÃO

Consideramos muito importante o trabalho desenvolvido nas etapas do diagnóstico de situação e planeamento, permitindo prepararmo-nos para a etapa da execução, identificando as falhas que poderiam ocorrer durante essa fase e dessa forma tentar evitá-las. Considerámos ainda importante a identificação de prioridades que foi realizada, pois desta forma foi

possível realizar um planeamento com base nos problemas e dificuldades identificadas e dar prioridade a algumas etapas consideradas mais problemáticas, conseguindo finalizar com sucesso o trabalho iniciado.

Com a execução do PIS foi possível formar/treinar a equipa sobre atuação em emergência e catástrofe, mas acima de tudo, foi alcançado o objetivo que para nós era primordial, que passava por desenvolver na equipa uma cultura de segurança, de modo a que toda a equipa se sinta responsável sobre a segurança dos clientes e sobre a sua própria segurança, identificando e minimizando riscos, e melhorando a sua preparação, para que numa situação de emergência estejam desenvolvidos os mecanismos de atuação, evitando que a mesma seja assente na improvisação.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- LEI nº 27/2006. D.R. I Série. 126 (2006-07-03) p. 4696-4706. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Bases_Protecao_Civil.pdf>.
- ANDRADE, Lúcia - Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira : Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores. [Em linha]. 2010 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <[http://repositorio-](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf)

[aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf)>.

- BRAGA, Gisélia – Bioterrorismo : Proposta de um Plano de Contingência Hospitalar a Implementar Face a uma Ameaça. [Em linha]. 2011 (Tese de Mestrado) [Consult. em 26 Mar. 2015]. Disponível em WWW: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50109/2/TESE%20Bioterrorismo.pdf>>.
- CHILDERS, Ashley – Prioritizing Patients for Emergency Evacuation From a Healthcare Facility. [Em linha]. 2010 (Tese de Doutoramento) [Consult. em 27 Maio 2015] Disponível em WWW: http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1595&context=all_dissertations>.
- CHILDERS, Ashley; MAYORGA, Maria; TAAFFE, Kevin – Prioritization Strategies for Patient Evacuation. Health Care Management Science [Em linha]. Vol. 17, nº1 (2014), p. 77-87. [Consult. em 27 de Maio de 2015]. Disponível em WWW:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f929040-8363-4aa4-abc2-5843f0187976%40sessionmgr4002&hid=4201>>. ISSN 1572-9389.
- Direção Geral de Saúde - Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Em linha]. 2010 [Consult. em 26 Mar. de 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>>.

- SOUSA, João Paulo Almeida e - A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Acta Médica Portuguesa [Em linha]. Vol. 25, nº1 (2012), p. 37-43. [Consult. em 26 Mar. de 2015] Disponível em WWW:<URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>>.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION – ICN Framework of Disaster Nursing Competencies [Em linha]. 2009 [Consult. em 20 Fev. 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1 >. ISBN 978-92-95-065-79-6.
- RUIVO, Maria; *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. Percursos [Em linha]. Nº 15 (2010), p. 1-37. [Consult. em 27 Abril de 2015]. Disponível em WWW:<
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>.
- CHIOZZA, Maria; PONZETTI, Clemente – FMEA: A Model For Reducing Medical Errors. Clinica Chimica Acta. [Em linha]. Vol. 404, nº1 (2009), p. 75-78. [Consult. em 27 Maio de 2015]. Disponível em WWW:< http://ac.els-cdn.com/S0009898109001466/1-s2.0-S0009898109001466-main.pdf?_tid=59fe9b52-0663-11e5-8aa0-00000aab0f6b&acdnat=1432946128_5b239ae337ec0c8a4c208ac03cb91054 >.

Apêndice XII – Planeamento do PAC

Planeamento do Projeto de Aquisição de Competências (PAC)

Estudante: Flávio Manuel Madeira Anacleto Patoleia	Orientador: Enf. ^a I. A. E Prof. ^a E.A.
Instituição: Centro Hospitalar	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
<p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e da Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas; L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. 	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)</p>	
<p>Enfermeiro orientador; Enfermeira coordenadora da UCI; Enfermeiro da UCI responsável pela formação; Equipa de enfermagem da UCI; Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos do CH;</p>	

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Realizar um estágio na UCI, que contempla a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a Equipa de Emergência Médica Interna na prestação de cuidados a clientes em estado crítico. • Prestação de cuidados a clientes com instabilidade hemodinâmica, submetidos a técnica de substituição da função renal. • Avaliação da dor a clientes em estado crítico, utilizando as escalas da dor adotadas pela UCI. • Acompanhamento da realização do Family Meeting realizado na UCI, onde são transmitidas as informações sobre o estado clínico dos clientes, aos seus familiares e pessoas significativas. 	- Relatório de Estágio.
K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controle de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Elaborar uma norma institucional sobre “algaliação de curta duração” e respetiva lista de verificação.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; • Elaboração da proposta de norma; • Discussão da norma com a Enfermeira Orientadora Docente; • Reunião com os elementos do GCLCIPRA do CH para discussão da norma; • Reformulação se necessário da norma; • Fornecimento da proposta aos elementos dinamizadores para recolha de sugestões; • Realização das alterações necessárias; • Elaboração da norma final; 	<ul style="list-style-type: none"> - Norma sobre “Algaliação de Curta Duração”; - Lista de Verificação de cumprimento do procedimento.

	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pedido de autorização ao Gabinete de Qualidade para a norma ser homologada; • Divulgação da norma na pasta pública do CH. 	
<p>L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida</p>		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>Realizar um estágio numa unidade de cuidados paliativos, que contempla a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares.</p> <p>Elaborar um artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”, em conjunto com mais dois colegas do 4º MEMC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação dos cuidados prestados na unidade de cuidados paliativos, com vista a identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, e a promover intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares. • Compreensão das técnicas utilizadas na unidade com o objetivo de envolver os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades. • Pesquisa bibliográfica sobre comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação; • Elaboração do artigo sobre a “conspiração do silêncio”; • Apresentação do artigo ao serviço de formação do CH, para possível divulgação do mesmo. 	<p>- Relatório de Estágio.</p> <p>- Artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”.</p>

L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>Realizar um estágio numa unidade de cuidados paliativos, que contempla a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares.</p> <p>Elaborar um artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”, em conjunto com mais dois colegas do 4º MEMC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento das estratégias utilizadas para promover parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família, e na definição de objetivos/metabolismos de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico. • Pesquisa bibliográfica sobre comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação; • Elaboração de artigo sobre a “conspiração do silêncio”; • Apresentação do artigo ao serviço de formação do CH, para possível divulgação do mesmo. 	<p>- Relatório de Estágio.</p> <p>- Artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”.</p>

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente: _____

Apêndice XIII – Procedimento para Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta

	Procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objectivo

Uniformizar os cuidados de enfermagem relativos à algália de curta duração, visando a prevenção das infeções do trato urinário e prevenir a contaminação/disseminação da infecção pelos profissionais de saúde durante a inserção, manuseamento e remoção da algália.

▪ Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais do CH.

▪ Siglas, abreviaturas e definições

CA - Conselho de Administração

CH - Centro Hospitalar

CDC - *Center of Disease Control and Prevention*

DGS – Direção Geral de Saúde

EAUN - *European Association of Urology Nurses*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

HICPAC - *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU- Infecção do trato urinário

Algália – Tubo fino, oco e flexível, que pode ser inserido na bexiga através do meato urinário, ou canal supra-púbico, com o objetivo de drenar a urina (EAUN, 2012).

Algáliação de curta duração- inserção de uma algália através do meato urinário e uretra até à bexiga, conectado em sistema fechado que permanece *in situ* não mais de 14 dias (EAUN, 2012).

Sistema de drenagem de urina fechado- sistema assético e íntegro, desde a ponta da algália introduzida na bexiga até ao saco coletor de urina, manipulado apenas em situações específicas (EAUN, 2012).

▪ Referências

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos técnicos*, 2ª edição revista;

Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2012). *Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event*. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscCAUTICurrent.pdf>;

Direção Geral de Saúde (2015). Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acedido em 15 de Dezembro de 2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>;

European Association of Urology Nurses [EAUN] (2012). *Evidence-based guidelines for best practice in urological health care- catheterization indwelling catheters in adults- uretral and suprapubic*. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em www.guideline.gov/browse/by-organization.aspx?orgid=2184;

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAP] (2009). *Guideline*

for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Acedido em 14 de Outubro de 2015. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html;

Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A.; Matos, B. (2010)- *Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. Rev Port Saúde Pública; Vol Temat (10). 27-39.

▪ Responsabilidades

O CA pela ratificação e divulgação do procedimento junto dos serviços.

Os Diretores de Serviço/Responsáveis de Serviço pela sua implementação junto dos profissionais de saúde.

Os enfermeiros e médicos pela execução/cumprimento do procedimento.

O GCLCIPRA pela monitorização do procedimento.

▪ Procedimento

A infeção urinária associada ao cateter vesical é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o principal evento adverso associado ao uso de cateter vesical.

A duração do cateterismo vesical é o fator de risco predominante para ITU, pelo que a sua necessidade deverá ser avaliada diariamente e retirado o cateter assim que possível.

São vários os agentes microbianos responsáveis por esta infeção (*Escherichia coli*, *Enterobacteriaceas*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp*, fungos leveduriformes), no entanto muitos fazem parte da flora intestinal do doente e migram para a bexiga aquando da inserção da algalia ou através da parede externa da mesma ou do lúmen do sistema, durante a sua permanência. Podem também ser adquiridos por contaminação cruzada.

