

Carla Manuela Lopes Ribeiro

Cenário com Múltiplas Vítimas no Contexto do Serviço de Urgência: Estratégias de Atendimento e Gestão de Emergências

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem





utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Carla Manuela Lopes Ribeiro

**Cenário com Múltiplas Vítimas no Contexto do Serviço de
Urgência: Estratégias de Atendimento e Gestão de Emergências**

Relatório de estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob orientação do
Professor João Manuel Pimentel Cainé

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-Sem Derivações

CC BY-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Ao Professor João Cainé, pela orientação científica deste relatório, pela disponibilidade, mas sobretudo, por nunca ter desistido de mim.

Ao Sr. Major Enfermeiro Augusto Cirne e a toda a equipa que lidera, pela disponibilidade, ajuda e transmissão de conhecimentos durante a realização do estágio.

A ti, António, pelo apoio incondicional, mesmo quando eu desisti.

A vocês, Diana e Eduardo, a quem eu espero conseguir compensar a ausência.

Rosa, Cláudia e Andreia, sem o vosso apoio, nunca teria terminado. Obrigada por não me terem deixado desistir!

À minha equipa, por me incentivarem e “aguentarem o barco” sozinhas.

À minha família, por me ter confortado e apoiado quando o mundo parecia desabar.

A ti, pai, porque sei que me acompanhaste sempre...

A todos, pela força e inspiração para superar todos os obstáculos e alcançar mais esta meta.

Ficarei eternamente grata por vos ter na minha vida. OBRIGADA!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

CENÁRIO COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO E GESTÃO DE EMERGÊNCIAS

RESUMO

Situações de catástrofe e emergência com múltiplas vítimas estão presentes no nosso quotidiano, um pouco por todo o planeta. A ocorrência cada vez mais frequente de fenómenos naturais, riscos biológicos ou radiológicos, ou até mesmo conflitos humanos, deveria consciencializar os enfermeiros para a necessidade de reforçar as competências em desastres e atualizar com frequência a sua formação e participação em exercícios. Os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais de saúde habitualmente envolvidos e são elementos cruciais na resposta a uma situação com múltiplas vítimas, pelo que devem ser envolvidos em todas as fases da gestão de desastres, desde a avaliação do risco e planeamento, até à resposta propriamente dita. Deve ser feito um levantamento das necessidades educacionais e aprimorados os métodos de formação e treino, para que os enfermeiros sejam capacitados do nível de competência exigido para esse tipo de situações. Perante situações de exceção, a triagem assume contornos diferentes da triagem em contexto hospitalar, pela necessidade de dar resposta a múltiplas vítimas, a maior parte das vezes acima da capacidade, o que obriga a selecionar quem deve ou não receber tratamento.

A elaboração deste relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular Opção - Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a metodologia utilizada é a metodologia de projeto, com carácter descritivo e reflexivo das atividades realizadas e competências desenvolvidas. Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço, cujo principal objetivo foi o de promover práticas de qualidade no atendimento de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de emergência e catástrofe. Recorreu-se à realização de uma sessão formativa como forma de melhorar os conhecimentos e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sua preparação para uma intervenção em cenário de emergência e catástrofe, assim como à construção de um fluxograma, para auxiliar na triagem de situação de múltiplas vítimas. Após a análise das respostas ao questionário, aplicado como instrumento de avaliação da sessão, depreende-se que o tema foi considerado muito pertinente, que o interesse da equipa sobre o tema é elevado e que a transmissão de conhecimentos, foi conseguida com sucesso.

Palavras-Chave: enfermeiros; emergência e catástrofe; triagem de múltiplas vítimas.

MULTIPLE VICTIMS SCENARIO IN EMERGENCY ROOM CONTEXT: EMERGENCY CARE AND MANAGEMENT STRATEGIES

ABSTRACT

Disaster and emergency situations with multiple victims are present in our daily lives, all over the planet. The increasingly frequent occurrence of natural phenomena, biological or radiological hazards, or even human conflicts, should make nurses aware of the need to strengthen skills in disasters and frequently update their training and participation in exercises. Nurses are the largest group of health professionals usually involved and are crucial elements in the response to a situation with multiple victims, so they should be involved in all phases of disaster management, from risk assessment and planning, to response. A survey of educational needs should be carried out and training methods should be improved, so that nurses are trained to the level of competence required for this type of situation. In exceptional situations, triage assumes different contours from triage in a hospital context, due to the need to respond to multiple victims, most of the times above the capacity, which forces to select who should or should not receive treatment.

The elaboration of this report comes within the scope of the Option Curricular Unit - Internship, of the Master's Course in Nursing of the Person in Critical Situation, of the Higher School of Nursing of the University of Minho, in consortium with the School of Health of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro and the methodology used is the project methodology, with a descriptive and reflective character of the activities carried out and the skills developed. A Service Intervention Project was developed, whose main objective was to promote quality practices in nursing care for person in critical situation, victims of emergencies and catastrophes. A training session was carried out to improve knowledge and sensitize the nursing team to the importance of their preparation for an intervention in an emergency and catastrophe scenario, as well as the construction of a flowchart, to assist with the multiple victim's triage.

After analyzing the responses to the questionnaire applied as an evaluation tool for the session, it appears that the topic was considered very relevant, that the team's interest in the topic is high and that the knowledge transmission was successfully achieved.

Keywords: nurses; emergency and disaster; multiple victim's triage.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1.1 Caracterização do campo de estágio	16
1.1.1. Gênese Do Hospital Militar Do Porto	17
1.1.2. Serviço de Urgência	18
1.2 Análise Reflexiva Sobre Competências Adquiridas	19
1.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	20
1.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica	24
2. EMERGÊNCIA, CATÁSTROFE E SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO	32
2.1. Triagem de Múltiplas Vítimas	36
2.2. Os Enfermeiros na Resposta a Catástrofes	40
3. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO	44
3.1. Diagnóstico da Situação	44
3.1. Definição dos Objetivos	50
3.2. Planeamento	50
3.3. Execução	52
3.4. Avaliação	55
3.5. Divulgação dos Resultados	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	64
Apêndice I – Questionário Diagnóstico	65
Apêndice II – Cronograma do Planeamento de Atividades	69
Apêndice III – Plano de sessão de formação	71
Apêndice IV – Apresentação da sessão de formação	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.º - artigo

al. – alínea

p. – página

n.º - número

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CNPC – Comissão Nacional de Proteção Civil

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

GPT – Grupo Português de Triagem

HFAR – Hospital das Forças Armadas

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PEH- Plano de Emergência Hospitalar

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PNRRC – Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

SALT - Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport

SNS – Sistema Nacional de Saúde

START - Simple Triage and Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

TRTS – Triage Revised Trauma Score

TSS - Trauma Sieve and Sort

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UNDRR – United Nations Office for Disaster Risk Reduction

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Folha de Catástrofe.....	39
Figura 2 - Análise SWOT do SU	46
Figura 3 - Avaliação Primária.....	53
Figura 4 - Avaliação Secundária.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Género.....	47
Gráfico 2 – Idade (anos)	47
Gráfico 3 – Formação académica.....	47
Gráfico 4 – Experiência profissional (anos)	48
Gráfico 5 – Tempo em funções no serviço (anos)	48
Gráfico 6 – Tem formação na área de triagem em cenário com múltiplas vítimas?.....	48
Gráfico 7 – Alguma vez participou num simulacro?.....	49
Gráfico 8 – Alguma vez experienciou um evento com múltiplas vítimas?.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Respostas ao questionário diagnóstico.....	49
Tabela 2 – Escala TRTS	55
Tabela 3 - Avaliação da Sessão de Formação.....	56

INTRODUÇÃO

O presente relatório, surge no âmbito da Unidade Curricular Opção - Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Este decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital das Forças Armadas (HFAR) Porto, no período de fevereiro a julho de 2022, com uma duração total de 400 horas.

Situações de catástrofe e emergência com múltiplas vítimas estão presentes no nosso quotidiano, um pouco por todo o planeta. Estas ocorrências têm em comum a sua imprevisibilidade e o impacto avassalador que pode causar na comunidade onde ocorrem, salientando condições de vulnerabilidade para o indivíduo, família e comunidades.

Ao longo dos últimos anos, houve um conjunto de fatores que precipitaram maiores riscos de emergência e desastres, de onde se destacam exemplos como urbanização não planeada, alterações climáticas, sistemas de saúde debilitados e conflitos. O impacto que estas emergências têm na vida das pessoas, também se tornou maior, essencialmente devido ao aumento da exposição e vulnerabilidade, como é o exemplo da pobreza (World Health Organization, 2017).

De acordo com dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2008 e 2017, houve um registo de cerca de 200 milhões de pessoas por ano, afetadas por fenómenos extremos naturais, de entre os quais resultaram 70000 mortos por ano, e com um impacto na economia anual, que ascende a mais de 160 000 milhões de dólares americanos. Se se tiverem em conta os conflitos, também daí resultaram vítimas que ascenderam às dezenas de milhões (World Health Organization, 2017).

Por sua vez, dados revelados pelo *Center for Research of the Epidemiology of Disasters*, demonstram o registo de 432 desastres naturais, a nível mundial, durante o ano de 2021, dos quais resultaram, 101.8 milhões de pessoas afetadas e mais de 10000 mortes. Esta mesma entidade, refere que em 2021 houve um aumento significativo deste tipo de fenómenos (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2021).

A operacionalização da resposta em contexto de catástrofe envolve profissionais de diversas áreas num complexo trabalho de equipa. Este fenómeno evidencia a necessidade de soluções

integradas num processo contínuo que se inicia no pré-hospitalar, continua no intra-hospitalar e culmina no regresso à comunidade.

Os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais de saúde habitualmente envolvidos e desempenham um papel fundamental, que vai desde o planeamento até à resposta propriamente dita na preparação para emergências. Integram equipas de resposta de intervenção rápida, coordenação e gestão em situações de emergências com múltiplas vítimas e catástrofe e é expectável que sejam capazes de intervir adequadamente perante uma situação inesperada, no entanto, é fulcral estarem convenientemente treinados para o efeito (Goniewicz et al., 2021).

Na prática, os enfermeiros contribuem e influenciam as abordagens integradas, reveladoras de competências especializadas no cuidado à PSC. É a partir do desenvolvimento das competências do enfermeiro generalista, que se evidencia a prática do Enfermeiro Especialista (EE), que, independentemente da área de especialização, partilha um conjunto de saberes denominados de competências comuns. O aprofundamento do conhecimento na área de intervenção escolhida traduz-se no estabelecimento das Competências Específicas intrínsecas a essa especialidade (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019) .

No Regulamento das Competências Comuns do EE, é possível constatar que um dos domínios assinalados é o contributo para a melhoria da qualidade, em que reconhece como necessária a *“avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua, no sentido de desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4747). É também competência do EE participar *“na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional”* (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4747).

Neste contexto, o tema surge após entrevista informal com o Enfermeiro Gestor do SU, durante a qual foi manifestado o interesse de assegurar a excelência na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, vítima de uma situação de exceção, e tendo por base quer a descrição das competências comuns do EE, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), a pesquisa foi direcionada para o domínio da prestação de cuidados na área do

doente crítico, de encontro com as necessidades identificadas no serviço onde o estágio foi desenvolvido.

Neste sentido, e indo ao encontro do que está preconizado no regulamento de competências do EEEMCPSC, em que faz parte a intervenção do EE na conceção, planeamento e gestão da resposta a situação de emergência, exceção ou catástrofe, desenvolveu-se um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), sustentado na Metodologia de Projeto, subordinado ao tema supracitado, com objetivo geral de **Promover práticas de qualidade no atendimento de enfermagem à PSC, vítima de emergência e catástrofe** e objetivos específicos: i) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sua preparação para uma intervenção em cenário de múltiplas vítimas; ii) Elaborar uma proposta de fluxograma de triagem perante cenário de múltiplas vítimas.

O presente trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro é realizada a caracterização do campo de estágio e a análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas como EEEMCPSC. O segundo capítulo, enquadra a fundamentação teórica do tema escolhido. No terceiro capítulo, é feita a descrição da metodologia escolhida, bem como a sua justificação. Por último, são apresentados as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices.

Este relatório é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, cumprindo as normas da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e segue as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association* (7ª edição) (APA, 2020).

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio clínico é provavelmente o momento formativo mais enriquecedor para os enfermeiros, pois possibilita experienciar todas as situações para as quais têm vindo a preparar-se, ao longo de uma extensa jornada teórica. É a etapa de mobilizar, aplicar e consolidar os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo uma consciência holística das diversas situações e adequando a sua prática aos diferentes contextos. A consolidação desses conhecimentos é o auge da sua aprendizagem, pois vai ser o momento de partida para a transposição para experiências futuras semelhantes.

O percurso pelo SU do HFAR Porto permitiu experienciar uma diversidade de acontecimentos, proporcionando uma reflexão dos comportamentos a adotar no futuro, perante situações em que é necessária uma intervenção rápida e antecipatória. Refletindo-se na aquisição inequívoca de competências especializadas e de um elevado desempenho na planificação de ações.

No próximo subcapítulo, é feita a descrição do campo de estágio, com uma breve alusão ao seu enquadramento legal e participação na história do nosso país.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas, aprovada pela Lei Orgânica n.º 1-A/2009, de 7 de julho, e a Lei Orgânica do Estado-Maior-General das Forças Armadas, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 234/2009, de 15 de setembro, consagraram a criação do HFAR enquanto hospital militar único, sendo que a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro, que aprovou as orientações para a execução da reorganização da estrutura superior da defesa nacional e das Forças Armadas, preconizou que o HFAR deveria ficar organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto (Decreto-Lei n.º 234/2009 Do Ministério Da Defesa Nacional, 2009).

Posteriormente, em 2014, é efetivada a criação do HFAR como um estabelecimento hospitalar militar, “*que se constitui como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional*”, cuja dependência direta está assente no Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas (Decreto-Lei n.º 84/2014 Série I Hospital Das Forças Armadas, 2014).

Neste mesmo decreto, está vertida a missão do HFAR, que passa essencialmente por “*prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes*” e as atribuições, de onde se destacam no Artº 4, ponto 2, a al. g) “*promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)*” e a al. j) “*articular com as estruturas do SNS e com as autoridades de proteção civil as modalidades de resposta às situações de acidente grave ou catástrofe*” (Decreto-Lei n.º 84/2014 Série I, 2014, p.2).

1.1.1. Génese Do Hospital Militar Do Porto

Para uma melhor compreensão da inclusão do HFAR Porto na resposta sanitária, quer às forças armadas e/ou de segurança, quer à população em geral, é fundamental conhecer a sua história.

No início do século XIX, a cidade do Porto foi palco de intensa atividade militar, inicialmente, relacionada com a guerra peninsular (invasões francesas) e posteriormente com a guerra civil. Como consequência, houve uma maior necessidade de apoio sanitário a prestar aos militares da cidade do Porto, bem como de toda a região norte do país, que antes da construção do Hospital Militar do Porto, era realizado em instalações improvisadas, apelidadas de hospitais (Santos, 2021) .

Era cada vez maior a necessidade de criar instalações próprias e mais adequadas para a prestação de cuidados de saúde às tropas, pelo que é autorizada a construção de um hospital militar no Porto em 1854, por ordem de D. Pedro V, pese embora que o jovem rei viesse a falecer sem nunca o ter visitado, no entanto, seu irmão D. Luiz fez questão de concretizar a vontade de seu antecessor e ordenou a construção do Hospital Militar de D. Pedro V, nome pelo qual ainda hoje é conhecido (Santos, 2021).

