



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas

Marlene Martins de Freitas Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas

Marlene Martins de Freitas Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“O melhor meio para alcançar a felicidade é contribuir para a felicidade dos outros.”

Robert Baden Powell

AGRADECIMENTOS

Um profundo agradecimento ao meu marido Luís Brás, sem o teu apoio incondicional não teria conseguido ultrapassar este desafio, obrigada pela tua dedicação, paciência e apoio demonstrado em todos os momentos,

À minha família que desde o início acreditaram que seria capaz, obrigada pelo incentivo permanente,

À Professora Doutora Dulce Santiago pelas preciosas orientações e pela sua inteira disponibilidade,

À orientadora de estágio Enfermeira Ana Agostinho, obrigada pela partilha de conhecimentos e experiências,

A todos os meus colegas pelo incentivo e paciência demonstrada e em particular às amigas Helena Pinto e Vanda Pascoal pela motivação permanente e obrigada por nunca terem desistido de mim...

A todos um sincero obrigada.

RESUMO

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro conhecimento, competência e habilidades específicas, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida, ágil e eficaz, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo deste tipo de situações.

O presente relatório descreve pormenorizadamente as etapas do desenvolvimento de um projeto de intervenção, pretendendo para o efeito a capacitação da equipa de enfermagem de um serviço de urgência, para atuar com prontidão, usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência externa/catástrofe.

Com a elaboração deste documento, desenvolveu-se também uma análise crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas, rumo à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, assim como das competências de Mestre.

Palavras-chave

Vítimas de catástrofe, Enfermagem, Cuidados de qualidade

ABSTRACT

Training of nurses for a systematized response in the event of a catastrophe and multi-victims

The provision of care in a disaster situation requires the nurse's knowledge, competence and specific skills, resulting in a systematic, integrated, rapid, agile and effective emergency response, and procedures should be properly trained in order to reduce the negative impact of this type of situations.

This report describes in detail the stages of the development of an intervention project, aiming at the training of the nursing team of an emergency service, to act promptly, using nationally and internationally accepted standards in the response to emergency situations external / catastrophe.

With the elaboration of this document, a critical and well-founded analysis of the activities developed, towards the acquisition and development of the common competences of the Specialist Nurse and of the Specialist Nurse Practitioner in Medical-Surgical Nursing, in the Person in a Critical Situation, was also developed as of Master's competences.

Keywords:

Victims of catastrophe, Nursing, Quality care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	19
1.1 Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	19
1.2 Serviço de Urgência	20
1.2.1 Enquadramento legal	20
1.2.2 Recursos físicos	22
1.2.3 Recursos materiais e equipamentos	24
1.2.4 Recursos humanos	24
1.2.5 Análise da população alvo	26
1.2.6 Análise da Produção de Cuidados	27
1.2.6.1 Prestação de Cuidados de Qualidade	30
1.3 SAMUR – Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate	32
1.4 SUMMA 112 – Serviço de Urgências Médicas de Madrid	36
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	39
2.1 Fundamentação Teórica	40
2.2 Diagnóstico da Situação	50
2.3 Definição de Objetivos	53
2.4 Planeamento	54
2.5 Execução	55
2.6 Resultados	59
2.7 Avaliação	62
2.8 Conclusão	64
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	66
3.1 Competências de Mestre e Comuns do Enfermeiro Especialista	67
3.2 Competências de Mestre e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica	81
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO 96	
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma das atividades da UC de Estágio Final	CIX
Apêndice B – Pré-Projeto – Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências	CXII
Apêndice C – Artigo científico: “Métodos de triagem pré e intra-hospitalar em situações de catástrofe”	CXXXIII
Apêndice D – Apresentação SAMUR em contexto do 10º aniversário SIV.....	CLIV
Apêndice E – Questionário de avaliação conhecimento e treino em simulação.....	CLVIII
Apêndice F – Questionário de avaliação sociodemográfica e de conhecimentos.....	CLXI
Apêndice G – Questionário de satisfação e avaliação da formação	CLXIV
Apêndice H – Apresentação em PowerPoint da formação em catástrofe	CLXVIII
Apêndice I – Cartões de simulação de vítimas	CXCIII
Apêndice J – Check-list de avaliação da prática simulada	CXCVII
Apêndice K – Planos de sessão da formação em serviço	CXCIX
Apêndice L – Procedimentos de atuação sobre precauções dependentes da transmissão por contacto	CCII
Apêndice M – Apresentação em PowerPoint intitulada “Paragem Cardiorrespiratória”	CCXXII
Apêndice N – Artigo de investigação: “Logística em incidentes de grandes dimensões: A importância do planeamento”	CCXLVII
Apêndice O – Poster: “Novas Recomendações de abordagem do doente com AVC Isquémico”	CCL
Apêndice P – Relatório de atividades do período experimental	CCLII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Certificado do Estágio SAMUR	CCLXXXIV
Anexo B – Certificado “ <i>Jornadas Municipales de Catástrofe</i> ”	CCLXXXVI
Anexo C – Certificado do Estágio SUMMA	CCLXXXVIII
Anexo D - Planta do SUP após ativação do Plano Emergência Externo	CCXC
Anexo E – Pedido de parecer à Comissão de Ética da UE e do CHUA	CCXCII
Anexo F – Publicação Notícias do INEM 27 Abril 2018	CCCI
Anexo G – Formações Realizadas	CCCIII
Anexo H – Pós-Graduação “ <i>Medical Response to Major Incidents</i> ”	CCCX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Conselhos na área de influência do CHUA	20
Figura n.º 2 – Sala de Reanimação	22
Figura n.º 3 – Número de mortes por tipo de desastre, 1996-2015	40
Figura n.º 4 – Análise da prática simulada por intervalo de performance	62
Figura n.º 5 – Análise da prática simulada, realizada sem falhas, por intervalo de performance	63
Figura n.º 6 – Avaliação do desempenho dos enfermeiros antes e após a formação	63
Figura n.º 7 – Percentagem de melhoria, nas intervenções com pior resultado entre o antes e o após a formação	64
Figura n.º 8 – Equipa de Prevenção no Simulacro 2017 SAMUR MADRID	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º1 – Equipamento existente no SUP	24
Tabela n.º 2 – Equipa de Enfermagem	25
Tabela n.º 3 – Distribuição dos enfermeiros pelos turnos e por setores	26
Tabela n.º 4 – Fórmula para o cálculo de dotações seguras no Serviço de Urgência ..	28
Tabela n.º 5 – Catástrofes no Mundo em 2013	41
Tabela n.º 6 – Dados sobre conhecimentos e treino em simulação dos enfermeiros ...	53
Tabela n.º 7 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do SUP	58
Tabela n.º 8 – Dados sobre conhecimentos dos enfermeiros antes e após formação .	60
Tabela n.º 9 – Check list e respetivos resultados de avaliação da performance dos enfermeiros durante a prática simulada	61

LISTAGEM DE SIGLAS

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

AO – Assistente Operacional

APA – Agência Portuguesa do Ambiente

APA¹ – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão Controlo de Infecção

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ICN – *Internacional Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA – *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PI – Projeto de Intervenção

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAMUR - Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SR – Sala de Reanimação

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUMMA - Serviço de Urgência Médica de Madrid

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UE – Universidade de Évora

UME – Unidade Móvel de Emergência

VIR – Veículo de Intervenção Rápida

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Terminado o período da Unidade Curricular de Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º5622 de 2 de maio de 2016 (UE, 2016), é imprescindível realizar uma análise e reflexão sobre o trabalho desenvolvido durante o referido período, dando ênfase ao crescimento pessoal e profissional, alcançado através de estágios, tanto em contexto nacional como internacional, sendo que os estágios representam uma base formativa imprescindível no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos científicos, humanos, técnicos e culturais, assim como, no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais.

O presente documento também serve como um momento de reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao cuidar especializado, tendo o documento sido elaborado com base em regulamentos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) n.º 122 (OE, 2011a), e n.º124 (OE, 2011b), no que concerne às competências comuns dos enfermeiros especialistas e competências específicas para cada área de especialização, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (EEEPSC), e Decreto-lei nº63/2016, referente às competências de mestre.

A escolha dos referidos locais de estágio prendeu-se com a temática e a diversidade dos contextos, pré e intra-hospitalar, na medida em que, em contexto profissional, conhecendo a realidade da área do pré-hospitalar e numa tentativa de fazer a ligação com o contexto intra-hospitalar, permitindo a junção das mesmas e transpondo a experiência que daí advinha, traduzindo-se em aquisição de prática cuidados de qualidade ao utente crítico.

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados, às famílias, aos grupos e à comunidade (Silva, 2013).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o enfermeiro é um

“(...) profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Decreto-lei nº161/1996, p.3)

A produção de conhecimentos em Enfermagem tem sido um fator determinante, já que tem fornecido uma base científica para orientar as práticas e garantir a credibilidade da profissão, contribuindo desta forma, para a saúde das populações através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem.

Por sua vez, segundo o mesmo regulamento, enfermeiro especialista é um

“(...) enfermeiro habilitado com um curso especializado em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Decreto-lei nº161/1996, p.3).

Apesar da construção de uma base científica que serve de guia às práticas dos enfermeiros, estes podem seguir diferentes percursos, e diferentes fases no exercício da sua profissão. Patrícia Benner, descreve os estágios de aprendizagem e a aquisição de competências em enfermagem (Benner, 2001). O trabalho aqui explanado, particularmente relacionado com o desenvolvimento de competências, teve como suporte um modelo teórico de enfermagem, sendo para o efeito, o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, “*De Iniciado a Perito*”.

Para atingir os objetivos de estágio, foram selecionados dois contextos distintos, um estágio em contexto nacional, intra-hospitalar, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial (CHUA, EPE), Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Hospital de Faro, e o outro estágio a nível internacional, em contexto pré-hospitalar, no Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate (SAMUR) e no Serviço de Urgência Médica de Madrid (SUMMA), cumprindo um total de 342 horas de trabalho presencial, o que representou uma média de 2,3 turnos por semana, fazendo-se assim cumprir, o total de horas de contacto requeridas pelo aviso n.º5622/2016 (UE, 2016).

O presente estágio, foi realizado maioritariamente no SUP do Hospital de Faro, hospital que se caracteriza, tanto a nível nacional como internacional, como um hospital de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos de resposta na prestação de cuidados de saúde, assume a responsabilidade de responder às necessidades de 16 concelhos do Algarve, tanto habitantes como população que visita a região. Também, e não menos importante, embora em menor número de horas, foi possível a realização de um estágio no SAMUR e no SUMMA, numa vertente de pré-hospitalar, na cidade de Madrid, permitindo a conciliação entre as duas vertentes, pré e intra-hospitalar no acompanhamento da Pessoa em Situação Crítica. Decorreu entre os dias 21 de setembro de 2017 e 20 de janeiro de 2018, num total de 16 semanas, respeitando o prazo limite estabelecido pelo

calendário escolar da Universidade de Évora (UE), publicado no despacho nº103/2017 de 24 de novembro (UE, 2017).

Segundo Sally (2014), e baseada na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a catástrofe pode ser definida como “(...) as any occurrence that causes damage, ecological disruption, loss of human life, deterioration of health and health services, on a scale sufficient to warrant an extraordinary response from outside the affected community or area.”¹ (p.48). No mesmo contexto, a Internacional Council of Nurses (ICN), refere que as catástrofes têm alcançado níveis elevados de destruição maciça devido a mudanças climáticas e ambientais, ao progresso tecnológico e aos atuais conflitos (ICN, 2008). Neste sentido, a OE (2011c) indica que, devido à elevada complexidade dos acidentes e ao aumento do número de catástrofes, em que a falência ou risco de falência das funções vitais podem conduzir à morte, é imprescindível “(...) um corpo de enfermagem qualificado para integrar equipas de atendimento em contexto extra e intra-hospitalar (...)” (p.3).

A relevância e a importância do Hospital de Faro no contexto regional e, concomitantemente a inexistência de um Plano Externo de Catástrofe no SUP da referida instituição, serviram de base de orientação e motivação para a realização do projeto de intervenção (PI), de forma a contribuir para o desenvolvimento e a prestação de cuidados de excelência, na área da catástrofe. Sendo a temática desenvolvida durante o referido período, a “Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas”, esta foi trabalhada sob a forma de PI com a devida colaboração de um grupo de enfermeiros do SUP. O mesmo teve recurso à utilização da Metodologia de Trabalho de Projeto, baseada numa metodologia reflexiva, apoiada na investigação sistemática. Foram fases da elaboração do mesmo: o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e os respetivos resultados e uma conclusão (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), apresentadas no seguimento de uma fundamentação teórica sobre temas centrais ao PI.

Esta intervenção teve por base a resolução de um problema identificado no contexto profissional em questão, pretendendo-se assim delinear um percurso para alcançar uma resposta, baseada nas mais recentes evidências científicas, devidamente apoiada em pesquisa da literatura.

Neste âmbito, o presente relatório de estágio tem como objetivo geral: evidenciar aspetos relevantes do estágio, no caminho da aquisição e desenvolvimento de

¹ “(...) uma ocorrência que causa danos, desequilíbrio ecológico, perda de vidas humanas, numa escala suficiente para desencadear a necessidade de uma resposta extra à comunidade afetada.”

conhecimentos diferenciados, capacidades e competências específicas tanto de mestre como de especialista, permitindo o desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao utente crítico.

Assim, formulam-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os contextos de realização do estágio e atividades desenvolvidas durante o percurso formativo;
- Descrever detalhadamente as várias fases do PI desenvolvido com base na Metodologia de Trabalho de Projeto;
- Analisar de forma crítica e fundamentada a práxis de enfermagem com vista à aquisição de competências comuns e específicas do EEEPSC e de Mestre;

O presente relatório, veio assumir um papel primordial, permitindo fazer uma reflexão pessoal das atividades e intervenções realizadas ao longo do estágio, assim como aferir o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Para facilitar esta tarefa, foi elaborado um cronograma com a descrição detalhada das atividades a desenvolver durante o período do referido estágio (Apêndice A). É imprescindível delinear um campo de competências, adquirindo, desenvolvendo e aperfeiçoando as mesmas ao longo do tempo, através de um trabalho de desenvolvimento longo e contínuo (Benner, 2001).

Importa referir que o trabalho está explanado essencialmente em três partes. Das quais fazem parte, uma análise do contexto, onde se faz uma descrição do contexto de estágio, vertente intra e pré-hospitalar, assim sendo Hospital de Faro, SUP e SAMMUR e SUMMA respetivamente. Numa segunda parte faz-se referência ao trabalho desenvolvido no contexto do PI, realizando-se uma fundamentação teórica e descrição das fases relativas à metodologia seguida. Por fim, numa terceira parte, explica o processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEEPSC, assim como das competências de Mestre, por meio da descrição e reflexão crítica das atividades realizadas nos diferentes contextos clínicos. Importa referir que a revisão de literatura acompanhou todo o trabalho, sustentando uma análise fundamentada e uma prática baseada na evidência.

Durante a primeira semana ficou definido em reunião, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, UE e na qual foram oradores a Diretora do Curso (Professora Dr.^a Céu Marques), e a Docente Responsável pela Unidade Curricular e Docente Orientadora (Professora Dr.^a Dulce Santiago), os trabalhos a realizar relativos ao referido período, entre eles:

- Pré-Projeto – Um Percorso para o Desenvolvimento de Competências (Apêndice B);
- Artigo científico (Apêndice C);

- Relatório de estágio.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência de *American Psychological Association – APA*¹, 2015, na sua edição mais recente. A organização está de acordo com as indicações dispostas no regulamento do estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Na verdade, a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender na teoria (Benner, 2001).

1.1 Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

O Decreto-Lei n.º 121/79, de 8 de maio, é criado para dar resolução ao problema jurídico do Hospital de Faro, um decreto que marca a mudança e o início da transferência do velho para o novo Hospital. O Primeiro Ministro da referida data, Dr. Carlos Mota Pinto, assumiu a abertura do mesmo, no referido decreto-lei, no entanto, a abertura oficial do novo Hospital de Faro só se veio a concretizar a 29 de dezembro do mesmo ano (Gomes, 2010).

Muitas foram as mudanças ao longo dos anos, até que de acordo com o Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio, verificou-se a criação, com a natureza de EPE, o Centro Hospitalar do Algarve, por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e do Hospital de Faro, EPE, que mais tarde, através do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto ocorre uma nova fusão, passando a ser denominado de CHUA, EPE. Fusão esta realizada com o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, perspetivando-se desta forma, uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis e aproveitamento de sinergias, com benefícios racionais e qualitativos. O mesmo tem como missão oferecer cuidados de saúde, baseados em elevados níveis de competência, excelência e rigor, incentivando a investigação e formação no domínio do ensino dos profissionais de saúde, a fim de permitir prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e eficiência (Gomes, 2010).

O CHUA EPE, caracteriza-se, tanto a nível nacional como internacional, como um hospital de referência no SNS. Em termos de resposta na prestação de cuidados de saúde, assume a responsabilidade de responder às necessidades de 16 concelhos do Algarve, Figura n.º1, a uma população de cerca de 450.000 habitantes (INE, I.P., 2015), número que pode triplicar com população que visita a região, garantindo desta forma, como menciona a Lei das Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, o direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita, à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente corretos e prestados humanamente e com respeito pelo utente, garantindo desta forma, a equidade e universalidade do acesso e de assistência aos cuidados de saúde. Também e com uma extrema importância, desenvolve competências na área da

formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda, com as universidades na área da saúde existentes na região (Serviço de Urgência Geral, s.d.).

Figura n.º 1 – Concelhos da área de influência do CHUA



(Fonte: irmãos.net 2013)

1.2 Serviço de Urgência

1.2.1 Enquadramento legal

O Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, define as características da rede de serviços de urgência, assim como os níveis de resposta que a integram. Visa o reconhecimento como condição simultânea de eficiência e de eficácia do SNS a existência de uma rede articulada do serviço de urgência com três níveis de atendimento, com diferentes características e diferentes níveis de resposta, SUP, serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB) (Despacho n.º 18459, 2006). A 28 de Fevereiro de 2008, o despacho n.º 5414 tem por missão, nomeadamente, apoiar o processo de requalificação das urgências, identificando assim o serviço de urgência do Hospital de Faro, à presente data, CHUA, como SUP, serviço este como um nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (Despacho n.º 5414, 2008), ou seja, segundo o Ministério da Saúde (MS): “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (Despacho n.º 18459, 2006). Tem como missão prestar cuidados de saúde em situação de urgência/emergência ao utente/família 365/6 dias por ano, 24h por dia, satisfazendo as necessidades e expectativas dos utentes. Relativamente à filosofia de conduta no atendimento, o mesmo segue características e exigências, técnicas e humanas, que resultam da aplicação dos direitos do utente e da família, através de uma prática de respeito mútuo e dignidade pela pessoa humana, respeito pelas diferenças individuais, justiça e

equidade, aprendizagem contínua e procura incessante de novos conhecimentos, culminando na humanização no atendimento (Serviço de Urgência Geral, s.d.).

De acordo com o despacho referido anteriormente, o SUP do CHUA dispõe das seguintes valências:

- Medicina interna;
- Cirurgia geral;
- Ortopedia;
- Imuno-hemoterapia;
- Anestesiologia;
- Bloco operatório;
- Imagiologia;
- Patologia clínica;
- Medicina Física e de Reabilitação;
- Cardiologia e cardiologia de intervenção;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Otorrinolaringologia;
- Urologia;
- Nefrologia;
- Medicina Intensiva;
- Gastrenterologia;

Garante articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria.

Através do despacho n.º 10319/2014 foram definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos do SUP, a fim de permitir dar resposta às necessidades do utente urgente e emergente, e é estipulada a formação dos respetivos profissionais da Rede de Serviços de Urgência. Assim sendo, é definido um número e localização adequada à população, demografia e rede, para a existência de SUP, garantindo o acesso inferior a 60 minutos a um Ponto de Rede de Urgência, seja ela SUB, SUMC ou SUP (Despacho n.º10319, 2014).

1.2.2 Recursos físicos

O SUP ocupa a ala poente do 2º piso do Edifício Principal, obtendo-se desta forma um rápido acesso às pessoas que se deslocam do exterior e um possível acesso interno à maioria dos serviços existentes no hospital (Serviço de Urgência Geral, s.d.).

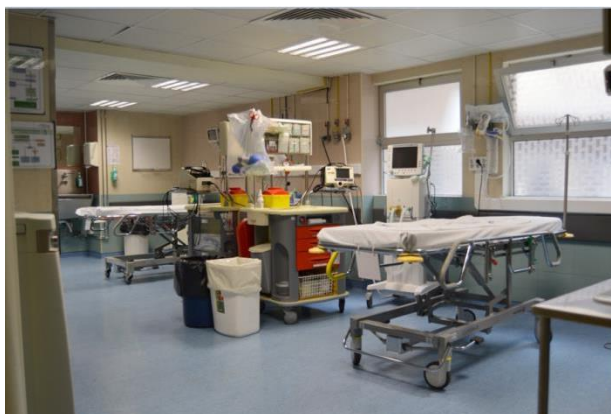
O serviço está organizado em três áreas distintas:

- Área da prestação de cuidados;
- Área administrativa;
- Área de apoio.

O setor da área da prestação de cuidados está dividido por:

- Sala de espera para Triagem, verdes e Azuis, local onde é efetuado o primeiro contacto com o utente, através da admissão.
- Gabinete de Triagem, onde é atribuída uma prioridade identificada através de um código de cores, baseado no protocolo de Triagem de Manchester.
- Sala de Espera Amarelos-Laranjas (Sala 1)
- Sala de Reanimação (SR), direcionada para a prestação de cuidados de saúde a utentes em situação clínica crítica. Localizada junto do gabinete de triagem, com uma capacidade máxima de 3 utentes, dispendo também de uma antecâmara para avaliação do utente de acordo com o fluxograma de entrada na SR.

Figura n.º 2 – Sala de Reanimação



(Fonte: Do próprio)

- Balcão Médico-Cirúrgico 1:
 - ✓ Balcão de Enfermagem (Salas 3 e 4), direcionada para utentes que conseguem deambular ou que permanecem em cadeira de rodas. Também

possui cadeirões para vigilância dos utentes que já tenham sido observados na consulta clínica e que ainda possuam critérios clínicos para permanecer na mesma e que simultaneamente precisem realizar tratamentos farmacológicos. Ambas as salas dispõem de rampas de ar e oxigénio.

- ✓ Balcão Médico (Salas 5 e 6). Ambas as salas estão munidas de rampas de ar e oxigénio para uma possível utilização em situação de catástrofe e multi-vítimas;
- Sala Trauma (Sala 7)
- Sala Otorrinolaringologia e Oftalmologia (Sala 8)
- Sala de Pequena Cirurgia (Sala 9), recebe utentes a necessitar de cuidados do foro cirúrgico.
- Sala de Espera para Especialidade Cirúrgicas (Sala 10)
- Sala de Ortopedia (Sala 11)
- Decisão Clínica
 - ✓ Unidade de Reanimação (Box n.º1 e 2) permite assegurar o atendimento rápido nas manobras de reanimação aos utentes que se encontram em qualquer área da decisão clínica, articulando-se se necessário com a sala de reanimação.
 - ✓ Observação (Box n.º3 à 6), unidade que permite um internamento temporário no SUP de utentes instáveis, dispondo este mesmo local de monitorização cardiorrespiratória não invasiva, para pessoas em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior, correspondendo a uma unidade de cuidados intermédios (Penedo, 2015).
 - ✓ Internamento (Box n.º 7 à 11), unidade que permite um internamento temporário no SUP de utentes estáveis, mas que ainda não disponham de vaga nos respetivos serviços.
 - ✓ Balcão Médico-Cirúrgica 2 (Box nº 12 à 24 e A à H), utentes a necessitar de permanecer no leito, independentemente da cor da triagem.
- Unidade de Cuidados Intermédios do SUP, capacidade de internamento de 10 utentes, equipada com monitores de multi-parâmetros em todas as unidades, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido.