6.1 Quem executa a técnica

- O Enfermeiro
- O Médico, em situações clínicas específicas

6.2 Indicação para cateterismo vesical de curta duração

Está indicado na pessoa adulta nas seguintes situações:

- Retenção aguda ou obstrução da bexiga;
- Medição rigorosa do débito urinário;
- Necessidade de lavagens ou irrigações da bexiga;
- Situações com protocolos específicos (ex.:trombólise);
- Outras situações devidamente justificadas.

Deve-se avaliar os métodos alternativos ao cateterismo vesical antes da sua execução, ponderando o uso de fralda ou de dispositivo urinário externo (ver anexo 1).

A troca do cateter vesical ou sistema de drenagem não deve ser efetuada por rotina. A mudança deve ter em conta indicações clínicas ou comprometimento do sistema fechado.

6.3 Seleção do tipo de cateter vesical

Segundo o material:

- Latex:

Os cateteres vesicais constituídos por este material provocam uma maior fricção nas paredes uretrais, potenciando a sensação de desconforto. Devido a este fator e ao seu potencial de desenvolver reações alérgicas, apresenta uma maior vulnerabilidade a incrustações de depósitos minerais.

Aconselhável em situações em que se prevê períodos curtos de cateterismo vesical.

- Silicone:

Por ser hipoalergénico, apresenta menor probabilidade de depósito de incrustações.

O balão de insuflação tem tendência a perder volume.

Segundo o calibre:

- Calibre 10-14: Mulheres

- Calibre 14-16: Homens
- Calibre 16-18: Presença de pequenas partículas de sedimento ou hematúria com pequenos coágulos.
- Calibre 20-24: Hematúria com necessidade de lavagem.

É igualmente importante a leitura do folheto informativo disponibilizado pelo fabricante respeitante ao cateter vesical selecionado, nomeadamente a duração de permanência no cliente.

6.4 Inserção do cateter vesical

A escolha do cateter vesical deve ter em consideração a história anterior do cliente (cateterismos vesicais anteriores, problemas urológicos, alergias) e a finalidade; ou seja o tipo de intervenção e/ou vigilância prevista, usando-se o calibre mais baixo que assegure uma drenagem adequada.

Higienizar as mãos antes e após o procedimento.

Utilizar o EPI - avental e luvas.

Utilizar técnica asséptica na inserção da algália, seguindo os passos abaixo indicados:

1. Confirmar no processo e junto do cliente, problemas urológicos conhecidos e alergias (latex e lidocaína);
2. Explicar ao cliente a necessidade do procedimento e obter consentimento;
3. Dispor o material numa superfície limpa e acessível junto do cliente;
4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução;
5. Efetuar a higiene do períneo com água e sabão, utilizando luvas limpas;
6. Colocar luvas esterilizadas;
7. Aplicar campo esterilizado, colocando a janela sobre a região genital;
8. Limpar o meato urinário com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical;
9. Instilar lentamente o gel lubrificante no meato urinário (10-15 ml no homem e 6 ml na mulher);
10. Proceder a cateterização com recurso a sistema fechado (algália com saco acoplado):

Homem: Exercer uma pequena tração do pénis num ângulo de 90^a relativamente a

região pélvica e inserir o cateter vesical com movimentos circulares (17 a 20cm). Quando se sentir uma ligeira pressão baixar o pênis, continuando a introdução do cateter;

Mulher: Afastar os grandes lábios e inserir a algália no meato urinário (5 a 7,5cm) até refluxo da urina. Após refluxo inserir mais dois centímetros;

11. Insuflar o balão com água destilada de acordo com as recomendações do fabricante;
12. Fixar corretamente o cateter vesical com adesivo, no homem na região supra púbica e na mulher na região anterior da coxa, de forma a evitar mobilizações nas vias urinárias inferiores e a tração uretral;
13. Efetuar registos tendo em atenção:
 - Tipo e calibre do cateter vesical;
 - Volume insuflado no balão;
 - Razão da cateterização ou mudança do cateter vesical;
 - Problemas resultantes da cateterização vesical;
 - Descrição do volume e características da urina drenada;
 - Data prevista de mudança do cateter vesical;
 - Ensinos efetuados;
 - Nome do profissional que executou a cateterização vesical.

6.5. Manutenção do cateter vesical/manuseamento do sistema de drenagem

- Verificar diariamente a necessidade de manter o cateter vesical, registando no processo clínico as razões para a sua manutenção;
- Higienizar as mãos antes e depois do manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem;
- Utilizar EPI – avental e luvas;
- Realizar a higiene diária do meato urinário:
 - Utilizar água e sabão (soro fisiológico se presença de exsudado);
 - Trocar adesivo de fixação da algália, alternando o local;
 - Em situação de cliente parcialmente autónomos ou independentes, deve-se proceder ao despejo do saco de drenagem e ao fecho da válvula antes dos cuidados de higiene, acompanhando-o durante o banho no chuveiro, orientando e supervisionando a realização da higiene genital.
- Evitar dobras no cateter vesical e sistema coletor de urina, promovendo o fluxo urinário e prevenindo a obstrução do sistema;

- Manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga para promover o fluxo urinário;
- Colocar o saco de drenagem em suporte próprio de forma a prevenir o contato com o chão e a contaminação subsequente da válvula de despejo;
- Providenciar o esvaziamento do saco coletor sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade e antes do transporte do cliente (para evitar o refluxo);
- Evitar desconexões desnecessárias do sistema drenagem, mantendo-o em circuito fechado, trocando apenas:
 - Na altura de substituição da algália, segundo indicação do fabricante;
 - Quando estiver danificado ou com fugas;
 - Quando se verificar acumulação de sedimentos e/ou coágulos;
 - Quando se verificar cheiro desagradável;
 - Se houver saída acidental do saco e/ou sistema, desinfetar a extremidade da algália com álcool a 70°.

6.5.1. Esvaziamento do saco coletor de urina

O esvaziamento do saco coletor deve ser realizado apenas quando necessário, sob orientação/indicação do enfermeiro, atendendo aos seguintes princípios:

- Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
- Colocar luvas e avental, trocando o EPI entre clientes;
- Limpar a válvula de despejo antes e depois da sua abertura com uma compressa embebida em álcool a 70°;
- No caso de utilização de jarro graduado: esvaziar o saco coletor para o recipiente limpo e individualizado, evitando contato entre a torneira de despejo e o recipiente de recolha. É necessário a lavagem do jarro graduado entre cada despejo;
- No caso de utilização de saco de despejo: esvaziar saco coletor adaptando saco de despejo individualizado, eliminando-o para saco de resíduos grupo III, depois de esvaziado.

6.5.2. Colheita de urina assética

A colheita de urina é um procedimento asséptico e deve ser efetuada do seguinte modo:

- Higienizar as mãos antes e depois do manuseamento do cateter vesical e do sistema

de drenagem;

- Utilizar EPI – avental e luvas;
- Clampar o sistema de drenagem da urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita. Aguardar o tempo necessário para reter na bexiga a urina suficiente para o exame;
- Desinfetar com álcool a 70º o local próprio para o efeito (porta universal de colheita de urina sem agulha) e deixar secar;
- Adaptar uma seringa ao local de colheita e aspirar a quantidade de urina adequada ao exame, e nunca por desconexão do sistema de drenagem;
- Identificar a amostra e enviar, com a maior brevidade possível, para o laboratório.

6.6 Remoção do cateter vesical

Deve ser feito o mais cedo possível (assim que deixar de ter indicação clínica).

Os cateteres vesicais deverão ser removidos preferencialmente no início do turno da manhã, de modo a que os problemas de retenção urinária possam ser resolvidos durante o dia.

A remoção do cateter vesical deve seguir os seguintes passos:

1. Explicar o procedimento ao cliente;
2. Informar sobre os sintomas potenciais que podem ocorrer nas primeiras 24-48 horas após a remoção (incontinência, urgência, frequência, disúria, desconforto e retenção urinária), alertando os profissionais de saúde caso permaneçam;
3. Higienizar as mãos antes e após o procedimento;
4. Utilizar EPI – avental e luvas limpas;
5. Conectar uma seringa ao lúmen do balão, para desinsuflação. Não utilizar sucção na seringa, mas permitir que a solução retorne espontaneamente;
6. Limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico antes de remover a algália.
7. Pedir ao cliente para inspirar e expirar, e durante a expiração retire delicadamente a algália. Os clientes do sexo masculino devem ser avisados do desconforto que o balão vazio provoca na passagem pela uretra prostática;
8. Limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral;
9. O cateter vesical, o saco coletor e o EPI contaminado devem ser eliminados em saco de resíduos grupo III;

10. Vigiar a eliminação vesical espontânea;
11. Promover o reforço da ingestão hídrica (30 ml/kg/dia), mediante a situação clínica do cliente;
12. Registrar nas notas de enfermagem a data e o motivo da remoção do cateter vesical, os ensinamentos efetuados bem como, a eliminação vesical do cliente após a mesma.

6.7 Educação do cliente e cuidador aquando a alta

Quando se verifique a necessidade de manutenção do cateter vesical após a alta, o cliente e seu cuidador devem receber o treino adequado. Para tal, deverá ser disponibilizado o folheto informativo (Anexo 3) e a carta de alta de enfermagem, que deverá conter:

- Data de inserção do cateter vesical;
- Tipo e calibre do cateter vesical;
- Volume de água destilada no balão;
- Sinais de ITU a vigiar;
- Antibioterapia prescrita, se aplicável.