Desde cedo, o Hospital Militar, viu-se envolvido na resposta sanitária a situações com múltiplas vítimas, como foi exemplo, durante os movimentos revolucionários de 31 de janeiro de 1891 e de fevereiro de 1927, para onde foram evacuados os feridos militares, mas também a população em geral (Santos, 2021).

O Hospital Militar do Porto, conhecido por Hospital Militar Regional nº 1 (D. Pedro V), pertenceu ao ramo do Exército português até 2014, ano em que passou a denominar-se Hospital da Forças Armadas – Pólo do Porto, sendo o único localizado a norte do país e também o

primeiro a servir como hospital comum aos três ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança da Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública (Santos, 2021).

Mais recentemente, na sequência da pandemia por Covid-19, também as instalações e recursos deste hospital, foram utilizados para dar resposta a um tão elevado número de vítimas, que levaram ao esgotamento dos recursos e da estrutura do SNS.

1.1.2. Serviço de Urgência

O SU do HFAR Porto que apesar de não fazer parte da rede nacional de urgências, ou tampouco da rede de referência pré-hospitalar, é considerado um Serviço de Urgência Básico (SUB), pelas características que lhe são inerentes. Constitui “*um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência*”, mas também é capaz de dar resposta nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado (Despacho n.º 10319/2014 Do Ministério Da Saúde, 2014, p. 20673).

Da mesma forma que acontece nos Serviços de Urgência em geral, também aqui é frequente a entrada aleatória de utentes com situações urgentes e/ou emergentes, apesar da restrição do acesso ao atendimento nesta instituição, pois apenas é dirigido aos beneficiários das Forças Armadas, Forças de Segurança (Guarda Nacional Republicana e Polícia de Segurança Pública) e seus familiares, que a este recorrem por meios próprios.

À semelhança do que foi sugerido pela Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) para a constituição de um SUB, o SU do HFAR Porto dispõe da presença permanente de dois médicos, dois enfermeiros, um Técnico de Radiologia, um Técnico de Análises Clínicas, um Assistente Operacional e um Socorrista (com funções de administrativo e de Assistente Operacional). O SU dispõe ainda de uma ambulância medicalizada para transporte de pessoas que necessitem de um nível de cuidados mais diferenciados. Normalmente, quando isto acontece, principalmente, na pessoa que necessite de ventilação mecânica invasiva, é ativado o Médico Anestesiologista de prevenção para garantir o transporte inter-hospitalar (Despacho n.º 10319/2014 Do Ministério Da Saúde, 2014).

Relativamente à sua estrutura física, o SU é constituído por um balcão dedicado à admissão administrativa, uma sala de espera contígua, uma sala de triagem, dois gabinetes médicos, uma sala de emergência, uma sala de atendimento permanente, uma sala de pequena cirurgia, duas salas de observação, uma delas destinada a pessoas com patologia do foro respiratório, com

capacidade para seis camas no total, sendo uma de isolamento, com pressões negativas. Existe ainda uma Unidade de Cuidados Intermédios, com três unidades totalmente equipadas com monitorização não invasiva e invasiva.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por um Enfermeiro Gestor e dezoito enfermeiros na prestação direta de cuidados. Existem 4 elementos em regime de horário fixo e os restantes, em regime de horário por turnos rotativos: manhã (8h-14h30), tarde (14h-20h30) e noite (20h-8h30). Em todos os turnos, o enfermeiro responsável é o mais diferenciado (anos de experiência e/ou especialidade) dos elementos presentes. Do total dos elementos da equipa, cinco são detentores de título de especialista.

Relativamente aos equipamentos, o SU está apetrechado de vários monitores com possibilidade de monitorização não invasiva e invasiva, dois monitores desfibriladores LifePack 15, um ventilador Maquet Servo-air na Unidade de Cuidados Intermédios, dois ventiladores para ventilação não invasiva VIVO 40, dois ventiladores de ventilação não invasiva ST RESMED, um ventilador de transporte Zoll EMV+731 Séries na sala de emergência, um eletrocardiógrafo, material para pequena cirurgia e material de imobilização e estabilização para trauma.

1.2 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Seguindo o modelo de Patricia Benner (2001), o processo de aquisição de competências pelos enfermeiros, ocorre em cinco estádios: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito, sendo que a excelência da prática dos cuidados, acontece neste último.

O iniciado é um novato, com pouca ou nenhuma experiência prática, dependente de regras e instruções para realizar as tarefas, não revelando um conhecimento do contexto ou significado mais amplo da prática (Benner, 2001).

O iniciado avançado já apresenta algum conhecimento prático, mas ainda depende de regras e orientação para desempenhar as suas funções, embora já comece a desenvolver um raciocínio de significado e de contexto (Benner, 2001).

O competente tem mais experiência prática e é capaz de integrar o conhecimento teórico e prático para realizar tarefas de forma mais eficaz. Já começa a tomar decisões com base na sua experiência e é capaz de lidar com situações imprevistas (Benner, 2001).

O proficiente, por sua vez, apresenta um alto nível de experiência prática e é capaz de perceber situações de forma mais ampla, reconhecendo as nuances do contexto. Ele consegue improvisar quando necessário e desenvolver uma abordagem particularizada na sua prática (Benner, 2001).

Por último, o perito apresenta um nível extremamente alto de experiência prática e é capaz de perceber rapidamente as complexidades da situação. Consegue lidar com múltiplos problemas simultaneamente e desenvolver soluções criativas e inovadoras para problemas (Benner, 2001).

Ainda de acordo com a mesma autora, a aquisição de competências é um processo contínuo e fundamental para se alcançar o nível de perito em determinada área. Benner, enfatiza ainda que a aprendizagem prática é essencial para o desenvolvimento da competência e que a teoria e a prática devem ser integradas para que um profissional possa desenvolver uma abordagem eficaz e significativa (Benner, 2001).

1.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

É a partir do desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que surge a prática especializada em Enfermagem, que, independentemente da área de especialização, partilha um conjunto de saberes denominados de competências comuns, *“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”* (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745). Estas competências passam por várias dimensões, das quais se destacam: a liderança, o aconselhamento e orientação dos pares e a procura pela informação e investigação, sempre com o objetivo de evoluir e melhorar a prática de enfermagem.

As competências comuns subdividem-se em quatro domínios: i) o da responsabilidade profissional, ética e legal; ii) o da melhoria da qualidade; iii) o da gestão de cuidados e iv) o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal

Na sua prática diária, o EE garante a aplicação de princípios ético-deontológicos e demonstra o respeito pelos direitos humanos, conseguindo antever potenciais situações comprometedoras para a pessoa (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Em contexto de urgência, é mais comum do que seria desejável, encontrar salas sobrelotadas, que tornam extremamente difícil garantir a privacidade das pessoas. Apesar da disponibilidade de barreiras físicas para facilitar a tarefa, é essencial avaliar o espaço envolvente e, sempre que possível, encontrar uma área mais reservada para o efeito. Quanto mais complicada for a situação, a necessidade de intervir for mais urgente, ou perante um cliente não reativo a estímulos, maior o risco de comprometer a privacidade. É natural o foco estar sobre o maior risco, no entanto, uma das características que distinguem a atuação do EE dos restantes elementos, é a sua pautação por princípios éticos e deontológicos.

Em retrospectiva, neste estágio clínico, a intervenção à PSC foi refletida e consciente salvaguardando na íntegra, o respeito pelos seus direitos, o acesso à informação, à privacidade e confidencialidade, à escolha e autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde, isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

É irrefutável que os princípios éticos estão omnipresentes nas práticas diárias dos enfermeiros e que o EE deve ser um elemento facilitador desta discussão e reflexão no seu local de trabalho, tornando omnisciente a deontologia que rege a profissão e as ações da equipa de enfermagem.

Melhoria contínua da qualidade

O EE é o elemento que participa ativamente em programas de desenvolvimento e suporte de projetos institucionais, garantindo práticas de qualidade, revistas e validadas. Considera fundamental um ambiente favorável à efetividade terapêutica, focado na pessoa, promovendo a prevenção de acidentes (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

O EE pode aplicar princípios de melhoria contínua da qualidade identificando áreas de melhoria, desenvolvendo protocolos e fluxos de trabalho mais eficientes, e implementando

medidas preventivas para evitar eventos adversos (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Com base neste preceito, foi possível identificar algumas áreas de melhoria, especialmente no que concerne ao atendimento de enfermagem em situações de exceção. O Enfermeiro Gestor, confidenciou ainda não ter tido oportunidade de envolver a equipa na preparação para situações de emergência e catástrofe, através de formação em serviço, formação avançada, ou até mesmo em simulacros.

Desta forma, e indo ao encontro dos objetivos propostos para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma intervenção em serviço com vista ao desenvolvimento de práticas de qualidade no atendimento de enfermagem à PSC, vítima de emergência e catástrofe, através da realização de formação em serviço e da elaboração de fluxogramas facilitadores para a realização da triagem em situações com múltiplas vítimas.

No decorrer do presente estágio, surgiu ainda a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento dos processos para a certificação no Sistema de Gestão da Qualidade (ISO: 9001) do SU, possibilitando a compreensão dos parâmetros e as determinações exigidas para o seu efeito. Assim como a possibilidade de explorar a plataforma AGIR, através da qual estão explanados todos os documentos de trabalho desenvolvidos no âmbito da melhoria contínua da qualidade (Comissão da Qualidade e Segurança, 2020).

Indo ao encontro das exigências do processo de certificação do SU, todas as pessoas que dão entrada no SU do HFAR Porto, com destino para o internamento, são avaliadas, respeitando as escalas preconizadas e de preenchimento obrigatório, como são exemplo a escala de risco de queda de Morse, a escala de risco de úlcera de pressão de Braden e a escala de avaliação funcional de Barthel (Comissão da Qualidade e Segurança, 2020).

A segurança da pessoa é sempre garantida e uma prioridade instituída no serviço, cumprindo com as indicações da OMS, sobre o investimento em atividades organizadas que criam comportamentos, procedimentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde, com o objetivo de reduzir o risco e evitar os erros, reduzindo o impacto dos danos para a pessoa (Comissão da Qualidade e Segurança, 2020; World Health Organization, 2021a) .

Nos tempos atuais, a ocorrência de incidentes de segurança na prestação de cuidados de saúde é uma realidade e preocupação dos sistemas de saúde. O número de intervenientes envolvidos nos cuidados de saúde, potenciam esta problemática. A OMS sugere a implementação de

medidas e boas práticas que se foquem no utente, dando ênfase aos medicamentos de alto risco ou alerta máximo, polimedicação, e as transições entre cuidados (Barroso et al., 2021; World Health Organization, 2021a).

No seguimento destas preocupações globais, também a Direção-Geral de Saúde (DGS) elaborou um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que pretende a máxima segurança e excelência nos cuidados de saúde, sendo a segurança da medicação um dos pontos visados (Despacho n.º 9390/2021 Do Ministério Da Saúde: Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes, 2021).

Tendo em consideração o supracitado, nesta passagem pelo SU do HFAR Porto, foram respeitados todos os princípios de segurança na administração de medicação, sangue e hemoderivados, quanto à verificação/confirmação da pessoa certa, ao medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registo certo, preparação certa, conhecimento certo e educação certa, assegurando condições de assepsia e realizando o registo e monitorização adequados (Barroso et al., 2021; Comissão da Qualidade e Segurança, 2020; World Health Organization, 2021a).

Gestão dos cuidados

O EE assume a liderança mais adequada às necessidades e recursos disponíveis, garantindo sempre a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

Quanto a este domínio, houve a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Gestor em alguns turnos, no desempenho das suas funções. Com destaque das seguintes atividades:

- i. Elaboração do horário mensal, assegurando a distribuição homogénea dos elementos nos diferentes turnos, com o objetivo de garantir equipas equilibradas, com diferentes competências e experiência profissional;
- ii. Gestão da distribuição diária dos elementos pelas diferentes áreas, consoante as aptidões, valências e/ou limitações dos elementos da equipa;
- iii. Gestão para o cumprimento dos rácios, seguindo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- iv. Gestão de materiais clínicos e não clínicos;

- v. Gestão dos equipamentos, assegurando o seu funcionamento na verificação e testagem diária, bem como na garantia da sua manutenção e calibração.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE pauta a sua prática clínica baseado nas mais recentes evidências científicas, influenciando os pares na procura pelo conhecimento contínuo. Sensível à questão do autoconhecimento, reconhece a forma como se relaciona com o outro, a equipa e a própria instituição (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

O aprofundamento do conhecimento na área de intervenção escolhida, traduz-se no estabelecimento das competências específicas intrínsecas a essa especialidade, que lhe atribui um *“conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”* (Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019, p. 4745).

O Enfermeiro Gestor do SU HFAR Porto, elabora anualmente um plano de formação, que pode ser contínua, pós-graduada ou especializada, visando dotar os enfermeiros de competências para o seu prática e desempenho na prestação de cuidados à PSC, sendo esta formação ministrada ou financiada pela instituição.

No âmbito deste domínio, houve a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento da aprendizagem, por parte da equipa de enfermagem, com vista à aquisição de práticas de qualidade no atendimento à PSC, vítima de emergência e catástrofe, que foi concretizada através da realização de uma formação em serviço, cujo foco foi a triagem de múltiplas vítimas, em contexto intra-hospitalar.

1.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação Crítica

A definição de PSC encontra-se exposta no Regulamento n.º 429/2018 da OE e traduz-se como sendo *“aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018, p. 19362). O

atendimento a este tipo de situação, obriga à mobilização de conhecimentos altamente complexos e requer uma aquisição de competências especializadas intrínsecas ao EEEMCPSC. Estes cuidados especializados são prestados com o objetivo da recuperação total da pessoa, baseados numa monitorização contínua, na prevenção de complicações e limitação de incapacidades, agindo com precisão e de forma atempada (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

A condição crítica da pessoa que nos é apresentada, pode derivar de variadas situações que lhe provocam uma alteração brusca e violenta do estado de saúde com impacto no funcionamento de um ou mais órgãos vitais, que podem colocar a sua vida em risco, e o EEEMCPSC, deve ser capaz de intervir e responder pronta e adequadamente perante tal cenário. Um dos cenários que pode ser especialmente exigente, é o de múltiplas vítimas, uma vez que, habitualmente, a capacidade de resposta é inferior às necessidades objetivadas (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

De uma forma geral, o EEEMCPSC deve orientar a sua conduta com base em três competências específicas: i) cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; ii) dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação; iii) maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

De seguida, será feita a descrição das unidades de competência para cada uma das três competências específicas, com os respetivos critérios de avaliação, transpondo-as para as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio clínico.

Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

É expectável que o EEEMCPSC, demonstre perícia para responder de forma eficaz perante situações complexas, com risco iminente de falência orgânica, atuando antecipadamente em focos de instabilidade, com o recurso a técnicas altamente complexas e revelando conhecimentos especializados (por ex. o Suporte Avançado de Vida e Trauma), com o intuito

de manter as funções básicas de vida, antecipando complicações e evitando incapacidades (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

O SU é um campo de estágio facilitador ao desenvolvimento desta competência, riquíssimo em número, diversidade e complexidade de situações clínicas, que proporcionam oportunidades de aprendizagem e experiências muito enriquecedoras.