O setor da área administrativa está dividido por:

- Posto de atendimento do Serviço de Urgência

- Secretariado
- Gabinete do Administrador Hospitalar
- Gabinete do Enfermeiro Chefe
- Sala de Reuniões/pausa
- Gabinete Médico da Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência
- Núcleo de Transportes

1.2.3 Recursos materiais e equipamentos

Relativamente a materiais e equipamentos, tal como se sinaliza na Tabela n.º1, encontramos o SUP munido de:

Tabela n.º 1 - Equipamento existente no SUP

Equipamentos	SR	OBS	ICUSO	Outros
Carro de Emergência	2	1	1	1
Monitores Cardíacos Philips Intellivue MP70	3	4	10	7
Monitores Desfibrilhadores	2	1	1	1
Bombas e seringas infusoras B-Braun	4/4	4/4	20/20	-
Ventilador com capacidade de ventilação não invasiva Servo i	1	-	-	-
Ventilador com capacidade de ventilação não invasiva Engstrom	1	2	-	-
Ventilador Invasivo Oxylog 1000	2	-	1	-
Pyxis	1	1	1	2

(Fonte: Do próprio)

Rampas de ar e oxigénio estão presentes em todos os setores, assim como aspiradores de secreções. Os restantes materiais estão distribuídos de acordo com as características e necessidades dos respetivos setores.

1.2.4 Recursos humanos

O SUP é composto por uma equipa multidisciplinar dispendo de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde de dimensão e especialização adequada, necessária ao atendimento da população da respetiva área de influência, preparados para

proporcionar assistência diferenciada aos utentes. Apresenta também administrativos, funcionários de serviços de higiene, limpeza e vigilantes.

Relativamente à equipa de enfermagem, a mesma é composta por 89 elementos, incluindo o enfermeiro a desempenhar funções de chefia e uma enfermeira a desempenhar funções de gestão do serviço, ambos em regime de horário fixo.

Tabela n.º 2 - Equipa de Enfermagem

Carreira Profissional	Número de elementos
Enfermeiro Chefe	1
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	3
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	2
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária	3
Enfermeiros	78
Total de Enfermeiros	89

(Fonte: Do próprio)

A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes turnos segue em regra a seguinte distribuição: manhã (8h-16h) 15 elementos, tarde (15:30h-00h) 16 elementos e noite (23:30h-8:30h) 13 elementos. Cada enfermeiro é distribuído por posto de trabalho, onde são responsáveis pela prestação de cuidados, à exceção de um elemento que fica com a função de enfermeiro responsável, denominado chefe de equipa, com reconhecida competência e capacidade de gestão de cuidados, de recursos humanos e recursos materiais. À exceção do turno da noite, este elemento não tem setor atribuído, podendo gozar de maior autonomia e dinâmica, permitindo melhor desempenho na área gestão e supervisão e interajuda de colegas que no momento estejam a precisar (Tabela n.º3).

Tabela n.º 3 - Distribuição dos enfermeiros por turnos e por setores

	Noite	Manhã	Tarde
Triagem	1	1	1
SR	1	1	1
BMC 1	1	2	2
Cirurgia/ORL	1	1	1
Ortopedia/Oftalmologia	0	1	1
BMC 2	3	3	3
S.O.	1	1	2
O.B.S.	1	1	1
UCISU	3	3	3
Chefe de Equipa	1	1	1

(Fonte: Do próprio)

Sendo a formação considerada como estratégia e caminho que permite aos enfermeiros atualizarem e adquirirem novos conhecimentos, desenvolvendo assim as suas capacidades, atitudes e competências necessárias para a prestação de cuidados de saúde, o CHUA promove formação em serviço, com base num diagnóstico de necessidades quer dos profissionais, quer do serviço e as estratégias de desenvolvimento definidas pela organização, visando colmatar as necessidades de formação, a atualização de conhecimentos e dando resposta a necessidades. Permite também dispensa do profissional para realizar formação contínua.

Relativamente a cuidados prestados no SUP e aos requisitos formativos obrigatórios, como refere no artigo 21º do despacho n.º10319, é imprescindível que a totalidade da equipa detenha formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e pelo menos que 50% dos mesmos com formação em SAV em trauma, formação em ventilação e controle hemodinâmico, transporte de utentes críticos, vias verdes e comunicação e relacionamento em equipa, gestão de stress e de conflitos, comunicação de risco e “transmissão de más notícias” (Despacho n.º10319, 2014).

1.2.5 *Análise da população alvo*

O crescimento da população da região do Algarve tem vindo a acompanhar de forma paralela o crescimento nacional (PORI, 2017). A análise da população-alvo de forma mais aprofundada e exaustiva nas suas diversas vertentes, permite identificar as reais necessidade e carências existentes no território do concelho de Faro. No final de 2015, a

população residente na região do Algarve foi estimada em 441 929 pessoas, segundo a base de dados PORDATA (última atualização a 26/06/2015), dos quais 15% da população corresponde a jovens entre os 0 e os 14 anos de idade e 21% a idosos (pessoas com 65 ou mais anos de idade), valor que evidencia o caminho do envelhecimento da população residente, podendo-se concluir que é uma região predominantemente envelhecida, colocando grandes desafios ao nível das respostas institucionais da região (PORI, 2017).

Evidencia-se também o facto de se tratar de uma região com elevada atratividade turística, cultural e desportiva, onde existe uma grande mobilidade à custa de uma população migrante (nacional e estrangeira).

Os principais problemas identificados neste território demonstram-se na sua grande maioria pelo desequilíbrio entre fatores de risco e fatores de proteção. Idealmente, a existência de um programa que permita intervir na comunidade, na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, promover a aprendizagem de competência sociais e pessoais seria uma mais valia para a preparação da população a fim de evitar a utilização do SUP por utentes não urgentes e promover o uso deste recurso apenas mediante prévia referenciação, poder-se-ia afirmar que este tipo de programa promoveria significativos ganhos em saúde (PORI, 2017), contrariando assim a atual capacidade de pouca intervenção que os hospitais detêm, no que se refere à procura do SUP, o que não deixa de traduzir numa limitação do planeamento desta atividade (Hospital de Faro, 2012).

1.2.6 Análise da Produção de Cuidados

Atualmente, e segundo a circular informativa n.º 171/17 (2017), do CHUA, o SUP apresenta uma afluência média diária de 347 utentes, variando de acordo com o período do dia, motivo pelo qual a distribuição dos enfermeiros por turno não é uniforme como já foi referido anteriormente. Os turnos são rotativos, de 8 horas, onde está definido pela chefia, que cada enfermeiro agregado ao serviço de observação (SO) é responsável por um máximo de 10 utentes no período diurno e 15 no período noturno. Nos restantes setores o enfermeiro é responsável por todos os utentes alocados aos respetivos serviços, sem número limite estabelecido. Pode-se assim verificar, que o método de distribuição do trabalho utilizado no SUP é o de Enfermeiro alocado ao posto de trabalho, sendo que a prestação de cuidados é realizada de acordo com o método individual de trabalho (Costa, s.d.). No entanto, quando se verificam situações de emergência, é necessário mobilizar enfermeiros para este respetivo setor, sendo imprescindível a interação, interajuda e partilha de responsabilidades entre a equipa.

O número apresentado anteriormente, contraria em muito os cálculos de dotações seguras que se preconiza num SUP, que segue a fórmula “(...) “Posto de Trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência” (OE, 2014, p.21), fórmula que se apresenta na Tabela n.º 4.

Tabela n.º 4 – Fórmula para o cálculo de dotações seguras no Serviço de Urgência

Fórmulas para cálculo	
$\frac{AT \times HAC/AC}{T}$	$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$

Nota: AT – atendimento por ano; HAC/AC – horas de cuidados necessários por sessão; T – período normal de trabalho por enfermeiro/ano; PT – Posto de trabalho; HF/D – horas de funcionamento por dia; NDF/A – número de dias de funcionamento por ano.

(Fonte: Ordem dos Enfermeiros, Norma para o cálculo de dotações seguras de cuidados de enfermagem, 2014)

As dotações seguras em Enfermagem e as decisões a elas referentes são áreas críticas para a gestão dos serviços de saúde, obrigando os gestores a uma reflexão constante e conseqüente para a utilização racional dos recursos humanos (Nelas, 2013), sendo que, neste contexto, a adequação dos recursos às necessidades assistenciais é um dos eixos essenciais para qualidade e segurança dos cuidados prestados, e especificamente no que concerne aos Enfermeiros, sendo Competência Específica do Enfermeiro Especialista, como se encontra no regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e “colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.” (OE, 2011, p. 8651).

Entendem-se dotações seguras em Enfermagem, conforme a definição assumida pela OE da definição da ICN como “uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos utentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”, conceito este indissociável dos conceitos da qualidade e segurança (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Desta definição emerge a necessidade de um equilíbrio entre a disponibilidade e quantidade de recursos humanos de enfermagem, quer em número de enfermeiros e/ou horas de cuidados necessários, quer na qualidade, numa conjugação de experiência/formação e competências clínicas, para fazer face às necessidades de cuidados dos utentes, sendo esta uma condição essencial à segurança dos cuidados e para

uma prática clínica de qualidade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Esta definição do Conselho Internacional Enfermeiros

“apela para um mix inovador, ao definir dotação segura de enfermeiros como a necessidade de estarem sempre disponíveis enfermeiros, não só em termos numéricos, mas também com as competências necessárias, para dar resposta com qualidade às necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes” (Freitas, 2015, p. 30).

Os enfermeiros são parte integrante da equipa de saúde dando o seu contributo na prestação de cuidados de saúde onde não podem ser vistos como indivíduos isolados, mas sim como membros cooperativos de um sistema global. Os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde numa grande diversidade de ambientes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

As dotações seguras traduzem a manutenção da qualidade dos cuidados aos utentes, assim como de vida dos enfermeiros e, conseqüentemente, dos resultados da organização. Estas práticas de dotações seguras são integradoras de vários aspetos importantes para a prestação de cuidados seguros, tais como, as atividades e as intensidades dos cuidados de enfermagem, os níveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros, assim como, o desenvolvimento de todo o pessoal integrante nos cuidados de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências destes, são aspetos imprescindíveis para alcançar índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações. Desta forma devem ser utilizados critérios e metodologias que permitam uma adequação dos recursos humanos às suas reais necessidades de cuidados (OE, 2014). Por outro lado, o cálculo de dotação de enfermeiros não pode ser limitador ao critério do número de horas de cuidados prestados por utente e por dia ou, a tempos médios usados em determinados procedimentos tornando-se “consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2014, p.6).

A competência profissional é “a combinação dos conhecimentos das experiências e comportamentos exercidos num dado contexto, tendo por base as atitudes e características individuais de cada profissional” (Pitkaaho, Partanen, Miettinen & Vehvilainen-julkunen, 2014, p.32). Ou seja, as competências profissionais são um conjunto de comportamentos que abrangem os conhecimentos, as habilidades e as capacidades para realizar um trabalho

eficaz. De acordo com os mesmos autores, quanto maior a qualificação e competências dos enfermeiros menor será a duração do internamento. A gestão flexível das dotações é preferível à dotação fixa de recurso, com o objetivo de adequar as competências às necessidades (Pitkaaho, Partanen, Miettinen & Vehvilainen-julkunen, 2014).

Segundo o artigo 109º da deontologia profissional relativo à excelência do exercício, o enfermeiro procura nos atos profissionais a excelência do exercício assumindo o dever de:

“a) - analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; b) – procurar adequar normas de qualidade dos cuidados...; c) – manter a atualização contínua dos conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; d) – assegurar (...) as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, (...), as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados; e) – garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos; f) – abster-se de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.” (OE, 2015).

Os enfermeiros procuram a excelência nos atos profissionais que praticam preocupando-se com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados impondo-se uma conduta de desenvolvimento contínuo (OE, 2015).

1.2.6.1 Prestação de Cuidados de Qualidade

“A área da saúde é inevitavelmente associada ao risco acrescido de ameaças à qualidade de vida e segurança do utente pois os problemas que afetam o funcionamento dos serviços hospitalares são muitas vezes complexos e difíceis de definir” (Gonçalves, 2015, p. 8).

Os conceitos qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem, não têm apenas uma importância em termos de organização de saúde, são de forma imperiosa determinados pela ação do enfermeiro. O seu agir passa pelo reconhecimento das verdadeiras necessidades do utente, adequando as intervenções, a gestão de recursos com foco na satisfação das necessidades identificadas. Tem um papel proactivo na promoção da saúde e prevenção da doença, incorporando a efetividade, eficiência, a aceitabilidade e equidade. Desta forma, a intervenção do enfermeiro torna-se fulcral para alcançar os objetivos da organização (Gonçalves, 2015).

Vive-se uma realidade de convergência entre “a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a otimização da utilização dos recursos disponíveis” (Cordeiro, 2009, p.55). A necessidade da promoção da eficiência pela gestão de recursos financeiros, humanos e materiais adequada é um contributo fundamental para a estabilidade social. Agir com

qualidade é imprescindível, sendo necessário assegurar a satisfação dos utentes, através de um profissionalismo que se traduz por um exercício de funções eficiente, rigoroso e responsável, motivando os seus profissionais (Cordeiro, 2009).

Para avaliação da qualidade na prestação dos cuidados, são considerados indicadores de qualidade a eficácia e eficiência. Sendo que a eficácia pode-se entender como a capacidade de execução da melhor forma possível, e como eficiência a aquisição do melhor resultado, utilizando o mínimo de recursos possíveis (Freitas, 2015).

Aiken *et al.* (2016), abordam no seu estudo a correlação entre o número de enfermeiros existentes, entre outros profissionais com a mortalidade e a qualidade de cuidados. Estes autores concluem que em hospitais onde se encontra um maior número de enfermeiros profissionais em relação a outros cuidadores menos habilitados, ocorre para além da evidencia de menor número de mortes, uma menor tendência para os utentes classificarem a qualidade do atendimento hospitalar neutra ou negativa, menor tendência a relatar uma má cultura de segurança. Inferem igualmente que os utentes são menos propensos a relatar efeitos adversos como quedas com lesões, úlceras de pressão e infeções do trato urinário.

A segurança, é uma componente fundamental da qualidade na saúde, mais precisamente na qualidade de cuidados de enfermagem. Refere que só se consideram cuidados de qualidade, os cuidados que são prestados garantindo a segurança do utente, "(...) por isso, os profissionais e instituições de saúde, têm a obrigação de prestar cuidados seguros, para evitarem que os utentes sejam vítimas de qualquer enfermidade não intencional" (Freitas, 2015, p.39).

A fadiga dos profissionais de saúde, proporcionada pela sobrecarga laboral, turnos longos, horas de trabalho superiores às contratualizadas e dotação insuficiente, é apontada como fator predisponente à ocorrência de efeitos adversos, que põe em causa a segurança dos utentes (Freitas, 2015).

Assumindo a segurança como um fator de elevada importância para a qualidade em saúde, foi introduzido na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009, publicado em Diário da República no Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Este plano consiste essencialmente numa ferramenta de apoio a gestores e clínicos do Sistema Nacional de Saúde, no que concerne à gestão do risco associado aos cuidados de saúde. Um dos objetivos estratégicos deste

plano, compreende o aumento da cultura de segurança, indicando a dotação de profissionais como uma das dimensões de maior potencial de melhoria, tendo em contas a disparidades de resultados verificados em Portugal. Relacionando-se diretamente com a dotações em enfermagem, visa-se com igual importância, o alcance de outros objetivos, tais como “a segurança da comunicação, a segurança na utilização da medicação, a identificação inequívoca dos doentes (...)” (Gonçalves, 2015, pp. 8-9).

A 2 de dezembro de 2014, foi publicada em Diário da República, Regulamento nº533/2014, a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, elaborada em 2011 pela OE, e segundo a qual o referido cálculo não deve:

“limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (OE, 2014, p.30247).

Devido à difícil conciliação entre os recursos humanos disponíveis, os esforços para a melhoria contínua e as expectativas criadas tanto pelos profissionais de saúde como pelos cidadãos face aos serviços de saúde, os contributos para a cultura de segurança do utente, para a sua melhoria e desenvolvimento são essenciais.

As organizações que têm dotações adequadas de enfermeiros aumentam o seu potencial competitivo; geralmente são organizações que obtêm melhores resultados em saúde, verificando-se uma menor incidência de eventos adversos, uma diminuição de custos diretos e indiretos associados aos cuidados de saúde, redução do tempo de internamento e de complicações, melhoria na satisfação dos utentes e profissionais e na qualidade dos cuidados, satisfação do utente, entre outros fatores que diminuem a morbilidade e mortalidade dos utentes (Gonçalves, 2015).

1.3 SAMUR – Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate

O estágio SAMUR, num contexto internacional, surgiu após uma conversa informal com uma colega do curso do mestrado em questão, tendo suscitado desde logo o interesse, uma vez que se tratava de uma entidade com uma vasta e comprovada experiência em serviços de emergência pré-hospitalar, nomeadamente assistência a utentes em situações críticas. Também neste sentido, uma vez que detinha conhecimento da área do pré-hospitalar em contexto nacional, esta experiência poderia se tornar uma mais valia, pois iria permitir ter um termo de comparação entre os distintos sistemas, contribuindo para o

enriquecimento de conhecimentos nesta área, desenvolvendo assim competências específicas especializadas.

A 16 de abril de 2018, foi publicado em Diário da República, o Regulamento nº226/2018, Regulamento da competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, pela OE, e segundo o qual o enfermeiro de emergência extra-hospitalar é:

“(...) detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, (...) atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional;”(OE, 2018, p.10759).

Os enfermeiros são elementos de equipa de saúde, que detêm uma elevada importância no que diz respeito à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados a este tipo de utentes. Neste sentido, a OE preconiza no Enunciado de Posição 01 (2007), as orientações relativas às atribuições do Enfermeiro em contexto de pré-hospitalar, sendo que:

“A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde (...), assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima (...). A imprescindibilidade da intervenção dos enfermeiros decorre deste compromisso.” (p.1)

De forma a ser feita uma integração, fomos recebidos por alguns elementos da equipa de Enfermagem do SAMUR, tendo a mesma o cuidado de fazer uma contextualização do tema SAMUR na cidade de Madrid. Essa contextualização permitiu aferir algumas dúvidas existentes sobre o tema, permitindo uma melhor prestação de cuidados de Enfermagem que se procederam à posteriori. O certificado da realização do referido estágio encontra-se em anexo (Anexo A).

S.A.M.U.R. – *Serviço de Assistência Municipal de Urgência y Resgate*, é um serviço municipal, regulado pela proteção civil, de emergência e emergências de saúde, que presta serviço unicamente na cidade de Madrid. As equipas são constituídas por médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de transporte sanitário, com formação e treino obrigatório, específico na área, primando esta instituição pela formação contínua recorrendo a técnicas de prática simulada, permitindo a proficiência das equipas (Ayuntamiento de Madrid, 2018). Durante o ano de 2017, prestou cuidados a 116789 eventos relacionados com as emergências pré-hospitalares. Tem uma área de atuação de 604,20km², e uma população

de 3.182.981 habitantes permanentes, acrescentando ainda população que diariamente por diversas razões vai à capital (Ayuntamiento de Madrid, 2018). Por existir na mesma cidade dois distintos meios de emergência pré-hospitalar, o SAMUR e o SUMMA, houve uma necessidade de divisão dos espaços de atuação, atuando o SAMUR apenas em locais públicos, quer seja na via ou em edifícios públicos. Possui 21 bases, distribuídas estrategicamente pelos diferentes distritos. A entidade que coordena o socorro é o serviço 112, tendo este a responsabilidade de acionar o meio de acordo com a área e tipo de ocorrência (Ayuntamiento de Madrid, 2018).

Em face com a elevada demanda, e para permitir melhorar a qualidade na prestação dos cuidados efetuados à população, e segundo o mesmo autor, a instituição viu-se obrigada a criar e implementar novas técnicas e melhorias, entre elas:

- Aplicação de cuidados pioneiros e procedimentos de gestão.
- Controle de qualidade.
- Sistemas baseadas em objetivos.
- Técnicas inovadoras de saúde e procedimentos de ação conjunta com hospitais de Madrid para o tratamento de patologias dependentes do tempo.

Estas medidas, vieram permitir um aumento do número de pessoas transplantadas, uma diminuição significativa da mortalidade por patologias traumáticas e um aumento elevado da sobrevivência dos utentes críticos, melhorando o prognóstico rapidamente (Ayuntamiento de Madrid, 2018).

Estas vítimas necessitam de um método de atuação que permita uma rápida e adequada intervenção à situação clínica de cada utente, assim como uma equipa de profissionais experientes e capazmente treinados, para que os mesmos estejam aptos a agir prontamente minimizando as consequências. Um sistema protocolado facilita no desempenho das equipas de saúde na área do pré-hospitalar na medida em que permite uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados a estes utentes.

Sendo a cidade de Madrid palco de vários eventos de atentados terroristas, tornou-se imperativo o treino regular e sistematizado das equipas de saúde em total colaboração com outras entidades como por exemplo equipas de segurança pública e bombeiros, a fim de adquirir formação profissional continuada, ação e experiência, traduzindo-se em competências adquiridas. Neste sentido, de maneira a preparar as equipas para um eventual cenário de multi-vítimas, são organizadas cerca de 30 simulações anuais

envolvendo múltiplos cenários de multi-vítimas (Ayuntamiento de Madrid, 2018). Um deles, organizado anualmente, durante a Conferência Municipal de Catástrofes, internacionalmente conhecido pela sua macro-dimensão e excelente organização, participando serviços e entidades, tanto nacionais como internacionais. Conferência e simulação que foi possível assistir e cujo certificado se encontra em anexo (Anexo B). Este tornou-se um momento de grande aprendizagem no contexto do estágio final, permitindo desenvolver competências na área da especialidade, nomeadamente K2, assim como, servir como uma orientação, tornando-se uma mais valia no desenvolvimento do PI, permitindo com a colaboração da equipa de prevenção do referido evento, aferir conhecimentos na área de preparação e gestão de simulações de cenários de multi-vítimas.

Relativamente à experiência no contexto do referido estágio, importa salientar que na sua grande maioria, as ocorrências para as quais a equipa foi ativada eram essencialmente de cariz traumático, sendo que para o efeito existe um protocolo de atuação que permite orientar as intervenções realizadas pela equipa. Houve oportunidade de consultar este e outros protocolos de atuação, de acordo com a situação clínica, protocolos em muito estruturalmente semelhantes aos que existem em contexto nacional.

No sentido de realizar uma intervenção precoce e adequada, melhorando o prognóstico dos utentes politraumatizados, a OMS emanou recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do utente traumatizado. A Direção Geral da Saúde (DGS) adaptou as orientações internacionais à realidade nacional, divulgando, em 2010, a Circular Normativa, N°07/DQS/DQCO, Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, com o objetivo de implementar a Via Verde Trauma, delineando uma intervenção precoce e adequada para reduzir significativamente as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas, melhorando consideravelmente o prognóstico dos utentes traumatizados, considerando que do êxito da funcionalidade da mesma depende a vida do indivíduo (DGS, 2010).

A Emergency Nurses Association, na formação do Trauma Nurse Care Course (2018), dá ênfase ao papel dos enfermeiros como elementos integrantes da equipa de trauma, classificando o desempenho destes profissionais como fundamental e imprescindível, com uma elevada capacidade para avaliação e tratamento de lesões traumáticas.