6.8 Infecção urinária associada a cateter vesical

O diagnóstico de ITU associado a cateter vesical baseia-se em critérios clínicos e no estudo microbiológico da urina (urocultura).

A ITU exige documentação microbiológica de uma bacteriúria ou fungúria relevante e a presença de sintomas mais ou menos específicos (febre, desconforto abdominal, dor lombar, disúria, polaquiúria, alteração do estado de consciência). Só estas ITU (documentação microbiológica e respetivos sintomas) devem ser submetidas a antibioterapia. Existem situações clínicas que podem ser exceção, como as grávidas e pessoas que vão ser submetidas a procedimentos urológicos.

Se suspeita de ITU em cliente algaliado com a mesma algália há mais de 15 dias, esta deve ser retirada ou substituída caso mantenha a sua indicação, e realizada colheita de urina asséptica.

Está contra-indicado realizar uroculturas por rotina em clientes algaliados, bem como colher a urina a partir do saco coletor ou da junção do mesmo com a algália, por desadaptação.

▪ **Anexos**

Anexo 1. Fluxograma - Prevenção da infecção urinária associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta.

Anexo 2. Grelha de auditoria da inserção, manutenção e remoção do cateter vesical.

Anexo 3. Folheto informativo para a pessoa com cateter vesical e seu cuidador.

Elaboração	Revisão	Ratificação
Enf. ^a F. B. Enf ^o Flávio Patoleia Enf ^a Tânia Rocha Enf ^a Vanessa Duarte Enf. ^a V. F.	GCLCIPRA	Conselho de Administração Data:

Apêndice XIV – Grelha de Auditoria do Procedimento para Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta

Grelha de Auditoria			
Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – Inserção do cateter vesical			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 1. Planeamento do procedimento					
1) O cateterismo vesical de curta duração está indicado?					
2) O profissional considerou métodos alternativos (ex. dispositivos externos, fralda)?					
3) A escolha do cateter vesical foi realizada de acordo com o sexo, duração prevista, situação clínica e alergias do cliente?					
4) O profissional explicou o procedimento ao cliente?					
5) O profissional obteve consentimento do cliente?					
Subtotal					
Indicador 2. Técnica de inserção do cateter vesical					
6) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
7) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
8) O profissional dispôs o material numa superfície limpa e acessível junto do cliente?					
9) O profissional posicionou o cliente em decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução?					

10) O profissional efetuou a higiene do períneo com água e sabão?					
11) Durante a realização da técnica de inserção do cateter vesical foram utilizadas luvas esterilizadas?					
12) Durante a realização da técnica de inserção do cateter vesical foi utilizado campo esterilizado?					
13) Durante a realização da técnica foi utilizado lubrificante estéril de uso individual?					
14) O profissional limpou o meato urinário com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical?					
15) Durante a realização da técnica o cateter vesical estava conectado ao sistema de drenagem fechado?					
16) O profissional insuflou o balão do cateter vesical com água destilada?					
17) Procedeu-se a fixação da algália de acordo com as recomendações?					
18) O profissional higienizou as mãos após o procedimento?					
Subtotal					
Indicador 3. Registos no processo clínico do cliente					
19) Tipo e calibre do cateter urinário					
20) Volume insuflado no balão.					
21) Razão da cateterização ou mudança do cateter urinário					
22) Problemas resultantes do cateterismo vesical					
23) Descrição do volume e características da urina drenada.					
24) Data prevista de mudança do cateter vesical					
25) Ensinos efetuados ao cliente e cuidador					
26) Nome do profissional que executou o cateterismo vesical					
Subtotal					
Totais					

Indicador: Taxa de conformidade

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

--

Grelha de Auditoria			
Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – Manutenção do cateter vesical			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 1. Avaliação da necessidade de manutenção do cateter urinário					
1) Está registado no processo clínico do cliente as razões para a manutenção do cateter vesical?					
2) Este registo é realizado diariamente?					
Subtotal					
Indicador 2. Manutenção do cateter vesical					
3) O profissional higienizou as mãos antes do manuseamento do cateter vesical?					
4) O profissional utilizou avental no manuseamento do cateter vesical?					
5) O profissional utilizou luvas no manuseamento do cateter vesical?					
6) O profissional realizou a higiene perineal com água e sabão?					
7) O profissional realizou a troca do adesivo de fixação da algália, alternando o local?					
8) Foi verificada a eficácia da drenagem vesical, integridade do sistema fechado de drenagem e observadas as características da urina?					
9) No caso da higiene no duche, foi feito despejo do saco de drenagem e fecho da válvula, antes do momento da higiene?					
10) O utente algaliado foi acompanhado durante o duche?					

11) O saco de drenagem de urina manteve-se sempre abaixo do nível da bexiga do cliente?					
12) O saco de drenagem de urina encontra-se em suporte próprio, sem contato com o chão?					
13) O saco de drenagem de urina é esvaziado sempre que atinga 2/3 da sua capacidade?					
14) O saco de drenagem de urina é esvaziado sempre que o cliente é transportado?					
15) O profissional higienizou as mãos após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem?					
Subtotal					
16) Indicador 3. Registos no processo clínico do cliente					
17) Intervenções de enfermagem realizadas					
18) Diagnósticos de enfermagem					
19) Intervenções de enfermagem					
20) Resultados obtidos					
Subtotal					
Indicador 4. Esvaziamento do saco coletor de urina					
27) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
28) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
29) O profissional trocou o EPI de doente para doente?					
30) O profissional limpou a válvula de despejo antes da sua abertura com uma compressa embebida em álcool?					
31) O profissional limpou a válvula de despejo depois da sua abertura com uma compressa embebida em álcool?					
32) Em caso de utilização de jarro graduado, o profissional não tocou com o mesmo na torneira de despejo do saco coletor?					
33) Em caso de utilização de jarro graduado, o profissional lava o mesmo entre cada despejo?					
34) Em caso de utilização do saco de despejo, este foi eliminado para o saco de resíduos grupo III?					
35) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Indicador 5. Colheira de urina assética					
21) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					

22) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
23) O profissional clampou o sistema de drenagem de urina para o saco coletor, a jusante do local de colheita?					
24) O profissional desinfetou com álcool a 70º o local para colheita de urina?					
25) O profissional adaptou uma seringa ao local de colheita, aspirando a quantidade de urina adequada?					
26) O profissional identificou a amostra de urina assética?					
27) O profissional enviou de imediato a amostra para o laboratório?					
28) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Totais					

Indicador: **Taxa de conformidade**

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%

Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

Grelha de Auditoria			
Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta –Remoção do cateter vesical			
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço	Auditores

N.º Doentes Internados no momento da auditoria?	Nº de profissionais inquiridos.	Nº de processos clínicos auditados.	Nº de Observações

Critérios	T	P	NC	NA	Observações
Indicador 2. Remoção do cateter vesical					
1) Foi explicado o procedimento ao cliente?					
2) Foi explicado ao cliente os sintomas potenciais que podem ocorrer nas primeiras 24-48h após a remoção do cateter (incontinência, urgência, frequência, disúria, desconforto e retenção urinária)?					
3) O profissional higienizou as mãos antes do procedimento?					
4) O profissional utilizou EPI adequado (avental e luvas)?					
5) O profissional conectou a seringa à válvula do cateter urinário para desinsuflar o balão, permitindo que a solução retorne espontaneamente (evita a sucção)?					
6) O meato urinário e a região peri-uretral foram limpos com soro fisiológico antes de remover o cateter vesical?					
7) A remoção da algália foi realizada corretamente (preferencialmente na expiração do cliente)?					
8) O meato urinário e a região peri-uretral foram limpos após a remoção da algália?					
9) O cateter vesical, o saco coletor e o EPI foi descartado em saco de resíduos do grupo III?					
10) O profissional higienizou as mãos após do procedimento?					
Subtotal					
Indicador 2. Registos no processo clínico do cliente					

11) Data da remoção do cateter vesical					
12) Motivo da remoção do cateter vesical					
13) Ensinos efetuados (ex. reforço hídrico)					
14) Eliminação vesical espontânea após remoção do cateter vesical?					
Subtotal					
Totais					

Indicador: **Taxa de conformidade**

Nº de critérios conforme

----- X 100 =%


Nº de critérios aplicáveis – não aplicáveis

Padrão:

Observações e Sugestões

Apêndice XV – Folheto “Cuidados à Pessoa Com Cateter Vesical (Algália)”

Cuidados à Pessoa com Cateter Vesical (Algália)



O QUE DEVE SABER

Utentes/Visitas
Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

ESVAZIAMENTO DO SACO COLETOR DE URINA

- Realizar sempre que estiver 2/3 da sua capacidade.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Utilizar luvas descartáveis (caso não tenha, deve desinfetar as mãos com álcool a 70°);
- Limpar a válvula de despejo antes e depois da sua abertura com uma compressa limpa embebida em álcool a 70°;
- Esvaziar o saco coletor diretamente na sanita ou para um bacio individualizado para esse efeito (que deverá ser lavado entre cada utilização);
- Evitar o contato da torneira de despejo com a sanita.
- O saco coletor deve manter-se sempre fechado para diminuir o risco de infeção.