O EEEMCPSC acompanha a pessoa desde a entrada no SU, identificando critérios de gravidade ou focos de instabilidade e adequa a sua intervenção em resposta a possíveis complicações. Houve a oportunidade de vivenciar situações complexas, decorrentes de patologias do foro respiratório, cardíaco, metabólico, renal, neurológico e músculo-esquelético, que permitiram a possibilidade da colocação em prática dos cuidados de enfermagem especializados e diferenciados à PSC, tendo como objetivo uma abordagem eficiente, precisa, concreta e em tempo útil.

A intervenção à PSC em sala de emergência, talvez seja a mais exigente para o EEEMCPSC, em contexto de SU. É-lhe imposta uma capacidade de “*observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados*” (Diário da República n.º 135/2018, Série II, p. 19363), acompanhando a situação e evolução da situação, para poder intervir de forma célere e precoce, prevenindo complicações (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

As situações de trauma mais comuns que houve oportunidade de acompanhar durante este estágio, prendem-se com a componente operacional associada à atividade militar e a maioria aconteceu entre a população jovem adulta. Seguidamente, o outro tipo de trauma mais frequente é o trauma cranioencefálico, que está mais associado a uma população envelhecida, habitualmente com várias comorbilidades associadas, com medicação hipocoagulante instituída, motivo gerador de preocupação e necessidade de vigilância e monitorização contínua. A utilização de protocolos terapêuticos complexos, é acreditada pela aptidão para diagnosticar antecipadamente complicações, responder de forma adequada, monitorizar problemas identificados e saber atuar perante situações de morte cerebral, para promover a manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. Paralelamente, perante a PSC vítima de TCE, foram desenvolvidas e demonstradas competências na interpretação e adequação de ações terapêuticas, nomeadamente na monitorização de estado de consciência, dos parâmetros vitais e antecipação de complicações (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Em todas as situações possíveis, a família/cuidador foi acolhida, com respeito pela vontade da pessoa, no intuito de integrar o seu familiar/cuidador no processo de recuperação, mas também como alvo de cuidados, uma vez que esta experiência pode ter um impacto muito negativo, ou até mesmo avassalador, estabelecendo-se uma relação empática com os membros que o rodeiam.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou em falência multiorgânica é também uma competência e responsabilidade do EEEMCPSC. A utilização de medidas para o seu alívio e a garantia do seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual é, provavelmente, uma das unidades de competência mais difíceis de atingir, no entanto, o EEEMCPSC possui e é um líder na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Em 2003, a DGS elaborou uma circular normativa com a implementação da Dor como 5º Sinal Vital, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, determinando a sua avaliação de modo contínuo e regular (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A dor, para além de uma experiência desagradável, é subjetiva, única, dinâmica e está associada a quase todas as patologias que requerem cuidados de saúde urgentes. O controlo da dor constitui um dever dos profissionais de saúde, um direito das pessoas e *“um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde”* (Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 1; DSPDPS/ Núcleo Coordenador do Programa, 2017) .

À semelhança do que acontece noutros contextos, também no SU, é o enfermeiro o profissional de saúde que passa mais tempo junto da pessoa com dor, logo, tem a oportunidade para dar *“visibilidade às suas ações autónomas e/ou interdependentes que promovem o conforto e alívio da dor”* (Castanheira et al., 2015, p. 5).

A OE defende como boas práticas que a presença de dor e sua intensidade devem ser avaliadas, valorizadas e monitorizadas, para aumentar o sucesso da estratégia terapêutica (Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem, 2008).

Neste estágio, sempre que possível, procurou-se implementar medidas para a promoção de um ambiente tranquilo, facilitar a presença da pessoa significativa junto da pessoa, e quando possível o toque terapêutico.

No SU do HFAR Porto, são utilizadas duas escalas para a monitorização da dor: a escala de faces e a escala numérica, que têm a desvantagem de apenas poderem ser utilizadas em pessoas conscientes.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

“Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018, p. 19362). Situações estas que sucedem de forma imprevisível, sendo o serviço de urgência a “porta de entrada”, com implicação direta na prestação de cuidados.

O EEEMCPSC desempenha um papel fundamental na elaboração, implementação e avaliação de planos de emergência intra-hospitalar, utilizando os seus conhecimentos clínicos e habilidades técnicas para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes, equipas de saúde e demais envolvidos (Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017).

O EEEMCPSC deve fazer parte do grupo de trabalho responsável pela elaboração do Plano de Emergência Hospitalar (PEH), deve conhecer o Plano de Emergência Nacional, Distrital e Municipal, deve ser um impulsionador da divulgação e colocação em prática, através de simulações do PEH e, para além disso, está preparado e sabe intervir perante uma emergência e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Perante uma emergência, catástrofe ou situação de exceção, o EEEMCPSC, é capaz de prestar cuidados especializados à pessoa vítima de trauma, agir em segurança, estar familiarizado com o método de triagem preconizado para este tipo de realidade e assegurar o meio de evacuação mais adequado, com o cuidado de registar e transmitir a informação mais pertinente. É o membro mais diferenciado da equipa e facilmente a lidera, gerindo os recursos e distribuição dos mesmos da forma mais eficaz (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Um ponto também importante, é o da sensibilidade para identificar e diagnosticar precocemente indícios da prática de crime, salvaguardando a preservação de vestígios (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Apesar de esta não ter sido uma competência desenvolvida em termos práticos, pela impossibilidade de vivenciar uma situação real de emergência e catástrofe, foi realizado um aprofundamento dos conhecimentos sobre esta área de intervenção e talvez esta seja a competência específica sobre a qual foi dado mais ênfase ao longo do trabalho, pois a emergência e catástrofe é a temática desenvolvida para reforçar o PIS proposto.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

No âmbito da prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou de falência orgânica, o EEEMCPSC no sentido de garantir uma monitorização das práticas para o controlo de infeção e dos recursos necessários para implementar e assegurar o cumprimento integral das normas e protocolos de controlo de infeção, tendo como meta desenvolver ações de melhoria, que garantam a redução do risco de infeção, diminuindo o mais possível dano ao utente e garantir um ambiente seguro para os profissionais de saúde (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

A segurança do utente é um exigente desafio na atualidade, portanto a DGS elaborou um Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2021-2026, que pretende a máxima segurança e excelência nos cuidados de saúde, tendo como base 5 pilares. Um dos pilares assenta na premissa de práticas seguras em ambientes seguros, na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos (Despacho n.º 9390/2021 Do Ministério Da Saúde: Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes, 2021).

Segundo a DGS (2017), *“As infeções associadas aos cuidados de saúde aumentam a morbidade e mortalidade, prolongam os internamentos e elevam os custos em saúde”* (Lebre et al., 2017, p. 5). Neste contexto, o EEEMCPSC é o elo dinamizador no desenvolvimento de estratégias e regras de boas práticas, a adotar por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, com a finalidade de aumentar padrões de qualidade e reduzir riscos associados aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

O EEEMCPSC deve ter amplo conhecimento no que concerne às normas, diretivas dos Grupos de Coordenação Locais - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos ou de Comissões de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH), e ter como meta

a aplicação dos princípios de prevenção e controlo de infeção no cuidado à PSC e/ou falência multiorgânica, desenvolvendo no serviço estratégias de melhoria dos cuidados baseadas em evidência científica (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018).

Sabe-se que a utilização de procedimentos invasivos na abordagem à PSC é muito comum, aumentando o risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), portanto todos os esforços são necessários para a promoção da prestação de cuidados seguros para a pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Constatou-se que no SU do HFAR Porto, a equipa tem muito presente uma cultura de prevenção e controlo de infeção, que vai desde a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual (EPI), à colocação adequada das pessoas consoante o risco de transmissão de agentes infecciosos, ao respeito pelas normas de controlo ambiental e higienização de equipamentos, assim como a correta higienização das mãos, manuseamento seguro da roupa usada, recolha segura de resíduos, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No que diz respeito às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) vertidas da norma n.º29/2012 da DGS atualizada em 2013, são conhecidas e aplicadas por todos os profissionais, pois existe formação anual ministrada pela CCIH para a divulgação da mesma norma e o EEEMCPSC, elo de ligação à comissão de controlo de infeção, promove a implementação de todas as normas vigentes no serviço, através de sessões de formação, realização de pósteres com as *bundles* e normas, realização de auditorias e observação das práticas do serviço (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Neste serviço existem pósteres expostos com informação da atuação em caso de exposição de risco no local de trabalho provocado por corte ou picada, assim como o modo de atuação em caso de derrame de sangue e fluidos orgânicos, que é considerado um evento de risco.

No sentido de dar resposta aos objetivos do programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, é necessário assegurar a vigilância epidemiológica das IACS e garantir o adequado planeamento em saúde e a produção de indicadores de qualidade dos cuidados prestados. O EEEMCPSC contribui para o desenvolvimento e aplicação de programas de vigilância epidemiológica da instituição, quer na recolha e avaliação de informação, quer no registo e no tratamento de dados obtidos.

Durante a passagem pelo SU ocorreu a oportunidade de receber e acompanhar a auditoria ao serviço por parte da CCIH, função atribuída ao EEEMC do serviço e elo de ligação à CCIH.

Foi sempre uma preocupação constante durante o percurso pelo SU do HFAR, ser veículo de informação para assegurar o bom cumprimento das normas por parte dos elementos das equipas. Ao longo deste estágio, foi sempre de extrema preocupação, uma atuação prática de excelência no manuseamento de dispositivos invasivos, na prevenção de infeções associadas, na realização dos rastreios obrigatórios, preconizados pela DGS e instituição (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina - MRSA, *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* - KPC, coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 - SARS-Cov2) e na implementação das medidas de isolamento adequadas às necessidades das vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas) dos utentes admitidos (Direção-Geral da Saúde, 2013; Rodrigues et al., 2018).

Durante o estágio e de acordo com função do EEEMCPSC, foi desenvolvido um papel de supervisão da aplicação dos protocolos de limpeza e higienização ambiental nas rotinas de cada turno, assegurando as boas práticas na higienização das unidades dos utentes, equipamentos, periodicidade e rotinas de limpeza e desinfeção de equipamentos clínicos, no sentido da promoção de ambiente seguro. Neste aspeto, pode salientar-se que o espaço físico do SU possui algumas limitações pela falta de espaço para o correto armazenamento dos contentores de resíduos cheios e dos sacos de roupa usada. A estratégia adotada para a minimização dessa limitação, passa por assegurar uma recolha mais frequente dos contentores e sacos da roupa usada (Direção-Geral da Saúde, 2013).

De salientar que houve a plena consciência do desenvolvimento desta competência neste estágio, com um papel ativo e diferenciado na prevenção e controlo de infeção, inerente ao EEEMCPSC.

2. EMERGÊNCIA, CATÁSTROFE E SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Ao longo dos dois últimos anos, o mundo deparou-se com uma ameaça biológica, sem precedentes, que veio colocar sob pressão todos os sistemas de saúde, esgotando recursos humanos, materiais e até mesmo a capacidade estrutural da maior parte dos hospitais, limitando a capacidade de resposta mais adequada a todas as solicitações.

Muito embora este tenha sido um fenómeno global, para o qual a maior parte da população está sensível, facilmente percebemos, através dos meios de comunicação social, de eventos catastróficos, que ocorrem inesperadamente, com alguma frequência, e que podem assumir várias formas:

- i. Fenómenos naturais - terremotos, deslizamento de terras, tsunamis, ciclones, temperaturas extremas, inundações ou secas;
- ii. Riscos Biológicos - surtos de doenças incluindo epidemias ou pandemias em humanos, animais ou vegetais;
- iii. Riscos Químicos/Nucleares - libertação de agentes químicos e radiológicos, explosões, acidentes com transporte e falhas de infraestruturas;
- iv. Eventos Sociais - conflitos, atos de terrorismo, migração e emergências humanitárias (World Health Organization, 2021b).

A saúde pública é constantemente ameaçada por uma multiplicidade de fenómenos, de diferentes escalas e consequências, que apesar das medidas preventivas, continuam a acontecer e devem ser as comunidades locais e os próprios estados, a encontrar meios de preparação para dar uma resposta mais atempada e eficaz, limitando as consequências a nível humano, económico ou social (World Health Organization, 2021b).

Em dezembro de 1999, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou um departamento responsável pela redução do risco de desastres, conhecida por *United Nations Office for Disaster Risk Reduction* (UNDRR), com o propósito de alertar para os riscos e necessidade de preparação da comunidade internacional para potenciais ameaças, sejam elas do foro ambiental, meteorológico ou epidemiológico (United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2021).

Também em Portugal, foi constituída uma entidade, sob a tutela da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), criada formalmente em maio de 2010, para dar cumprimento às

recomendações da UNDRR, apelidada de Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes (PNRRC) (*Plataforma Nacional Para a Redução Do Risco de Catástrofes*, 2010).

Recentemente, a OMS elaborou o manual “*The Strategic Framework for Emergency Preparedness*”, que consiste num guia de orientação para a comunidade internacional, onde reúne informações retiradas de eventos anteriores e estão identificadas estratégias que os países podem adotar como forma de preparação para eventuais situações de emergências de saúde, de modo a fortalecerem as suas capacidades operacionais (World Health Organization, 2017). Esta moldura faz referência a “*surtos locais e nacionais de doenças infecciosas com potencial de atravessar as fronteiras*”, como as epidemias e/ou pandemias, bem como outros tipos de “*emergências causadas por riscos naturais, tecnológicos e sociais que podem ter um impacto significativo na saúde das pessoas e na sociedade*” (World Health Organization, 2017, p. ix).

Para melhor se compreender o enquadramento desta temática, é fundamental esclarecer conceitos. Por isso, começamos pelo conceito de emergência que, segundo a OMS, é definido como um “*evento ou ameaça que produz ou tem o potencial de produzir uma variedade de consequências que requerem uma ação urgente e coordenada*”(World Health Organization, 2017).

A OMS define desastre como um fenómeno que causa um impacto numa comunidade, originando uma ou mais das seguintes perdas: humanas, materiais, económicas e ambientais. Refere ainda que este fenómeno pode ser momentâneo e localizado, mas também pode perdurar no tempo e haver a necessidade de solicitar apoio externo, por se exceder a capacidade de resposta local (World Health Organization, 2021b).

Em Portugal é a Proteção Civil a entidade responsável por “*prevenir riscos colectivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo*” (Lei n.º 27/2006 Lei de Bases Da Protecção Civil, 2006, p. 1). Na sua Lei de Bases, é possível encontrar a definição de Acidente grave e de Catástrofe, sendo que 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*” e catástrofe é um “*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 n.º 27/2006 Lei de Bases Da Protecção Civil, 2006, p. 1).

Relativamente à situação de exceção, não foi possível encontrar uma definição oficial, em contexto de prestação de cuidados de emergência médica, ou sequer legislação que a enquadre, no entanto, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) recorda a frequência com que estas situações acontecem em território nacional, reportando para situações “*em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.*” (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012a, p. 12). Os mesmos autores dão como exemplo de situações de exceção, acidentes com múltiplas vítimas, incêndios urbanos, florestais ou industriais e fenómenos naturais.

Como já foi referido, a pandemia provocada pela Doença do Coronavírus (Covid-19), foi um exemplo bem recente deste tipo de situação, onde se verificou a necessidade de trabalhar sob condições de desigualdade, que condicionaram a atuação das equipas de emergência médica, onde foi necessária uma gestão muito criteriosa dos recursos humanos, técnicos e materiais disponíveis (Wurmb et al., 2020).