Numa das referidas ativações e tratando-se de um utente crítico, a equipa de controlo de qualidade também se dirigiu para o local, procedimento habitual tratando-se de

utentes críticos. Esta equipa tem como objetivo avaliar o desempenho da equipa que se encontra na prestação direta dos cuidados, a fim de verificar se o processo, abordagem e resultados obtidos estão de acordo com o que é idealmente preconizado, ou se existem lacunas na formação da equipa, que possam carecer de uma respetiva correção.

Importa dar relevo à experiência vivida no contexto do estágio no SAMUR, pois a mesma permitiu adquirir conhecimentos científicos na área do pré-hospitalar, desenvolver e aperfeiçoar técnicas de atuação, ter um maior contacto com equipamentos distintos da nossa realidade, assim como formas de atuação diferentes. Pela sua importância, à posteriori, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no âmbito das comemorações do 10º aniversário do Suporte Imediato de Vida (SIV), procedeu a um respetivo convite, para palestrar numa conferência realizada no auditório das instalações da própria instituição, a fim de partilhar a experiência vivida, no contexto internacional, com o intuito de uma possível melhoria da qualidade da prestação de cuidados a nível nacional. Apresentação que se segue em apêndice (Apêndice D).

1.4 SUMMA 112 – Serviço de Urgências Médicas de Madrid

Após realizar o estágio no SAMUR, podendo constatar que a cidade de Madrid disponha de duas vertentes diferentes de abordagem em contexto pré-hospitalar, e tratando-se de uma entidade reconhecida pelo Ministério da Educação em Espanha, sendo a mesma acreditada para docência, despertou a curiosidade, tendo realizado esforços numa tentativa de conseguir um novo campo de estágio, mais precisamente, no SUMMA 112, *Serviço de Urgências Médicas de Madrid*. O certificado da realização do referido estágio encontra-se em anexo (Anexo C).

O SUMMA é uma entidade pública, que à semelhança do SAMUR, presta cuidados na área da emergência e emergências extra-hospitalares na comunidade de Madrid, no entanto presta cuidados em áreas geográficas distintas, no centro da cidade presta cuidados nos domicílios, e na periferia em toda a área de atuação, via pública e domicílios (Summa 112, 2018).

Tem um atendimento médio anual de um milhão e meio de utentes, tendo os seus profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos um extenso curriculum de formação, especialização e dedicação aos meios técnicos à sua disposição (Summa 112, 2018).

No presente estágio, houve a oportunidade de acompanhar a equipa de SAV, tanto na unidade móvel de emergência (UME) como no veículo de intervenção rápida (VIR). Ambos são veículos de apoio diferenciado, com capacidade de garantir SAV ou cuidados diferenciados em situações de utente crítico, com monitor-desfibrilhador, com capacidade de ventilação mecânica entre outro material necessário no apoio ao utente crítico. No entanto a UME é um veículo com capacidade de transporte de utentes, e a VIR é um veículo ligeiro, sem capacidade de transporte de utentes, mais pequeno, com capacidade de atingir maior velocidade e mais ágil quando se trata de locais com elevada afluência de carros, em muito semelhantes às Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) existente no contexto nacional.

Foram várias as situações para as quais a equipa foi ativada, no entanto a grande maioria, essencialmente a VIR, por se tratar de um veículo mais rápido, foi ativada para situações de paragem cardiorrespiratória (PCR).

A *European Resuscitation Council* (2011), define a Cadeia de Sobrevivência como um conjunto de procedimentos organizados, necessários para salvar a vida de utentes em PCR. Para uma rápida e eficaz resposta, a equipa deve de apresentar competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas práticas e específicas e resposta imediata, após a sua ativação (DGS, 2010). Os elementos da equipa, durante o processo de reanimação de um utente em PCR, devem realizar as tarefas, procedimentos e cuidados, em simultâneo e em sinergia. Reanimação cardiopulmonar (RCP) de elevada qualidade é fundamental na melhoria do resultado final (*European Resuscitation Council*, 2011).

As decisões éticas que envolvem a decisão sobre quando iniciar ou suspender as manobras de RCP são muito complexas, no entanto, tratando-se de um meio em que o médico faz parte da equipa, na maioria das situações e depois dos esforços realizados numa tentativa de recuperar a vítima, a mesma acabava por ficar no domicílio, dando-se por suspensas as manobras de SAV. Depois deste procedimento, era necessário criar uma relação terapêutica com os familiares a fim de lhe comunicar as más notícias, sendo este um grande desafio para qualquer profissional.

“A doença de um dos seus membros converte-se (...) numa doença familiar” (Soares, 2013, p.20) partindo desta afirmação, a família é um contexto basilar e central do indivíduo, funcionando de forma sistemática (Soares, 2013). Mesmo se referindo a más notícias, a informação é o ponto importante que ajuda a família a encarar a nova condição e a superar o novo sentimento causado por esta mesma informação (Costa, 2014). Esta é uma parte integrante do dia-a-dia dos profissionais de saúde, revelando-se uma área de difícil e

elaborada abordagem referente ao contexto das relações interpessoais, pelos dilemas tanto pessoais como profissionais que pode revelar, os quais podem interferir direta ou indiretamente na qualidade de desempenho neste domínio (Pereira, 2005). Transmitir uma má notícia, requer do profissional, destreza na utilização de estratégias, perícia, muito treino e sensibilidade, competências que os enfermeiros vão adquirindo ao longo da sua experiência tanto pessoal como profissional, beneficiando desta forma todos os intervenientes do processo comunicacional.

Muito diferente do nosso contexto, uma grande maioria das ocorrências acabava por ser resolvida em casa, não tendo os utentes que se dirigir ao hospital. Existe uma prestação de cuidados muito direcionada para a pessoa, cuidados de enfermagem holísticos, adaptados a cada contexto. Neste sentido, verificou-se uma melhor gestão, comparativamente à realidade nacional, dos meios de emergência pré-hospitalar e hospitalar. Uma vez que, a situação para a qual a equipa foi ativada estava resolvida, então em concordância da equipa, utentes e familiares, não havia necessidade de recorrer aos cuidados hospitalares, ficando assim a ambulância disponível para outra situação e diminuição da afluência aos serviços de urgência. Situação esta que não se verifica em Portugal, pelo contexto pessoal pode-se afirmar que a partir do momento em que é ativada uma ambulância, mesmo após resolução do problema, raras são as situações em que o médico regulador dá indicação para não se transportar. Um dos motivos pelo qual o SUP existente no nosso país, no que se pode constatar, ultrapassou em muito a sua capacidade de afluência média diária (Hospital de Faro, 2012).

A metodologia de intervenção foi realizada de forma horizontal, tendo cada elemento da equipa papéis bem definidos, com objetivos claros e responsabilidades atribuídas, permitindo uma rápida e eficaz intervenção, identificando e corrigindo anomalias encontradas. Para isso, é imprescindível dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, com conhecimentos científicos e uma vasta experiência na área.

Esta tornou-se sem dúvida numa grande experiência tanto em contexto pessoal como profissional, uma vez que permitiu conhecer realidades distintas do contexto nacional, transpondo essas aprendizagens para a realidade do contexto profissional, permitindo realizar uma reflexão, alcançado assim um crescimento em termos de conhecimentos e competências especializadas, nomeadamente na área do pré-hospitalar.

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O PI surge no contexto da Unidade Curricular (UC) de Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e desenvolveu-se no âmbito da aquisição de Competências de Mestre, Competências Comuns e Específicas EEEPSC. O mesmo decorreu no SUP do Hospital de Faro, sob a orientação de uma supervisora clínica, sendo a mesma um elemento diferenciado da equipa de enfermagem do referido serviço, que detém o título de especialista, assim como, sob orientação da professora orientadora de estágio, com doutoramento em enfermagem. O tema decorreu da identificação de um problema presente no serviço, na área da enfermagem médico-cirúrgica.

O PI realizado durante o Estágio Final no SUP do Hospital de Faro, intitulado, Capacitação dos Enfermeiros para uma resposta Sistematizada em Situações de Catástrofe e Multi-Vítimas, foi concretizado com recurso à utilização da Metodologia de Trabalho de Projeto, tendo por base uma metodologia reflexiva baseada e apoiada na investigação sistemática. A elaboração do mesmo desenvolveu-se em várias etapas, sendo elas: o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação, os respetivos resultados e uma conclusão (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) apresentadas no seguimento de uma fundamentação teórica sobre temas centrais ao PI.

Áreas relacionadas com a resposta sistematizada em situações de catástrofe e multi-vítimas emergem como temáticas centrais à prestação de cuidados de saúde, sendo premente o uso de estratégias e a adoção de novos conceitos pelas organizações de saúde, para congregar e coordenar esforços e recursos para uma melhoria de ganhos em saúde. Deste modo, o planeamento, especificamente o planeamento em saúde, é um conceito basilar e orientador.

Assim define-se planeamento em saúde como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 21), partilhando conceitos com a metodologia de projeto, que tem como premissa a resolução de problemas e, através deste processo, permite a aquisição de conhecimentos e competências na “elaboração de projetos numa situação real” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3) constituindo-se assim como uma dicotomia entre a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Neste contexto, e devidamente balizado nas Competências Específicas do EEEPSC, nomeadamente na competência “K2 - “Intervém na concepção dos planos institucionais (...) da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima.” (OE, 2011a), vai ser utilizada a metodologia de planeamento em saúde na construção de um plano de Formação com recurso a um exercício de prática simulada, apresentando para o efeito vários casos clínicos. Estas atividades visam a Capacitação dos Enfermeiros na Resposta Sistematizada em Situações de Catástrofe e Multi-vítimas.

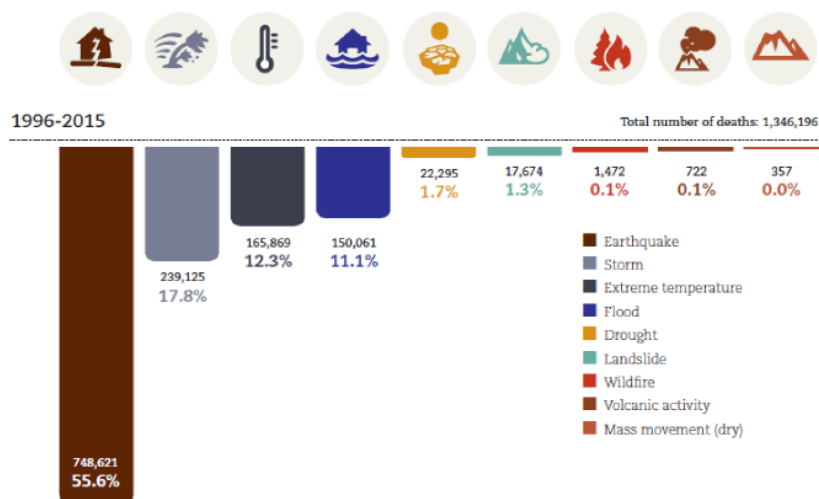
2.1 Fundamentação Teórica

CATÁSTROFES

Os princípios que suportam a medicina de catástrofe têm por objetivo minorar o impacto das situações de exceção e multi-vítimas, no que diz respeito à mortalidade e morbilidade das pessoas envolvidas.

Devido ao acelerado crescimento populacional aliado às mudanças climáticas, a degradação ambiental e a crescente urbanização, tem-se vindo a presenciar, um aumento exponencial de desastres naturais, expondo a população a um maior risco, Figura n.º3.

Figura n.º 3 - Número de mortes por tipo de desastre, 1996-2015



(Fonte: Poverty and Death: Disaster Mortality 1996-2015, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Dados do Banco de Dados de Desastres Internacionais, mantido pela World Health Organization (WHO), revelam que, nos últimos 20 anos, mais de 7 mil desastres naturais causaram 1,35 milhões de mortes (EM-DAT, 2017). Só em 2013, verificaram-se 150

catástrofes naturais e 158 de origem humana, perfazendo um total de 308 catástrofes, Tabela n.º 5. Cerca de 26000 pessoas em todo o mundo, perderam a vida (Magalhães & Alçada, 2014). O ano de 2017, considerado o mais terrorífico de que há memória, entra na história como o ano em que fenómenos naturais severos causam o maior número de vítimas (EM-DAT, 2017).

Apesar dos esforços crescentes de diversos países no sentido de procurar estudar, aperfeiçoar e reforçar as medidas de prevenção, não se evitam as catástrofes, mas minimizam-se os efeitos. Sendo 2017, o ano com o maior número de vítimas devido a catástrofes naturais, também é importante referir, que o número de vítimas devido a este tipo de ocorrências é muito maior em países emergentes e em desenvolvimento do que em países industrializados, onde as medidas de proteção são cada vez mais extensas e eficazes.

Catástrofe é uma palavra de origem grega, surgiu na Antiga Grécia relacionada com o teatro, tendo como significado a peripécia final, o triste desfecho de uma tragédia, integrando-se posteriormente em várias línguas, tendo adquirido diversos significados (Bandeira, 2008).

Segundo a WHO, uma catástrofe pode ser definida como qualquer ocorrência que cause danos, perturbações ecológicas, perda de vidas humanas ou deterioração da saúde e serviços de saúde numa escala suficiente para justificar uma resposta extraordinária (WHO, 1999). Na mesma linha de pensamento, o Manual de Medicina de Desastres, entende o termo catástrofe como: “O resultado de evento adverso, natural ou provocado pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos económicos e sociais” (Bandeira, 2008, p.).

Tabela n.º 5 - Catástrofes no Mundo em 2013

		Número	Vítimas			Número	Vítimas
Catástrofes Naturais	Total de Catástrofes	308	25 903	Catástrofes de origem humana	Incêndio explosões	51	2 113
	Inundações	53	8 633		Desastres aviação	11	176
	Tempestades	60	8 344		Desastres marítimo	25	1 135
	Terramotos	12	1 095		Desastre ferroviário	13	231
	Grandes Incêndios	8	1 335		Acidentes em minas	11	447
	Frio, nevões	13	727		Quedas edifícios	1	21
	Outras calamidades	4	67		Ataques terroristas	46	1 579
	Total – 78%	150	20 201		Total – 22%	158	5 702

(Fonte: Sigma nº1/2014 – Swiss Re Economic Research & Consulting)

As grandes catástrofes dividem-se em dois grupos: catástrofes naturais e catástrofes de origem humana.

As catástrofes naturais resultam exclusivamente da ação da Natureza, não tendo o Homem poder para evitar ou controlar a sua dimensão. A Natureza é palco de diversos fenómenos extremos que podem causar desastres climáticos em qualquer parte do Planeta. Entre os vários exemplos podemos encontrar: inundações, tempestades, tornados, sismos, tsunamis, deslizamentos de terras, fogos florestais, entre outros. As catástrofes naturais fazem parte da dimensão trágica da história da civilização humana (Magalhães & Alçada, 2014). A evolução da estatística dos desastres naturais é relativamente animadora, de 1970 a 1990, tendo-se registado uma redução de 2 milhões de mortes para menos de 800.000 (Sousa & Pessoa, 2017). A fim de se obter esta redução, no final da década de 1970, começam a assinalar-se algumas iniciativas em sede de gestão do risco de catástrofes naturais. Já no ano de 1999 as Nações Unidas consideram a redução das catástrofes e a gestão dos riscos elementos essenciais a incluir nas políticas governamentais (United Nations, 2009). Estas iniciativas têm vindo a ganhar cada vez mais ênfase, sendo atualmente um tema de extrema importância a nível mundial.

Em contrapartida, as catástrofes de origem humana podem estar relacionadas, nomeadamente com: grandes incêndios (urbanos e florestais), explosões, que afetam fábricas, armazéns, instalações destinadas à extração e transporte de petróleo e gás, desastres de aviação civil, desastres ferroviários, terrorismo, ameaças nucleares, entre outras (Magalhães & Alçada, 2014).

Em Portugal já foram observados alguns destes fenómenos, de causas naturais, a título de exemplo, o grande terramoto de Lisboa, em novembro 1755, grandes tempestades, Odivelas 1967 e Madeira fevereiro de 2010, de causas de ação humana, incêndios em cidades, grande incêndio do Chiado, grandes acidentes rodoviários, choques em cadeia em autoestradas portuguesas, fevereiro de 2000 e agosto 2010, acidentes ferroviários, comboio rápido do Algarve, setembro 1954, incêndios florestais, incêndios de Pedrogão, julho de 2017 (Gomes & Saraiva, 2013).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, I.P., 2015), residem na região demográfica do Algarve cerca de 450.000 habitantes, número este que pode chegar a triplicar durante a época balnear. A região do Algarve, sendo a zona mais meridional do território português, está localizada no limite entre as placas litosféricas Eurásia e África,

entre a montanha submarina de Gorringe e o arco orogénico de Gibraltar. Devido à sua localização, a mesma tem sido afetada ao longo dos anos por uma sismicidade intensa localizada na área imersa (Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), 2010). Recordemos que o sismo de 1755, ocorreu devido ao deslocamento destas referidas placas, sismo esse que se fez sentir à distância, chegando a causar danos na região do Algarve e a provocar uma referida catástrofe na cidade de Lisboa, sendo que o tsunami associado a este evento, afetou regiões remotas como a Finlândia e o Brasil. Outros sismos de moderada intensidade têm sido registados ao longo dos anos, a título de exemplo com epicentro em Portimão em 1719, com magnitude de 7, epicentro em Tavira em 1722, destruindo quase na totalidade a cidade de Loulé, apontando evidências da ocorrência de um posterior tsunami e outro de epicentro em Loulé em 1856. A distribuição espacial das intensidades sísmicas máximas, com base tanto na sismicidade histórica como na sismicidade instrumental, mostra que os valores mais elevados são atingidos no Sudeste de Portugal, nomeadamente no Algarve, evidenciando o risco acrescido que esta região tem para a ocorrências de sismos e tsunamis, provocando a destruição total ou parcial de povoações, traduzindo-se num elevado número de mortes (ANPC, 2010). Estudos feitos pela Avaliação Nacional de Risco, também demonstram que a região do Algarve apresenta um elevado risco de inundações e galgamentos costeiros, considerando que os elementos expostos são os edifícios e infraestruturas localizadas junto à linha de costa, locais estes, onde permanece um elevado número de população (Agência Portuguesa do Ambiente (APA), 2014). Os estudos aqui citados demonstram que a região do Algarve apresenta um elevado risco de catástrofes naturais. Em outra vertente, envolvendo na mesma cenários de catástrofes e multi-vítimas, também temos catástrofes provocadas pela ação do homem. Quem não se lembra do acidente com o avião da Martinair em Faro, que há 26 anos matou 56 pessoas provocando ainda ferimentos a outras 104 pessoas, ou o acidente ferroviário, com o comboio rápido do Algarve que em 1954 descarrilou e provocou a morte a 34 pessoas (Malagutti & Martins, 2011). A Avaliação Nacional de Risco, apresenta estudos que evidenciam um acentuado grau de gravidade de rutura e desmoronamento do paredão da barragem de Odelouca (distrito de Faro) quando esta está em situação próxima ao nível de pleno armazenamento, considerando para este efeito um moderado número de vítimas (APA, 2014).

As catástrofes em larga escala em todo o mundo demonstram que ninguém, nem nenhum país estão imunes à ameaça das calamidades naturais (APA, 2014). Sendo a catástrofe um evento inesperado, incomum e extraordinário que implica, pelo menos durante um determinado período de tempo, uma diminuição da capacidade de resposta e tendo-se

vindo a presenciar um crescente aumento deste tipo de situações, é vital que cada vez mais, as equipas de saúde estejam preparadas para este tipo de eventos.

É de salientar que as condições em que as equipas trabalham em situação de catástrofe são adversas, daí ser de extrema importância a preparação antecipada, realizando um planeamento dos recursos, preparando as equipas para situações excecionais e inesperadas que a qualquer momento podem surgir.

TRIAGEM

A palavra triagem tem a sua origem no verbo Francês *trier* que significa separar, selecionar ou escolher. Sendo a mesma, assumida como um passo imprescindível de qualquer sistema de resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas (Silva, 2009).

De acordo com ATLS (2013), a triagem é um instrumento decisivo para o atendimento clínico das vítimas em consonância com o tipo de tratamento necessário, recursos existentes e para uma escolha mais apropriada do local de tratamento final. A triagem é uma ferramenta de gestão, destinada a atingir os principais objetivos em situações de catástrofe. Significa desta forma, realizar uma rápida avaliação, classificando-as em graus de prioridade de atendimento que necessitam, em função da maior ou menor gravidade do seu estado geral e das expectativas de sobrevivência (Silva, 2009).

Assim sendo, a triagem é um processo progressivo, contínuo e dinâmico, em que devem ser considerados os seguintes fatores: a natureza, a extensão e a gravidade das lesões, o prognóstico, a mudança na condição da vítima, cultura e fatores religiosos (Debacker et al, 2012).

É designadamente, uma situação que requer uma decisão difícil, em ambiente adverso e dramático, com défice de informações, que sob pressão emocional, sustentada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro limitados (INEM, 2012). A perícia e a experiência do elemento triador, determina a eficácia e a fiabilidade da triagem. De modo a garantir a segurança no cumprimento do algoritmo e a proficiência é necessário realizar formação contínua. O enfermeiro que atua na classificação de risco ou triagem tem o papel de avaliar o estado de saúde da vítima. Esta avaliação é baseada na identificação da queixa principal, avaliação física sistematizada e pormenorizada que permite uma identificação de sinais e sintomas a fim de conduzir a padrões normais ou alterados, culminando com o julgamento da probabilidade de risco da vítima (Acosta, Duro & Lima, 2012).

Um sistema pormenorizado facilitará no desempenho da equipa de enfermagem e permite uma melhoria da qualidade na gestão de vítimas de catástrofe.

Pela importância do tema em epígrafe, no contexto da triagem em multi-vítimas, foi realizada uma revisão integrativa intitulada “Métodos de triagem pré e intra-hospitalar em situações de catástrofe” (Apêndice C).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Diferentes tipos de catástrofes precisam de ser geridas de diferentes maneiras, daí que a necessidade da elaboração de guias de intervenção para diferentes tipos de ocorrências, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência, seja de extrema importância, já que agiliza a intervenção das equipas de saúde e simplifica todo o processo de atuação. Uma equipa de saúde treinada, eficaz, rápida, ágil e flexível, consegue reduzir o impacto destas catástrofes, tendo como resultado final, vidas salvas. A formação em Enfermagem deve ajudar a desenvolver atitudes de análise, de resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de Enfermagem, devendo ainda ser capaz de agir na ambiguidade do universo moderno dos cuidados de saúde: um universo complexo, onde não existem respostas ou soluções feitas e evidentes. Motivo pelo qual a formação multidisciplinar nesta área é tão importante, justificando-se a produção científica de qualidade. Só com profissionais bem formados e informados é que poderemos evoluir no conhecimento e competência, traduzindo-se numa maior capacidade de resposta a uma situação de catástrofe e multi-vítimas, sendo o resultado final a redução dos efeitos nefastos em matéria de saúde (Malagutti & Martins, 2011). O desenvolvimento da capacidade de resposta, procura incrementar a habilidade técnica relacionada com o tema em epígrafe.

Assim, os cuidados de Enfermagem, como está patente no artigo 5.º do REPE, são caracterizados por: “(...) utilizarem metodologia científica, que inclui: a identificação dos problemas de saúde em geral e de Enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; (...)” (Decreto-Lei nº 161, 1996, p.96). Segundo a OE, e contextualizando o que já foi citado neste documento, os enfermeiros são considerados profissionais que detêm responsabilidade no sentido de garantir um elevado grau de qualidade, permitindo a equidade e eficiência dos cuidados prestados, demonstrando um exercício seguro responsável e profissional. Neste sentido, toma decisões fundamentadas, com base num sólido corpo de conhecimentos (OE, 2012).

Instituições reconhecidas internacionalmente, a título de exemplo, a ICN, reconhece o papel dos enfermeiros no que concerne ao trabalho desenvolvido em situações de catástrofe e multi-vítimas. Este reconhecimento, em muito se deve ao esforço contínuo dos enfermeiros, na procura incessante de conhecimento, no desenvolvimento contínuo das suas competências e habilidades (WHO, 2009).