MUDANÇA DO SACO COLETOR DE URINA

- O saco coletor deve ser substituído em caso de:
- Rutura/rasgo;
 - Separação da algália;
 - Más condições de higiene (alteração da cor e/ou mau cheiro).

COMO SUBSTITUIR O SACO COLETOR?

1. Verificar se a torneira de despejo está fechada;

2. Retirar o saco coletor que se encontra conectado à algália;
3. Desinfetar a extremidade da algália com álcool a 70°;
4. Conectar o novo saco coletor à algália, sem tocar a extremidade de encaixe em nenhuma superfície e sem tocar na mesma com os dedos.
5. Certificar-se de que as ligações ficam bem adaptadas

DEVE DIRIGIR-SE AO CENTRO DE SAÚDE,

EM CASO DE:

- Febre;
- Dor abdominal;
- Cheiro intenso e/ou aspeto turvo da urina;
- Ferida, ardor ou vermelhidão junto à saída da algália;
- Sangue na urina ou junto à saída da algália;
- Diminuição acentuada da quantidade de urina produzida;
- Não saída de urina;
- Saída de urina por fora da algália.

Elaborado por:
Felisbela Barroso e Verónica Florêncio
Enfermeiras GCL CIPRA
Janeiro 2016

Anexo 3- Procedimento para prevenção da infeção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – C.I.F. 26

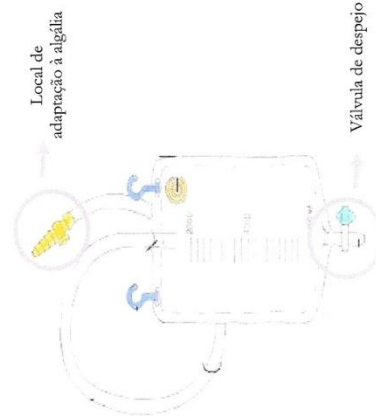
CATETER VESICAL (OU ALGÁLIA)

- Tubo fino, oco e flexível, que é inserido na bexiga através do meato urinário, com o objetivo de drenar a urina.
- A algália é utilizada nos casos em que a pessoa não consegue urinar.



SACO COLETOR (OU DE DRENAGEM DE URINA)

- Saco que se encontra conectado à algália, com o objetivo de recolher a urina.
- Pode ser fixado na lateral da cama, da cadeira de rodas ou na perna da pessoa (caso o doente ande).



CUIDADOS DE HIGIENE

- A região genital deve ser lavada diariamente e sempre que necessário.
- Deve lavar as mãos antes e após a higiene da região genital.
- Utilizar água e sabão/gel de banho habituais.
- Utilizar compressas limpas ou toalha limpa (tipo manáputa) em cada higiene.
- **HOMEM:**
Deve expor a glande (cabeça do pênis), puxando o prepúcio (pele do pênis) para baixo e lavar a região genital com movimentos circulares;
- **MULHER:**
Puxe o prepúcio para cima.
- Lave a região genital na vertical, num único sentido— de cima para baixo.
- Secar bem a região corporal com toalha, evitando que esta fique húmida.

Em situação de realizar a higiene no duche/banheira, deve:

- Despejar o saco de drenagem e fechar a válvula de despejo antes de ir tomar banho;
- Evitar colocar o saco no chão ou em contacto com a base de duche ou banheira.

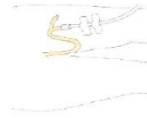
POSICIONAMENTO E FIXAÇÃO DO CATETER VESICAL E DO SACO COLETOR

QUANDO A PESSOA ESTÁ DEITADA

- A algália deverá ser fixada com adesivo na região abdominal no homem e na parte inferior da coxa na mulher.
- O saco coletor deverá estar sempre abaixo do nível da bexiga.
- Deve ficar pendurado num suporte apropriado, evitando o contacto com o chão;
- Não deve ficar enrolado ou dobrado.

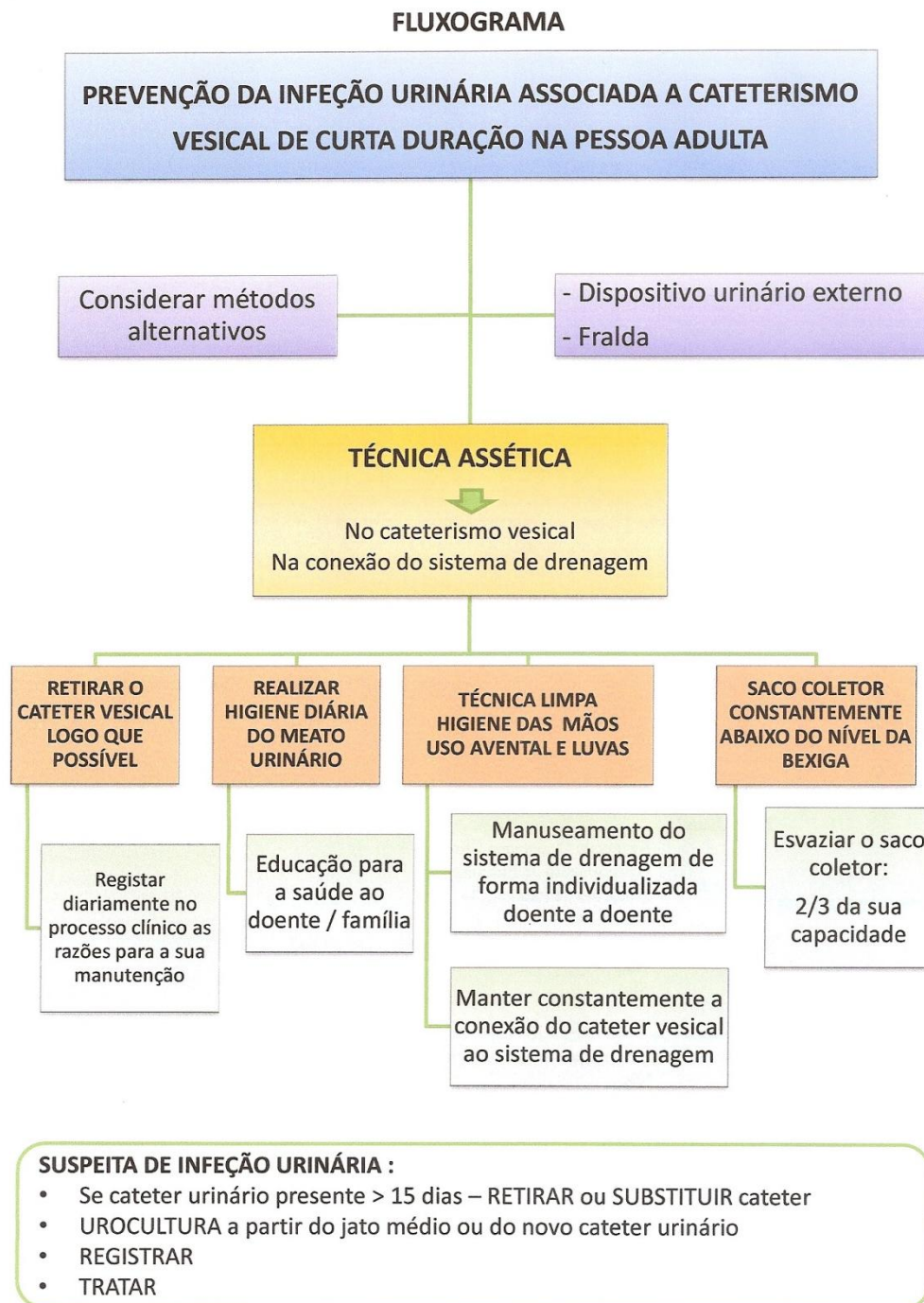
QUANDO A PESSOA ESTÁ LEVANTADA

- O cateter vesical deve ser fixo com adesivo na zona interna da coxa. Deixe uma pequena folga para evitar traumatismos.



- Prenda o saco numa das pernas, de forma a que este não caia no chão. Pode utilizar uma fita de nastro ou elástico em volta da perna.

Apêndice XVI – Fluxograma “Prevenção da Infecção Associada a Cateterismo Vesical de Curta Duração na Pessoa Adulta”



Anexo 1 – Procedimento para prevenção da infecção associada a cateterismo vesical de curta duração na pessoa adulta – CIF.26

Apêndice XVII – Relatório de Estágio de Opção: Equipa Intra-Hospitalar de
Suporte em Cuidados Paliativos



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Relatório de Estágio de Opção
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em
Cuidados Paliativos**

Discente:

Flávio Patoleia

Enfermeira Orientadora:

P.B.

Docente Orientador:

Professora E. M.

Setúbal, Fevereiro de 2016

LISTA DE SIGLAS

CH – Centro Hospitalar

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EASE – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

PAC – Projeto de Aquisição de Competências

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. DESENVOLVIMENTO	6
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS	12

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio III da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, do 3º semestre, do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), propusemo-nos a realizar um estágio de observação, com o objetivo de complementar a aquisição de competências relacionadas com a pessoa em situação crónica e paliativa, por forma a dar resposta ao Projeto de Aquisição de Competências (PAC).

Após terem sido contactadas algumas unidades de cuidados paliativos para a realização do estágio de observação, o mesmo não foi possível ser realizado por indisponibilidades destas unidades. Tendo em conta esta dificuldade, optou-se pela realização do estágio de observação na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do Centro Hospitalar (CH), equipa esta que estava alocada no Hospital de Dia de Oncologia.