Assim, é essencial perceber o que é que se faz um pouco por todo o mundo para antecipar ou tentar mitigar o impacto destes fenómenos, que se podem revelar tão devastadores e arrasar uma comunidade ou até mesmo uma nação, pelas repercussões que normalmente estão associadas.

Bandeira (2018) cita Jacques Ruffiè (1993) relativamente à utilização do termo “Predição” para se referir à preparação para eventos futuros. A predição será a capacidade de projetar situações passíveis de acontecer quando reunidas determinadas condições. É com base nessas possibilidades, que devem ser elaborados os planos de intervenção, onde devem constar “*todas as hipóteses possíveis de atuação face a uma situação de multivítimas devidamente enquadrado no espaço e no tempo*” (Bandeira, 2018, p. 358).

A preparação para emergências é um processo contínuo que deve ser sustentado a todos os níveis pelo comprometimento político e depende de todas as partes interessadas trabalharem em conjunto de uma forma eficaz para planear, investir e implementar ações prioritárias. A preparação para emergências é definida pela OMS como o desenvolvimento de “*capacidades e sistemas organizacionais desenvolvidos por governos, organizações de resposta e recuperação, comunidades e indivíduos para efetivamente antecipar, responder e se recuperar dos impactos de prováveis, iminentes ou emergentes*” (World Health Organization, 2017, p. 14).

É necessária uma abordagem multissetorial eficiente e coordenada, que abranja todos os potenciais riscos e medidas preventivas específicas, para garantir a preparação para todos os tipos de emergências (World Health Organization, 2017).

A OMS defende a realização de planos de resposta a emergências, que consistem em documentos, onde deve constar a forma como a instituição prevê gerir a sua resposta a emergências, com a descrição dos objetivos, políticas e conceitos de operações para a resposta, bem como a estrutura, autoridades e responsabilidades que tornam essa resposta sistemática, coordenada e efetiva (World Health Organization, 2017).

Para este efeito, na área da saúde, devem ser criadas equipas, que a OMS denomina de *Disaster Medical Assistance Team* (Equipa Médica de Assistência a Desastres), constituída por profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, elementos de logística, entre outros, especializados na resposta a emergências (World Health Organization, 2017).

Defende também a criação de *Emergency Medical Team* (Equipas Médicas de Emergência) constituídas por médicos, enfermeiros e paramédicos experientes em resposta a pessoas vítimas de emergência e catástrofe (World Health Organization, 2017).

Em 2019, o INEM concluiu o processo de certificação para a atribuição da classificação como *Emergency Medical Team*, seguindo os padrões exigidos pela OMS, garantindo a resposta a cenários de acidentes graves e catástrofes, com a possibilidade de projeção da equipa a nível nacional, mas também internacional (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

No Art.º 16º, ponto 2, alínea f) da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, é possível constatar que compete ao INEM “*colaborar no planeamento civil de emergência de âmbito nacional, participar na rede nacional de telecomunicações de emergência e colaborar na elaboração e operacionalização de planos específicos de emergência e ou catástrofe*” (Decreto-Lei n.º 124/2011 Do Ministério Da Saúde, 2011, p. 5495).

Face ao exposto, medidas proactivas devem ser adotadas. Atendendo às particularidades inerentes à emergência e catástrofe, é necessária uma intervenção célere quanto à avaliação do cenário e ao número de vítimas, de forma a dar uma resposta adequada, visando reduzir a perda de vidas humanas e o sofrimento físico e psicológico. Assim, para além da importância da elaboração de planos de resposta a este tipo de cenários, a triagem foi e é um instrumento fundamental para a gestão de vítimas.

2.1.TRIAGEM DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS

O termo triagem tem origem no latim, de onde deriva a palavra francesa *trier*, que significa escolher, classificar, ordenar. Há registo da sua utilização na indústria madeireira no século XVIII e posteriormente, na indústria do café já no século XIX. A prática da triagem ligada à saúde provém dos constrangimentos impostos pela guerra, encontrando-se estritamente associada à medicina militar. Este método foi originalmente utilizado por um médico cirurgião francês chamado de Dominique Jean Larrey (1766-1842), no decorrer das guerras Napoleónicas, como forma de identificar soldados com ferimentos não fatais, evacuá-los e tratá-los, para acelerar o processo de retorno ao combate (Richardson, 2020; R. M. da Silva et al., 2015).

Desde então, foram várias as reformulações dos métodos utilizados na triagem de feridos em conflitos militares, que após a sua evacuação, eram divididos em três principais categorias:

- i. Vítimas com grande probabilidade de sobrevivência, independentemente dos cuidados a receber;
- ii. Vítimas em morte iminente, independentemente dos cuidados que recebam;
- iii. Vítimas cuja probabilidade de sobreviverem, depende de uma intervenção imediata (Conlon et al., 2019).

Este método foi adotado e aperfeiçoado por cirurgiões militares ao longo dos conflitos que se seguiram, como a primeira e segunda Guerra Mundial, Guerra da Coreia, Vietname, Ilhas Malvinas e Guerra do Golfo. A evidência demonstrou a redução da taxa de mortalidade, perante uma avaliação precoce, ressuscitação imediata e rápida evacuação de feridos para os hospitais de campanha (Richardson, 2020).

Foi já na década de 70 que os benefícios evidentes da triagem militar, despertaram a atenção de governos e prestadores de serviços hospitalares, resultando na implementação de sistemas de triagem em alguns dos SU civis (Richardson, 2020).

A triagem é um instrumento fundamental para a gestão de vítimas, sempre que este número ultrapasse os recursos disponíveis, e pode determinar a sua sobrevivência. A regra principal deste tipo de triagem é a de prestar apenas primeiros socorros e “não parar”, para poder fazer o bem maior para o maior número de pessoas possível (Conlon et al., 2019).

Em Portugal, o sistema de triagem hospitalar mais utilizado é o Protocolo de Triagem de Manchester (PTM). Este sistema de triagem foi criado por um grupo de trabalho constituído

por médicos e enfermeiros no Reino Unido (Manchester), em 1994, cujo objetivo foi o de conceber um método baseado na determinação do risco clínico, com uma linguagem clara e consensual, possível de aplicar por qualquer uma das classes profissionais. Este sistema permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe (Grupo Português de Triage, n.d.).

A entidade responsável pela implementação do PTM em Portugal, e creditada para o efeito, é o Grupo Português de Triage (GPT) (Grupo Português de Triage, n.d.).

O PTM é constituído por 50 fluxogramas que permitem triar quase todas as situações passíveis de recurso ao SU, construídos com base nas queixas dos utentes. Cada fluxograma apresenta um conjunto estruturado de questões, denominadas de discriminadores-chave, cuja resposta positiva vai determinar o nível de prioridade. Para a aplicação deste protocolo, é obrigatória a formação dos profissionais e certificação do respetivo SU (Grupo Português de Triage, n.d.).

O Ministério da Saúde Português deliberou, através do Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto, a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU integrados na rede de urgência do SNS, de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa cuidados mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves. Posteriormente, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro determinou a implementação do PTM em todos os SU que ainda não o haviam feito, até à data-limite de 31 de dezembro de 2015 (Despacho n.º 1057/2015 Do Ministério Da Saúde, 2015).

Perante situações de exceção, a triagem assume contornos diferentes da triagem em contexto hospitalar, pela necessidade de dar resposta a múltiplas vítimas, a maior parte das vezes acima da capacidade de resposta, o que obriga a selecionar quem deve ou não receber tratamento (A. Silva, 2009).

Dois dos sistemas mais utilizados a nível global são o START (Simple Triage and Rapid Treatment) e o SALT (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport).

Purwadi et al. (2021) fez uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo era o de avaliar a eficácia, a precisão e a aplicabilidade dos sistemas de triagem START e SALT em diversos cenários clínicos, bem como identificar suas vantagens e limitações.

O START é um dos sistemas de triagem mais antigos em uso, desenvolvido pelo Newport Beach Fire and Marine Department e Hoag Hospital na Califórnia, em 1983. Tem como objetivo classificar a gravidade das vítimas adultas em quatro categorias: morto (preto), emergente (vermelho), grave (amarelo) e não grave (verde) (Purwadi et al., 2021).

Por outro lado, o SALT é um sistema global de classificação baseado em comandos de voz simples e movimentos dos pacientes. As vítimas são categorizadas em três grupos, com base nas respostas aos comandos de voz e capacidade de se movimentarem. O sistema SALT foi desenvolvido como uma alternativa aos principais sistemas de triagem existentes, incluindo o sistema START, devido à falta de evidências sobre a eficácia e precisão desses sistemas em cenários de desastres e emergências médicas (Purwadi et al., 2021).

Os resultados desta revisão sistemática indicam que tanto o sistema SALT quanto o START são abordagens válidas e eficazes para classificar o nível de gravidade dos pacientes em cenários com múltiplas vítimas, contudo, a escolha entre ambos, pode depender do contexto específico e dos recursos disponíveis. É importante que os profissionais de saúde estejam familiarizados com ambos os sistemas de triagem, a fim de garantir uma resposta rápida e eficaz (Purwadi et al., 2021).

Estes sistemas de triagem desempenham um papel crucial em situações de grande escala, onde a capacidade de recursos pode ser sobrecarregada, permitindo que os profissionais de saúde priorizem o atendimento às vítimas, com base na gravidade de suas condições (Purwadi et al., 2021).

O método de triagem START é também o método de triagem adotado pelo INEM para situações de exceção, uma vez que permite determinar com celeridade a gravidade das lesões, sem exigir grande capacidade de diagnóstico (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012a; A. Silva, 2009).

O sistema START é composto por duas fases de triagem: primária e secundária. Na triagem primária é feita uma avaliação muito sucinta da vítima, tendo em conta discriminadores simples como capacidade de marcha, respiração autónoma, frequência respiratória e frequência cardíaca, permitindo uma célere divisão das vítimas em quatro categorias, identificáveis por cores atribuídas mediante o score obtido:

- ✓ Prioridade 1 (cor vermelho): Vítima emergente;
- ✓ Prioridade 2 (cor amarelo): Vítima grave;


- ✓ Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave;
- ✓ Morto (cor preto) (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012a).

A segunda triagem tem por base a *Triagem Revised Trauma Score* (TRTS), que se calcula, utilizando a codificação da frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12, organizando-se segundo a pontuação em 4 níveis de prioridade: Prioridade 1 < 10; Prioridade 2 = 11; Prioridade 3 = 12; Morto = 0 (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012b).

No entanto, em Portugal, o sistema de triagem mais utilizado em situações de exceção e definida nos planos de emergência de grande parte dos hospitais, é o Trauma Sieve and Sort (TSS), que valoriza o TRTS. Isto prende-se ao facto de ter sido o sistema adotado aquando da preparação para o Campeonato Europeu de Futebol de 2004, pois foi assim decidido pelas entidades intervenientes utilizarem critérios de triagem exatamente iguais aos da triagem hospitalar inicial preconizada pela Triagem de Manchester, a TRTS (A. Silva, 2009).

A adesão de muitos dos hospitais portugueses a projetos de acreditação em qualidade, levou à necessidade da elaboração de planos de contingência perante situações de catástrofe, pelo que o GPT editou um mapa de registos a partir dos quais é possível obter a classificação da triagem primária e secundária, como se pode verificar na Figura 1 (R. M. da Silva et al., 2015).

Figura 1 - Folha de Catástrofe



Folha de Catástrofe

Caso nº _____
 Data ___/___/___ Hora ___:___:___

1- Avaliação Primária

Anda Verde

→ Não Preto

Respira após abertura da via aérea Preto

→ Sim Vermelho

Freq. Resp. > 29 Vermelho

Freq. Resp. < 10 Vermelho

→ Não Vermelho

Preenchimento capilar > 2 Vermelho

Pulso > 120 Vermelho

→ Não Amarelo

Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

Hora	Av		Av		Av		Av		Av		Av	
	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	TRTS	
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Cor	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Prioridade	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Nº Mec.												

Escala de Comas de Glasgow		Espontânea		10 a 29		4	
		4	3	3	2	3	2
Abertura de olhos		Voz	3	> 29	3	6 a 9	2
		Dor	2	6 a 9	2	1 a 5	1
		S/ Resposta	1	1 a 5	1	0	0
Resposta verbal		Orientada	5	> 90	4		
		Confusa	4	76 a 89	3		
		Inapropriada	3	50 a 75	2		
		Imperceptível	2	1 a 49	1		
		S/ Resposta	1	0	0		
Resposta motora		Ordem	6	13 a 15	4		
		Localiza	5	9 a 12	3		
		Fuga	4	6 a 8	2		
		Flexão	3	4 a 5	1		
		Extensão	2	3	0		
		S/ Resposta	1				

Escala TRTS

10 a 29	4
Freq. Resp.	> 29 3
	6 a 9 2
	1 a 5 1
	0 0
Pressão Arterial Sistólica	> 90 4
	76 a 89 3
	50 a 75 2
	1 a 49 1
	0 0
Escala De Comas De Glasgow	13 a 15 4
	9 a 12 3
	6 a 8 2
	4 a 5 1
	3 0

Prioridades TRTS

TRTS	COR
1 a 10	Vermelho
11	Amarelo
12	Verde
0	Preto

Observações:

© Grupo Português de Triagem

Fonte: Grupo Português de Triagem (2007).

Esta folha foi implementada e é parte integrante dos planos de contingência de muitos hospitais portugueses, principalmente os que à data, haviam já aderido ao PTM, como são exemplo disso, os hospitais de Braga, Feira, Guimarães, Matosinhos, Santo António, São João, Vale de Sousa, Viana de Castelo e Vila Nova de Gaia (A. Silva, 2009).

Silva (2009), defende que é essencial a elaboração e divulgação do Plano de Contingência Hospitalar, para permitir o conhecimento do papel de cada profissional e a compreensão das cadeias de comando e dos procedimentos a desenvolver perante este tipo de cenários.

As situações de catástrofe que podem motivar um elevado número de vítimas são cada vez mais frequentes, havendo a necessidade urgente de *“formação não só de profissionais específicos da área da saúde designadamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos, veterinários, psicólogos bem como outros profissionais do socorro”* (Bandeira, n.d., p.539).

O mesmo autor acrescenta que devem ser as próprias universidades a ministrar este tipo de formação, sobretudo ao nível pós-graduado, de forma interdisciplinar e do conhecimento da população em geral, pois também estes devem ser sensibilizados para a sua participação voluntária nestes eventos, com o devido enquadramento pelos profissionais de saúde (Bandeira, n.d.).

2.2. OS ENFERMEIROS NA RESPOSTA A CATÁSTROFES

É do conhecimento geral que os enfermeiros fazem parte do maior grupo de profissionais de saúde, habitualmente envolvidos na resposta a desastres, desempenhando um papel crucial, apesar das dificuldades associadas. Geralmente, são os primeiros a chegar ao local, a fazer triagem das vítimas e ter de as socorrer da melhor forma. É, portanto, fundamental desenvolverem previamente, competências que lhes permitem dar essa resposta o mais rápido e eficazmente possível (International Council of Nurses, 2019).

A International Council of Nurses (ICN) e a OMS desenvolveram um Quadro de Competências de Enfermagem em Desastres, que está a ser utilizado para formar e treinar estudantes e profissionais de enfermagem por todo o mundo (World Health Organization, 2021b).