O profissional mantém-se num processo contínuo de construção e reconstrução, confrontando-se com patrimónios individuais e coletivos onde os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um, pelas singularidades no coletivo e que quando contextualizado, promovem aprendizagens ao longo da vida.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tanto a nível nacional, pela OE, com a nível internacional, pela WHO (2013), existem recomendações no que diz respeito à formação em enfermagem.

A profissão de enfermagem preocupa-se com a necessidade de formar profissionais cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes, enquanto profissionais e cidadãos (Tojal, 2011). O mesmo autor defende que, a enfermagem, como qualquer outra profissão, necessita de aperfeiçoar e atualizar constantemente os seus conhecimentos, de forma a valorizar os seus profissionais, otimizar recursos e conseguir uma evolução qualitativa dos resultados (Tojal, 2011).

Segundo Tojal, “o ato educativo tem como propósito modificar o ser humano, de modo a que este adquira e/ou melhore as suas capacidades e aptidões.” Ainda segundo o mesmo autor, “(...) esta conceção implica uma harmonização e adequação entre os momentos de ação educativa, as necessidades sociais e as necessidades constantes e universais que os seres humanos têm de se autorrealizarem” (Tojal, 2011, p.35).

A formação base de enfermagem não é suficiente para que os enfermeiros possam responder aos desafios que se levantam perante uma situação de catástrofe e multi-vítimas. Por conseguinte, há uma necessidade que os conhecimentos anteriormente adquiridos sejam continuamente renovados através da formação permanente (WHO, 2013). A formação em serviço surge como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, envolvendo os intervenientes.

Assim, como refere Tojal os objetivos gerais da formação em serviço são descritos como:

“(...) aperfeiçoar os cuidados de enfermagem; contribuir para a otimização dos recursos humanos; auxiliar os processos de mudança de atitudes e comportamentos; satisfazer as necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade ou serviço; e fomentar o desenvolvimento social da profissão.” (Tojal, 2011, p.54).

Desta maneira e segundo o número 6 do Artigo 64º do Decreto-lei 437/91, 8 de novembro, “a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.” (Decreto-lei n.º437, 1991, p.5738).

A formação pode ser definida como, “conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho” (Tojal, 2011, p.376)

Quando falamos em formação em enfermagem ou formação em serviço remetemo-nos para a formação de adultos. Canário propõe-nos as seguintes definições:

“A formação de adultos tende a aumentar a competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua atividade, em função do seu estatuto: é o que designa a noção de <reciclagem> e, por vezes, a de <reconversão profissional>; A educação de adultos visa alargar a polivalência, mas sem modificar o estatuto, tendo em vista os tempos livres ou uma sólida cultura geral.” (Canário, 2000, p.34)

A formação em serviço, sendo feita por adultos e para adultos, insere-se na teoria de Educação Cognitivista defendida de Jean Piaget, tendo em conta os processos de aprendizagem e técnicas de ensino por ela preconizadas. Segundo Pacievitch (s.d), Jean Piaget defendia que “a aprendizagem faz referência a uma resposta particular, aprendida em função da experiência, obtida de forma ordenada (sistemizada) ou não”. Esta Teoria encaminha-nos para o Modelo de Aprendizagem Significativa de David Ausubel e Prática Reflexiva de Donald Schön, como modelos que sustentam a elaboração do plano de formação em serviço.

De acordo com a Teoria de Aprendizagem de Ausubel, quando o aprendiz tem pela frente um novo corpo de informações e consegue fazer conexões entre esse material que lhe é apresentado e o seu conhecimento prévio em assuntos relacionados, ele conseguirá construir significados pessoais para essa informação, transformando-a em conhecimentos, em significados sobre o conteúdo apresentado (Tavares, 2008).

O princípio da aprendizagem reflexiva, desenvolvido por Schön (2000), trata da necessidade de formar profissionais que venham a refletir sobre a sua própria prática na expectativa de que a reflexão seja um instrumento de desenvolvimento do pensamento e da ação, e neste sentido, consideramos que as formações em serviço poderão ser uma

oportunidade dos profissionais de enfermagem terem uma aprendizagem reflexiva que se reflita na sua prática.

PRÁTICA SIMULADA

Segundo Martins (2017), podemos definir simulação como: “estratégia pedagógica que utiliza uma ou mais tipologias (paciente simulado, *role play*, simulador de tarefa, ...) para aumentar ou validar a progressão de iniciado e *expert*”, sendo, segundo o mesmo autor, a experiência clínica simulada entendida como: “conjunto de atividades estruturadas que representam uma situação real ou potencial, na qual os participantes desenvolvem um conjunto de atividades num ambiente simulado, mas realista (...)” (p.156).

A prática simulada de qualquer atividade, pressupõe a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, organizacionais que facilitem a integração na realidade prática e que contribuam para a formação ao longo da vida, promovendo uma prática segura. A simulação é uma ferramenta de aprendizagem promissora para o treino da equipa de urgência em situações de catástrofe e multi-vítimas. É a transferibilidade do conteúdo aprendido da teoria para a prática clínica (Martins, 2017).

Segundo a WHO, as instituições devem utilizar a simulação na aprendizagem e treino dos profissionais, sendo preferencialmente simulação de alta-fidelidade. Simulação esta realizada, quando existem contextos e recursos apropriados (WHO, 2013). Podemos definir treino como um processo educacional de curto prazo, traduzindo-se no ensino/aprendizagem de conhecimentos, habilidades e competências em função dos objetivos propostos, realizado de maneira sistemática e organizada (Malagutti & Martins, 2011).

Este desenvolvimento/aprendizagem implica um crescimento da pessoa tanto ao nível de conhecimentos como e de extrema importância, habilidades e atitudes, muitas vezes fazendo a diferença.

Este treino permite ao profissional uma maior flexibilidade, principalmente no que diz respeito à operacionalização. Segundo Malagutti & Martins (2011), “Cada estratégia ou sistema utilizado para aprimorar conhecimentos, produzir mudanças comportamentais ou técnicas, deve ser elaborado como um complexo processo que envolve contemplar necessidades individuais e ao mesmo tempo atingir metas de um grupo, (...)” (p.226).

O sucesso no desempenho dos enfermeiros, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem em situações de catástrofe e multi-vítimas, está diretamente relacionado

com o treino contínuo e exaustivo, com a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades necessárias para a prática clínica neste tipo de situações. Uma equipa com treino específico é imprescindível para manter a qualidade da prestação de cuidados (WHO, 2013).

Com efeito, pretende-se que os enfermeiros consigam dar resposta a simulações de situações reais de catástrofe e multi-vítimas, desenvolvendo trabalho em equipa, tendo em conta os seus conhecimentos, e estabelecendo uma boa relação entre eles e com os restantes intervenientes.

COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS NA FORMAÇÃO

No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista, do artigo 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão descritas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2011a). De acordo com este artigo, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de, entre outra competência, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2011a). Os momentos de formação em serviço são propícios ao desenvolvimento desta competência, na medida em que o enfermeiro especialista, de modo a concretizar a formação, terá de identificar oportunidades de melhoria (levantamento de necessidades de formação) com posterior estabelecimento de prioridades de melhoria, selecionar estratégias e elaborar guias orientadores de boas práticas (através da consecução efetiva da formação e elaboração de documentação orientadora para os formandos).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado no Diário da República a 18 de fevereiro de 2011, declara no Artigo 8º as competências do domínio das aprendizagens profissionais: “a) desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; b) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”. Descritivamente esta competência “assenta nos pontos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (...) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2011, p.8649)

Assim, o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, agindo como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais, como por exemplo atuando na realização de ações de formação em serviço. Para isso, e de acordo com as suas competências, deve diagnosticar as necessidades formativas, no seu contexto de trabalho, e, por conseguinte, deve conseguir conceber e gerir programas e dispositivos formativos.

O enfermeiro especialista será, portanto, o elemento da equipa capaz de promover a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, devendo saber avaliar o impacto da formação.

No contexto em epígrafe, também se enaltece o enunciado das Competências Específicas do EEEPSC, nomeadamente na competência K2 – “Intervém na concepção dos planos institucionais (...) da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima.” (OE, 2011a)

A realização deste projeto demonstra-se como uma mais valia, a vários níveis, entre elas permite o desenvolvimento de várias competências em simultâneo.

2.2 Diagnóstico da Situação

O diagnóstico das necessidades do serviço, é a deteção de lacunas individuais e/ou coletivas, que dizem respeito a conhecimentos, capacidades e comportamentos com o objetivo de elaboração de um plano de formação, sendo que resulta de um processo que conjuga os intervenientes duma empresa e consenso ou entendimento sobre eles, sobre os pontos a melhorar e as lacunas pelo meio da formação. São assim identificadas duas dimensões da noção de necessidade: a dimensão social que se traduz por um compromisso entre os indivíduos envolvidos e a segunda, a dimensão operacional, que diz respeito a um defeito a colmatar que carece de uma ação (Dias & Fialho, 2015).

Como já referido previamente, a relevância e a importância no contexto regional do CHUA EPE, com uma unidade hospitalar como a unidade de Faro, e com um SUP em funcionamento, tem a responsabilidade institucional de prever respostas a situações em que as solicitações ultrapassam a capacidade instalada, situações definidas como catástrofe e multi-vítimas (Serviço de Urgência Geral, s.d.). Paradoxalmente, a inexistência de um Plano de Emergência Externa de Catástrofe na referida instituição, na sequência do anteriormente referido, apresentou-se como base de orientação e motivação para a realização do presente trabalho, por forma a contribuir para o desenvolvimento e a prestação de cuidados de excelência, na área da catástrofe.

Posteriormente, e numa fase mais final do presente estágio, foi criada uma comissão para a elaboração de um plano de Emergência Externa de Catástrofe, não tendo entrado em vigor até ao término do referido estágio. No entanto, e já existindo aspetos importantes aferidos pela respetiva comissão, houve uma preocupação em adaptar as necessidades de

formação em serviço assim como, os objetivos delineados com os temas idealmente preconizados pela referida comissão.

Segundo DGS (2010) e traduzindo a mesma linha de pensamento:

“Tendo em conta a realidade atual das Unidades de Saúde, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas funções ou perto deste, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.” (p.1).

A importância do tema impõe-se à evidência. Este motivo justifica o desenvolvimento de um PI com a elaboração de um Plano Formativo de Catástrofe com recurso a um exercício de prática simulada, apresentando para o efeito diferentes casos clínicos. O mesmo vai ser implementado no SUP do Hospital de Faro no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

Técnicas de preparação podem transformar catástrofes imprevisíveis em vulnerabilidades que podem ser atenuadas por modificações comportamentais, tendo como resultado final, mais vidas salvas. No âmbito da preparação da resposta a emergências e segundo o Decreto-Lei n.º150/2015 artigo 23.º, constituem obrigações dos estabelecimentos, “Formação específica ao pessoal que trabalhe no estabelecimento, (...), envolvido na implementação dos procedimentos (...); assim como, “Realização de exercícios/simulacros de aplicação do plano (...)” (p.4). Também no mesmo contexto, a DGS, juntamente com o departamento de qualidade na saúde, preconiza para que o plano “(...) seja executado de uma forma eficaz é necessário que os intervenientes estejam corretamente formados de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada.” (DGS, 2010, p.18). Na mesma linha de pensamento, a Avaliação Nacional de Risco, perspectiva para o Algarve, planos prévios de intervenção com o intuito de definir eixos prioritários, uma vez que o Algarve é identificado como uma zona de maior vulnerabilidade, delineando assim a realização de simulacros (APA, 2014). No mesmo sentido, e segundo o art. 9, al.5 e 6, do REPE: “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral. (...) contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação (...) para a melhoria e evolução (...)” (Decreto-lei n.º161, 1996, p.5).

Identificar necessidades vai para além da recolha de informação, requerendo uma avaliação acerca dos problemas e das suas soluções dependendo a correta identificação, do processo delineado e executado para a sua obtenção orientado essencialmente para três grupos (Dias & Fialho, 2015):

- Os atores (os profissionais responsáveis pelo diagnóstico)
- As metodologias (a que os profissionais podem recorrer)
- O desenrolar das operações no tempo

Deste modo, optou-se em primeira instância, por uma exploração preliminar através de uma conversa informal com a supervisora clínica que é o elemento responsável pela formação em serviço, com a estrutura de gestão do serviço em questão e posterior reunião com a Docente Orientadora, e fazendo um uso do prévio levantamento das necessidades que foram identificadas junto da equipa através de conversas informais, foram discutidas as necessidades formativas dos respetivos enfermeiros da equipa do SUP, tendo-se chegado à conclusão que o tema do projeto de intervenção seria no âmbito de situações de catástrofe e multi-vítimas.

Foi aplicado um questionário, à totalidade dos enfermeiros do SUP em funções de prestação direta de cuidados, e em funções de gestão, questionário temporalmente balizado, a fim de obter conhecimentos e treino em simulações, dentro do tema central, situações de catástrofe e multi-vítimas (Tabela n.º 6), realizando posteriormente um diagnóstico das necessidades formativas (Apêndice E).

Tabela n.º 6 - Dados sobre conhecimentos e treino em simulacros dos enfermeiros

		Nº absoluto (n=80)	Percentagem %
1. Tem formação na área da Catástrofe e Multi-Vítimas?	Sim	22	27,5%
	Não	58	72,5%
2. Data da última formação referente ao tema citado?	Não Realizaram	58	72,5%
	Antes 2015	16	20%
	2015-2016	4	5%
	2017	2	2,5%
3. Considera que, com a formação realizada adquiriu competências na área da Catástrofe e Multi-Vítimas?	Não Realizaram	58	72,5%
	Sim	17	21,25%
	Não	5	6,25%
4. Data do último treino em simulacros.	Nunca	32	40%

	Realizaram		
	Antes		
	2015	29	36,25%
	2015-2016	19	23,75%
	2017-2018	0	0%
5. Considera que a prática simulada é importante para o desempenho dos enfermeiros em situações de catástrofe e multi-vítimas?	Sim	78	97,5%
	Não	2	2,5%
6. Tem interesse em realizar formação em serviço na área da catástrofe?	Sim	80	100%
	Não	0	0%

Nota: n=80. Corresponde a 90% dos enfermeiros do serviço. Não sendo possível realizar o inquérito a 100% dos enfermeiros, por motivo de licenças, atestados e férias.

(Fonte: Do próprio)

Neste sentido, os dados são evidentes sobre a necessidade de formação em serviço relativamente ao tema em epígrafe. Os enfermeiros consideram importante a utilização de prática simulada, sendo esta essencial para consolidar conhecimentos e desenvolver as capacidades de raciocínio crítico e o poder de argumentação, permitindo uma adequada tomada de decisão e aquisição de competências.

2.3 Definição de Objetivos

A identificação dos objetivos, entendidos como o "ponto fulcral da planificação e do desenvolvimento" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 18), representam os resultados que se pretendem atingir na população alvo através da implementação de projetos, culminando num "enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 18).

Deste modo, referente à importância desta etapa no PI, face à constatação de que "um objetivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 18), foi definido como objetivo geral:

- Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência do Hospital de Faro, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.

Enquadrado dentro deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o conhecimento da equipa de Enfermagem acerca de respostas a situações de catástrofes e multi-vítimas;
- Realizar uma formação, com base na prática simulada, utilizando uma abordagem participativa por parte da equipa de Enfermagem;
- Construir um elemento de avaliação do desempenho dos enfermeiros durante a prática simulada;
- Observar o desempenho dos enfermeiros na resolução de casos clínicos práticos;
- Avaliar a percepção da equipa de Enfermagem após realização da formação e prática simulada, no que concerne à utilidade, satisfação e ganhos individuais e coletivos da equipa.

De acordo com Fortin (2009), a fixação de objetivos faz parte de um método apropriado a fim de obter o que se deseja, fazendo a ponte com uma fase mais avançada, a metodologia. Assim, foi considerado que a definição de objetivos é fundamental para a fase seguinte, o planeamento.

2.4 Planeamento

O planeamento, que consiste no plano detalhado do projeto, onde é elencado os recursos disponíveis e necessários, "(...) bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidas as atividades a desenvolver (...) bem como o respetivo cronograma" (Ruivo, 2010, p.20). Deste modo, foram delineadas atividades a serem desenvolvidas, e os recursos a serem utilizados. Relativamente ao cronograma das atividades, é feita uma descrição detalhada, encontrando-se o mesmo no Apêndice A.

Neste contexto, perspetiva-se que o referido plano de formação possa constituir-se como um instrumento devidamente estruturado, desenvolvido e pertinente, capaz de criar condições para que a equipa de enfermagem possa responder de forma eficaz e em tempo útil a uma situação de catástrofe e multi-vítimas. Concomitantemente, pretende-se a sensibilização e consciencialização dos profissionais de saúde existentes no serviço, para a importância e pertinência do tema, e que o trabalho desenvolvido possa servir como uma referência e um exemplo a seguir perante uma situação de catástrofe.

O ponto 2.2 já referiu como se chegou ao tema escolhido para o Plano de Formação em Serviço aqui apresentado. Somente após isto é que se pode avançar para a definição de estratégias que levariam à consecução deste plano de formação. Podemos entender estratégia como sendo um conjunto de decisões e ações respeitantes à seleção dos meios bem como à articulação de recursos a fim de atingir um objetivo (Nicolau, 2001).

Para atingir os objetivos específicos referidos, foram realizadas as seguintes atividades/estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre planos de emergência externo.
- Elaboração de um plano formativo na área da catástrofe e multi-vítimas.
- Discussão com a supervisora clínica sobre temas pertinentes na área da emergência/catástrofe.
- Partilha de informação com a equipa de enfermagem.
- Apresentação teórica à equipa de enfermagem das referidas medidas a implementar no caso de ocorrências com situações de catástrofe e multi-vítimas.
- Implementar as medidas através de um treino de simulação.

Relativamente aos recursos humanos e materiais utilizados para a realização das sessões formativas, encontram-se descritas no respetivo plano de sessão. Resumidamente:

- Recursos Humanos: Enfermeiro chefe, supervisora clínica e restantes enfermeiros da equipa do SUP do Hospital de Faro;
- Recursos Materiais: Espaço físico (sala de formação do Hospital de Faro), livros, bases de dados científicas, questionários (Apêndice F e G), computador, vídeo-projetor, apresentação em Power Point (Apêndice H), cartões de simulação de vítimas (Apêndice I), planta do SUP (Anexo D), check-list de avaliação da prática simulada (Apêndice J).

2.5 Execução

No que concerne ao cronograma das atividades, durante a quarta e quinta semana de estágio procedeu-se às respetivas formalizações dos pedidos de parecer, nomeadamente o parecer à Comissão de Ética da UE e do CHUA, documentos que se seguem em anexo (Anexo E), a fim de obter uma aprovação de ambas as instituições, para a realização do respetivo PI. Apesar do referido projeto não interferir na prestação de cuidados a utentes, nem a identificação dos mesmos, foi necessário a participação

voluntária dos enfermeiros do SUP, tendo-se realizado colheita de dados pessoais, cuja confidencialidade foi preservada.

Posteriormente na oitava semana, foi realizado um questionário, com o intuito de identificar os conhecimentos e treino em simulações, que a equipa de enfermagem detinha, a fim de avaliar as necessidades da amostra e incidir a formação em pontos críticos, identificados no respetivo questionário.

Devido ao elevado número de elementos da equipa do SUP do Hospital de Faro e perspetivando-se a dificuldade de realizar a formação à totalidade dos elementos, foi realizado um plano para que a realização da ação de formação se procedesse em vários dias em diferentes horários. Durante a nona semana foi realizado o respetivo plano e divulgado antecipadamente, para conhecimento de toda a equipa, a fim dos mesmos se reorganizarem, com o intuito de obter o máximo possível de participantes. Estes grupos foram escolhidos aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Foram realizadas 4 sessões, tendo participado um total de 39 elementos.

Na semana seguinte, procedeu-se à execução dos respetivos planos de sessão da formação em serviço (Apêndice K) e organizado todo o material didático necessário para se proceder com a respetiva formação, assim como a construção dos respetivos cartões, onde em cada cartão estava representada uma vítima e as suas respetivas lesões, a fim de permitir o exercício da simulação prática.

A implementação do PI propriamente dito, teve início na décima quarta semana, tendo envolvido 39 elementos, 48,75% dos enfermeiros interessados em realizar formação nesta área, perfazendo um total de 43,8% de toda a equipa de enfermeiros do SUP.

Para que o plano seja executado de uma forma eficaz é necessário que os intervenientes estejam corretamente formados de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada. Assim, foi definido como uma estratégia a partilha de informação através de uma apresentação teórica do tema durante as sessões de formação, para que os elementos, que iriam posteriormente ser sujeitos à simulação prática tivessem contato com a referida temática, permitindo uma melhor preparação para esta fase seguinte do plano de formação. Ideia corroborada pela Canadian Literacy and Learning Network (2017), que enuncia 7 princípios de aprendizagem dos adultos que são fundamentais para a escolha dos procedimentos adotados num plano de formação em serviço, sendo um deles: “*os adultos querem orientação*”.

Cada uma destas sessões teve um total de tempo previsto de 120 minutos, realizadas na sala de formação do CHUA. As sessões dividiram-se em três partes que se seguiam simultaneamente. Assim, iniciou-se com uma introdução que pretendia explicar a importância da implementação de uma resposta sistematizada em situações de catástrofe e multi-vítimas, seguido do desenvolvimento da temática (conceitos centrais da temática e descrição de todo o processo a adotar numa situação de catástrofe) com a sua aplicação a casos clínicos concretos, através de uma prática simulada e respetiva discussão, culminando num resumo de toda a temática abordada e clarificação das dúvidas suscitadas.

No início e final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação de conhecimentos dos formandos a fim de se obter um grau de comparação na respetiva aquisição de conhecimentos e o seu potencial de desenvolvimento, entre o antes e o após formação, verificando metas e resultados alcançados. As competências que os enfermeiros detêm no exercício da sua profissão são o resultado de um conjunto de conhecimentos organizados, tendo por base o domínio prévio dos fundamentos teóricos para essa mesma competência.

De modo a obter informações de cariz sociodemográfico dos enfermeiros, iniciou-se o questionário com o preenchimento destes dados, sintetizados na Tabela n.º 7.

Tabela n.º 7 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do SUP

		Nº	
		absoluto	Percentagem %
		(n=39)	
Escalão etário	21-30 anos	8	20,51%
	31-40 anos	19	48,72%
	41-50 anos	10	25,64%
	51-60 anos	2	5,13%
Sexo	Masculino	14	35,90%
	Feminino	25	64,1%
Anos de serviço	0-10 anos	21	53,85%
	11-20 anos	9	23,07%
	21-30 anos	7	17,95%
	31-40 anos	2	5,13%
Anos de serviço na	0-5 anos	19	48,72%
	6-10 anos	12	30,77%

urgência Faro	11-15 anos	3	7,69%
	16-20 anos	4	10,26%
	21-25 anos	1	2,56%
Com formação em Catástrofe e multi-vítimas		8	20,51%
Sem formação em Catástrofe e multi-vítimas		31	79,49%

Nota: n=39, corresponde a 48,75% dos enfermeiros que mostraram interesse em realizar sessões formativas nesta área.

(Fonte: Do próprio)

Após o preenchimento do 1º questionário e da respetiva introdução e desenvolvimento da temática, procedeu-se à avaliação da performance dos enfermeiros na resolução de cenários multi-vítimas, através de casos clínicos concretos, com recurso a uma prática simulada e utilizando para o efeito da avaliação, uma *check-list* constituída por 14 itens de avaliação de intervenções, elaborada de acordo com uma pesquisa de padrões de qualidade na área de catástrofe e multi-vítimas, padrões esses reconhecidos tanto nacional como internacionalmente.