Esta equipa tem essencialmente três vertentes, fazer o seguimento de clientes que se encontram na Rede Nacional de Cuidados Paliativos; dar apoio a estes mesmos clientes, caso estes sejam internados no Serviço de Oncologia do CH; e a prestação de aconselhamento e apoio diferenciado a outros profissionais e serviços do CH. Tendo em conta a atuação desta equipa e tendo por base a aquisição de competências nos cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa, delinearam-se os seguintes objetivos:

- Observar e analisar os cuidados prestados à pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal, aos seus cuidadores e familiares;
- Perceber como são estabelecidas as relações terapêuticas da EIHSCP com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com os seus cuidadores e familiares;
- Compreender a atuação da EIHSCP, quando os clientes são internados no Serviço de Oncologia.

O presente documento encontra-se dividido em quatro capítulos, Introdução, Desenvolvimento, Conclusão e Bibliografia.

Este trabalho encontra-se redigido segundo as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e

referenciado segundo a Norma Portuguesa 405, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português.

1. DESENVOLVIMENTO

Com o avanço da medicina em termos técnico-científicos, temos conseguido prolongar a esperança média de vida das populações, com o tratamento em muitos casos que há alguns anos este seria impossível. Apesar deste avanço notório nas últimas décadas, em relação aos cuidados paliativos este avanço tem sido mais lento. Em Portugal, só nos últimos anos se tem conseguido alguns avanços mais significativos, não só com a criação de legislação específica relativa aos cuidados paliativos, nomeadamente com a publicação em 2004 pelo Ministério da Saúde do Programa Nacional de Cuidados Paliativos e com a criação de Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas de Cuidados Paliativos.

Ao realizarmos a maioria dos estágios do curso na unidade de cuidados intensivos, bem como a nossa experiência profissional assenta maioritariamente na prestação de cuidados ao cliente em situação crítica, pretendíamos realizar um estágio que nos permitisse contactar com uma equipa de cuidados paliativos, com o objetivo de observar e analisar os cuidados prestados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e aos seus cuidadores e familiares. Pretendíamos com o estágio não só enriquecer o nosso PAC relativamente ao cliente em situação crónica e paliativa, bem como consolidar as competências na prestação de cuidados diária.

Os cuidados paliativos são “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Lei n.º 52/2012, p 5119). Os cuidados paliativos “centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva” (Lei n.º 52/2012, p. 5120).

Para o desenvolvimento das competências atrás mencionadas, foi realizado um estágio de observação na EIHS CP existente no CH, que se encontra alocada no Hospital de Dia de Oncologia. Em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, atualmente

coordenada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, prevê diferentes tipos de unidades de cuidados paliativos e equipas de cuidados paliativos. As Equipas Locais de Cuidados Paliativos dividem-se em Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, no entanto, outras unidades funcionais do Sistema Nacional de Saúde podem realizar ações paliativas, que são “as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva” (Lei 52/2012, p. 5119).

A EIHSCP partilha as competências destinadas às equipas locais de saúde, que são segundo a Base XV da Lei 52/2012: a) Proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de cuidados paliativos; b) Articular com a coordenação regional a afetação de doentes com necessidade de cuidados paliativos entre as várias equipas locais da Rede, de modo a cumprir com os objetivos previstos no n.º 1 da Base IX; c) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados; d) Divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à Rede; e) Articular com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência.

Além das competências atrás mencionadas, as EIHSCP têm competências específicas destas, que são: 1 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos: a) Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; b) Presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação. 2 — A equipa está integrada na unidade de cuidados paliativos, quando esta exista na mesma instituição. 3 — Esta equipa funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento (Lei 52/2012).

A EIHSCP na qual tivemos a oportunidade de realizar o estágio de observação funciona de forma autónoma no CH, pois, apesar de existirem no Hospital sete unidades reservados a clientes em situação paliativa, essencialmente de foro oncológico, não existe uma verdadeira unidade de cuidados paliativos, sendo prestadas ações paliativas a estes

clientes pela equipa de enfermagem do serviço de internamento onde estas unidades se situam.

Esta equipa tem uma ação consoante previsto na lei 52/2012, essencialmente em três vertentes, por um lado integram e a fazem o seguimento de clientes na Rede Nacional de Cuidados Paliativos, sendo este seguimento feito preferencialmente por meio de consulta presencial, consulta esta que é realizada duas vezes por semana, ou não presencialmente, por via telefónica. Outra vertente desta equipa consiste na prestação de aconselhamento e apoio diferenciado a outros profissionais e serviços do CH, após ter sido feito um pedido por estes profissionais, caso estes considerem que alguma das pessoas internadas beneficia de cuidados especializados. Além do atrás mencionado, a EIHSCP faz o seguimento dos clientes que se encontram internados nas sete unidades destinadas à pessoa em situação paliativa existentes no CH, sendo para tal realizadas visitas regulares a estes clientes, e sendo fornecido o apoio necessário, como por exemplo no controle sintomático através de ajustes na sua medicação.

Durante o acompanhamento das consultas realizadas pela EIHSCP, pudemos observar que na consulta é realizado um acompanhamento sintomático dos clientes, sendo realizados ajustes à medicação consoante as necessidades, sendo utilizado para tal a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (EASE), que é uma escala utilizada para avaliação da sintomatologia em cuidados paliativos.

O controlo sintomático é fundamental na pessoa em situação paliativa, sendo para tal fundamental realizar uma correta identificação e quantificação dos sintomas, para que possam ser realizadas as intervenções terapêuticas necessárias ao controle destes mesmos sintomas (Manfredini, 2014). São diversos os instrumentos de avaliação existentes para a realização desta avaliação sintomática, sendo a EASE um instrumento que tem por base nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em clientes em situação paliativa, que são: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, sendo os sintomas avaliados numa escala de 0 a 10, consoante a intensidade destes (Manfredini, 2014).

Visto estes clientes se encontrarem inscritos na Rede Nacional de Cuidados Paliativos, o seu encaminhamento é realizado tendo em conta a sua situação clínica, e o suporte existente por parte da família, para que possam ser prestados os cuidados de forma a minimizar o seu sofrimento e maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Pudemos constatar que em muitos casos os clientes são seguidos há vários anos por esta equipa, pois, como a mesma de encontra no hospital de dia de oncologia existe uma relação quase familiar dos profissionais com os clientes e seus familiares. Desta forma, e tendo em conta que esta equipa possui uma relação terapêutica não só com os clientes, mas também com os seus cuidadores e familiares, podem ser elementos facilitadores deste processo e, sempre que necessário, é feito o encaminhamento tendo em conta tanto as necessidades do cliente e da sua família.

Gostaríamos de referir uma situação que presenciamos, em que durante uma consulta a um cliente que estava acompanhado pela esposa e pela filha, a consulta parecia decorrer naturalmente, em que tanto o cliente como a filha estavam comunicativos e apresentaram até algum humor durante a consulta. No final da consulta, a enfermeira perguntou à esposa do cliente se se passava alguma coisa, pois tinha notado que esta se encontrava menos comunicativa que o habitual, foi então referido pela própria e confirmado pela filha, que ultimamente se encontrava “mais em baixo, devido ao agravamento do estado de saúde do marido”, tendo sido agendada uma consulta com a psicóloga que dá apoio a esta equipa. Pudemos então constatar a importância de estabelecer uma relação terapêutica com estes clientes e com a sua família, para que assim possam ser elementos facilitadores do processo de adaptação às perdas e à morte. Esta experiência acabou por nos ser muito enriquecedora, pois apesar da nossa aposta preferencial na pessoa em situação crítica, cada vez temos tentado trabalhar mais as competências relacionais com os clientes e os seus familiares, para que desta forma, sempre que as situações se proporcionam, sejamos agentes facilitadores nos processos de adaptação às perdas e à morte e no processo de luto dos familiares.

Tal como foi referido anteriormente, a EIHS CP dá ainda apoio aos clientes que são seguidos na consulta, quando estes são internados no CH, dando assim seguimento ao acompanhamento que tem vindo a ser feito durante as consultas, pois são elementos com um conhecimento alargado sobre o cliente e o seu estado de saúde, bem como das relações familiares existentes.

Durante o acompanhamento da EIHS CP, numa das visitas realizadas por esta ao serviço de internamento, pudemos verificar que ainda existe muito trabalho a ser desenvolvido de forma a que possam ser prestados cuidados que vão de encontro às reais necessidades da pessoa em situação paliativa. Apesar do esforço realizado pelos

profissionais do serviço de internamento, estas sete unidades encontra-se situadas num serviço de internamento com mais três valências, neurologia, nefrologia e unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, não existindo nem um espaço, nem uma equipa com formação diferenciada para proporcionar os direitos dos clientes em estado paliativo e dos seus familiares, e que estão consagrados na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos e no Programa Nacional de Cuidados Paliativos; a) receber cuidados; b) autonomia, identidade e dignidade; c) apoio personalizado; d) alívio do sofrimento; e) ser informado de forma adequada; f) ser ouvido; g) participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados; h) recusar tratamentos; i) serem identificadas as suas necessidades e preferências. (Direção Geral de Saúde, 2004).

CONCLUSÃO

Consideramos que o estágio nos permitiu o contato com uma realidade muito enriquecedora, pois o trabalho realizado focava toda a sua atenção no processo paliativo, na prevenção e alívio do sofrimento e procura do bem-estar do cliente e da sua família.