Estas entidades identificam três níveis de competências de enfermagem na resposta a desastres e reconhecem a necessidade urgente de capacitar enfermeiros a todos os níveis, garantindo uma

resposta eficaz a situações de desastre, salvaguardando o funcionamento do sistema da saúde e o bem-estar da comunidade. Estes níveis são caracterizados da seguinte forma:

- Nível I – qualquer enfermeiro que tenha completado o curso básico e esteja autorizado pelas entidades competentes a exercer a sua profissão;
- Nível II – qualquer enfermeiro que tenha atingido as competências de Nível I e que seja/possa vir a ser nomeada para responder a desastres dentro da sua instituição (ex: enfermeiro chefe/supervisor, enfermeiro que participe na elaboração do plano de emergência, formadores de cursos de resposta a desastres);
- Nível III – qualquer enfermeiro que tenha atingido as competências de nível I e II e que esteja preparado para responder a diferentes tipos de emergências e desastres, podendo pertencer a uma equipa destacável (ex: resposta a desastres nacionais ou internacionais, enfermeiros militares, enfermeiros a conduzir estudos na área dos desastres) (International Council of Nurses, 2019).

A prática eficaz de enfermagem durante qualquer desastre requer competência clínica e a aplicação de princípios utilitários (fazer o maior bem para o maior número com o mínimo de dano) (International Council of Nurses, 2019).

A ocorrência cada vez mais frequente de fenómenos naturais, riscos biológicos ou radiológicos, ou até mesmo conflitos humanos, deveria consciencializar os enfermeiros para a necessidade de reforçar as competências em desastres e atualizar com frequência a sua formação e participação em exercícios, para manterem pelo menos um nível básico de competência (International Council of Nurses, 2019).

A título de exemplo, a OMS faz referência à realidade dos enfermeiros japoneses, sendo este um país com um histórico terrível no que diz respeito a desastres e catástrofes, quer naturais, quer provocadas pelo homem. A 17 de janeiro de 1995, um sismo de magnitude 7.3 atingiu a cidade Japonesa de Kobe que provocou 6437 mortos e cerca de 44000 feridos, deu origem ao termo “morte por desastre evitável”, que é definida pela OMS como *“morte ocorrida durante um desastre que poderia ser evitável sob condições de funcionamento normal do sistema de saúde local”* (World Health Organization, 2021a, p. 21). A procura por reforços nesta área tornou-se extremamente difícil, pois 97,8% dos 180 hospitais e 84% das 1809 clínicas também foram afetadas, o que tornou ainda mais complicada a resposta sanitária ao evento. Os enfermeiros foram dos principais profissionais de saúde da linha da frente a fornecer apoio aos sobreviventes, muito embora também afetados pelo terramoto. De forma a dar resposta às

necessidades aumentadas, a Associação de Enfermagem japonesa convocou enfermeiros voluntários de todo o país e enviou centenas para a área afetada, que foram distribuídos por hospitais, lares de idosos e abrigos de evacuação, para dar apoio às populações vulneráveis, para fazerem triagem de problemas de saúde entre os evacuados e para melhorarem as condições sanitárias nos abrigos. Depois desta experiência, a Associação de Enfermagem japonesa estabeleceu e adotou este sistema de envio de enfermeiros voluntários para dar resposta a desastres. Os enfermeiros que desejem fazer parte destas equipas, são formados e treinados para o efeito e são registados como Enfermeiros de Apoio a Desastres. Este sistema foi posto à prova, pelo menos em dois eventos, um aquando do terramoto de Niigata Chuetsu, em 2004, com o envio de 400 enfermeiros para o local e outro em 2011, no grande terramoto do leste do Japão, para onde foram enviados 3770 enfermeiros. Neste seguimento, e devido à realidade de um país tão vulnerável a fenómenos catastróficos, as escolas de enfermagem japonesas, implementaram a formação em Enfermagem de Desastres (World Health Organization, 2021b).

Os enfermeiros são elementos cruciais na resposta a uma situação com múltiplas vítimas, pelo que devem ser envolvidos em todas as fases da gestão de desastres, desde a avaliação do risco e planeamento, até à resposta propriamente dita, pelo que as suas competências devem ser reforçadas, com o recurso a programas de formação e treino na área (Goniewicz et al., 2021).

Tendo em conta que o principal objetivo das operações de resgate é o de salvar a vida de pessoas, em condições que excedem as capacidades de resposta médica, a prioridade deve ser a da capacitação dos enfermeiros para uma resposta eficaz, possibilitando a ajuda a um maior número possível de vítimas, o que apenas se consegue através da formação e experiência neste tipo de eventos (Goniewicz et al., 2021).

Goniewicz et al. (2021) chamam a atenção para o facto de o apoio por parte das equipas de enfermagem não se restringir ao momento da crise, podendo prolongar-se muito para além do evento, havendo então a necessidade de os preparar antecipadamente para trabalharem perante condições exigentes, durante um período considerável, e em cenários muitas vezes caóticos, sobretudo os enfermeiros que trabalham em serviços como o SU e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Azizpour et al. (2022) defendem que os enfermeiros com maior conhecimento na preparação para desastres, têm uma maior capacidade na tomada de decisão no momento da triagem e

recomendam que deve ser dada uma maior importância à formação destes profissionais, com o recurso a cenários de simulação.

Matlock (2017), citando Stokowski (2015), defende que os enfermeiros anseiam por ajudar em situações de desastre e emergência e que estão prontos e disponíveis para receber formação e aprender sobre preparação para emergências com múltiplas vítimas.

Deve ser feito um levantamento das necessidades educacionais e aprimorados os métodos de formação e treino, para que os enfermeiros sejam capacitados do nível de competência exigido para esse tipo de situações (Matlock, 2017).

3. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

Recorrendo aos conhecimentos adquiridos ao longo deste curso, foi possível identificar a metodologia que melhor se adapta ao tipo de intervenção que pretendo desenvolver, por isso, optou-se pelo desenvolvimento de um trabalho com a metodologia de projeto que, segundo Ruivo et al. (2010), consiste na utilização de um método reflexivo, pautado pela investigação, cujo objetivo é o de identificar uma lacuna ou necessidade de melhoria no serviço, promovendo uma prática com base na mais recente evidência. Segundo os mesmos autores, a Metodologia de Projeto é constituída por cinco fases: i) Diagnóstico da situação; ii) Definição dos Objetivos; iii) Planeamento; iv) Execução e Avaliação; v) Divulgação dos resultados. Cada uma dessas fases será descrita individualmente.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto é a da elaboração do Diagnóstico, que consiste na preparação de um plano expositivo da realidade sobre a qual se considera pertinente agir e fazer alterações. Consiste na apresentação sintética da importância, finalidade e características desta etapa. Por sua vez, esta etapa é subdividida em quatro etapas, designadamente, a identificação dos problemas na população em estudo, o estudo da evolução prognóstica dos problemas, o estudo das causas subjacentes aos problemas e a determinação das necessidades. *“Assim, a etapa diagnóstica assume um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo”* (Ruivo et al., 2010, p.17).

Tendo por base a obra de Ruivo et al. (2010), é possível identificar várias técnicas de recolha de dados, como por exemplo, a entrevista, o questionário, a análise SWOT, cadeia de valores, FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) e *Stream Analysis*. A escolha de método deve ser realizada de acordo com os objetivos preconizados anteriormente, a informação que se objetiva recolher, o espaço temporal onde vai ser feita a colheita de dados, a prática no uso destes instrumentos, as verbas presentes para esta etapa e o tratamento de dados após a aplicação dos mesmos.

Reportando para a realidade do SU do HFAR Porto, esta etapa evidenciou-se de uma forma rápida e simples. Em entrevista informal, o Enfermeiro Gestor manifestou a vontade de preparar a equipa para a eventual necessidade de lidar com uma situação de exceção. Confidenciou ainda

que esta necessidade, prende-se com o facto de liderar uma equipa jovem, com pouca formação e/ou experiência na área de emergência e catástrofe.

Para além do cenário hipotético de exceção, e considerando que se trata de um hospital militar, há uma possibilidade constante e cada vez maior, tendo em conta o atual conflito que abrange território europeu, de a qualquer momento despoletar um conflito de maiores dimensões, com a necessidade de enviar enfermeiros militares para um cenário de guerra, onde a capacidade de resposta a cenários de múltiplas vítimas será uma realidade muito provável.

A escolha da área de intervenção está também relacionada com o desenvolvimento da competência específica do EEEMCPSC, na qual se espera o seu contributo no sentido de promover as melhores práticas na “*resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*” (Regulamento n.º 429/2018 Do Ministério Da Saúde, 2018, p. 19363)

Apesar de tudo o anteriormente exposto, e da pertinência do tema, foi feita uma avaliação da situação no local de estágio, através de uma análise SWOT, conforme apresentado na figura 2. Este tipo de ferramenta adaptável aos mais diversificados temas, permite a utilização de dados relativos ao problema identificado, que caracterizam o ambiente interno através da análise das forças e fraquezas, e o ambiente externo em oportunidades e ameaças, de forma a ser possível delinear estratégias para o ultrapassar.

Figura 2 - Análise SWOT do SU



Através da interpretação desta análise, facilmente se destaca a pertinência e viabilidade do desenvolvimento deste trabalho, no que diz respeito ao diagnóstico de situação, pois é evidente a superação das forças e oportunidades, em relação às fraquezas e ameaças.

Foi ainda solicitado a todos os elementos da equipa de enfermagem, o preenchimento de um questionário (Apêndice I) de caráter anónimo e facultativo, utilizando a aplicação *Google Forms*, como forma de identificar o nível de conhecimento e experiências anteriores em situações de emergência e catástrofe.

As primeiras cinco questões, prenderam-se com a caracterização da amostra, as três seguintes estão relacionadas com a formação e experiência prévia, e as respetivas respostas, foram avaliadas através de respostas fechadas “Sim” ou “Não”. As restantes respostas, foram avaliadas tendo em conta a atribuição de um valor entre 1 (nada) e 5 (muito).

Responderam ao questionário, um total de doze enfermeiros, dos quais, 8 elementos do género feminino e 4 do género masculino. Todos em funções no serviço há mais de 1 ano, sendo que das respostas obtidas (12), foi possível extrair que a maioria da equipa nunca teve formação

sobre triagem com múltiplas vítimas (75%), não tem experiências prévias (67%) e revela um nível de conhecimentos sobre emergência e catástrofe com um valor médio de 2.75 pontos, conforme pode ser consultado nos seguintes gráficos:

Gráfico 1 - Género

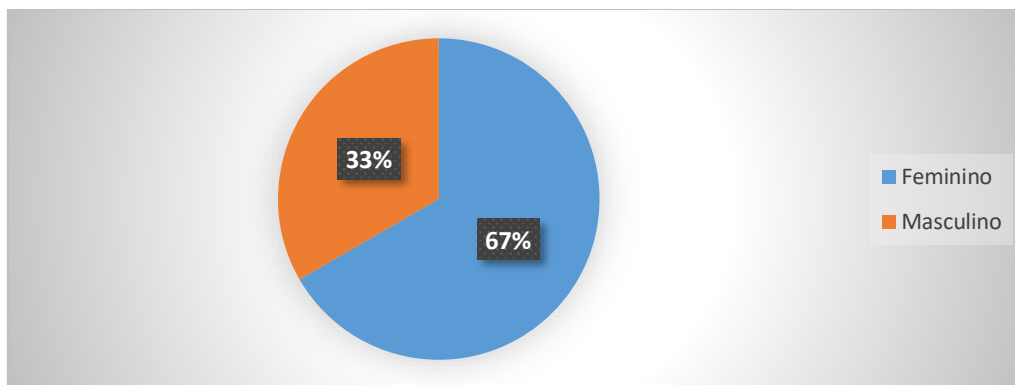


Gráfico 2 – Idade (anos)

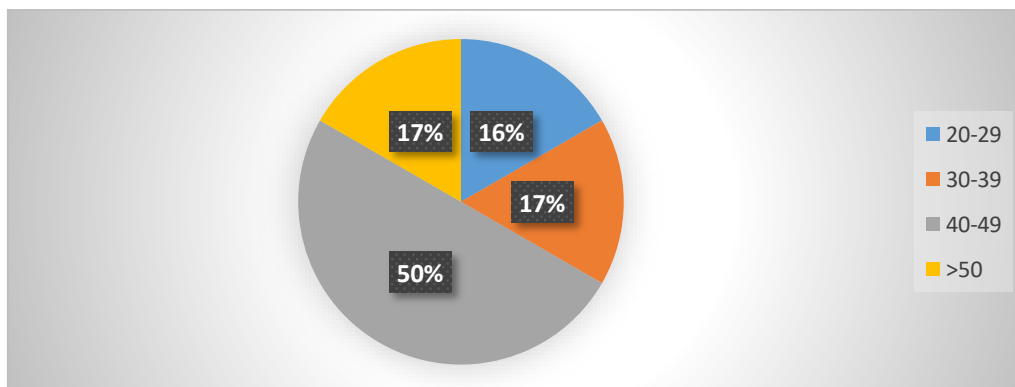


Gráfico 3 – Formação académica

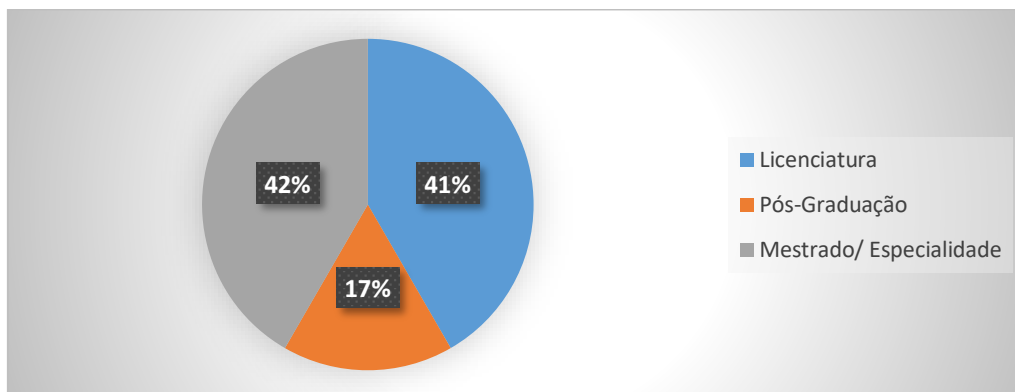


Gráfico 4 – Experiência profissional (anos)

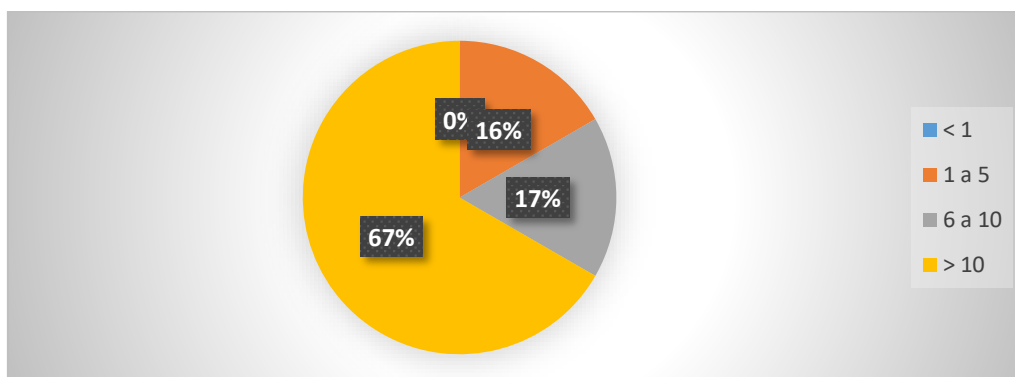


Gráfico 5 – Tempo em funções no serviço (anos)

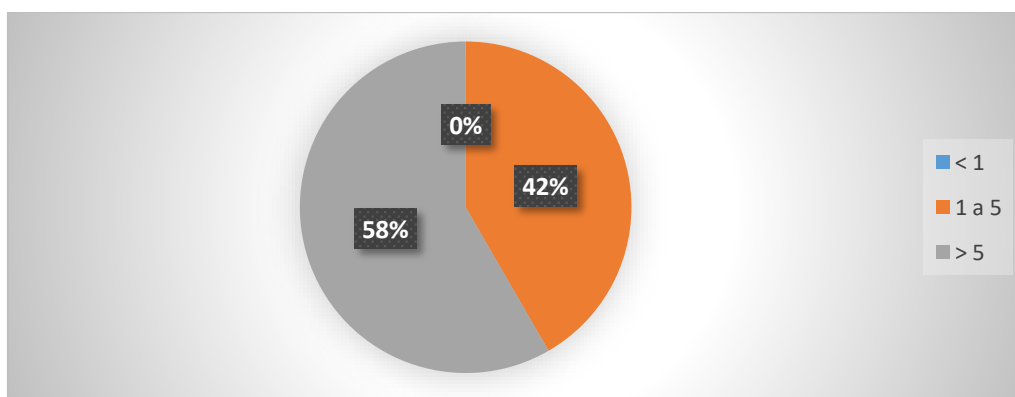


Gráfico 6 – Tem formação na área de triagem em cenário com múltiplas vítimas?