Os enfermeiros informalmente apresentaram ideias/sugestões, na resolução das simulações práticas, que envolviam cenários completos e complexos e, por conseguinte, considerou-se pertinente uma justificação por parte dos intervenientes, a fim de despertar as capacidades de raciocínio crítico e o poder de argumentação demonstrando ou não conhecimento. De acordo com Jonassem (2011), "(a)rgumentation is a social and communicative activity that is an essencial form of reasoning ill-structured, everyday problems."² (p.7). Mais importa referir que é em ambiente de simulação, que os intervenientes desenvolvem as suas capacidades de raciocínio crítico permitindo uma melhor tomada de decisão.

Para terminar a sessão também foi necessário responder a um breve questionário de satisfação e avaliação da formação e do formador, com o intuito de verificar a pertinência da formação em questão, questionário que se encontra em apêndice (Apêndice G) deste trabalho.

² "Argumentação é uma actividade social e comunicativa que é uma forma essencial de raciocínio na solução de problemas quotidianos mal estruturados."

No sentido de realizar uma intervenção precoce e adequada, melhorando o prognóstico dos utentes críticos, em 2011, foi aprovado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Gonçalves, 2015). O Ministério da Saúde, divulgou, em 2014, um despacho n.º 10319/2014, estabelecendo os níveis de responsabilidade dos SUP. Neste conjunto, é delineada uma intervenção precoce e adequada para reduzir significativamente as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas, melhorando consideravelmente o prognóstico destes utentes, considerando que do êxito da funcionalidade da mesma depende a vida do indivíduo (Despacho n.º 10319, 2014).

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, existe uma imperiosa necessidade de estabelecer parâmetros de medida que facilitem a tomada de decisão e uniformizem os resultados, sendo a sua escolha determinante para a monitorização da qualidade (Plano Nacional de Saúde, 2011).

2.6 Resultados

Como se pode constatar através da Tabela n.º 7, uma grande maioria da equipa de enfermagem tem menos de 40 anos de idade, tendo menos de 10 anos de experiência como enfermeiro e menos de 5 a exercer as suas funções no SUP. Considera-se assim que é uma equipa jovem no SUP, pressupondo-se que esse é um dos motivos pelo qual a grande maioria não teve formação na referida área.

Relativamente aos conhecimentos iniciais que a equipa detinha em relação à prestação de cuidados na área emergência/catástrofe, pode-se considerar que eram muito inferiores ao que é preconizado para uma equipa de urgência, sendo a média relativa de 34,94%. No entanto, e visto que o hospital não possui Plano de Emergência Externo de Catástrofe instituído até ao momento, esse pode ser um dos motivos pelo qual os conhecimentos nesta área são reduzidos, aliado ao fato de se tratar de uma equipa jovem, e de não ter presenciado até à presente data, uma situação de multi-vítimas em contexto hospitalar, motivo pelo qual até ao momento não lhes ter suscitado interesse na área. O mesmo questionário revela, que após a realização da formação, os resultados obtidos acerca dos conhecimentos atinge uma média relativa de 94,23%, sendo este um resultado bem mais satisfatório para o que é preconizado na prestação de cuidados de saúde com qualidade a estes utentes. A formação em serviço tem um lugar central e basilar nas organizações de saúde, sendo um vetor essencial para a mudança e melhoria continua

cumprindo “o duplo objetivo de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria do desempenho organizacional” (OE, 2011, p.7).

As descrições dos resultados obtidos no respectivo questionário podem-se observar na Tabela n.º 8 deste trabalho.

Tabela n.º 8 - Dados sobre conhecimento dos enfermeiros antes e após a formação

		Antes Formação	Após Prática Simulada
1. Identifica os diferentes níveis de resposta perante uma situação de catástrofe?	Sim	12,82%	100%
	Não	87,18%	0%
2. Conhece a reorganização estrutural do SUP numa situação de catástrofe?	Sim	7,69%	97,44%
	Não	92,31%	2,56%
3. Sabe identificar os diferentes tipos de triagem em situações de catástrofe?	Sim	38,46%	100%
	Não	61,64%	0%
4. Identifica o material existente no kit de triagem?	Sim	94,87%	100%
	Não	5,13%	0%
5. Identifica os diferentes circuitos internos a adotar consoante o nível de ativação?	Sim	7,69%	89,74%
	Não	92,31%	10,26%
6. Identifica o método de cartões de ação?	Sim	12,82%	94,87%
	Não	87,18%	5,13%
7. Sabe adequar o tratamento efetuado segundo atitudes <i>life-saving</i> ?	Sim	61,54%	84,62%
	Não	38,46%	15,38%
8. Sabe o circuito a adotar de encaminhamento dos utentes após os 1º cuidados no serviço de urgência?	Sim	43,59%	87,18%
	Não	56,41%	12,82%

(Fonte: Do próprio)

Um dos itens de avaliação era a realização de um *debriefing*, um momento também de elevada importância, uma vez que permite a discussão da resolução dos casos clínicos, momento ideal para identificar pontos a melhorar, debater ideias e consolidar conhecimentos, despertar as capacidades de raciocínio crítico e o poder de argumentação permitindo aos participantes demonstrar o conhecimento adquirido.

Tabela n.º 9 - *Check list* e respetivos resultados de avaliação da performance dos enfermeiros durante a prática simulada

	Prática Simulada		
	Realiza	Com Falhas	Não Realiza
1. Identifica adequadamente o nível de ativação	94,97%	5,13%	0%
2. Identifica a necessidade ou não da mobilização do pessoal em serviço no hospital	84,61%	10,26%	5,13%
3. Faz evacuação correta do serviço de urgência para as respetivas áreas de intervenção	56,41%	33,33%	10,26%
4. É rápido, ágil e eficaz a realizar triagem de <i>Manchester</i>	87,18%	12,82%	0%
5. É rápido, ágil e eficaz a realizar triagem de <i>Jumpstart</i>	35,90%	61,54%	2,56%
6. Identifica as 5 áreas de alocação de utentes	100%	0%	0%
7. Identifica corretamente as suas funções consoante a seu cartão de ação	84,62%	15,38%	0%
8. Avalia e identifica mecanismos de lesão	71,79%	12,82%	15,39%
9. Identifica atempadamente aspetos críticos na avaliação	74,36%	12,82%	12,82%
10. Realiza o tratamento adequado, segundo atitudes <i>life-saving</i>	79,49%	15,38%	5,13%
11. Encaminha o utente para o setor mais adequado após os 1º cuidados no serviço de urgência	76,92%	12,82%	10,26%
12. Identifica as várias fases do plano de catástrofe	87,18%	12,82%	0%
13. Demonstra segurança e capacidade de decisão	84,62%	7,69%	7,69%
14. Toma a iniciativa de realizar <i>debriefing</i> após resolução do problema	89,74%	7,69%	2,57%

(Fonte: Do próprio)

Relativamente ao desempenho demonstrado durante a prática simulada, os resultados obtidos demonstram que uma grande percentagem dos enfermeiros realiza com eficácia os cuidados preconizados neste tipo de situações. Esta média também traduz a aquisição de conhecimentos apreendidos durante a respetiva formação que antecedeu o treino da prática simulada.

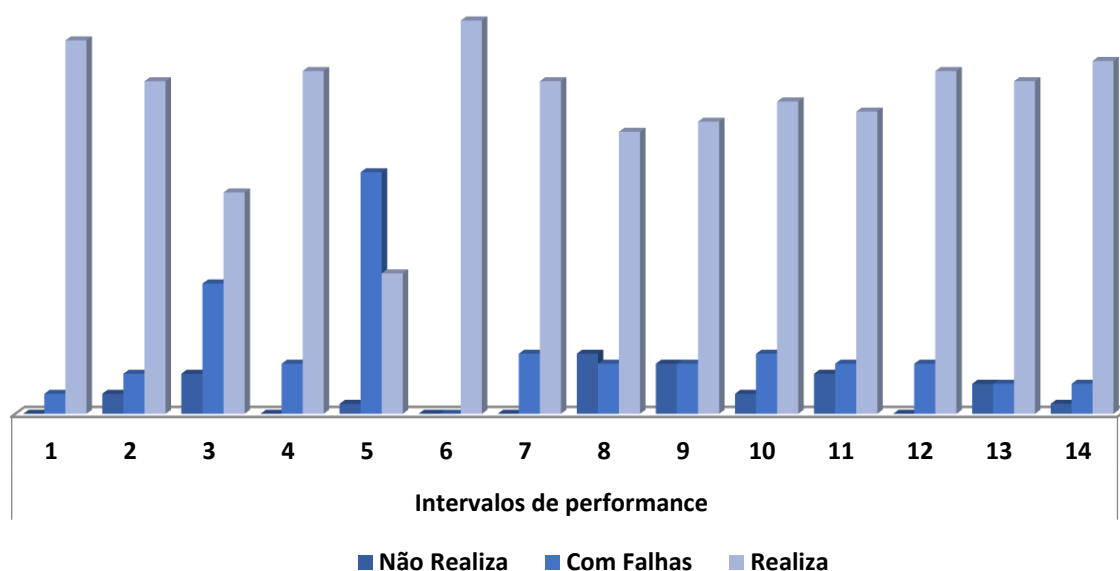
O procedimento final deste plano de formação é a avaliação do mesmo, que se encontra descrita no ponto que se segue.

2.7 Avaliação

Os dados obtidos nos respectivos questionários foram introduzidos e processados no sistema *software Excel*, pretendendo-se obter uma melhor visualização e conclusão sobre a aquisição ou não de conhecimentos/competências de qualidade no decorrer da formação em serviço. Para realizar este processamento, recorreu-se à análise estatística e descritiva dos valores encontrados.

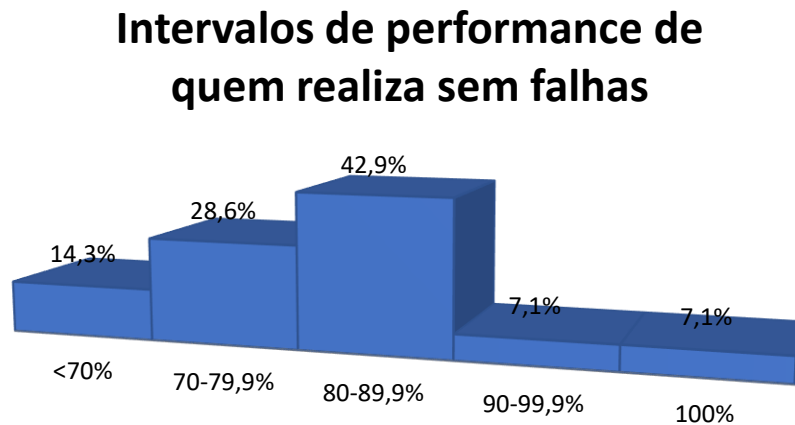
A Figura n.º 4 apresenta os resultados do desempenho observado na equipa durante a resolução de casos clínicos recorrendo à técnica de prática simulada. O mesmo permite para cada item de avaliação, realizar uma comparação entre os participantes que realizam a atividade com sucesso, os que realizam a atividade, mas apresentam falhas na sua realização e os que não conseguiram realizar a atividade. A numeração das respetivas intervenções está em concordância com a numeração apresentada no respetivo gráfico. Já a Figura n.º 5 apresenta os resultados do desempenho dos participantes que realizaram a atividade sem falhas.

Figura n.º 4 - Análise da prática simulada por intervalo de performance



(Fonte: Do próprio)

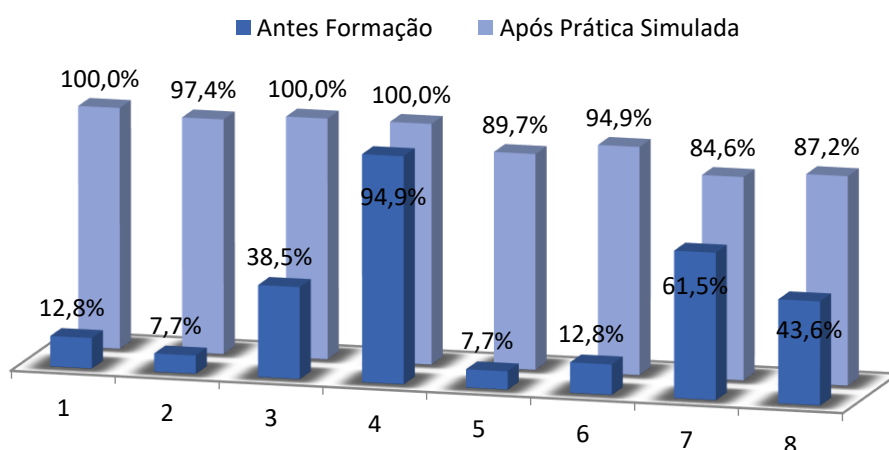
Figura n.º 5 – Análise da prática simulada, realizada sem falhas, por intervalo de performance



(Fonte: Do próprio)

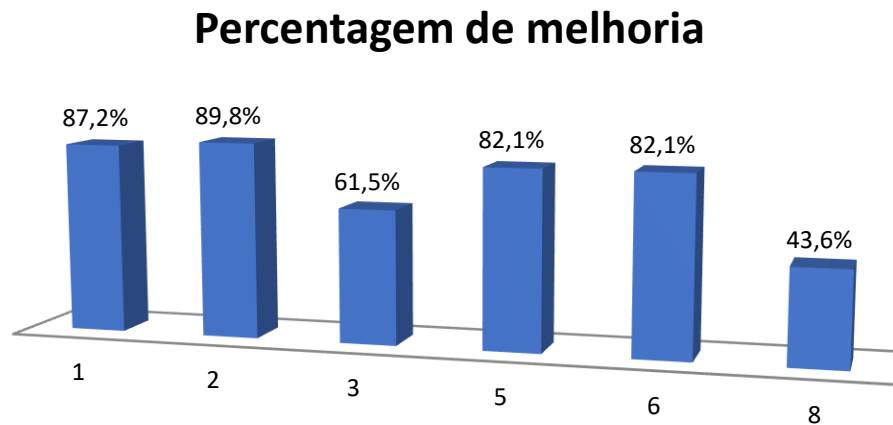
Com as Figuras n.º 6 e n.º 7 observamos os dados recolhidos, relativamente à performance dos enfermeiros, antes e após a formação, permitindo assim, verificar a evolução dos enfermeiros do SUP, nomeadamente no que diz respeito à aquisição de conhecimentos adquiridos. No Figura n.º7 foram apenas utilizados os indicadores com pior desempenho na avaliação realizada antes da formação, comprovando a evolução dos conhecimentos adquiridas após a formação. A numeração das respetivas intervenções está em concordância com a numeração apresentada no respetivo gráfico.

Figura n.º 6 – Avaliação do desempenho dos enfermeiros antes e após a formação



(Fonte: Do próprio)

Figura n.º 7 – Percentagem de melhoria, nas intervenções com pior resultado entre o antes e o após a formação



(Fonte: Do próprio)

2.8 Conclusão

Nas últimas décadas tem-se dado cada vez mais ênfase a esta temática, situações de catástrofes e multi-vítimas. Sendo que para isso, seja necessário um crescente investimento no desenvolvimento das capacidades de resposta a este tipo de situações. É imprescindível que o enfoque incida cada vez mais na qualidade da prestação de cuidados a fim de obter uma melhor qualidade de resultados. É inevitável que o desenvolvimento se faça também nesta direção, utilizando estratégias, entre elas formação e prática simulada. A formação de adultos e mais especificamente a formação em serviço é um fator essencial para a mudança, desenvolvimento pessoal e da organização. Neste sentido, as evidências sobre a sua efetividade são claras e cada vez mais fortes, mostrando vantagens e resultados positivos na aquisição de conhecimentos, quando é utilizada a prática simulada como estratégia pedagógica fomentadora de aprendizagens com uma base mais sólida traduzindo-se num desenvolvimento mais eficaz.

Assim, em síntese pretendeu-se, com o presente trabalho, gizar um plano de formação em serviço criterioso e rigoroso, implantado e adaptado a um contexto clínico concreto, nomeadamente na visão e missão deste, com fundamentação teórica válida e atual e justificado nas necessidades previamente identificadas no diagnóstico de

necessidades efetuado. Procurou-se também enquadrar e dar importância às competências do Enfermeiro Especialista no âmbito da formação de adultos e especificamente na Formação em Serviço.

A realização deste trabalho contribuiu para um aprofundamento de ideias, conceitos e processos formais relacionados com a temática em questão, mas, sobretudo, proporcionou uma partilha de experiências, que conduziram a uma reflexão pessoal acerca da formação de adultos e da formação de serviço, sendo que, esta reflexão, é considerada essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Pelo conjunto de atividades realizadas para dar prossecução dos objetivos propostos houve a real noção da importância da formação em contexto profissional e da sua capacidade transformadora dos contextos clínicos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências inerentes ao cuidar especializado são o fio orientador para a análise da prestação em termos académicos. Neste sentido, um dos objetivos do estágio, prende-se com o desenvolvimento das competências de especialista e a aquisição de competências de mestre.

Os contextos clínicos permitem uma base formativa imprescindível no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos científicos, humanos, técnicos e culturais, assim como, no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais.

O Mestre em Enfermagem representa o indivíduo superior e de muito saber, um profissional extremamente respeitado, valorizado, que apresenta aptidões clínicas que vão desde programas ou atitudes com fins e benefícios na interpretação de situações clínicas, a prestação de cuidados, assim como na gestão dos mesmos, desenvolvendo uma prática de enfermagem baseada em sólidos conhecimentos científicos, demonstrando fortes aptidões de supervisão. “Apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas (...) e vai diretamente ao centro dos problemas sem ter em conta um grande número de considerações inúteis” (Benner, 2001, p.33), age de forma assertiva na resolução de problemas e na gestão de situações com elevado grau de complexidade. Neste sentido, possui capacidade proactiva de integrar equipas, explicar de forma nítida e inequívoca os seus raciocínios e conhecimentos, nos mais variadíssimos conceitos multidisciplinares.

Ser Mestre em Enfermagem significa ser perito na sua área de atuação, possuir conhecimento acrescido, ser orientador partilhando experiências e saberes, não é simplesmente aquele que apresenta um caminho novo, mas aquele que mostra como algo novo o caminho para atingir o fim, valorizando o crescimento que se alcança através da partilha do conhecimento.

Segundo a redação atual do decreto-lei n. 63/2016, artigo 15.º, do Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, dispõe do seguinte, relativamente à atribuição do grau de mestre, passando a citar:

“1- O grau de mestre é conferido aos que demonstram:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidade éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização (Decreto-lei n. °63, 2018, p.3174).

Neste capítulo será desenvolvida uma breve reflexão sobre as competências adquiridas, competências essas que sustentam a aprendizagem e evolução tanto académica como profissional, cumprindo assim um requisito de avaliação da UC em questão.

3.1 Competências de Mestre e Comuns do Enfermeiro Especialista

Apesar do enquadramento conceptual de referência se centrar no enquadramento conceptual de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, não podemos de maneira alguma deixar de parte as competências comuns do Enfermeiro Especialista, que segundo a OE é definido como tendo um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...) traduzido num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (...) 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” (OE, 2011d, p.8649).

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham das referidas competências comuns. Segundo o Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista “(...) *todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a atuação do enfermeiro especialista inclui competências em ambientes e cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde*” (OE, 2011a p.8648).

As competências comuns encontram-se inseridas em quatro domínios: A – Responsabilidade profissional, ética e legal; B – Melhoria contínua da qualidade; C – Domínio de gestão dos cuidados; D – Domínio das aprendizagens profissionais.

A- Responsabilidade profissional, ética e legal

Para a aquisição desta competência, para um crescimento pessoal e profissional, é necessário reconhecer o contributo crucial da UC em destaque, UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, tendo a mesma fornecido bases teóricas que sustentaram as atividades desenvolvidas na prática.

Segundo o artigo 99.º, al. 1), do Código Deontológico dos Enfermeiros, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p.79), assim como, artigo 100.º, al. c), “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE, 2016, p.80).

A terceira competência de Mestre e as duas competências comuns de especialista enquadram-se no mesmo contexto, pertencendo ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, motivo pelo qual são abordadas em simultâneo.

Competência de Mestre – nº3

- **Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.**

Competência de Especialista – A1 e A2

- **Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;**
- **Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**

No dia a dia da nossa prática clínica, somos sistematicamente confrontados com problemas de difícil resolução, que exigem de nós um processo de tomada de decisão. Essa decisão é inerente à prática dos cuidados de enfermagem, e requerem uma análise criteriosa da nossa parte. Apesar da construção de uma base científica que serve de guia às práticas dos enfermeiros, estes podem seguir diferentes percursos, e diferentes fases no exercício da sua profissão. Patrícia Benner, descreve os estágios de aprendizagem e a aquisição de competências em toda a carreira dos enfermeiros. Segundo esta mesma teórica, a prática clínica de enfermagem é identificada em cinco níveis de competências, dos quais fazem parte, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No início da nossa atividade profissional, foram impostas normas, independentemente do contexto, que serviam de guia aos atos em função de diversos elementos. Estas regras ditavam um comportamento típico extremamente limitado e rígido. Só, posteriormente, com uma experiência profunda, já não é necessário o apoio sobre um princípio analítico (regras, normas, indicações) de forma a passar do estado de compreensão do problema ao ato indicado. Nesta fase, é necessário agir a partir de uma compreensão profunda da situação, avaliando a globalidade do problema. Esta avaliação é feita de forma intuitiva, restringindo-se apenas ao problema específico, evitando ações supérfluas, intempestivas e estéreis (Benner, 2001).

Durante a construção do nosso percurso profissional vamos interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Sendo que, a deontologia de uma profissão é caracterizada pelo conjunto de princípios e regras de conduta, ou seja, os deveres que estão inerentes à mesma e têm caráter normativo e vinculativo. A deontologia profissional resulta de uma reflexão própria sobre a prática de cada profissão. Por conseguinte, “a finalidade da deontologia cruza a dimensão da praxis em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandato social assumido.” (Nunes, 2011, p.196).

A deontologia profissional “visa disciplinar uma atividade profissional, estabelecer regras direcionadas para a vivência profissional” (Nunes, 2011, p.196).

A deontologia profissional dos Enfermeiros culminou com a publicação em 1996 do REPE, que configurou no exercício de enfermagem, clarificando conceitos, caracterizando cuidados, especificando a competência dos profissionais, definindo a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos. Em 1998, com a publicação do estatuto da OE e com a criação da OE, o estado conferiu à profissão de enfermagem os poderes de regulação tornando assim, os enfermeiros

“destinatários e detentores de um instrumento legal na construção do processo de regulamentação e da identidade profissional. Não pudemos deixar de notar o vínculo entre autonomia e regulação, pois que o reconhecimento da autonomia de uma profissão é pedra basilar para a autorregulação”. (Nunes, 2011, p.197)

Entendemos, então, que a deontologia em enfermagem é complexa quer pela sua vinculação e abrangência, quer pela “responsabilidade em zelar, guardar, proteger e defender os direitos das pessoas” (Nunes, 2011, p.203).

Desta maneira, e fazendo face ao plano deontológico, o enfermeiro tem o dever de cumprir um conjunto de regras com o objetivo de garantir ao utente, família, grupos e comunidade o seu direito às intervenções no domínio da Enfermagem. De acordo com o Estatuto da OE, onde é plasmado o capítulo VI – Deontologia Profissional no seu artigo 99º “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei n. º156, 2015, p.8078).

Os deveres deontológicos em geral dos Enfermeiros, conforme o artigo 100.º do Estatuto da OE – capítulo VI – Deontologia Profissional são:

“a) – Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) – Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; c) – Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, (...)” (Lei n. º156, 2015, p.8078).