A realização deste estágio foi para nós extremamente importante, na medida em que apesar da nossa prestação de cuidados habitualmente ser orientada para a pessoa em situação crítica, esta situação rapidamente poderá ser alterada, e uma situação potencialmente curativa poderá rapidamente alterar-se para numa situação paliativa e, neste caso, o choque para o cliente e para a sua família poderão ser devastadores, não estando preparados para esta nova realidade. Torna-se fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências na prestação de cuidados aos clientes e às suas famílias em situação crónica e paliativa, pois, mesmo de forma inesperada poderemos e devemos realizar ações paliativas quando a situação assim o exija, procurando o alívio do sofrimento destes clientes e dos seus familiares.

Com o decorrer do estágio de observação, consideramos que foram atingidos os objetivos a que nos propusemos, pois ao observarmos e analisarmos os cuidados prestados pela EIHS CP, foi-nos possível perceber como são estabelecidas as relações terapêuticas desta equipa com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, e com os seus cuidadores e familiares e, desta forma complementar a aquisição das competências: L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte (OE, 2011).

Podemos concluir que atingimos os objetivos propostos inicialmente para a realização do estágio, em que os conhecimentos adquiridos são uma mais-valia para a nossa praxis diária.

REFERÊNCIAS

Eletrónicas

Decreto-Lei 173/2014. D.R. I Série. 224 (2014-11-19) p. 5896-5698. [Em linha]. [Consult. em 3 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:< [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20n.%C2%BA%20173.2014,%20de%2011-19%20\(altera%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20leis%20org%C3%A2nicas%20do%20MS,%20ACSS%20e%20ARS\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL%20n.%C2%BA%20173.2014,%20de%2011-19%20(altera%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20leis%20org%C3%A2nicas%20do%20MS,%20ACSS%20e%20ARS).pdf) >.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa. [Em linha] Lisboa: DGS, 2004. [Consult. em 4 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:< [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf) >.

Lei n.º 52/2012. D.R. I Série. 172 (2012-09-05) p. 5119-5124. [Em linha]. [Consult. em 3 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf> >.

MANFREDINI, Luciana Lopes – Tradução e Validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em Pacientes com Câncer Avançado. [Em linha]. 2014 (Tese de Mestrado) [Consult. em 29 Janeiro 2015]. Disponível em WWW: < <https://www.hcancerbarretos.com.br/upload/doc/lucianamanfredini.pdf> >.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011 [Consult. em 7 Junho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf>.

Apêndice XVIII – Artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”

Artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Cristina Ribeiro³

Elsa Monteiro⁴

Flávio Patoleia⁵

Tânia Rocha⁶

RESUMO

Sendo o acesso à informação um direito indiscutível do cliente e um dever do profissional de saúde, tanto do ponto de vista ético como legal, isto não significa que a comunicação de más notícias seja um processo simples. A conspiração do silêncio é ainda uma realidade presente e surge como uma barreira à comunicação entre os profissionais de saúde, a família e o cliente, com graves implicações para todos os intervenientes, especialmente para o cliente que é privado da informação que lhe pertence.

O enfermeiro, especialmente o enfermeiro especialista ao desenvolver competências no âmbito da comunicação, tem o dever de ser o elemento motivador da mudança, contribuindo para o desvanecer desta realidade que em muito prejudica o cliente.

Palavras-chave: Conspiração do silêncio, ética, deontologia, más notícias, enfermeiro especialista.

ABSTRAT

Being the access to information an indisputable right of the patient and a duty of healthcare professionals, both from an ethical and legal point of view, it does not mean that communication of bad news is a simple process. The silence conspiracy is still a present reality and stands as a barrier to communication between healthcare professionals, family and the patient, with serious implications for all involved, especially for the patient who is deprived of information that belongs to him.

Nurses, especially specialist nurses by developing skills in communication, have the duty of being an element that motivates change, contributing to the fading of this reality which greatly harms the patient.

Keywords: Silence conspiracy, ethics, deontology, bad news, specialist nurse.

³ Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

⁴ Enfermeira do Serviço W do Hospital Z, mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

⁵ Enfermeiro, do Serviço Y, do Hospital Z, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

⁶ Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

INTRODUÇÃO

Enquanto enfermeiros, deparamo-nos com situações em que a gestão da informação fornecida ao cliente é complexa e difícil, em que por vezes, a informação é-lhe negada ou omitida, total ou parcialmente. A comunicação “é o elemento básico da vida social a partir da qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e processo de socialização que gera as identidades individuais” (Pereira, 2008, p.26). Quer seja por palavras, ou pela linguagem não-verbal, transmitimos mensagens, comunicando de forma permanente.

Com base na vertente indissociável de relação na comunicação torna-se fundamental refletir sobre a comunicação a nível da enfermagem, Profissão cuja essência advém da sua dimensão relacional. Na prática quotidiana desta profissão, comunicar eficazmente surge como essencial mas difícil, um desafio, ao qual se se juntar uma má notícia, comunicar apresenta-se como uma área problemática digna de reflexão.

Má notícia é definida por Buckman (1992) e Sancho (2000), citados por Pereira (2008, p.78), como “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro”. A receção de más notícias é vivenciada com diferente intensidade em cada cliente e família, uma vez que cada indivíduo é único, considerando as experiências de vida individuais, a personalidade, as crenças filosóficas, o suporte emocional e a sua perceção do seu suporte social (Lotra, 2007). Assim se assume, que só quem recebe a informação é que pode decidir se é má notícia ou não.

A comunicação deste tipo de informação é difícil e geradora de *stress* tanto para o cliente e sua família, como para os profissionais de saúde que o fazem.

O silêncio como forma de comunicar, é também ele uma ferramenta útil, mas quando a sua utilização significa um processo de comunicação comprometido, surgindo contra a vontade do cliente e privando-o de informação que lhe é devida, estamos perante uma Conspiração do Silêncio.

Conspiração do Silêncio torna-se um tema pertinente pelas questões morais, éticas, deontológicas e legais que lhe estão associadas, e que podem interferir na tomada de decisão da praxis dos enfermeiros.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO: Envolvências...

A definição mais comumente aceite para Conspiração do Silêncio, é a apresentada por Bermejo et al. (2012, p.2), como um: “acordo implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profissionais, de alterar a informação que se dá ao cliente com o fim de lhe ocultar o diagnóstico e/ou prognóstico, e/ou a gravidade da situação”. Estes autores diferenciam dois níveis de Conspiração do Silêncio em relação ao conhecimento de informação: parcial, quando o cliente não conhece o seu prognóstico, e total, quando este não conhece nem diagnóstico nem prognóstico. Classificam ainda Conspiração do Silêncio entre adaptativa e não adaptativa. Na adaptativa, o cliente nega e evita ou parece não querer saber, tendo por base a dificuldade em aceitar a situação, os mecanismos de defesa como a negação e a necessidade de processar o que lhe

está a acontecer. No caso da não adaptativa, o cliente quer saber e pergunta mas a família e/ou os profissionais de saúde não lhe querem dizer (Bermejo et al., 2012).

Lugo e Coca (2008) afirmam que a Conspiração do Silêncio só se desenvolve se não se tiver em consideração os desejos de informação do cliente, mas quando é o próprio cliente que recusa saber, não se pode falar em Conspiração do Silêncio.

Os argumentos utilizados pelos familiares para que não seja dada informação considerada como danosa ao cliente, passam pela necessidade de o proteger, pela crença de que a informação não trará nada de positivo, num cliente já suficientemente *ferido* pela enfermidade, e que informar só adicionaria mais ansiedade (Bermejo et al., 2012, Barbero, 2006). Neste sentido, também Lotra (2007, p.11) escreve relativamente aos medos da família, “A família muitas vezes nega ao cliente a informação com o objetivo de protege-lo, porque de algum modo consideram que assim não serão obrigados a falar acerca da doença e sua progressão que veem como destrutiva”.

Mas a Conspiração do Silêncio passa também pela dificuldade dos profissionais de saúde em dar más notícias e gerir as consequências desta transmissão de informação. Pereira (2008, p.78) em relação à transmissão de más notícias, afirma que: “Os profissionais de saúde, para além de planear e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e família”. Os medos referidos estão associados ao medo de ser culpabilizado ou de lhe serem atribuídas responsabilidades, medo de expressar uma reação

emocional, medo de não saber todas as respostas às questões colocadas pelo cliente ou família, das reações destes à má notícia e ainda medos pessoais acerca da doença e da morte (Pereira, 2008). Realça-se ainda o conceito de “sensação de espelho” no que concerne aos medos face à sua própria morte ou doença, ou de um familiar próximo, ou seja, o profissional de saúde imagina-se na situação do cliente, podendo desenvolver mecanismos de defesa, nomeadamente a fuga (Pereira, 2008). A apropriação da informação pelos profissionais, segundo Barbero (2006, p.22), favorece uma relação de poder verticalizada que evita a ansiedade de ter que comunicar más notícias.

Mas a Conspiração do Silêncio tem consequências importantes para todos os implicados. Segundo Twycross (2003, p.49), “a conspiração do silêncio torna-se numa forte tensão. Ela bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. Se não for resolvida, é frequente que as pessoas em luto sintam grandes remorsos.”

O estado elevado de medo, ansiedade e confusão, problemas emocionais, solidão e isolamento são algumas das consequências da Conspiração do Silêncio para o cliente. Este fenómeno impede o diálogo, a reorganização de ambos (cliente e família) e impede a adaptação à nova situação, nomeadamente, impede o encerrar de assuntos pendentes como sejam despedidas, questões legais, testamentos e desejos (Bermejo, 2012).