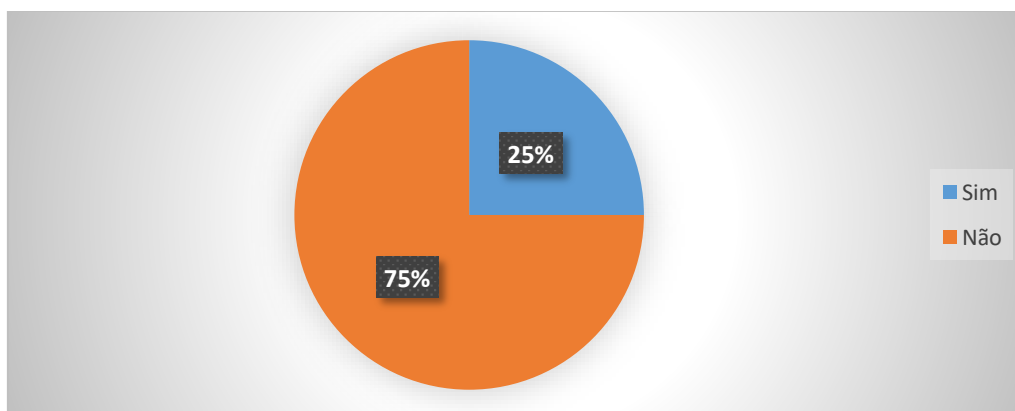


Gráfico 7 – Alguma vez participou num simulacro?

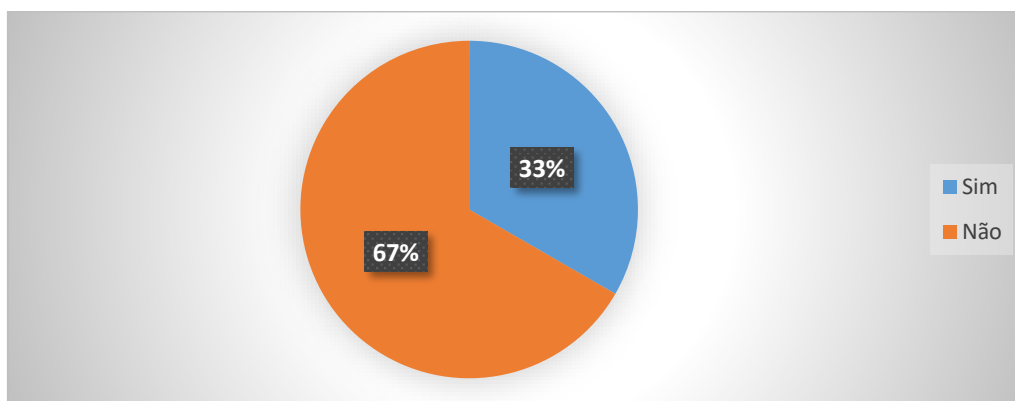


Gráfico 8 – Alguma vez experienciou um evento com múltiplas vítimas?

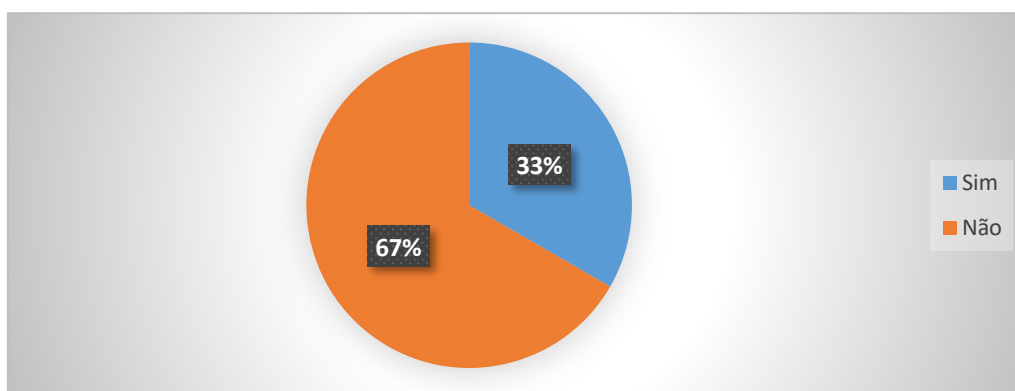


Tabela 1 - Respostas ao questionário diagnóstico

QUESTÃO	VALOR MÉDIO
Sente-se preparado para responder a um cenário com múltiplas vítimas?	2.5
Acha importante a formação na área de emergência e catástrofe?	4.87
Gostava de ter formação sobre atuação em cenários de emergência e catástrofe?	4.5
Nível de conhecimentos sobre Emergência e Catástrofe	2.75

Posto isto, foi identificado como problema: **“Baixo nível de conhecimento e autoeficácia global sobre emergência e catástrofe em cenário com múltiplas vítimas, manifestado pela equipa de enfermagem”**.

3.1. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Após a identificação do problema/situação, a etapa seguinte corresponde à definição dos objetivos. Estes devem ser formulados com base nos conhecimentos e capacidades a adquirir e que nos indicam para os resultados que pretendemos alcançar, englobando diferentes níveis, passando dos objetivos gerais para os objetivos específicos. Na formulação clara dos objetivos é necessário a identificação sucinta dos problemas, delimitando o problema que o projeto pretende resolver (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, tendo em conta o problema identificado, o objetivo principal será: **Promover práticas de qualidade no atendimento de enfermagem à PSC, vítima de uma situação de emergência e catástrofe.**

Partindo do objetivo principal, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- i) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da preparação de uma intervenção em cenário de múltiplas vítimas;
- ii) Elaborar uma proposta de fluxograma de atuação perante cenário de múltiplas vítimas.

3.2. PLANEAMENTO

A etapa seguinte é, então, a do Planeamento do projeto, que consiste na escolha de atividades, estratégias e meios, que vão de encontro aos objetivos anteriormente delineados. Compreende o levantamento dos recursos, assim como as limitações que irão condicionar o próprio trabalho, definição das atividades a desenvolver, dos métodos e técnicas de pesquisa, bem como a elaboração do cronograma do projeto. As estratégias a serem aplicadas devem ser escolhidas de forma a adequarem os recursos aos métodos de pesquisa e elaboração, sempre na perspetiva de interligação de todos os intervenientes, ou seja, racionalização e otimização de recursos (humanos, materiais/equipamentos, financeiros, etc) (Ruivo et al., 2010).

Uma das possíveis ferramentas para melhor definir o planejamento é a elaboração de um cronograma, pois para além de definir as atividades e estratégias a adotar, permite também orientar para o cumprimento de todas as etapas do projeto no prazo estabelecido. Desta forma, foi elaborado o cronograma do projeto (Apêndice II), onde estão indicadas as atividades que se desenvolveram.

Para os objetivos delineados, foram desenvolvidas as seguintes intervenções:

Objetivo 1: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sua preparação para uma intervenção em cenário de múltiplas vítimas.

Atividades:

- Pesquisar bibliografia;
- Preparar sessão de formação;
- Calendarizar a atividade formativa em serviço;
- Elaborar um plano de sessão formativa;
- Elaborar uma apresentação em formato PowerPoint;
- Solicitar à Secção de Ensino a divulgação da sessão;
- Solicitar material informático e projetor;
- Solicitar uma sala para o efeito;
- Solicitar o questionário utilizado na instituição;
- Realizar a atividade formativa;
- Avaliar a atividade formativa e o formador.

Objetivo 2: Elaborar uma proposta de fluxograma de triagem perante cenário de múltiplas vítimas.

Atividades:

- Pesquisar bibliografia;
- Apresentar o fluxograma na atividade formativa

Devido aos constrangimentos impostos pelo limite de tempo, em parte relacionado com o contexto de formação académica, o tema sobre o qual foi dado mais enfoque na sessão formativa, foi o da triagem em cenário com múltiplas vítimas, considerado um dos parâmetros onde há uma grande lacuna de conhecimento, tal como foi identificado pela equipa.

3.3. EXECUÇÃO

Relativamente à execução, esta corresponde nada mais, nada menos, do que à concretização de tudo o que foi anteriormente planeado. É nesta fase que se dá o contacto com a realidade, procedendo à colheita de dados, através de diversas técnicas, nomeadamente, “*observação direta, entrevistas, questionários, registos escritos, fotografias e diapositivos, gravações áudio ou vídeo e recolha de objetos ou amostras*” (Ruivo et al., 2010, p. 23). Esta fase é descrita como a mais trabalhosa e simultaneamente como a mais proveitosa, onde a participação e motivação do orientador assume especial importância, proporcionando muitos resultados, entre eles aprendizagens, capacidades na resolução de problemas e desenvolvimento e potencialização de diferentes competências (Ruivo et al., 2010).

Para dar continuidade ao projeto proposto, foi realizada uma colheita de informação baseada em pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, análise de documentos e livros de referência e consulta de páginas de internet de organizações de referência nacional e internacional.

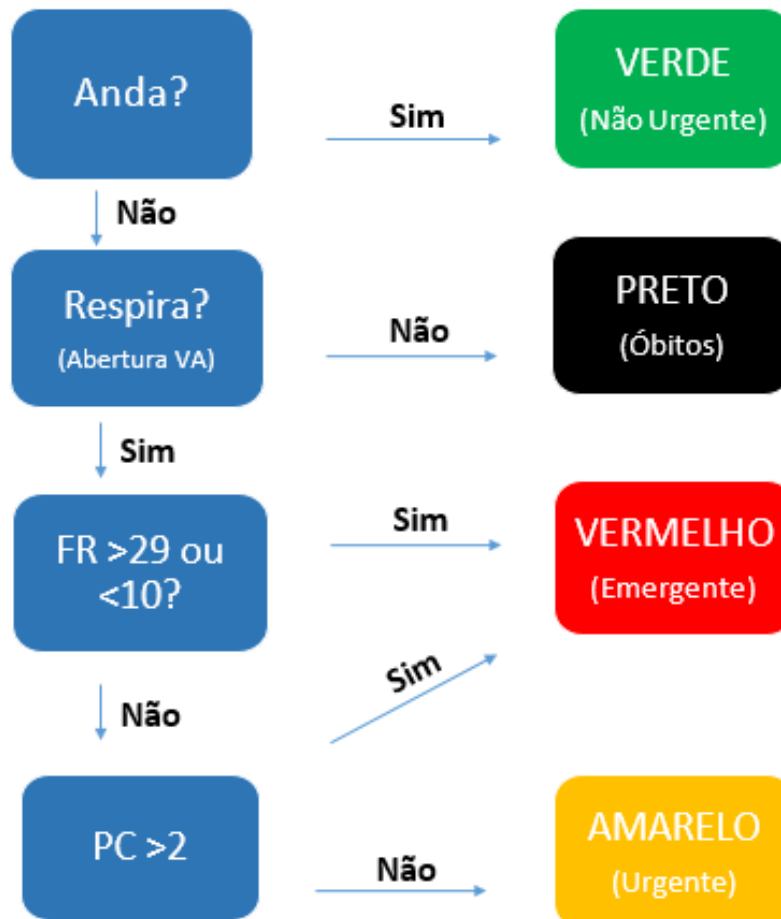
Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice III), sendo o método selecionado para a transmissão dos conhecimentos dirigido aos enfermeiros do SU do HFAR Porto, uma sessão de formação em formato PowerPoint (Apêndice IV), realizada no auditório do HFAR Porto, no dia 14 de junho de 2022, às 11h, com a duração de uma hora. Esta sessão de formação foi divulgada através de e-mail para todos os elementos da equipa.

Perante uma situação de stress, é expectável e aceitável que a equipa tenha dificuldade em respeitar a triagem de catástrofe e que consiga cumprir com os momentos de avaliação, de acordo com o que foi explorado no capítulo sobre a triagem em cenários com múltiplas vítimas. De forma a tentar mitigar essa possível falha, foram elaborados dois fluxogramas, que representam os esquemas das avaliações primária e secundária, tendo sido apresentados no final da sessão, sob a forma de cartazes.

Figura 3 - Avaliação Primária

CATÁSTROFE

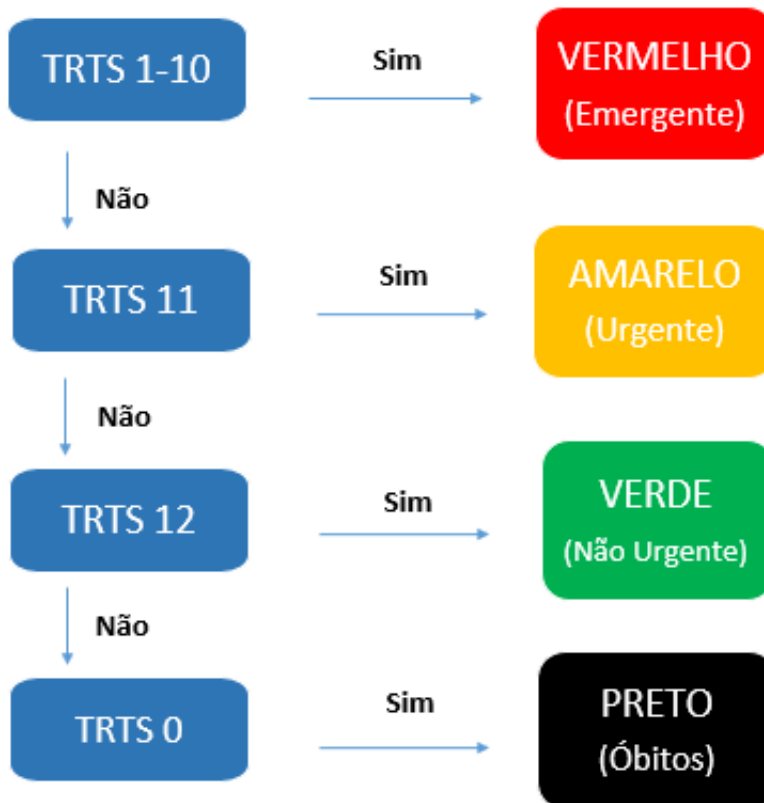
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



Como se pode verificar, a primeira avaliação, segue os preceitos do método de triagem START. É passível de ser cumprida num curto espaço de tempo, considerando parâmetros simples e fáceis de avaliar: marcha, respiração autónoma, frequência respiratória e tempo de preenchimento capilar. Foi adotado um sistema de cores para o encaminhamento das vítimas, semelhante ao utilizado pelo PTM, fator que permite uma maior familiaridade para os enfermeiros.