A deontologia de enfermagem consiste num conjunto normativo que inclui os direitos dos enfermeiros, os princípios, os valores e os deveres para com a pessoa e para com a profissão de Enfermagem.

Sendo a presente área de atuação a urgência e emergência, foi necessário estar munida de conhecimentos por forma a antecipar algumas situações que pudessem ocorrer na prática clínica, e assim sendo, permitir uma melhor gestão e equilíbrio na tomada de decisão, respeitando as necessidades e características do utente, praticando uma enfermagem baseada na evidência e nos princípios éticos inerentes à profissão. Para auxiliar nesta conduta profissional, foi realizada, no início do estágio, uma revisão geral do código deontológico dos enfermeiros.

Durante a prática clínica, no decorrer de todo o estágio, foi tido em conta, o cumprimento do disposto no código deontológico dos enfermeiros, no que respeita à excelência do exercício (artigo 88º) e aos deveres para com a profissão (artigo 90º).

Sistematicamente foram realizadas reflexões e discussões/partilha de opiniões com a supervisora clínica, a fim de permitir uma maior partilha de experiências e um auxílio no processo de tomada de decisão, permitindo um maior crescimento pessoal/profissional.

Não se pode deixar de salientar a importância do trabalho realizado na sala de diretos, que permitiu o processo de tomada de decisões em situações complexas, baseadas na prática da evidência, tendo em conta as dimensões, éticas, deontológicas e legais, assim como a vontade do utente.

Outro dos aspetos tidos em conta durante a realização do estágio, prende-se com o respeito pelos direitos humanos, tendo sempre sido respeitado a autonomia, a dignidade e a liberdade dos intervenientes. Apesar de que algumas crenças e valores pessoais, pudessem diferir em alguns aspetos com as crenças e valores pessoais de alguns utentes, esse aspeto em nada interferiu com a prestação de cuidados, garantindo sempre que os utentes tivessem direito aos melhores cuidados. Para superar este desafio, foi necessário realizar uma exaustiva reflexão, permitindo assim um profundo conhecimento interior, das respetivas motivações, valores e crenças pessoais, a fim de que, esses mesmos valores em nada interferissem com a prestação dos cuidados, e não influenciassem a conduta, demonstrando assim respeito e cordialidade.

Controlar as emoções são um desafio permanente à capacidade do ser humano em adaptar-se à sua pessoa na interação com o outro. Compreender e delinear as emoções, enquanto parte integrante do ser humano, constitui um ponto fulminante para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para os outros.

B- Melhoria Contínua da Qualidade

Os conceitos qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem, não têm apenas importância em termos de organização de saúde, são de forma imperiosa determinados pela ação dos enfermeiros. O seu agir passa pelo reconhecimento das verdadeiras necessidades do utente, adequando as intervenções e pela gestão de recursos com foco na satisfação das necessidades identificadas. Ressalva-se aqui a importância da qualidade dos cuidados, sendo este um foco transversal a todos os enfermeiros. Segundo o artigo 97.º, al. 1), do Código Deontológico dos Enfermeiros, “Os membros efetivos da Ordem estão obrigados a: a) exercer a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem; (...) n) Frequentar ações de qualificação profissional, (...)” (p.74) , assim como, artigo 109.º, do domínio da excelência do exercício, al. c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e

utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (...) e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2016, p. 82).

No âmbito de uma necessidade de implementação dos sistemas de qualidade, apresentados formalmente pela OMS e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, a OE expõe, em 2001, um conjunto de enunciados descritivos que sustentam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2002, p.6).

As instituições de saúde têm como papel fundamental, com o intuito de possibilitar um exercício profissional de qualidade, a adequação de recursos e a criação das estruturas adequadas à prática da mesma (OE, 2002). Destaca-se dentro dos enunciados preconizados pela OE para uma prática de cuidados de qualidade, com especial relevância na relação qualidade de cuidados, o enunciado descritivo referente à organização de cuidados de enfermagem:

“São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:

- a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- a existência de um sistema de melhoria contínua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
(...)
- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2002, p.18)

Agir com qualidade é imprescindível, sendo necessário assegurar a satisfação dos utentes, através de um profissionalismo que se traduz por um exercício de funções eficiente, rigoroso e responsável, motivando os seus profissionais. Para avaliação da qualidade na prestação dos cuidados, são considerados indicadores de qualidade a eficácia e eficiência. Sendo que eficácia pode entender-se como a capacidade de execução da melhor forma possível, e eficiência como a aquisição do melhor resultado, utilizando o mínimo de recursos possíveis (Freitas, 2015). Os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por determinados cuidados. Segundo Benner, os

mesmos serão considerados tanto melhores profissionais quanto maior for a proximidade dos padrões de excelência definidos com o seu desempenho e a excelência no exercício da prática (Benner, 2001).

A quinta competência de Mestre e as três competências comuns de especialista foram abordadas em simultâneo, uma vez que, pertencem ao domínio da melhoria contínua da qualidade, em contextos multidisciplinares.

Competência de Mestre – nº5

- **Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais.**

Competência de Especialista – B1, B2 e B3

- **Desempenha uma papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica;**
- **Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.**
- **Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;**

Como se pode observar no art. 37.º na sua al. f) bem como no art. 42.º al. f) dos Estatutos da OE, é de competência do Conselho de Enfermagem e dos Colégios da Especialidade respetivamente, a definição de padrões de qualidade de cuidados de Enfermagem e cuidados de Enfermagem Especializados, emergindo a necessidade da definição dos conceitos supracitados, numa lógica de meta paradigma, ressaltando-se “o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE; 2011d, p.9).

“Os enunciados descritivos de Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicar na natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem” (OE; 2011d, p.13).

A criação de programas de melhoria contínua da qualidade é uma ação prioritária. Para a aquisição desta competência, numa fase inicial, com a colaboração da supervisora clínica, e da equipa de trabalho, foram identificadas as necessidades de serviço, tendo-se chegado à conclusão da necessidade da elaboração de um procedimento de atuação sobre precauções dependentes da transmissão por contacto, de modo a melhorar a qualidade assistencial a estes utentes e às suas famílias (Apêndice L). As infeções associadas aos

cuidados de saúde são um problema da maior importância para a gestão de risco e segurança do utente, não só pelos efeitos negativos que causam a nível da mortalidade, morbidade e dos custos associados à prestação de cuidados como pela falta de confiança nos cuidados de saúde prestados. Deste modo, a prevenção e controlo de infeção constitui-se como uma componente essencial da qualidade em saúde no contexto da segurança do utente, fundamental no desenvolvimento de uma política de qualidade no SU. Para a realização deste procedimento, foi necessário a colaboração da comissão controlo de infeção (CCI) que facultou artigos científicos pertinentes para a elaboração do documento em questão.

Durante o estágio, houve especial atenção, no que concerne à prestação de cuidados de qualidade, com precaução máxima na segurança e bem-estar do utente, cumprindo as indicações decorrentes no procedimento elaborado, baseada na evidência científica, eliminando-se as aproximações empíricas.

Houve a oportunidade de aprender através da observação direta da supervisora clínica e outros elementos da equipa, sobre as principais necessidades para a criação de um ambiente terapêutico e seguro ao utente, família e equipa. Esta observação e aprendizagem, permitiu uma reflexão pessoal e um reajuste sobre as intervenções realizadas no dia a dia, alcançando assim uma melhor prática clínica, evitando desta forma, possíveis consequências lesivas decorrentes da prestação de cuidados.

C- Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão é considerada um domínio da área da competência dos enfermeiros que se revela de elevada importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (OE; 2011d). Das competências do enfermeiro de cuidados gerais ressaltam-se conceitos da gestão de cuidados, de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, nomeadamente no que diz respeito a ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e a sua supervisão (OE, 2012). O enfermeiro, e especificamente o Enfermeiro Especialista, é um vetor estruturante na otimização do processo da gestão de cuidados, e neste contexto, enaltece-se o enunciado das competências de especialista, nomeadamente a competência C1 e C2 (OE, 2011a). Segundo Benner, enfermeiras peritas, detêm um conhecimento acentuado do conjunto da equipa multidisciplinar, das necessidades dos utentes e dos recursos à sua disposição. Supervisionam o conjunto da situação, estando conscientes da realidade em questão para permitir a utilização correta dos recursos existentes. Benner refere: "(...) as peritas funcionam como chefes de orquestra em situações complexas,

enfrentando em todas as frentes, respondendo a todas as necessidades.” (Benner, 2001, pp.138 a 140).

A primeira competência de Mestre e as duas competências comuns de especialista foram abordadas em simultâneo, uma vez que, pertencem ao domínio da liderança, supervisão e gestão de cuidados, da equipa e dos recursos.

Competência de Mestre – nº1

- **Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.**

Competência de Especialista – C1 e C2

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

Neste contexto, o período de observação numa fase inicial, constitui-o uma mais valia, traduzindo-se assim, num contributo de extrema importância, uma vez que permitiu ser uma base orientadora das ações numa fase mais avançada do estágio. E sendo, o processo de decisão, um processo complexo que requer experiência, bem como conhecimentos teóricos da matéria em apreço, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica, também nesta fase inicial do estágio, para permitir adquirir uma boa base de sustentação teórica no que respeita ao domínio da liderança, supervisão e gestão de cuidados, da equipa e dos recursos.

Numa segunda fase do estágio, a supervisora clínica delegou funções como a gestão da SR e o atendimento do telemóvel de serviço, telefone este que, acompanha o chefe de equipa de enfermagem durante todo o turno. Ao enfermeiro alocado à SR, é-lhe atribuída a função de responsável de turno, cabendo-lhe a função de otimizar o trabalho da equipa através da gestão multidisciplinar de enfermeiros e assistentes operacionais, assim como, responder às solicitações dos outros elementos da equipa. Estas funções, exigem do enfermeiro uma boa capacidade de gestão de cuidados, de recursos humanos e recursos materiais. Esta fase do estágio, traduziu-se, num importante momento de crescimento pessoal e profissional, onde foi possível demonstrar confiança e segurança das próprias capacidades. A priorização correta dos cuidados num ambiente complexo, foi uma preocupação fulcral, exigindo uma atenção redobrada e uma boa capacidade de decisão

clínica, pois delas dependem muitas vezes a sobrevivência e o bem-estar do utente e família.

É de salientar, o trabalho desenvolvido para a criação, de um trabalho de equipa coeso, numa atitude de respeito, consideração e apreço entre os vários elementos da equipa multidisciplinar. A relação entre os vários elementos da equipa exige do enfermeiro prudência, lealdade, solidariedade e responsabilidade para com os colegas e com a profissão. Segundo o Código Deontológico, art. 90.º, “dos deveres para com a profissão” e art.91.º, “dos deveres para as outras profissões:

“Consciente de que a sua ação se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de: (...) b) ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional; c) proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais; b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”. (Lei n.º111, 2009, p.6549)

Neste contexto foi necessário um papel proactivo, assumindo uma atitude de liderança eficaz, de forma a incorporar uma efetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade, assim como, promover motivação e inspiração dos restantes elementos da equipa. Esta intervenção tornou-se fulcral para atingir tanto os objetivos da organização, como os objetivos propostos.

Para alcançar os referidos objetivos, também foi importante estabelecer uma adequada comunicação, sendo esta, uma partilha de informação, na qual, ao mesmo tempo que transmitimos uma mensagem, também partilhamos ideias, sentimentos e emoções, podendo desta forma, influenciar as atitudes das pessoas envolvidas, que reagirão de acordo com a sua própria experiência, crenças e valores. Segundo Phaneuf (2005) “É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam em nós”.

D- Domínio da Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o artigo 100.º, al. e), do Código Deontológico dos Enfermeiros, dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro deve: “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2016), assim como, art. 101.º, al. c) “Colaborar com outros profissionais em programas que respondam à necessidade da comunidade” (OE, 2016), tal como, art. 109.º, al. c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (OE, 2016, p.80).

Para a aquisição desta competência, é necessário reconhecer o contributo crucial da UC em destaque, UC Investigação em Enfermagem, tendo a mesma fornecido bases teóricas que sustentaram as atividades desenvolvidas na prática. Também e não menos importante, é de salientar o cuidado e a justificação para a escolha do local de estágio, pois este iria-se traduzir, num campo de aprofundamento de conhecimentos, assim como, no desenvolvimento de habilidades promotoras de autoconhecimento.

Competência de Mestre – nº2 e nº6

- **Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;**
- **Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.**

Competência de Especialista – D1 e D2

- **Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;**
- **Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.**

A aquisição de competências neste domínio deve-se impreterivelmente ao investimento do profissional a fim de se manter atualizado cientificamente, permitindo um estável crescimento profissional, acompanhado por um autoconhecimento e uma maturação pessoal.

A produção de conhecimento em Enfermagem tem sido um fator determinante nesta área, já que tem fornecido uma base científica para orientar as práticas e garantir a credibilidade da profissão, contribuindo desta maneira, para uma melhor saúde das populações da melhoria contínua da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados. Neste sentido, e para promover a disseminação de conhecimento para com os pares, foram realizadas formações em serviço, oportunas aos restantes colegas.

A primeira, a fim de colmatar algumas necessidades do serviço, intitulava-se, *“Paragem Cardiorrespiratória”* (Apêndice M).

A American Heart Association (2011), recomenda que os profissionais de saúde diretamente envolvidos na RCP, recebam instruções constantes, por forma a minimizar os

erros e a melhorar a eficácia e a eficiência, por meio de protocolos em que padroniza procedimentos e técnicas. Referem que através do treino, os profissionais conseguem realizar um atendimento mais rápido, organizado, com calma e efetividade. Benner considera que “(...), é a enfermeira que chama a atenção aos diferentes membros da equipa de saúde que coordena as suas ações, (...) pondo em movimento o sistema de urgência (paragem cardíaca).” (Benner, 2001). Identificar e tratar de utentes em risco de PCR é uma intervenção que requer perícia dos profissionais envolvidos, com uma boa formação de base e um evidente treino, capazes de manter uma vigilância exaustiva, interpretando alterações observadas e reconhecendo rapidamente os sinais de degradação clínica (European Resuscitation Council, 2011). A formação dos profissionais é uma componente essencial da implementação dos sistemas de atuação na PCR.

Sendo o enfermeiro, o profissional que mais contata e mais tempo passa com o utente, é imprescindível que receba formação constante. Perante esta realidade, o enfermeiro, necessita de desenvolver a sua capacidade de raciocínio, a agilidade, habilidades técnicas e controle emocional. Fatores que não podem esperar por um caso clínico real, pois, a sobrevivência do utente, em muito depende, da prestação dos enfermeiros. A formação teve uma componente teórica, elaborada de acordo com as recomendações da European Resuscitation Council referentes às *guidelines* de SAV, e uma componente de um exercício de prática simulada, onde se procedeu à avaliação da performance dos enfermeiros na resolução de um cenário de PCR. A fim de melhorar o desempenho dos profissionais envolvidos, no final de cada cenário, foi realizado um *debriefing* com a identificação de pontos positivos e pontos a melhorar na prestação de cada formando.

A segunda formação, também elaborada de acordo com as necessidades de serviço, e direcionada para o PI, intitulada de “*Atuação dos enfermeiros do serviço de urgência perante uma situação de catástrofe*”. A necessidade de que cada enfermeiro adquirisse uma base de conhecimento e um conjunto mínimo de habilidades para que pudessem planear e responder a um cenário multi-vítimas de forma oportuna e apropriada, ditaram a necessidade desta formação. A *International Council of Nurses* reconhece a importância dos enfermeiros em situações de catástrofes, uma vez que detêm conhecimento, competência e habilidades para contribuir positivamente e ajudar os esforços humanitários na resposta a este tipo de situações. Contudo, lidar com uma situação de catástrofe não é fácil, os desafios enfrentados são de extrema complexidade.

À semelhança da primeira formação, e como já mencionado anteriormente, esta formação também teve uma componente teórica e uma prática simulada, tendo-se procedido novamente à avaliação da performance dos profissionais envolvidos.

Foram elaborados também, documentos, como procedimentos, artigos e um poster a fim de permitir da mesma maneira, a disseminação do conhecimento. Na verdade, estes momentos, podem ser considerados, como momentos de formação oportuna, não formal em contexto clínico, essenciais para o desenvolvimento de conhecimentos, influenciando a prestação de cuidados com qualidade.

Um dos artigos intitulava-se, “*Métodos de Triagem Pré e Intra-hospitalar em Situações de Catástrofe*”. Quando chamados a intervir num evento com as características mencionadas anteriormente, é de suma importância que essa intervenção não se realize de forma solta e anárquica. Pelo contrário, prevê-se uma resposta com um grau de complexidade acrescida, pressupondo-se que essa mesma resposta se baseie numa atuação sistematizada, integrada e interligada à atuação de outros profissionais, de acordo com plano estruturado, organizado e bem delineado, com respetivo treino, de forma a potenciar e maximizar o rendimento dos meios humanos e materiais de socorro (Malagutti & Martins, 2011). O outro, “*Logística em incidentes de grandes dimensões: A importância do planeamento*”. Os desastres de larga escala em todo o mundo demonstram que ninguém, nem nenhum país estão imunes à ameaça das calamidades naturais (APA, 2014). Assim sendo, e numa tentativa de minimizar as consequências desastrosas deste tipo de situações, é vital que haja uma crescente preparação para este tipo de ocorrências, minimizando erros e agilizando a atuação das equipas multiprofissionais da saúde. É de extrema importância a preparação antecipada, realizando um planeamento dos recursos, preparando as equipas para as situações excecionais e inesperadas que a qualquer momento podem surgir. Para permitir a divulgação deste mesmo artigo, foi realizada a publicação do mesmo, na 5ª edição da revista Lifesaving (https://issuu.com/lifesaving/docs/lifesaving_n5_final) (Apêndice N).

Como já mencionado anteriormente, também foi elaborado, um procedimento de atuação sobre precauções dependentes da transmissão por contacto, de modo a melhorar a qualidade assistencial a estes utentes e às suas famílias.

Não menos importante, também foi a elaboração e apresentação de um trabalho científico através de um Póster (Apêndice O), nas II Jornadas Algarve Biomedical Center. O Algarve Biomedical Center é um consórcio entre a Universidade do Algarve e o CHUA, que pretende reunir investigadores, alunos, profissionais de saúde e representantes de

entidades ligadas ao ensino, formação, investigação científica e desenvolvimento regional. O mesmo após apresentação nas referidas jornadas, foi colocado na sala de enfermagem a fim de permitir uma maior divulgação pela equipa multiprofissional, e também foi alvo de publicação nas notícias do INEM hoje, a 27 de abril de 2018 (Anexo F). O Poster foi intitulado “Novas Recomendações de Abordagem do Doente com AVC Isquémico”, que pretendeu dar a conhecer as novas recomendações baseadas nas *guidelines* de 2018 do acidente vascular cerebral (AVC) Isquémico, emanadas pela *American Heart Association/American Stroke Association*. Os protocolos implementados no nosso país para a abordagem de uma vítima de AVC requerem uma atuação rápida com algoritmo clínico de avaliação e tratamento, em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico.

Para o efeito, ao longo do percurso profissional e de forma a permitir a aquisição de uma sólida base de novos conhecimentos, com o intuito de ajudar, e ser um foi condutor no desenvolvimento das competências, foi essencial a frequência de formações teórico-práticas que apresento em anexo (Anexo G). As formações realizadas foram selecionadas tendo em conta as necessidades identificadas, em concordância com a supervisora clínica, tendo especial atenção, na escolha de entidades credíveis no que se trata de qualidade da formação.

Ao longo do estágio foi feita uma reflexão sistemática sobre o desenvolvimento no domínio das aprendizagens profissionais. A aprendizagem de conhecimentos no contexto da prática é imprescindível para a formação do enfermeiro. Perspetiva-se assim, o ensino clínico, como um local de excelência para o desenvolvimento destas competências, pois é da aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica, que o enfermeiro constrói a sua competência profissional, e após reflexão do assunto em epígrafe, chego à conclusão, que tive um percurso crescente e sustentando de melhoria contínua.

A competência profissional é “a combinação dos conhecimentos das experiências e comportamentos exercidos num dado contexto, tendo por base as atitudes e características individuais de cada profissional” (Freitas, 2015, p.89) ou seja, as competências profissionais são um conjunto de comportamentos que abrangem os conhecimentos, as habilidades e as capacidades para realizar o trabalho eficaz.

3.2 Competências de Mestre e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008) definem “...doente crítico é aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou, mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização, terapêutica e ventilação mecânica invasiva.” (p.8). A OE (2011b), define Pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008), doentes críticos apresentam um risco acrescido de falência múltipla de órgãos, e uma diminuição da capacidade de adaptação ou da reserva fisiológica a alterações súbitas, verificando-se que pequenas mudanças se traduzem em grande instabilidade, levando posteriormente a um agravamento do estado clínico.

As competências específicas do EEEPSC foram emanadas a 20 de novembro de 2010, pela Assembleia Geral extraordinária do OE, proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, após aprovação na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de setembro de 2010, tendo sido publicado em Diário da República 2.º série, n.º 35, a 18 de fevereiro de 2011 (OE, 2011b).

A OE pretende que o Enfermeiro com categoria de Especialidade em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, preste cuidados altamente qualificados, de forma contínua, contribuindo para a formação dos seus pares, a fim de que os mesmos possam dar uma resposta às necessidades de uma ou mais funções vitais instáveis, permitindo diminuir o grau de instabilidade, prevenindo outras complicações ou mesmo incapacidades, tendo como referência, uma recuperação total (OE, 2011b). Para além de uma adequada intervenção clínica à pessoa em situação crítica, atos técnicos executados eficazmente e de forma diferenciada, é necessário, que o enfermeiro especialista seja munido de aspetos humanistas do foro racional simples ou complexo, tendo uma visão holista da dimensão racional.

Contudo, é necessário referir que a OE, também considera uma competência à capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, assim como, a responsabilidade de maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção à pessoa

em situação crítica e/ou falência orgânica, uma vez que é necessário criar respostas eficazes num curto espaço de tempo (OE, 2011b).

Neste capítulo pretende-se refletir acerca da aquisição destas competências ao longo do estágio, sendo importante referir que para a aquisição das mesmas, é necessário um elevado nível de desempenho profissional.

Para a aquisição desta competência, destaca-se a importância do estágio em questão, e na respetiva atuação na SR, sendo este campo, uma primordial aquisição do corpo de conhecimentos e habilidades neste âmbito, permitindo uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades.

Competência de Mestre – nº4

- **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.**

Competência de Especialista – K1

- **Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica;**

Em 2011, com base no enquadramento conceptual prévio, foi aprovado, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que contempla um acréscimo conceptual no âmbito da especialidade em questão e os descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Deste modo “pretende-se que estas venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto do utente/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos” (OE; 2011c). Assim foram definidos 7 padrões de qualidade, os primeiros 6 referentes ao desenvolvimento específico para a área de especialidade, e o 7º referente à prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados.

No âmbito da competência K1, são enaltecidos os seguintes padrões de qualidade: 4.3 A prevenção de complicações – “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.” (OE; 2011c).

1 – Identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência

(...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;

2 – A prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados;

8 – A correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade;

10 – A gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos. (OE; 2011c, p.5)

E não menos importante 4.4 O bem-estar e o Autocuidado – “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.” (OE; 2011c). Neste sentido:

7 – A gestão diferenciada da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor;

8 – A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família;

9 – A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família, em situação crítica; (OE; 2011c, p.6)

Como se infere destes enunciados, o papel do EEEPSC é de suma importância na identificação de possíveis complicações e a sua resolução, autónoma ou interdependente e na implementação de medidas de suporte de funções vitais.