Também Pereira (2008, p.80), relativamente às consequências da Conspiração do Silêncio releva que “A ausência de informação e o silêncio em redor do doente é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os

seus receios face a um diagnóstico que presente, mas que não é transmitido verbalmente.” O conhecimento que o cliente tem sobre a sua situação é muitas vezes subestimado. Neste sentido, Barbero (2006, p.21) remete-nos para o estudo sobre a comunicação do diagnóstico de cancro em Espanha, realizado por Centeno e Núñez Olarte, onde um dos achados científicos foi que 40-70% dos clientes com cancro conheciam a natureza maligna da sua doença, mas que apenas 25-50% tinham sido informados e por isto, afirmam que “o cliente sabe habitualmente mais do que lhe à sido dito”, provavelmente porque têm outras fontes de informação, entre elas o seu próprio organismo.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO À LUZ DA DEONTOLOGIA E DO REGIME JURIDICO

O termo deontologia remete-nos para a área do conhecimento relativa ao apropriado, ao conveniente e ao dever, de forma a manter a ordem e a harmonia da sociedade. As normas deontológicas definidas são estabelecidas pelo próprio profissional que as põe em prática no exercício da sua profissão (Germano, et al., 2003).

O exercício da enfermagem como profissão, surge na sociedade como uma necessidade específica de cuidados de saúde prestados à pessoa, família, grupos e comunidade (Deodato, 2008). Ao longo dos últimos anos a enfermagem tem vindo a consolidar o seu suporte jurídico, que lhe permite afirmar-se enquanto profissão autónoma, sendo que os direitos e os deveres dos enfermeiros, apenas foram consagrados pela primeira vez em 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício

Profissional do Enfermeiro (REPE)⁷, sendo esta a sua primeira manifestação jurídica. Posteriormente, no ano de 1998 foi incluído no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Código Deontológico do Enfermeiro⁸, “que constitui uma outra dimensão da autonomia profissional, porque prescreve os deveres pelos quais o profissional de Enfermagem assume a sua responsabilidade profissional” (Deodato, 2008, p. 29).

O artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro, descreve os princípios gerais da atividade, sendo que, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2009). No artigo 84.º do mesmo documento, estão subjacentes os princípios da autonomia, da dignidade humana e da liberdade da pessoa, assim como o direito ao consentimento informado. É com base nestes princípios que a pessoa toma decisões sobre si mesma.

Relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros, o artigo 8.º do REPE refere que, “(...) os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelo cidadão” (OE, 2012, p.17).

O enfermeiro ao participar em situações de encobrimento de informação aos clientes, põe em causa a liberdade de escolha e o poder de decisão dos clientes, bem como não promove a sua capacitação nos processos de saúde e doença, como se encontra consagrado no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro (Lotra, 2007).

⁷ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, 1996.

⁸ Código Deontológico dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, 2009.

Não poderíamos analisar o tema da Conspiração do Silêncio, sem nos referirmos a outro grupo profissional que tem habitualmente um papel relevante nos casos de informação aos clientes, que são os médicos. Ao analisarmos o seu Código Deontológico⁹, podemos constatar que existem variadas situações que conflituam com a do Conspiração do Silêncio.

Uma das normas definidas no Código Deontológico dos Médicos⁹ diz respeito aos princípios éticos da profissão nomeadamente, o respeito pela vida humana e pela sua dignidade (Ordem Médicos, 2009).

Considerando que o médico tem a responsabilidade de informar e esclarecer o cliente acerca do seu diagnóstico e prognóstico de doença, a análise do seu Código Deontológico diz-nos, relativamente ao artigo 44.º (Esclarecimento do médico ao doente), que o cliente tem direito de ser esclarecido pelo médico sobre a sua situação de saúde/doença, sendo que este esclarecimento deve ser efetuado utilizando uma linguagem acessível ao mesmo, e com base nos aspetos relevantes, para que o cliente possa decidir de forma consciente.

No seguimento do mesmo pensamento, o artigo 50.º (Revelação do diagnóstico e prognóstico), aborda a revelação do diagnóstico e prognóstico ao cliente, em que o médico deverá adotar uma atitude de cautela, uma vez que esta informação exige que seja o próprio cliente a solicitar a mesma, em respeito pela sua dignidade e autonomia. Da análise deste artigo convém também ressaltar que o diagnóstico e prognóstico da doença só podem ser transmitidos a terceiros após consentimento do cliente.

⁹ Código Deontológico dos Médicos, Ordem dos Médicos, 2008.

Quanto aos direitos do cliente, eles estão reconhecidos em variados documentos. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina declara no Capítulo III, artigo 10.º que, “Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada” (Diário da República, 2001).

Na Constituição da República Portuguesa, que representa a lei suprema do país, está consagrado o direito à proteção da saúde, sendo que a mesma assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

Ainda relativamente a esta temática, a Base I da Lei de Bases da Saúde, afirma que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei” (Lei nº48/90). A base XIV, relativa ao estatuto dos clientes, descreve que estes têm direito a “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Lei nº48/90). O direito à informação pelo cliente está também consagrado na Lei 15/2014, no artigo 7.º, “1 – O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, 2 — A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível” (Lei 15/2014).

Os documentos referidos atrás, servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes,

e esta reforça a premissa que “o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde” (Ministério da Saúde, 2011).

De salientar, que apesar do direito referido, o cliente tem também direito se assim desejar, de não saber parte ou a totalidade da informação sobre o seu estado de saúde, podendo escolher outra pessoa para receber esta informação. Esta decisão deverá ficar registada no seu processo clínico, e esta escolha, deverá ser respeitada pelos profissionais de saúde e familiares (Ministério Saúde, 2011).

As informações transmitidas ao cliente pelos profissionais de saúde deverão ser facultadas de forma clara e abrangente, devendo ter em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do cliente e deverão ser efetuadas numa base sólida de empatia, confidencialidade e privacidade (Ministério Saúde, 2011).

Importa ressaltar que informação cedida é essencial para o cliente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, relativo ao seu estado de doença, nomeadamente para a realização de procedimentos, escolha de terapêuticas, entre outros (Ministério Saúde, 2011).

Por tudo o que foi acima descrito, podemos verificar que as situações de Conspiração do Silêncio privam os clientes dos seus direitos, consagrados nos documentos abordados anteriormente. Contudo, importa salvaguardar, que as situações em que a “comunicação de más notícias poderá causar perturbações ou mesmo danos graves ao bem estar e saúde do cliente (...) o profissional de saúde é *libertado* do dever de informar verdadeiramente a pessoa acerca do seu estado de

Saúde/Doença, o que se denomina Privilégio Terapêutico.” (Lotra, 2007, p. 12)

Estas situações estão consagradas no artigo 157.º do Código Penal⁴ em que, o consentimento só é válido se efetivamente o doente tiver conhecimento do diagnóstico, das intervenções ou tratamentos a que é submetido, destes casos excluem-se as situações que a serem conhecidas pela doente, poderão pôr em perigo a sua vida ou lhe poderão causar danos físicos ou psicológicos. Esta situação constitui-se como uma exceção ao consentimento informado, no entanto, terá que se acautelar o uso indevido da mesma, como refere Lotra (2007, p.13) “deverá existir alguma ponderação na utilização deste *argumento legislado*, de forma a não incorrerem no risco da sua utilização indiscriminada.”

A ÉTICA E A CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

É sobejamente conhecido e reconhecido o direito do cliente à informação, assim como o dever do enfermeiro na transmissão de informação. A conspiração do silêncio, ao privar o cliente da informação que é “sua”, levanta sérios problemas éticos.

Segundo Martins¹ (2004, p.15), “A consagração da dignidade do Homem e o seu direito à liberdade inscrevem na práxis diária das sociedades o conceito de autonomia. A autonomia da pessoa decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana e dos direitos fundamentais. Uma pessoa autónoma é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir nessa mesma direção, sendo tanto mais autónoma quanto mais e melhor for atualmente capaz de bem exercer a

atividade, objetiva e subjetivamente, de se autodeterminar intelectual, afetiva e emocionalmente”.

O respeito pelo princípio da autonomia “deve ser a máxima de todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros na medida em que a sua profissão se centra precisamente na atenção à pessoa” (Filipe, 2004, p.239). Lotra (2007) refere que a autonomia é um dos pilares da relação de confiança entre os enfermeiros e os clientes, salientado ainda que, “Esta implica privacidade, liberdade de escolha e poder de decisão, pelo que o ser reconhecimento no outro significa a sua capacitação nos processos de saúde e doença, devendo por isso ser respeitado e promovido pelo enfermeiro” (Lotra, 2007, p.11). A existência de Conspiração do Silêncio priva o cliente não só do direito à informação sobre a sua doença, como o priva de ser autónomo pela sua vida (Lotra, 2007).

Filipe (2004, p.238) refere-se à autonomia como “ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem e do cidadão, particularmente o da autodeterminação”, como também salientado por Deodato (2008, p.144), “É o próprio enunciado do artigo 84º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que prevê o dever de informação do enfermeiro, que refere que este dever se fundamenta no respeito pelo direito à autodeterminação”.

Segundo Martins¹ (2004, p.17), citando Esper (2000) “a informação é devida ao doente não só como um requisito ao respeito pela autonomia, mas também como um real benefício. Não deixar o doente na ignorância de dados essenciais sobre a sua saúde ou ajudá-lo a compreender um exame ou tratamento que lhe é proposto seria assim também entendido como um

dos primeiros requisitos do princípio da beneficência”.