Figura 4 - Avaliação Secundária

CATÁSTROFE AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA



Por sua vez, a segunda triagem tem por base a TRTS que se calcula, utilizando a codificação da frequência respiratória (FR) (0-4), da pressão arterial sistólica (PAS) (0-4) e da Escala de Coma de Glasgow (ECG) (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12, organizando-se segundo a pontuação em 4 níveis de prioridade: Prioridade 1 (Vermelho) 1 a 10; Prioridade 2 (Amarelo) = 11; Prioridade 3 (Verde) = 12; Morto = 0, conforme pode ser consultado na tabela seguinte.

Tabela 2 – Escala TRTS

Valor Numérico	FR	PAS	ECG
4	10 – 29	> 90	13 - 15
3	<10 ou >29	76 - 89	9 - 12
2	6 - 9	50 - 75	6 - 8
1	1 - 5	1 - 49	4 - 5
0	0	0	3

Mediante o resultado obtido pela soma do valor numérico obtido pela avaliação dos três parâmetros, a vítima é encaminhada para a cor correspondente.

Portanto, uma vítima cujo valor da TRTS se encontre entre 1 e 10 pontos, será encaminhada para a área vermelha (Emergente), com 11 pontos irá para a área amarela (Urgente), com 12 irá para a área verde (Não Urgente) e com 0 pontos irá para a área preta (Óbitos).

Estiveram presentes nesta sessão doze enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Gestor, e apesar de não ser possível realizar a formação presencial para os restantes elementos, foi facultada a apresentação em formato digital para uma consulta posterior.

No final da sessão, houve a possibilidade de discutir possíveis melhorias e reforçar a necessidade de divulgar e testar o PEH.

Terminada a sessão de formação, foi realizada a avaliação da mesma, através da aplicação de um questionário, de carácter facultativo e anónimo, conforme a descrição na seguinte fase metodológica.

3.4. AVALIAÇÃO

Em relação à avaliação, esta decorre de um processo complexo, dinâmico e rigoroso, correspondendo ao momento em que se comparam os objetivos inicialmente definidos, com os objetivos atingidos, recorrendo a um instrumento de avaliação (Ruivo et al., 2010).

Como foi referido na etapa anterior, a avaliação deste projeto foi realizada através da aplicação de um questionário anónimo, modelo utilizado pela Secção de Ensino Formação e Treino do HFAR Porto (MOD-HFAR-038 / Rev.00), constituído por 18 questões que assentou na

avaliação da sessão formativa de forma global, na avaliação do formador, dos conteúdos programáticos e métodos e da sua organização.

Cada um dos parâmetros foi avaliado, atribuindo um valor numa escala entre 1 ponto (nada adequado) e 5 pontos (muito adequado), apresentando-se o valor médio das respostas obtidas, na tabela da página seguinte.

Tabela 3 - Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO	QUESTÃO	VALOR MÉDIO
Global	Concretização dos Objetivos Propostos	4,73
	Esta Ação de Formação Permitiu-lhe Adquirir novos Conhecimentos	4,64
	O Nível das Matérias Tratadas foi Adequado ao seu Nível de Conhecimento	4,82
	Recomendaria esta Ação de Formação aos seus Amigos/Colegas	4,82
Formador	Capacidade de Comunicação e Relacionamento com os(as) Formandos(as)	4,64
	Capacidade de Motivar para as Matérias Lecionadas	4,73
	Documentação e Bibliografia (Suficiente e Adequada)	4,82
	Domínio e Clareza na Exposição da(s) Matéria(s) Tratada(a) na Ação de Formação	4,82
	Pontualidade / Cumprimento do Horário das Sessões	4,91
Conteúdos Programáticos e Métodos	Adequação dos Métodos Utilizados aos Temas Tratados	4,91
	Conteúdos da Ação de Formação	5
	Duração da Ação de Formação (adequação do tempo ao programa)	4,82
	Estrutura dos Conteúdos	4,82
	Interesse/Utilidade dos Conteúdos	4,91

Organização	Condições Físicas (salas, acessibilidade, etc.)	4,55
	Horário das Sessões	4,64
	Organização / Apoio Administrativo	4,82
	Qualidade e Adequação das Instalações e Equipamentos (iluminação, acústica, etc.)	4,55

Interpretando os valores médios obtidos para a totalidade dos parâmetros, pode-se depreender que os objetivos definidos foram alcançados, pois a avaliação atribuída é, em todos, superior a 4 pontos.

Se for feita uma análise isolada dos parâmetros, há que evidenciar a primeira questão “Concretização dos Objetivos Propostos”, onde foi atribuída uma pontuação média de 4,73 pontos, a segunda questão “Esta Ação de Formação permitiu-lhe adquirir novos Conhecimentos”, com 4,64 pontos, o “Domínio e Clareza na Exposição da(s) Matéria(s) Tratada(a) na Ação de Formação”, com 4,82 pontos, o “Interesse/Utilidade dos Conteúdos”, obteve 4,91 pontos e os “Conteúdos da Ação de Formação”, com a pontuação máxima de 5 pontos.

Posto isto, depreende-se que o tema escolhido foi considerado muito pertinente, que o interesse da equipa sobre o tema é elevado e que a transmissão de conhecimentos, foi conseguida com sucesso.

3.5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados é o culminar de todo este trajeto, com a elaboração do relatório de estágio. Esta etapa dá a conhecer o caminho e a forma de resolução de um problema, resultando numa aprendizagem coletiva, para melhores práticas e profissionais mais preparados e capacitados. A divulgação do mesmo permite o conhecimento externo do projeto e torna passível a discussão das estratégias adotadas para a resolução do problema (Ruivo et al., 2010).

Assim, este relatório será divulgado no Repositório da Universidade do Minho, acessível a toda a comunidade, para consulta e análise, e disponibilizado ao Enfermeiro Gestor do SU do HFAR Porto para utilização no serviço.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quase diariamente nos chegam imagens, através dos meios de comunicação social, de fenómenos catastróficos, que colocam sob pressão qualquer sistema de saúde, obrigando a uma resposta sanitária adaptada, com a necessidade de recurso a técnicas de medicina de emergência e catástrofe.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação para este tipo de situações, nomeadamente, os EEEMCPSC, que têm como competência específica a participação ativa na conceção, planeamento e gestão da resposta a emergência, catástrofe ou exceção.

O défice de conhecimento de uma equipa face ao tema, pode conduzir a uma assimetria dos cuidados de enfermagem prestados, seja por carência de formação ou inexistência de protocolos. Como tal, o investimento na formação e literacia da equipa, bem como a criação de protocolos por parte dos profissionais de enfermagem, é fundamental para a uniformização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento do conhecimento do EE é um incentivo à prática baseada nas mais recentes evidências, tornando-o também no impulsionador de projetos formativos, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os conhecimentos no local de trabalho e no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

A elaboração deste trabalho permitiu demonstrar a importância que a preparação e formação tem na equipa de enfermagem, no que respeita à capacidade de resposta perante um cenário de emergência e catástrofe, tendo sido a atividade central do PIS para a consecução dos objetivos propostos. Como foi possível aferir através das respostas aos questionários aplicados, a equipa de enfermagem referiu não estar preparada para uma atuação perante uma situação com múltiplas vítimas.

A escolha da metodologia de Trabalho de Projeto para desenvolver o presente relatório de estágio, prendeu-se com o facto de este ser dinâmico, adaptável e redefinível, para além de permitir a sua implementação num outro contexto clínico, podendo levar a uma continuidade dos estudos nesta área e originar mudanças e melhorias das práticas dos profissionais de saúde. A utilização desta metodologia para a intervenção em serviço permitiu desenvolver e adquirir novas competências na área da investigação, durante as diversas fases que a compõem, assim como descobrir dificuldades sentidas na sua concretização, de forma a serem aprimorados em

trabalhos futuros. Por outro lado, considera-se que a sua adoção permite a utilização de estratégias e de intervenções eficazes na resolução de problemas reais, possibilitando aos intervenientes o desenvolvimento de estratégias de autonomia e de iniciativa.

A procura pela bibliografia mais recente e atual foi uma constante ao longo de todo este trajeto e revelou-se a ferramenta mais eficaz para a aquisição do conhecimento necessário.

A avaliação da atividade formativa, permitiu validar que os objetivos delineados foram atingidos de forma muito satisfatória, revelando-se os recursos utilizados para a concretização do mesmo, eficazes e adequados. No final, foi proposto à equipa a reativação do grupo de trabalho para elaboração do Plano de Emergência Hospitalar, da forma mais breve possível, disponibilizando-me para integrar o mesmo.

A equipa constituinte do SU do HFAR Porto revelou-se um elemento facilitador para o cumprimento dos objetivos definidos para este estágio e projeto. Constituída por elementos jovens, dinâmicos e proactivos, despertos para a necessidade de formação e conscientes das suas limitações para os cuidados de enfermagem na área da emergência e catástrofe.

A escolha deste local de estágio auxiliou na aquisição e desenvolvimento das competências recomendadas para este curso, orientada pela elaboração dos objetivos específicos necessários para a construção de um caminho repleto de momentos e experiências que se refletirão na minha vida profissional, no futuro.

Relativamente às dificuldades sentidas, estas prendem-se essencialmente com a gestão do tempo, pois a acumulação das horas de estágio, com o trabalho já habitual, mais a vida pessoal e familiar, que não pode ficar esquecida, tornam esta jornada deveras desafiante, contudo passível de se ultrapassar, como é evidente.

Finalizando este relatório, conclui-se que a procura pelo conhecimento, o esforço e o tempo investidos, foram compensadores e permitiram um crescimento pessoal e profissional, que se reflete pelo desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva e consequentemente a adoção de uma prática baseada na mais recente evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2020). Diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. In *Manual of the American Psychological Association* (7th ed., pp. 1–37).
- Azizpour, I., Mehri, S., & Soola, A. H. (2022). Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses - Ardabil, Iran. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08311-9>
- Bandeira, R. (n.d.). *Ciclo de Estudos em Medicina de Catástrofe no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar / Universidade do Porto. Algumas considerações.*
- Bandeira, R. (2018). *Riscos e Crises: Da Teoria à Plena Manifestação* (1st ed., pp. 323–371). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1697-1_9
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (Lidel). Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto Editora, Ed.; 1st ed.). Coleção Enfermagem.
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). *Dor 5º Sinal Vital*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfarmagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinal_Vital.pdf
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2021). Extreme events defining our lives Executive summary. *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*. <https://doi.org/10.1787/eee82e6e-en>
- Comissão da Qualidade e Segurança. (2020). *Política da Qualidade do HFAR* (p. 2). https://www.hfar.pt/wp-content/uploads/2020/06/POL-HFAR-002_Politica_da_Qualidade_Rev_01_05Jun2020.pdf
- Conlon, L., Clements, A., & Willis, S. (2019). 12 Major incident preparedness and management. In *Emergency and Trauma Care for Nurses and Paramedics* (3rd ed., pp. 201–242). Elsevier.
- Decreto-Lei n.º 84/2014 Série I Hospital das Forças Armadas, Pub. L. No. 101/2014, Série I, Diário da República n.º 101/2014, Série I de 2014/05/27 1 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/84-2014-25345967>
- Decreto-Lei n.º 124/2011 do Ministério da Saúde, Pub. L. No. 249/2011 , Série I, Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011/12/29 5491 (2011). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1715&tabela=leis&so_mio_lo=

- Decreto-Lei n.º 234/2009 do Ministério da Defesa Nacional, Pub. L. No. 179/2009, Série I, Diário da República n.º 179/2009, Série I de 2009/09/15 6444 (2009). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/234-2009-489711>
- Despacho n.º 1057/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 22, Série II de 2015/02/02 3039 (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1057-2015-66396673>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, Pub. L. No. 187, Diário da República n.º 187/2021, Série II, Parte C de 2021/09/24 96 (2021). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Pub. L. No. 153/2014, Série II, Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014/08/11 20673 (2014). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor%20como%205%20sinal%20vital%202003.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- DSPDPS/ Núcleo Coordenador do Programa. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. In *Direção-Geral da Saúde*. Direção-Geral da Saúde. https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/programa_nacional_para_a_prevencao_e_controlo_da_dor.pdf
- Goniewicz, K., Goniewicz, M., Burkle, F. M., & Khorram-Manesh, A. (2021). Cohort research analysis of disaster experience, preparedness, and competency-based training among nurses. *Plos One*, *16*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244488>
- Grupo Português de Triagem. (n.d.). *Protocolo Triagem de Manchester*. [Www.Grupoportuguestriagem.Pt](http://www.grupoportuguestriagem.pt). Retrieved June 30, 2022, from <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção (Manual TAS). In M. Oliveira, L. Meira, M. Valente, R. Catarino, S. Cunha, B. Brito, & B. Borges (Eds.), *Inem* (1ª Edição). INEM. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situacao-de-Excecao.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0* (ICN, Ed.; 1st ed.). https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

- Lei n.º 27/2006 Lei de Bases da Protecção Civil, Pub. L. No. 126/2006, Série I, Diário da República n.º 126/2006, Série I de 2006/07/03 1 (2006). <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/p/cons/20150803/pt/html>
- Matlock, T. A. (2017). *Emergency Preparedness Competencies Among Nurses in Northwest Arkansas*. <https://scholarworks.uark.edu/nursuht/55>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. (2008). *DOR: Guia orientador de boa prática* (OE). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ordem dos Enfermeiros 1 (2017). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes*. (2010). <https://www.pnrrc.pt/index.php/a-pnrrc/>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Microbianos* (DGS). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Purwadi, H., Breden, K., McCloud, C., & Pranata, S. (2021). The SALT and START Triage Systems for Classifying Patient Acuity Level: A Systematic Review. In *Nurse Media Journal of Nursing* (Vol. 11, Issue 3, pp. 413–427). Diponegoro University- Department of Nursing, Faculty of Medicine. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i3.37008>
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019, nº26 Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019/02/06 4744 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 do Ministério da Saúde, Pub. L. No. 135/2018, Série II, nº135 Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018/07/16 19359 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Richardson, D. (2020). Triage. In P. Cameron, M. Little, B. Mitra, & C. Deasy (Eds.), *Textbook of Adult Emergency Medicine* (Fifth, pp. 904–907). Elsevier.
- Rodrigues, M. do R., Lebre, A. I., Alves, A., Félix, A. M., Tavares, D., Noriega, E., Neves, I., Valente, M., Silva, M. G., Faria, M. J., Pereira, N., & Pcheco, P. (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Santos, R. (2021). Hospital Militar do Porto, mais de 150 anos de história. *Revista Militar*, 345–357.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Módulo de Emergência Médica do INEM Certificado pela OMS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-21-M%C3%93DULO-DE-EMERG%C3%80NCIA-M%C3%89DICA-DO-INEM-CERTIFICADO-PELA-OMS.pdf>
- Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades - Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe* [Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/19983>
- Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249–266. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2021). *International Cooperation in Disaster Risk Reduction* (M. Mizutori, Ed.; UNDRR). United Nations Office for Disaster Risk Reduction. <https://www.undrr.org/media/74265/download?startDownload=true>
- World Health Organization. (2017). *A Strategic Framework for Emergency Preparedness* (World Health). WHO Document Production Services. <https://www.who.int/publications/i/item/a-strategic-framework-for-emergency-preparedness>
- World Health Organization. (2021a). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm e health care. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization. (2021b). *WHO Guidance on Research Methods for Health Emergency and Disaster Risk Management*. (pp. 1–634). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345591/9789240032286-eng.pdf>
- Wurmb, T., Scholtes, K., Kolibay, F., Schorscher, N., Ertl, G., Ernestus, R. I., Vogel, U., Franke, A., & Kowalzik, B. (2020). Hospital preparedness for mass critical care during SARS-CoV-2 pandemic. In *Critical Care* (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03104-0>