Para a aquisição da competência K. 1.1 – “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE; 2011a) e da competência K. 1.2 – “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE; 2011a), saliento, o contributo imprescindível de estas atividades consolidarem os conhecimentos prévios enquanto operacional de uma ambulância SIV, na qual exerço as funções de enfermeira, desde 2011, como funcionária do CHUA, EPE. A 1 junho de 2017, assino contrato com o INEM, ao qual é requisito obrigatório a entrega de um relatório ao final de 3 meses do respetivo início de funções. Em apêndice, apresento o respetivo relatório de atividade em período experimental, no qual é relatado várias ocorrências com vítimas críticas, o que me permitiu realizar uma pesquisa bibliográfica, contribuindo também desta forma para a aquisição desta competência (Apêndice P).

Neste sentido, os enfermeiros do INEM, que exercem a sua função na prestação direta de cuidados, regem-se por duas grandes premissas, a primeira, funções definidas pela ordem dos enfermeiros, a segunda, funções predeterminadas através da Deliberação n.º20/2013 do INEM, funções que apresentam um conteúdo funcional com uma vertente

direcionada para os cuidados de enfermagem ao utente crítico e à sua família, passo a citar algumas das referidas funções, que me ajudaram na aquisição das referidas competências:

- Presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização do mesmo como na sua continuidade durante o transporte (...);
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Exerce a função de chefe de equipa enquanto elemento constituinte dos meios SIV;
- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de Emergência (...). (INEM, 2013, p.49)

Para a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicas, neste área do utente crítico, por forma a permitir antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, também é de referir que ao longo deste percurso profissional foi imprescindível a realização de cursos teórico-práticos, dos quais se destaca o módulo de SAV, em 2011, re-certificado em 2015, o módulo de SIV, em 2011, Curso Avançado de RCP, 2011, Suporte Básico de Vida Pediátrico e SAV Pediátrico, ambos em 2015, cursos que serviram como alicerce para o crescimento, desenvolvimento e aquisição de conhecimentos altamente específicos na área, fundamentando a prestação de cuidados ao utente crítico, em sólidas bases de conhecimentos teóricos. O investimento realizado na área do utente crítico, permitiu estar alerta para focos de instabilidade, atuando prontamente em situações que assim o exigiam. A realização deste estágio permitiu também, um aperfeiçoamento deste conhecimento para uma melhor aplicação na prática, sendo extremamente benéfico para um crescimento profissional assim como para o utente. Citando Benner: “Em situações que exigem imperativamente ações rápidas, o utente tem com certeza sorte se uma enfermeira experiente se encontrar aí para coordenar o conjunto das operações de forma a que os erros e atos inúteis sejam evitados.” (Benner, 2001, p.135).

A SR, sendo um local onde há uma necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, requer conhecimentos quer ao nível das complicações, quer ao nível de respostas esperadas, motivo pelo qual, no contexto de ensino clínico, houve uma necessidade de realizar uma listagem dos fármacos utilizados, uma vez que a grande maioria dos mesmos, diferia da presente realidade profissional, a fim de verificar as indicações e contra indicações da sua utilização, assim como os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade, as incompatibilidades e as respetivas diluições, com o intuito de promover uma utilização mais correta, segura e célere possível, minimizando o risco e as complicações.

No que respeita aos ventiladores utilizados no serviço, também estes diferiam em muito, do contexto profissional, motivo pelo qual se realizou uma pesquisa bibliográfica, juntamente com uma breve explicação dada pela supervisora clínica e o médico responsável da SR, com o intuito de melhor compreender o seu funcionamento, e à semelhança do referido anteriormente, promover uma utilização mais correta, promovendo um maior benefício para o utente.

Neste sentido, espera-se que o Enfermeiro Especialista na área do utente crítico, desenvolva as capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas às complicações e problemas identificados e que ao atingir estas competências seja um profissional com capacidade reflexiva, capaz de mobilizar toda uma panóplia de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com o mais alto nível de qualidade.

Segundo o Internacional Council of Nurses (2011), a dor é definida como:

“Sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento”. (p.60)

Pode apresentar-se de forma aguda (momentânea, com início recente e duração limitada) ou crónica (prolongada no tempo e por vezes de difícil identificação). A dor constitui um foco de atenção do exercício profissional dos enfermeiros, sendo o 5º sinal vital. A gestão diferenciada da dor, é um elemento integrante da qualidade dos cuidados prestados a utentes em estado crítico e uma parte importante da prática dos cuidados de enfermagem (Rosa, 2010). O controlo da mesma, emerge neste sentido, como uma prioridade na prestação de cuidados de qualidade, requisito imprescindível na humanização dos cuidados. Compreende por sua vez, intervenções que têm como objetivos a sua prevenção e tratamento. Quando existe a previsão de dor ou a avaliação demonstre que existe dor, como enfermeiros devemos de agir em conformidade e realizar as intervenções que eliminem ou reduzam a mesma para níveis considerados confortáveis para a pessoa (OE, 2008).

Ao ser questionada a dor, durante a anamnese, poderão ser utilizados instrumentos de apoio à quantificação da sua intensidade. Por ser a dor um sinal subjetivo, quantificado e qualificado apenas por quem a sente, foram utilizadas escalas numéricas e visuais e *behavioral pain scale* nos utentes sedados ou com um baixo nível de consciência, com o intuito de facilitar a quantificação da mesma. Neste contexto, refere-se ainda que estas

mesmas escalas passaram a fazer parte do material de bolso, sensibilizando alguns colegas para a causa e contribuindo para a instituição desta estratégia.

É de suma importância, que os enfermeiros, uma vez que detêm conhecimento acerca do quadro doloroso, não apenas no seu contexto físico como também psíquico e social, e dos métodos de tratamento farmacológico e não farmacológico, consigam desenvolver uma terapêutica eficaz e proporcionar alívio e bem-estar. Relativamente ao controlo da dor, considera-se que na prática, houve um cuidado na prevenção do sofrimento físico e emocional dos utentes, tendo sido necessário a implementação de intervenções autónomas para a gestão e controle da dor e do bem-estar, entre elas, imobilização, massagem, aplicação calor e frio, conforto e toque terapêutico. Mais se refere, que foram utilizadas atempadamente medidas de controlo terapêutico farmacológico, e uma vez que, uma grande maioria dos utentes que permaneciam na SR padeciam de uma condição causadora de dor, os mesmos beneficiaram de uma monitorização continua da mesma, com administração atempada de analgesia. Concomitantemente, foi realizada uma vigilância dos possíveis efeitos secundários, efeitos estes a nível hemodinâmico, respiratório, neurológico e de eliminação.

Consideramos, desta maneira, ter atingido a competência k.1.3 – “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE; 2011a).

O Homem é um ser eminentemente social, logo, na relação entre pessoas, toda a comunicação é de extrema importância, é parte importante no percurso de uma vida.

A comunicação é um vetor indissociável à vida humana e, como tal, nos momentos de maior fragilidade, torna-se um contributo muito significativo para o bem-estar familiar. Constitui uma componente central e de extrema importância na área da saúde, sendo imprescindível para um bom desempenho na prestação de cuidados de qualidade. No seguimento deste contexto, o Código Deontológico do Enfermeiro, Lei n.º111/2009, art. 84º, refere o dever de informação, reforçando a ideia de que o profissional de enfermagem, no respeito pelo direito à autodeterminação, tem o dever de informar o utente e familiares referente aos cuidados de enfermagem prestados, responder e explicar com responsabilidade as dúvidas existentes e fazer referência aos recursos de saúde disponíveis e o acesso aos mesmos, enquadrando-se desta maneira a comunicação como parte integrante das suas funções. Também segundo o REPE, os cuidados de enfermagem têm “(...) por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família (...)” e que cabe aos enfermeiros decidir “(...) sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados

de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação do indivíduo, família (...).” (Decreto-Lei n. 161, 1996, p.2960 e 2961).

A SR, é um local de grande complexidade tecnológica para os cuidados ao utente crítico, onde se convive diariamente com situações de emergência, risco e morte. Sendo este um local invasivo e agressivo, pode ser menos hostil, se os profissionais de saúde humanizarem a sua assistência (Lei n.111, 2009).

Baseado nestes conceitos, foi necessário estar junto e disponível para o utente e a sua família, estabelecendo uma comunicação eficaz e adequada ao meio envolvente, transmitindo a verdade sobre a real situação clínica, respeitando a sua autonomia e a sua escolha, livre de quaisquer constrangimentos. Neste contexto, constitui-se como um dever deontológico, associado às profissões da saúde o respeito pelo princípio da autonomia, sendo vinculativo pela deontologia, enquadrado no art. 99.º e 105.º da Deontologia Profissional de Enfermagem, que os profissionais de saúde envolvidos, para o pleno usufruto da autonomia, uma correta e adequada transmissão de informação para o paciente, na posse dos dados, possa ter uma escolha ponderada, livre de quaisquer constrangimentos (OE; 2016). A maior dificuldade ao exercício pleno da autonomia na prestação de cuidados é a falta de informação ou informação dada de forma adulterada que, por vezes, é fornecida aos utentes com o objetivo de que a decisão tomada seja consentânea com a perceção do correto pelos profissionais envolvidos. Como já referido anteriormente, neste campo, foi realizada uma reflexão pessoal intensa, no sentido de conhecer muito bem as emoções, permitindo desta maneira ter um maior controlo interior, ultrapassando este desafio com sucesso, comunicando a informação mais fidedigna, respeitando a decisão autónoma do utente.

Esta comunicação também esteve presente em utentes inconscientes ou com um baixo nível de consciência, uma vez que a evidência científica preconiza que para se obter um elevado benefício terapêutico relativamente às intervenções realizadas e aos cuidados prestados, é necessário estabelecer uma relação terapêutica positiva com o utente/família, alcançando desta forma um maior benefício e sucesso na relação terapêutica. Segundo Benner (2001),

“As enfermeiras estabelecem uma relação terapêutica e um clima propício à recuperação, à cura e à promoção da saúde: 1) suscitando a esperança nos doentes, na equipa e acreditando nisso elas mesmas; 2) encontrando uma forma de compreensão acerca da situação e explicando-a claramente ao doente; e 3) ajudando o doente a exteriorizar-se expressando as suas emoções ou incentivando-o a procurar apoio social, emocional e espiritual. (...) Este tipo de relação solicita os recursos internos e externos do doente e torna-o mais forte trazendo-lhe esperança e fazendo-o ter confiança nele e nos outros” (p.234).

Sabendo que uma “má notícia é toda a informação transmitida que pode implicar repercussões negativas na vida de um utente assim como da sua família, é imprescindível que esta mesma comunicação seja realizada por peritos. A comunicação de más notícias envolve diferentes aspetos inerentes a diferentes áreas disciplinares, entre elas, comunicacionais, psicológicas, sociais e éticas. Desta forma, pode-se dizer que estamos a falar de um ato multidimensional, devendo ser interveniente desta ação uma equipa multidimensional (Pereira, 2005).

Com o intuito de combater o *stress* e conflitos emocionais, na comunicação de más notícias, os enfermeiros devem assumir uma comunicação assertiva

“...é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação que necessitam as pessoas para ser ajudadas e ajudar-se a si mesmas, assim como para o desenrolar das consequências e alcance que a informação leva consigo” (Fonseca, 2012, p.42).

No contexto de SR, no local de estágio em questão, os profissionais tinham por hábito deixar a comunicação de más notícias sob a total responsabilidade do médico adstrito a este setor. No entanto, e tendo entendido, que esta não seria a intervenção mais adequada, foi possível, numa conversa informal, com o médico responsável da SR, alertar para a importância do trabalho em equipa multiprofissional, considerando que a informação é um dos principais aspetos promotores para que a família seja capaz de gerir a nova realidade. Deste modo, é essencial que a ênfase seja colocada no trabalho de equipa para o “desenvolvimento de competências profissionais, na capacidade de problematizar, de refletir, de debater em conjunto, no que se pode designar por inteligência coletiva, tão necessária à ação em Saúde” (OE, 2015, p.106). Esta intervenção foi unanimemente aceite pela equipa, considerando que as estratégias de transmissão de más notícias contribuem para uma comunicação adequada e efetiva quando empregues corretamente, pressupondo a formação e treino adequado, e que esta, sendo uma realidade na prática diária dos enfermeiros, seria uma mais valia a incorporação deste elemento nesta intervenção realizada, respondendo assim às necessidades identificadas. A maneira como se transmitem os diagnósticos e tratamentos influencia diretamente a maneira como o utente e a família vão reagir a ambos. Durante o estágio, e após a implementação desta nova medida, foi possível acompanhar o médico de serviço, como um elemento da equipa multiprofissional, num local adequado para o efeito, nas diversas situações relativas à transmissão de más notícias, considerando que esta foi uma atitude de benefício na interação da relação profissionais e utente/família.

A equipa multiprofissional enfrenta diariamente o desafio de individualizar a maneira de dar más notícias, consoante a família que tem à frente. Neste sentido é importante individualizar e personalizar a informação fornecida, de modo a satisfazer as necessidades do utente/família em questão, estando preparados para reformular a informação. Neste sentido, Buckman (1994) desenvolveu um protocolo orientador para a transmissão de más notícias, tentando desta forma, diminuir o impacto inicial. Este protocolo foi dividido em etapas e dominado de SPIKES, em que cada letra corresponde a uma etapa: *S – Setting*, postura profissional; *P – Perception*, percepção do utente; *I – Invitation*, troca de informação; *K – Knowledge*, conhecimento; *E – Explore emotions*, explorar emoções; *S – Strategy and summary*, estratégias e síntese (Fonseca, 2012). Foi aplicado este protocolo por diversas vezes ao longo do estágio, com especial atenção para a vontade que o utente tem em obter conhecimento da informação ou não, da má notícia. Só a partir da avaliação realizada na etapa *Knowledge*, é que nos permite determinar a partilha ou não da informação. Na aplicação deste protocolo foram tidas em conta diversas atitudes, como por exemplo, escolher um local privado e confortável, permitir a presença dos familiares mais próximos, perceber se os familiares estão a “negar” a doença ou expectativas não realistas do prognóstico, evitar utilizar termos técnicos, observar as emoções, acolher a expressão de sentimentos demonstrados, estabelecer objetivos alcançáveis, não basear em expectativas irrealistas, providenciar apoio emocional à família, entre outras.

Neste contexto, que foram alcançadas as competências implícitas nestas premissas, K.1.4. – “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2011a), K1.5. – “Gere a comunicação que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2011a) e K1.6 – “Gere o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011a) , considerando que foi dada a real importância à prestação de cuidados holísticos aos utentes e respetivas famílias, colocando a família como alvo e parceiro nos cuidados.

No que concerne à atividade desenvolvida no SAMUR e no SUMMA, é de enaltecer a importância que a mesma teve no desenvolvimento/aquisição desta competência. Se numa versão, permitiu desenvolver a capacidade de gestão de cenários inesperados e em situação de crise, por outra, permitiu o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e de liderança, em emergência.

Competência de Especialista – K2

- **Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Conceção à Ação;**

Os enfermeiros que prestam cuidados no SUP podem a qualquer momento, muitas vezes sem aviso prévio, serem confrontadas com uma situação de desastre e catástrofe, perante a qual têm que rapidamente se reorganizar e prestar cuidados a pessoas em situações críticas e com acesso a recursos limitados.

Segundo o artigo 3, al. 2, Lei de Bases da Proteção Civil, a catástrofe é definida como: “(...) o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, (...), vítimas, afetando intensamente as condições de vida (...)” (Lei n.º27, 2006).

A Internacional Council of Nurses reconhece a importância dos enfermeiros em situações de catástrofe, uma vez que detêm conhecimento, competência e habilidades para contribuir positivamente e ajudar os esforços humanitários na resposta a este tipo de situações. Contudo, lidar com uma situação de catástrofe não é fácil, os desafios enfrentados são de extrema complexidade e obrigam a que “...cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de habilidades para que possam planear e responder a uma catástrofe de forma oportuna e apropriada.” (WHO & ICN, 2009, p.6).

À semelhança da competência anterior, também nesta, é de enaltecer o contributo imprescindível das competências adquiridas enquanto enfermeira SIV, que segundo a mesma Deliberação n.º20/2013 do INEM, o enfermeiro INEM tem a função de:

- Gerir os cuidados de enfermagem em situações de (...) Catástrofe (INEM; 2013).

Para a aquisição desta função, o INEM leciona o módulo de situação de exceção, permitindo o aprofundamento do conhecimento, assim como o aperfeiçoamento na capacidade de atuação em situações de catástrofe e multi-vítimas.

Como já referido anteriormente, e reforçando a sua importância, a prestação de cuidados de enfermagem em situações de catástrofe e multi-vítimas, são realizadas em ambientes caóticos, daí a necessidade da criação de uma cultura efetiva e a formalização de planos de atuação, de forma a difundir conceitos que, nas diversas situações, possam ser implementados, incentivando as melhores práticas, caminhando unidos na direção adequada, obtendo os melhores resultados possíveis, e sem que as condições excecionais deste tipo de situações, possam comprometer o resultado esperado.

É de reforçar também, a importância da realização de um curso de pós-graduação, que oportunamente foi realizado durante UC do Estágio I, intitulado *Medical Response to Major Incidentes* (Anexo H), permitindo o mesmo, a aquisição de saberes e competências que tiveram uma elevada importância para a realização do PI.

Durante o presente estágio, e com o intuito de ajudar, e ser um fio condutor na aquisição e desenvolvimento de competências, também foi possível a realização de cursos teórico-práticos internacionais, tendo sido imprescindível o conhecimento adquirido nestas formações, que permitiram a aquisição de uma sólida base de novos conhecimentos e um desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências na referida área. A seleção das entidades relativamente à qualidade da formação e os temas escolhidos para as referidas formações, tiveram a concordância da enfermeira supervisora tendo em conta as necessidades por mim identificadas. Entre eles, destaca-se *Encontro Internacional Medicina de Catástrofe e 24 Jornadas Municipales Sobre Catástrofes*, tendo nesta última, assistido a um macro simulacro de elevada dimensão e reconhecimento internacional. Por casualidade, a equipa de prevenção do referido simulacro era a mesma do estágio realizado no SAMUR, o que possibilitou um maior contato com esta realidade, tendo a oportunidade de acompanhar os elementos da equipa durante o processo de aprendizagem, e assim, conhecer melhor toda a logística da organização, vivenciar a forma de atuação, a assistência prestada em situações de catástrofe ou multi-vítimas, e ouvir relatos das vítimas acerca da assistência prestada durante o respetivo treino. Não se pode deixar de enaltecer a importância deste momento, na aquisição de conhecimentos que ajudaram na obtenção da respetiva competência, mas também, e de extrema importância, na aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento do trabalho realizado no âmbito do PI.

Figura n.º 8 – Equipa de Prevenção no Simulacro 2017 SAMUR, MADRID



(Fonte: Do próprio)

No âmbito do PI, já supracitado, mas que também permitiu adquirir conhecimentos sólidos sobre a matéria em questão, adquirindo competência para uma resposta com um grau de complexidade acrescida que este tipo de situações exige, foi realizada uma formação em serviço, intitulada de *“Atuação dos enfermeiros do serviço de urgência perante uma situação de catástrofe”*, assim como, artigos, intitulados *“Métodos de Triagem Pré e Intra-hospitalar em Situações de Catástrofe”* e *“Logística nos grandes incidentes: A importância do planeamento”*. Numa tentativa de minimizar as consequências desastrosas deste tipo de situações, é vital que haja uma crescente preparação para este tipo de ocorrências, minimizando erros e agilizando a atuação das equipas envolvidas.

Pela pesquisa bibliográfica, o trabalho desenvolvido na elaboração do PI, como citado anteriormente, as experiências, as situações vividas e trabalhadas na prática, que decorreram durante o período de estágio, considera-se que foram atingidos os respetivos objetivos para a aquisição desta competência específica.

Competência de Especialista – K3

- **Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Resposta em Tempo Útil e Adequadas;**

Centrada na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e na promoção da segurança, surge o conceito de infeção relacionada com cuidados de saúde.

Este tipo de infeções, é um problema de carácter universal, prejudica o tratamento adequado do utente e são um fator que contribui para a morbilidade e mortalidade do mesmo, assim como do aumento significativo dos recursos hospitalares e comunitários. A evidência desta afirmação, é-nos dada através de vários estudos realizados ao longo dos anos, tanto a nível local, nacional ou internacional (DGS, 2016).

A WHO (2016), define a infeção nosocomial como:

“Uma infeção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infeção” ou “uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou em outra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação na data de admissão. Nesta definição, estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais dos profissionais de saúde”.
(p.6)

Atualmente, são denominadas por infeções associadas aos cuidados de saúde, um termo mais amplo, dado que, o crescimento destas infeções verifica-se quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório.

Se por um lado, a prestação de cuidados de saúde, aumenta a sobrevivência dos utentes, por outro, verifica-se uma maior vulnerabilidade às inúmeras infeções, sendo estas adquiridas, em diversos contextos, como por exemplo, recurso a tecnologias cada vez mais invasivas, antibioterapia agressiva ou imunossupressora, diminuição do rácio de enfermeiros ou ambientes de prática menos favoráveis.

A prevenção e controlo de infeção está integrada numa componente estruturada da qualidade da saúde com preocupação máxima na segurança e bem-estar do utente. Neste sentido são várias as estruturas, entre elas OMS e a DGS, que definem estratégias no combate ao alcance dos objetivos propostos. Estima-se que cerca de um terço deste tipo de infeções, seja perfeitamente evitável, desde que sejam cumpridas as recomendações de boas práticas (DGS, 2016). Os enfermeiros são profissionais que devido ao elevado número de horas de cuidados prestados podem desempenhar um papel de elevada importância no campo da prevenção e controlo. É ainda de referir que os enfermeiros são profissionais responsáveis por garantir e permitir um aumento da qualidade, do acesso, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados. Nesta linha de pensamento e segundo a OE, o enfermeiro é aquele que demonstra: “um exercício seguro, responsável e profissional (...) competência assente num corpo de conhecimentos e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (OE, 2012, p.11). Só com uma atitude de prevenção e domínio de boas práticas se pode atuar no controlo da infeção e na melhoria dos cuidados de saúde.

No seguimento desta temática, e também segundo a OE, o enfermeiro especialista é aquele que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializada”. (OE, 2007, p.17) Para este fim, foi realizado um estudo autónomo recorrendo a pesquisa bibliográfica com evidentes recomendações científicas, consultados entre outros, o Programa Nacional de Prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde e Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, emanados pelas DGS, a fim de dar suporte teórico à prestação de cuidados no âmbito da prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica. Como já supracitado, foi realizada um procedimento, para implementação no serviço, tendo a CCI sido um meio de partilha de informação, de cooperação e de participação

multidisciplinar. Fazem parte da CCI, incluindo enfermeiros, especialistas em controlo de infeção, epidemiológica e doenças infecciosas. A necessidade do referido procedimento surgiu após conversa informal com a supervisora clínica, no sentido de colmatar uma inconformidade que foi detetada no serviço. Foi possível verificar que utentes em isolamento de contacto, permaneciam no SO sem qualquer tipo de barreira física protetora, apenas com uma indicação a referir “isolamento”. No entanto a proximidade com as outras marquesas era de tal ordem, que bastava o utente esticar o braço para conseguir tocar nas marquesas dos utentes que não permaneciam em isolamento. Para piorar a situação, não existia nenhum procedimento no serviço para a abordagem a este tipo de utentes.