Para Martins² (2004, p.232), “O princípio da Beneficência está intimamente relacionado com o imperativo de *fazer bem*, de ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício. (...) A beneficência no contexto dos cuidados de enfermagem é o dever de agir no interesse do utente”.

O princípio da Beneficência encontra-se intimamente relacionado com o princípio da não-maleficência, que segundo Martins² (2004, p.231), este princípio ficou “fixado na famosa frase *primum non nocere* – primeiro não causar dano”. Segundo a mesma autora, estes princípios deverão ser orientadores do exercício da profissão, na medida em que a “A pessoa doente encontra-se sempre diminuída, independentemente da gravidade da doença que a afeta e, nessa sua fragilidade, exige do enfermeiro o cumprimento da beneficência e da não-maleficência” (Martins², 2004, p.232).

Estes princípios não podem no entanto ser mal interpretados, ao ponto dos profissionais de saúde decidirem pelo cliente, ou omitirem informações sobre a sua situação de saúde/doença. Segundo Martins¹ (2004, p.17) “O facto de existirem ainda inúmeras situações em que o doente não é convenientemente informado prende-se com algumas crenças e atitudes erradas que persistem”. Bidasolo, citado por Martins¹ (2004, p.232) “aponta alguns motivos que são alegados para não informar, como a persistência de um certo paternalismo, mal-entendido, reflexo de uma situação de superioridade sentida pelo técnico, o paradigma dominante – Biomédico – que tende a entender a saúde limitada a aspetos físicos, a crença que, para o técnico, a saúde do

doente está acima de qualquer outro interesse, o desejo de não divulgar os seus conhecimentos, a utilização de tecnologia de ponta, de difícil compreensão para o doente, alguma prudência, pois a informação pode ser prejudicial para o doente e o direito à **mentira piedosa**, por entender que a verdade determina maior vulnerabilidade.”

Barbero (2006), referindo-se à problemática da informação, diz que se chegou a afirmar que existe um dilema entre os princípios da autonomia e beneficência e da autonomia e não-maleficência. No entanto, do ponto de vista deste autor este dilema não existe, pois tão maleficiente pode ser o encarniçamento informativo (informar de um diagnóstico ou prognóstico negativos a um cliente que não deseja saber), como a conspiração do silêncio na presença de um cliente que deseja ser informado (Barbero, 2006).

ESTRATÉGIAS E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM À CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

Pela exposição feita anteriormente, torna-se óbvio que os clientes têm direito a ser informados sobre a sua situação de saúde, contudo, segundo Martins¹ (2004, p.24), “(...) os enfermeiros têm a percepção de que os doentes na generalidade desconhecem os seus direitos (...). No entanto existem alguns direitos que estão interiorizados na mente dos doentes, como por exemplo o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, mas que os enfermeiros têm a percepção de que este é um dos mais ignorados,

provavelmente porque os doentes fazem poucas perguntas”.

Relativamente ao direito de informação aos clientes, os enfermeiros são consensuais no que respeita ao mesmo, mas o que se verifica é que isso nem sempre acontece.

Podemos então questionar: “Poderá o enfermeiro ser um agente mais activo na transmissão de informação ao doente?” Martins (2007, p.12).

Segundo Pereira (2005, p.35), “o acto de informar não é simples, constituindo-se um dilema ético para os profissionais de saúde. Este deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da autonomia, princípio da justiça e o princípio da não maleficência, aplicados de acordo com a especificidade de cada situação (...)”.

Na perspectiva de Towers, MacDonald e Wallace (2003), citados por Lotra (2007, p. 13), “existem estratégias que podem fazer face a insuficientes comunicações, recursos e competências na equipa de profissionais de saúde, inerentes à conspiração do silêncio, nomeadamente: a clareza e assertividade da linguagem, comunicar informações mais completas acerca do tratamento e da evolução da situação, dotação de profissionais suficientes, profissionais com competências na área da comunicação de más notícias, comunicar, utilizando as técnicas existentes, para estabelecer uma relação de ajuda, avaliar cada situação em equipa, garantir privacidade e confidencialidade, respeito pelos desejos dos clientes e promover e incentivar a autonomia e dignidade do cliente, ou seja, cumprir as normas éticas e morais da nossa profissão”.

A comunicação de más notícias em saúde torna-se uma tarefa difícil para os profissionais, segundo Pereira (2005, p.34), esta “continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais”. Existem no entanto, competências que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros, por forma, a gerir estas situações problemáticas.

A aquisição dessas competências irá não só capacitar o enfermeiro na resposta a situações de Conspiração do Silêncio, bem como, fortalecer a relação entre o enfermeiro e o cliente, salientando a importância desta na prestação de cuidados.

Das competências, destacam-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010).

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, são de maior relevância as competências L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto e L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz (OE, 2011).

No que respeita às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, destacamos a competência K1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2010 [a]).

CONCLUSÃO

A enfermagem está enquadrada num contexto profissional exigente, complexo, e de difícil gestão, onde a cultura biomédica continua a estar muito presente, estando esta vocacionada para a cura das doenças, e em que temas como a morte e o morrer continuam a ser encarados muitas vezes como fracassos e mesmo assuntos tabus. É assente num errado sentimento paternalista, em que os profissionais de saúde considerando-se detentores da informação e incorrem erradamente em situações de Conspiração do Silêncio.

Negar intencionalmente a informação ao cliente que a ele pertence primeiramente, não só viola os seus direitos à informação consagrados na lei, como lhe nega a sua autonomia e consequentemente o seu direito à autodeterminação, reduzindo os seus direitos enquanto homem e cidadão. À luz do pensamento Kantiano, a Conspiração do Silêncio interfere na liberdade de cada ser humano, perdendo o homem o seu *status* de valor absoluto (Oliveira, 2007).

Os enfermeiros têm definido nos seus estatutos, diversas competências que lhes permitem enfrentar este e outros dilemas, sendo seu dever preservar a dignidade e a autonomia dos

clientes, como essência do exercício da enfermagem.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- DEODATO, Sérgio – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Editora Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- FILIPE, Firmino – Autonomia e Respeito In NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 237-248.
- GERMANO, Ana, et al. – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- MARTINS, José Carlos Amado – O Enfermeiro na Informação ao Doente: para além do dever ético. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1586. Nº 12 (2007), p. 11-14.
- MARTINS¹, José Carlos Amado – Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões. Revista Referência. Coimbra ISSN 0874.0283 n.º12 (2004) p.15-25.
- MARTINS², Lurdes – Beneficência e Não-Maleficência In NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 237-248.
- OLIVEIRA, Paulo- Bioética e a Filosofia de Kant. In MALAGUTTI, William- Bioética e Enfermagem, Controvérsias, Desafios e

Conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007 ISBN 978-85-87600-95-0.

- PEREIRA, Maria- Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Coimbra: Formasau 2008. ISBN 0978-972-8485-92-4.
- TWYLCROSS, Robert – Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

Eletrónicas

- BARBERO, J.-El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. [Em linha]. An.Sist.Sanit.Navar. Vol. 29, Supl. 3 (2006), p.19-27. [Consult. 10 Jan. de 2015]. Disponível em WWW: <[URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN1137-6627.
- BERMEJO, JC, et al.- Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidade de cuidados paliativos: nível de información y actitudes observadas. [Em linha]. Medicina Paliativa 2012 [Consult. 22 Jan. de 2015] Disponível em WWW:<[URL: http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002)>.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA - Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. [Em linha]. Diário da República eletrónico: 1 Série – N.º 2, de 03-01-2001. [Consult. 11 Jan. 2015]. Disponível na WWW: <[URL: http://www.dgpi.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-](http://www.dgpi.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-)

[a4805/downloadFile/file/STE_164.pdf?nocache=1200589304.62](#) >.

- LEI nº15/14 – Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. [Em linha]. 2014. [Consult. 19 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx> >.

- LEI nº48/90 – Lei de Bases da Saúde. [Em linha]. 1990. [Consult. 9 de Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm> > .

- LOTRA, Vanessa- A conspiração do silêncio nas más notícias: o aparente obstáculo intransponível. [Em linha]. Percursos nº6 (Out-Dez 2007), p.10-15 [Consult. 9 de Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n6_dez2007.pdf >. ISSN 1646-5067.

- LUGO, Maria e COCA, Maria- El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. [Em linha]. Psicooncología Vol.5, nº1 2008, p.53-69 [Consult. 10 de Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSI_C0808130053A.PDF >.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta dos Direitos do Doente Internado. [Em linha]. 2011 [Consult. 7 Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico [Em linha]. Ordem enfermeiros:

2009. [Consult. 10 de Jan. de 2015]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consult. 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa [Em linha]. Lisboa: 2011 [Consult. 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consult. 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoA_G20Nov2010.pdf >.

- ORDEM DOS MÉDICOS – Código Deontológico. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 16 Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=c42acc8ce334185e0193753adb6cb77> >.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha].

Ordem dos Enfermeiros: 2012. [Consult. 10 Jan. de 2015]. Disponível na WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf >.

• PEREIRA, Maria – Má Notícia em Saúde: Um Olhar Sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. Texto e Contexto Enfermagem [Em linha]. Vol. 14, nº 1 (2005), p. 33-37. [Consult. 11 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf> >.

• PROCURADORIA - GERAL DISTRITAL DE LISBOA – Código Penal. [Em linha]. 1995. [Consult. a 10 Jan. de 2015]. Disponível em WWW: <URL: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo= >.