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO

Plano de Intervenção em Emergência e Catástrofe: Resposta a Cenário com Múltiplas Vítimas

Avaliação pré-formação

Género *

- Feminino
- Masculino

Idade *

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- >50

Formação Académica *

- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado e/ou Especialidade

Experiência profissional *

- < 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- > 10 anos

Tempo em funções no Serviço *

- < 1 ano
- 1 a 5 anos
- > 5 anos

Tem formação na área de triagem em cenário de múltiplas vítimas? *

- Sim
- Não

Alguma vez participou num simulacro? *

- Sim
- Não

Alguma vez experienciou um evento com múltiplas vítimas? *

- Sim
- Não

Sente-se preparado para responder a um cenário com múltiplas vítimas? *

- | | | | | | | |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito |

Acha importante a formação na área de emergência e catástrofe? *

- | | | | | | | |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Nada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Muito |

Gostava de ter formação sobre atuação em cenários de emergência e catástrofe? *

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

Nível de conhecimentos sobre Emergência e Catástrofe *

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Etapas do Projeto	Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Diagnóstico de situação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunir Enf.º Gestor e Enf.º Orientador; ✓ Identificar o problema; ✓ Pesquisar bibliografia; ✓ Aplicar análise SWOT; ✓ Aplicar questionário; ✓ Definir o objetivo geral. 						
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir os objetivos específicos; ✓ Realizar pesquisar bibliográfica; ✓ Elaborar o cronograma; ✓ Definir atividades a desenvolver; ✓ Definir os recursos necessários; ✓ Planear a sessão de formação; ✓ Calendarizar a atividade formativa. 						
Execução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar uma apresentação em <i>PowerPoint</i>; ✓ Elaborar fluxograma; ✓ Apresentar a sessão de formação. 						
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar questionário de avaliação da transmissão de conhecimentos; ✓ Analisar respostas obtidas. 						
Divulgação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar relatório de estágio; ✓ Divulgar o relatório no Repositório da UMinho; ✓ Apresentar o relatório de estágio. 						

APÊNDICE III – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Formação: PLANO INTERVENÇÃO EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE					
Resposta a Cenário de Múltiplas Vítimas					
Local: Auditório HFAR PP			Data: 14/07/2022	Hora: 11h00	Duração: 1h
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a equipa para a importância da preparação para eventos com múltiplas vítimas; - Apresentar fluxograma de triagem; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização do poster. 				
FASE	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MÉTODO	RECURSOS	AVALIAÇÃO
Introdução	Apresentação de problemática, sumário e objetivos.	5 min	Expositivo	Computador Wi-Fi PowerPoint	Aplicação de questionário para avaliação de reação da formação
Desenvolvimento	A importância da preparação para situações de exceção. Apresentação do fluxograma de triagem.	45 min	Expositivo. Ativo. Partilha de opiniões e Experiências.		
Conclusão	Síntese e esclarecimento de dúvidas. Avaliação da atividade formativa. Encerramento.	10 min			

APÊNDICE IV – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

SU HFAR Porto

14/07/2022

Carla Ribeiro PG43101

Orientação Pedagógica:
Prof. Dr. João Cainé



PLANO DE INTERVENÇÃO EM EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

Resposta a Cenário de Múltiplas Vítimas

Exercício Prático



Sumário



Apresentação dos
Objetivos



Enquadramento Teórico



Proposta de Atuação



Debate

Objetivos



Transmitir/Atualizar conhecimentos acerca da atuação perante um cenário com múltiplas vítimas (MV);

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de preparação para responder a situações de emergência e catástrofe;

Capacitar a equipa para uma resposta mais adequada e eficaz.

Enfermeiro Especialista



- Contribuir para a melhoria da qualidade;
- “avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”
- Definir metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

(Regulamento das Competências Comuns do EE, 2019)

- “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”.

(Regulamento de Competências Específicas do EEEMC, 2018)

Conceitos



Emergência - “evento ou ameaça que produz ou tem o potencial de produzir uma variedade de consequências que requerem uma ação urgente e coordenada.”

(OMS, 2017)

Desastre - fenómeno que causa impacto numa comunidade, originando perdas humanas, materiais, económicas e ambientais, com necessidade de solicitar apoio externo, **por se exceder a capacidade de resposta local.**

(OMS, 2021)

Conceitos



“**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 sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

(Artº 3º Lei de Bases da Protecção Civil, 2006)

United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR)



- Alertar para os riscos;
- Necessidade de preparação da comunidade internacional para potenciais ameaças.

Em Portugal: Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes (PNRRC).

The Strategic Framework for Emergency Preparedness



- Guia de orientação para a comunidade internacional;
- Informações retiradas de eventos anteriores;
- Estratégias de preparação para eventuais situações de emergências de saúde, de modo a fortalecerem as suas capacidades operacionais.

Ex: epidemias e/ou pandemias, “emergências causadas por riscos naturais, tecnológicos e sociais que podem ter um impacto significativo na saúde das pessoas e na sociedade”.

(OMS, 2017)

Preparação para Emergências



- Desenvolvimento de “capacidades e sistemas organizacionais desenvolvidos por governos, organizações de resposta e recuperação, comunidades e indivíduos para efetivamente antecipar, responder e se recuperar dos impactos prováveis, iminentes ou emergentes.”
- Abordagem multissetorial eficiente e coordenada, que abranja todos os potenciais riscos e medidas preventivas específicas, para garantir a preparação para todos os tipos de emergências.

(OMS, 2017)

Planos de Resposta a Emergências



- Resposta a emergências;
- Descrição dos objetivos, políticas e conceitos de operações para a resposta, bem como a estrutura, autoridades e responsabilidades que tornam essa resposta sistemática, coordenada e efetiva.

(OMS, 2017)

Planos de Resposta a Emergências



- *Disaster Medical Assistance Team* (Equipa Médica de Assistência a Desastres): profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros e elementos de logística, especializados na resposta a emergências;
- *Emergency Medical Team* (Equipa Médica de Emergência): “profissionais de saúde que tratam doentes afetados por emergências ou desastres”, constituídas por médicos, enfermeiros, paramédicos, entre outros.

(OMS, 2021)

Exercício Prático

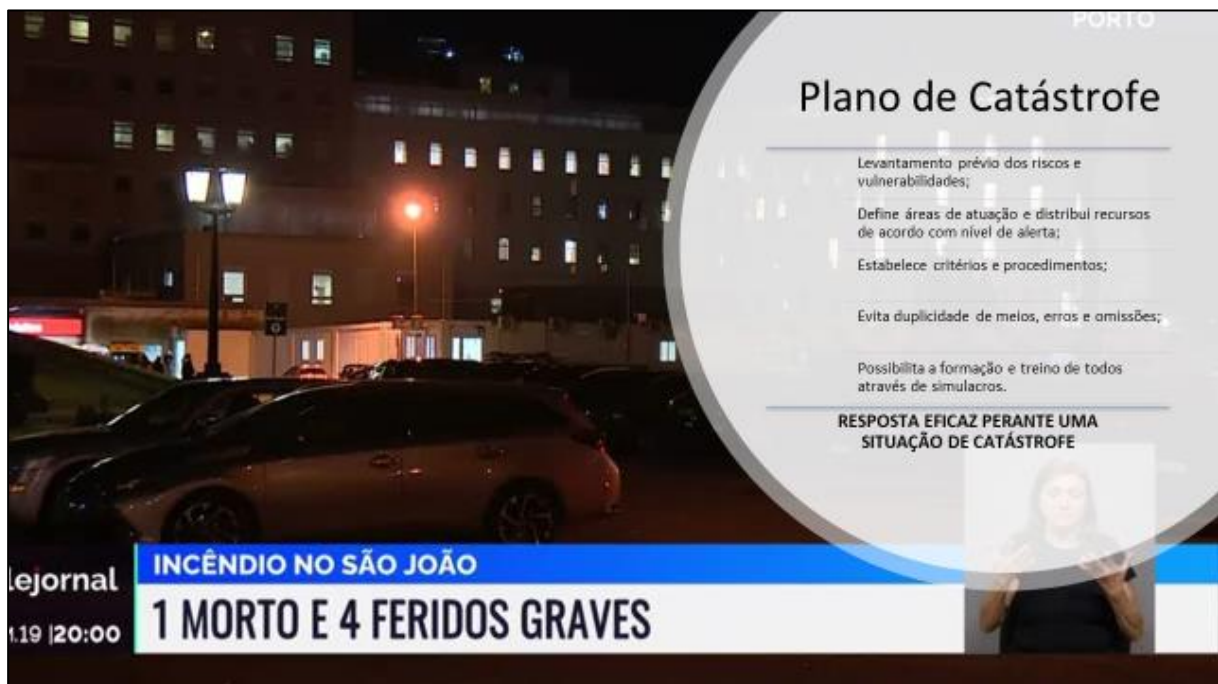


AVALIAÇÃO DO RISCO:

- Riscos internos
- Riscos externos



<https://www.mentimeter.com/app/presentation/73c9000260616d7ca46d3e6f4c8cbf70/409f234ac996>



PORTO


Plano de Catástrofe

- Levantamento prévio dos riscos e vulnerabilidades;
- Define áreas de atuação e distribui recursos de acordo com nível de alerta;
- Estabelece critérios e procedimentos;
- Evita duplicidade de meios, erros e omissões;
- Possibilita a formação e treino de todos através de simulacros.

RESPOSTA EFICAZ PERANTE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

lejornal 1.19 | 20:00

INCÊNDIO NO SÃO JOÃO
1 MORTO E 4 FERIDOS GRAVES



Plano De Catástrofe

- Coordenador Emergência;
- Coordenador Clínico;
- Coordenador Recursos Humanos;
- Coordenador Logística;
- Coordenador Segurança Interna;
- Coordenador Comunicações;
- Coordenador Edifício;
- Entidades Externas



Plano De Catástrofe

- Enfermeiros que exercem funções num SU, têm de estar preparados para situações críticas e inesperadas que podem ultrapassar os recursos disponíveis;
- Não é por si só, garantia de segurança e eficácia;
- Difundido, testado e verificado mediante exercícios e simulacros, para que todos se encontrem aptos a atuar em caso de catástrofe.

Triagem



1. ato de selecionar de entre um conjunto;
2. ato de dividir e separar elementos de um conjunto de acordo com determinados critérios;
3. resultado de uma escolha; seleção”;

(www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/triagem)


Triagem de emergência: processo complexo baseado na seleção de pacientes, de acordo com as suas queixas, garantindo que o paciente certo, seja visto pelo clínico certo, na hora certa, no lugar certo e pelo motivo certo.

Triagem Múltiplas Vítimas



Triagem de Catástrofe

- START (Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment);
- mSTART (modified START);
- SALT (Sort, Assess, Lifesaving intervention and Treatment/Transport);
- ASAV (Amber-Schwandorf Algorithm for Primary Triage);
- PRIOR (Primary Ranking for Inicial Orientation in Emergency Medical Services);
- FTS (Field Triage Score);
- Triagem Manchester (Trauma Sieve and Sort)...



Folha de Catástrofe

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

1- Avaliação Primária

Anda Verde

Respira após abertura da via aérea Preto

Freq. Resp. > 29 Vermelho

Freq. Resp. < 10 Vermelho

Preenchimento capilar > 2 Vermelho

Pulso > 120 Vermelho

Amarelo Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

Hora	1		2		3		4		5		6	
	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS	Av	TRTS
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
Cor	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Prioridade												
Nº Mec.												

Escala de Comas de Glasgow		Escala TRTS	
Abertura de olhos	Espontânea 4	Freq. Resp.	10 a 29 4
	Voz 3		> 29 3
	Dor 2		6 a 9 2
	S/ Resposta 1		1 a 5 1
	Orientada 5		0 0
Resposta verbal	Confusa 4	Pressão Arterial Sistólica	> 90 4
	Inapropriada 3		76 a 89 3
	Imperceptível 2		50 a 75 2
	S/ Resposta 1		1 a 49 1
Resposta motora	Ordem 6		0 0
	Localiza 5	Escala De Comas De Glasgow	13 a 15 4
	Fuga 4		9 a 12 3
	Flexão 3		6 a 8 2
	Extensão 2		4 a 5 1
	S/ Resposta 1		3 0

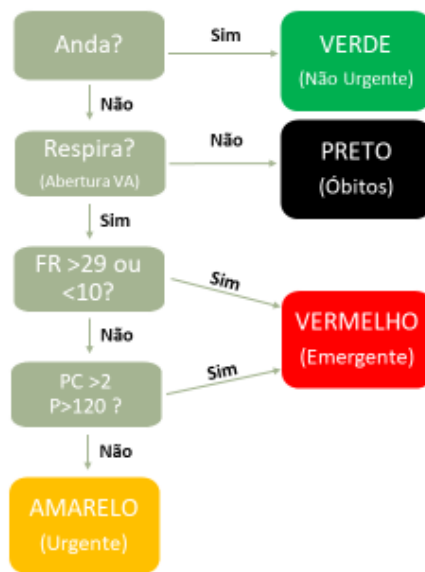
Prioridades TRTS

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

Observações:

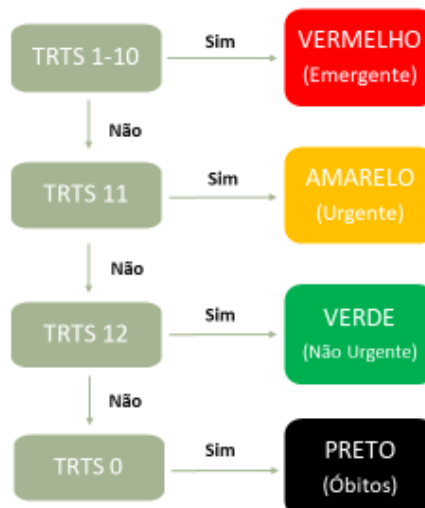
© Grupo Português de Triagem

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



Grupo Português de Triagem

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA



Grupo Português de Triagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Regulamento nº.140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, nº 26, serie II: 4744-4750.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & CLE, E. do 7º. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, 15, 1–38.

Foley, A. (2020) . *Sheehy's Emergency Nursing*, 7th Ed. Elsevier, 8, 58-67.

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (n.d.). *No Title*. <https://www.undrr.org/about-undrr/history>

World Health Organization. (2017). *A Strategic Framework for Emergency Preparedness*. WHO Document Production Services. <https://www.who.int/publications/i/item/a-strategic-framework-for-emergency-preparedness>

World Health Organization. (2021). *Guidance on Research Methods for Health Emergency and Disaster Risk Management*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345591/9789240032286-eng.pdf>

<https://www.grupoportuquestriagem.pt/grupo-portuques-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/triagem>