A primeira medida, com a mudança de foco para a segurança do utente e a gestão de risco, onde as áreas relacionadas com a prevenção e controlo de infeção emergem como temáticas centrais à prestação de cuidados, e no sentido de para colmatar esta inconformidade, foi através de uma conversa informal, com a enfermeira chefe, no sentido de congregar e coordenar esforços e recursos para uma melhoria de ganhos em saúde, criando assim alternativas, entre elas, alternativas que implicasse uma barreira física. O planeamento, especificamente o planeamento em saúde, sendo este a utilização de recursos de forma acertada, com o intuito de atingir objetivos fixados, permitindo uma redução significativa de problemas de saúde considerados prioritários, são um conceito basilar e orientador. A segunda medida, foi a criação do referido procedimento, a fim de uniformizar métodos de trabalho e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da prevenção de complicações, desenvolvendo assim competências que permitam responder de forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde e práticas seguras. A prevenção e controlo de infeções, exige investimento científico, tecnológico e humano.

A realização deste procedimento contribuiu para um aprofundamento de ideias, conceitos e processos formais relacionados com a temática da prevenção e controlo de infeção, mas sobretudo, proporcionou uma partilha de (in)formação com os pares, um confronto de ideias que conduziram a uma reflexão individual sobre esta temática abrangente, sendo esta reflexão um momento de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo do estágio também foi possível realizar observação atenta dos cuidados prestados pelos enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas, observando a sua elevada proficiência no que concerne a esta temática. Foi realizada uma reflexão crítica e um planeamento prévio dos cuidados prestados, com o intuito de conduzir de forma encadeada as intervenções realizadas com a máxima de cumprir os princípios da prevenção e controlo de infeção, nomeadamente à pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.

Pelo conjunto de atividades realizadas para dar prossecução dos objetivos proposto no início deste ensino clínico, relativamente à prevenção e controlo de infeção, foi possível obter uma real noção da importância dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, que diretamente influenciam a segurança do utente e a gestão do risco clínico.

Neste contexto, e devidamente balizado nas competências Específicas do EEEPSC, nomeadamente na competência K3, considero que foram adquiridos conhecimentos na área de prevenção e controlo de infeção, dos quais carece de uma postura dinâmica na educação contínua, bem como em medidas preventivas. Estes conhecimentos permitiram alcançar um nível cada vez mais elevado de proficiência relativamente à competência em questão. O enfermeiro especialista age como modelo para com os seus pares, promovendo continuamente o desenvolvimento pessoal e profissional.

Competência de Mestre – nº7

- **Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.**

Ser Mestre não restringe apenas à obtenção de um título ou grau académico, significa uma mudança na forma de interpretar o conhecimento alcançado, adquirindo a capacidade de contribuir ativamente na área de atuação em questão.

O percurso profissional desenvolvido até à presente data, serviu como um fio orientador e facilitador na aquisição de competências a este nível, assim como o estágio em questão, servindo como um momento fulcral, que permitiu a articulação entre a teoria e a prática. Para a aquisição da respetiva competência de Mestre, considera-se imprescindível o desenvolvimento das restantes competências de mestre, já evidenciadas neste estágio, e uma vez que foram desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso, sendo considerado que a competência em questão também foi atingida.

Como reconhecimento do trabalho desenvolvido ao longo do percurso deste estágio, foi proposto pelo INEM, a orientação de estudantes em contexto de ensinos clínicos, a integração de novos colegas no meio SIV assim como a substituição do enfermeiro responsável de base aquando das férias e ausências deste. Na execução destes papéis procuro realizar a excelência do exercício profissional, respondendo de forma dinâmica em cuidados de saúde, fruto da complexidade permanente dos conhecimentos atingidos durante a formação profissional. Face ao exposto, é de salientar o quão difícil, mas gratificante é, a tarefa de Mestre.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Nesta fase do relatório existe uma imperiosa necessidade de estabelecer uma ligação entre o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos, a fim de realizar uma monitorização da qualidade dos objetivos alcançados, objetivos esses previamente definidos. Para que todo este processo fosse promissor importa referir a importância que tanto a enfermeira supervisora clínica como a docente orientadora tiveram durante todo este percurso, realçando a sua disponibilidade e orientação realizada, permitindo terminar esta longa caminhada com sucesso, atingindo assim as metas propostas.

A UC de Estágio Final, teve como grande objetivo a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assim como a aquisição de competências de Mestre, apresentando para o efeito cuidados de enfermagem de qualidade, fundamentados e justificados com base na evidência científica. Neste sentido os cuidados de enfermagem prestados evidenciaram tanto o desenvolvimento de uma grande capacidade na integração da tecnologia do cuidado, como também serem cuidados altamente qualificados na satisfação das necessidades dos cuidados da pessoa em situação crítica, cuidados esses supervisionados pela supervisora clínica. Importa aqui referir que também foram vários os projetos de melhoria de qualidade delineados como estratégias para alcançar os objetivos propostos, assim como a aquisição de novas competências, atividades programas realizadas com a permanente supervisão e orientação da docente orientadora, que permaneceu em contacto quer presencial quer por email ou telefone, no sentido de me orientar nas atividades planeadas, encontrando e delineando comigo as melhores estratégias para o desenvolvimento das mesmas.

Foi um estágio bastante elaborado, no entanto um estágio que proporcionou a sensação de missão cumprida.

Em consonância, foi desenvolvido o PI, pretendendo-se para o efeito a capacitação da equipa de enfermagem, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe, tema em perfeito acordo com uma das bases de investigação do ramo da enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na conceção de planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima em situação crítica e/ou risco de falência orgânica. A análise dos resultados obtidos após implementação do referido PI é evidente. Os mesmos revelam vantagens e resultados positivos na aquisição de uma melhoria significativa de

conhecimentos e competências adquiridas após formação e prática simulada utilizada como estratégia pedagógica fomentadora de aprendizagens com uma base sólida traduzindo-se num desenvolvimento mais eficaz. Deste modo, houve a real noção da importância da formação em contexto profissional e da sua capacidade transformadora dos contextos clínicos, ideia esta corroborada também pela equipa, que foi unânime na resposta ao questionário de satisfação. Fazendo face ao objetivo delineado previamente, descrever e implementar o Projeto de Intervenção com base na Metodologia de Trabalho de Projeto, considero que o mesmo foi atingido com sucesso.

Com o intuito de fazer face ao objetivo delineado previamente, aferir competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, com especial relevância no utente crítico, vítima de situações de emergência/catástrofe, uma vez que não foi possível presenciar uma situação clínica real, foi realizada uma revisão pertinente e exaustiva de literatura, assim como a participação em simulacros, tanto a nível de observação como de participação ativa. Situações que contribuíram e permitiram alcançar o desenvolvimento das competências na referida área.

Pelo conjunto de atividade realizadas para dar prossecução dos objetivos propostos, considero que os mesmos foram alcançados aos longo de todo o estágio, sendo que para o efeito da qualidade e eficácia do respetivo desempenho relativamente aos cuidados de enfermagem, no sentido de saber, saber-fazer e saber-ser, depende a sobrevivência do utente crítico, assim como, a estabilidade e funcionalidade do núcleo familiar.

CONCLUSÃO

Aos enfermeiros que desenvolvem a prestação de cuidados na área do utente crítico, é-lhes imposto o desenvolvimento da aquisição de competências na área da aprendizagem profissional, a fim de se tornarem altamente qualificados na satisfação das necessidades dos cuidados da pessoa em situação crítica e respetiva família.

Chegado a esta etapa do percurso, importa agora fazer uma reflexão do caminho percorrido para atingir o fim, sendo assim, imprescindível realizar uma análise sobre o trabalho desenvolvido na área das competências inerentes ao cuidar especializado.

A aquisição de competências nesta área deve-se impreterivelmente ao investimento do profissional a fim de se manter atualizado cientificamente, permitindo um estável crescimento profissional, acompanhado por um autoconhecimento e uma maturação pessoal.

Pode dizer-se que, a profissão de enfermagem tem uma tarefa complexa e muitas vezes é exigente. A realização deste trabalho contribuiu para um aprofundamento de conhecimentos, conceitos e processos formais relacionados sobre a temática tratada. Proporcionou, ainda, uma partilha de experiências, um confronto de ideias que conduziram a uma reflexão sobre esta temática abrangente. Esta reflexão, considerada essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, tendo a noção de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser capaz de integrar conhecimentos e competências especializadas no seu contexto, foi um vetor de mudança para a prática baseada na evidência para alcançar na melhor prática profissional.

Foram várias as emoções vividas ao longo do referido estágio, sendo que, as mesmas são um desafio permanente à capacidade do ser humano em adaptar-se à sua pessoa na interação com o mundo.

O estudo e a implementação do PI constituíram uma base de suporte de trabalho vantajosa para a construção de instrumentos de trabalho, que determinam uma linha de orientação com ênfase na prática baseada na evidência e na melhoria da qualidade da prestação de cuidados. Ao longo do desenvolvimento do PI foram detetadas algumas limitações que importa referir. Das quais destacamos:

- limitação de espaço onde foi realizada a simulação;
- pela abrangência do tema foi necessário delimitar algumas áreas mais específicas com o intuito de facilitar a pesquisa.

Limitações que não foi possível contornar, influenciando desta maneira o resultado obtido, pois certamente houve um maior controle das emoções sentidas e uma maior capacidade de raciocínio, tendo sido as decisões tomadas com calma e preponderância, na realização da atividade.

Sendo necessário realizar continuamente uma prática simulada com base na mais recente e evidência científica, a fim de se obter elevados níveis de performance na prestação de cuidados de qualidade, neste contexto julga-se pertinente ser dada continuação ao trabalho desenvolvido, a fim de minimizar e se possível eliminar estas limitações, proporcionando uma elevada qualidade de ensino traduzindo-se numa elevada qualidade nos cuidados prestados.

Ser Mestre em Enfermagem significa ser perito na sua área de atuação, possuir conhecimento acrescido, ser orientador, partilhando experiências e saberes, não é simplesmente aquele que apresenta um caminho novo, mas aquele que mostra como algo novo o caminho para atingir o fim, valorizando o crescimento que se alcança através da partilha do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A., Duro, C. & Lima, M. (2012). Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Rio Grande do Sul. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso
- Advanced Trauma Life Support (2013). *Advanced trauma life support program for doctors*: American College of Surgeons. Chicago: 8th ed.
- Agência Portuguesa do Ambiente (2014). *Avaliação Nacional de Risco*. Retirado de https://www.apambiente.pt/.../20140123_Avaliacao_Nacional_de_Risco_FINAL.pdf
- Aiken, L. et al (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 0:1–10. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- American Heart Association (2011). *Suporte avançado de vida cardiovascular: manual do profissional*, Editora Sesil LTDA, SP, Brasil.
- APA (2015). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6^o edição). Washington, América: APA
- Assembleia da República (1990). Lei n.º47/90. *Diário da República*, N.º195, 1^o Série, 3452-3459. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
- Autoridade Nacional da Proteção Civil (2010). *Estudo do Risco Sísmico e de Tsunamis do Algarve*. Dezembro de 2010, Carnaxide. Retirado de http://www.prociv.pt/bk/Documents/ERSTA_ANPC.pdf
- Ayuntamiento de Madrid (2018). SAMUR Protección Civil. Retirado de <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Emergencias-y-seguridad/Samur-Proteccion-Civil?vgnextfmt=default&vgnextoid=c88fcd1b1fffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=d11c9ad016e07010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de Catástrofe da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Editora da Universidade do Porto. Série do Saber 5.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canadian Union of Public Employees (2017). *Adult Literacy in Canada*. CUPE Literacy Program, Report march 2018. Retirado de <http://www.calgarylearns.com/wp-content/uploads/Adult-Literacy-in-Canada-2017.pdf>
- Canário, R. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Educa. Formação, 7. Lisboa. Retirado de https://books.google.pt/books?id=kj3b2ad3q5oC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ciências, Tecnologia e Ensino Superior (2016) Decreto-Lei n.º63, *Diário da República* N.º176, 1.º Série, 3159-3191. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

- Circular Informativa n.º 172 (2017). Estatística do Movimento Assistência – janeiro a junho 2017. Centro Hospitalar Algarve de setembro de 2017.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações Seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.
- Cordeiro, A. (2009). *Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem*, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Mestrado em Bioética). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf
- Costa, A. (2014). Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado).
- Costa, J. (s.d.). Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. (p.234.251), Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Debacker, M. et al. (2012). Utstein-Style template for uniform data reporting of acute medical response in disasters. Doi 10.1371/af3e8df15a revista Plos Currents.
- Decreto-Lei n.º 437 de 8 novembro 1991. Ministério da Saúde. Diário da República N.º257, 1.ª Série, 5723-5741. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/331852>
- Decreto-Lei n.º 161 de 4 setembro 1996. Ministério da Saúde. Diário da República N.º2015, 1.ª Série, 2959-2962. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei n.º 150 de 5 de agosto de 2015 artigo 23.º. *PEIS Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado* Proteção Civil Autoridade Nacional, 1.ª Edição.
- Decreto-Lei n.º 101 de agosto de 2017. Diário da República, 1.ª série – N.º 162, 23. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/108039222>
- Despacho n.º 18459 de 12 setembro 2006. Ministério da Saúde. Diário da República N.º176, 2.ª Série. Retirado de <https://dre.tretas.org/dre/201582/despacho-18459-2006-de-12-de-setembro>
- Despacho n.º 5414 de 28 de fevereiro 2008. Ministério da Saúde. Diário da República N.º42, 2.ª Série, 8083-8085. Retirado de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Anexo-2-Rede-Urgencias-DR-Despacho-5414-2008-de-28-Fevereiro-de-2008-1.pdf
- Despacho n.º10319 de 11 de agosto de 2014. Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 153 (2014). Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Direção Geral da Saúde (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde – 2010*, de 6 de Outubro, Lisboa.
- Dias, A. & Fialho, J. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação em Contexto Organizacional* (Relatório de estágio, Mestrado em Sociologia – Universidade de Évora). Retirado de [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/16898/1/relatorio%20de%20estagio%20\(corrigido\)%2019.04.38.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/16898/1/relatorio%20de%20estagio%20(corrigido)%2019.04.38.pdf)

- Direção Geral da Saúde (2016). Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database. Retirado de <http://www.emdat.be>.
- European Resuscitation Council (2011). Suporte Avançado de Vida: Recomendações ERC 2010. 1º ed. Porto: Conselho Português de Ressuscitação, 2011
- Fonseca, R. (2012). Comunicação de más notícias em contexto de urgência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24660&code>
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. Universidade Católica Portuguesa (Doutoramento em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem). Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20702/1/TESE%20DOTA%20C3%87%20C3%83%20O%20SEGURA%20PARA%20A%20PR%20C3%81%20TICA%20DE%20ENFERMAGEM%20-%20Maria%20Joao%20Freitas.pdf>
- Gomes, C., Saraiva, R. (2013). Actas de Colóquio Catástrofes Naturais: uma realidade multidimensional. *Instituto de Ciências Jurídico-Políticas*. ISBN: 978-989-97834-2-3. Retirado de https://www.icjp.pt/sites/default/files/publicacoes/files/ebook_catastrofes_final1_isbn.pdf
- Gomes, N. (2010). *Hospital de Faro: 30 Anos de História, Uma Vida de Afectos*. Loulé: Hospital de Faro, EPE.
- Gonçalves, T. (2015). *Dotações de Enfermagem: Impacte nos resultados em Saúde*. Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Retirado de <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/DotaçõesdeEnfermagemimpacteresultadosemsaude.pdf>
- Hospital de Faro (2012). *Relatório de Gestão e Prestação de Contas*. Retirado de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio%202012.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Situação de exceção. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Deliberação n.º20. Definição da estrutura funcional dos trabalhadores da carreira de enfermagem no Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. Lisboa. INEM, Conselho Diretivo.
- International Affairs & Best Practice Guidelines (2013). *Assessment and Management of Pain*. Registered Nurses' Association of Ontario, Third Edition, december 2013. Retirado de <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>
- International Council of Nurses (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra. International Council of nurses, 2006. ISBN:92-95040-36-8.

Internacional Council of Nurses (2008). *Disaster nursing: Prehospital and disaster medicine*. Genebra. Internacional Council of nurses, 2008.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei n.º27 de 3 de julho de 2006. *Lei de Bases da Proteção Civil*, Diário da República, 1º série – n.º 126 (2006). Retirado de https://dre.pt/legislacao-consolidada-/lc/69738106/201704040512/diploma?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportl_et_rp=indice

Lei n.º 111 de 16 de setembro de 2009. *Da Deontologia Profissional*, Diário da República, 1º série – n.º 180 (2009). Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>

Lei n.º 156 de 16 de setembro de 2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.º Série, n.º 181; 8059-8105. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Magalhães & Alçada (2014). *Catástrofes e Grandes Desastres*. Associação Portuguesa de Seguradores. 2º edição. ISBN: 978-972-98847-6-4. Retirado de https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2bownYas-WYJ:https://www.apseguradores.pt/Portal/ContentResourceDownload_Entry.aspx%3FRsourceId%3D12796+&cd=5&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari

Malagutti, W., Martins, J. (2011). *Catástrofes: Atuação Multidisciplinar em Emergências*. São Paulo: Martinari.

Martins, J. (2017). *Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada*. Revista de Enfermagem Referência Série IV, nº12. ISSN: 2182.2883. Retirado de <https://doi.org/10.12707/RIV16074>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Nelas, J. (2013). *Gestão de recursos humanos na saúde: Contributos para o dimensionamento de equipas de enfermagem em pediatria*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Retirado de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23205/1/Jos%C3%A9%20Carlos_Nelas_disserta%C3%A7%C3%A3o%20%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf

Nicolau, I. (2001) – O Conceito de Estratégia. ISCTE. Lisboa. Retirado de <http://cedo.ina.pt/docbweb/MULTIMEDIA/ASSOCIA/INTERNO/ELECTRON/E160.PDF>

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa (PT): Divulgar, 24. Retirado de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padrões+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padrões+de+qualidade>

Ordem dos Enfermeiros (2007) *Enunciado de Posição 01/07, Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no pré-hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. Revista da Ordem dos enfermeiros, 26 (junho). Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf

Ordem dos enfermeiros (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, 1º Série, n.º1. Acedido a 22 de Agosto de 2018 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República N.º 35, 2ª Série, 8648-8653. Retirado de <https://dre.tretas.org/dre/1227225/regulamento-122-2011-de-18-de-fevereiro>

Ordem dos Enfermeiros (2011b) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República N.º35, 2º Série, 8656-8657. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011d). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual – Enunciados Descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 de Outubro de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa (PT): Divulgar. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (Publicado no anexo da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro). Acedido em 10 de Julho de 2018 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º226/2018, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República N.º74, 2º

Série, 10758-10764. Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115116048/details/normal?!=1>

Organização das Nações Unidas (2009). *Internacional Strategy for disaster Reduction. Terminology on Disaster Risk Reducion*, Geneva, Maio 2009. Retirado de https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Pacievitch, T. (s.d.) *Teoria Cognitivista*. Retirado de <http://www.infoescola.com/educacao/teoria-cognitiva/>

Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (Dissertação Doutoramento). Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22906/2/88723.pdf>

Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013). *Comunicação de más notícias*. Revista de Enfermagem UFPE on line, ISSN: 1981-8963. Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7443/1/artigo%20mas%20noticias.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pitkaaho, T., Partanen, P., Miettinen, M, Vehvilainen-Julkunen, K. (2014). Non-linear relationships between nurse staffing and patients' length of stay in acute care units: Bayesian dependence modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 458–473. DOI:[10.1111/jan.12550](https://doi.org/10.1111/jan.12550)

Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI, 2017). *Diagnóstico do Território da Cidade de Faro*. Retirado de http://www.sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2017/Diagnostico%20Faro.pdf

Rosa, L. (2010). *Projeto de Estágio*. Curso de pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora.

Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15 (Janeiro-Março 2010). Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sally-Anne, J. (2014). The impacto of a nurse as part of a disaster response team. *Australian Nursing and Midwifery Journ. Al: Anj; Melbourne* vol. 21, ed.6. page 48.

Saúde (2017) Decreto-Lei 101/2017. Diário da República N.º 162, 1ª Série, 4971-4974. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/108041480>

Schön, D. (2000). *Teorias e Modelos de educação*, no módulo de Formação e Supervisão em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação. Universidade de Évora, ano lectivo 2016/2017.

Santos, K. Silva, M. (2006). *Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.59, nº1, Brasília. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012

Serviço de Urgência Geral (s.d.). Plano de Integração

Sfez, L. (1991). *A comunicação*. Lisboa: Sociedade Astória, Lda.

- Silva, R. (2013). Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos – A Intervenção do enfermeiros no Fim de Vida. *Percursos*, nº28, páginas 56-76. Retirado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista%20Percursos%20n28 Bioética%20e%20Fim%20de%20Vida%20-%20Princ%C3%ADpios%20éticos.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9263/1/Revista%20Percursos%20n28%20Bioética%20e%20Fim%20de%20Vida%20-%20Princ%C3%ADpios%20éticos.pdf)
- Soares, E. (2013). *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Retirado de http://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=610436
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de doentes críticos. Recomendações*. Edição CELOM.
- Sousa, C., Pessoa, C. (2017). Os Danos Catastróficos e a Responsabilidade Civil do Estado. *Revista Jurídica Direito & Paz*, n.36, páginas 256-270. ISSN 2359-5035.
- Summa 112 (2018). Salud Madrid. Retirado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=SUMMA112/Page/S112_home
- Tavares, R. (2008). *Aprendizagem Significativa e o Ensino das Ciências*. Ciências e Cognição, Vol 13, pág 94 – 108. Retirado de <http://cienciasecognicao.tempsite.ws/revista/index.php/cec/article/view/687/464>.
- Tojal, A. (2011). *Percepção dos Enfermeiros Sobre Formação em Serviço*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Retirado de <http://repositorio.esenfci.pt/rc/>.
- Trauma Nurse Care Course (2018), Government of Western Australia Department of Health. Retirado de https://ww2.health.wa.gov.au/Articles/S_T/Trauma-Nursing-Core-Course-TNCC
- Universidade de Évora (2016). Curso de 2º Ciclo em Enfermagem. Diário da república N.º84. 2ª Série, 13882-13888. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74313811>
- Universidade de Évora. (2016b). Calendário escolar 2016/2017. Retirado de <http://qdoc.uevora.pt/400760>
- Universidade de Évora (2017). Calendário escolar 2017/2018. Acedido a 4 de abril de 2018. Retirado de <http://qdoc.uevora.pt/400760>
- Xavier, S., Nunes, L., Basto, M., (2014) *Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do construto*. Pensar Enfermagem vol.18 n.º2 2º semestre. Retirado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf
- World Health Organization (1999). *Community Emergency Preparedness: a manual for managers and policy-makers*. WHO: Geneva.
- World Health Organization and Internacional Council of Nurses (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. ISBN:978-92-95065-79-6. Retirado de http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1
- World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. ISBN:978-92-4-150150-7. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=2B254F8291FDA436C961ABDCF44ACA68?sequence=1

World Health Organization (2013). *Transforming and scaling up health professionals education and training: World Health Organization guidelines 2013*. ISBN:978-92-4-150650-2 Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf?sequence=1

APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma das atividades da UC de Estágio Final

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DA UC ESTÁGIO FINAL

Legenda

M1	Formalização dos pedidos de parecer à Comissão Ética UE e CHUA	M8	Estágio pré-hospitalar SAMUR
M2	Questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da catástrofe	M9	Estágio pré-hospitalar SUMMA
M3	Cronograma e respetiva divulgação da formação "Catástrofe"	M10	Formação da equipa "Paragem Cardiorrespiratória"
M4	Execução dos planos de sessão	M11	Realização, reformulação e entrega do documento de Projeto de Estágio
M5	Formação da equipa "Atuação dos enfermeiros do serviço de urgência perante uma situação de catástrofe" (componente teórica e prática)	M12	Realização do artigo "Métodos de triagem pré e intra-hospitalar em situações de catástrofe"
M6	Análise e interpretação dos resultados	M13	Procedimento sobre precauções dependentes de transmissão por contacto no serviço de urgência
M7	Pesquisa Bibliográfica	M14	Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Setembro		Outubro				Novembro	
1º semana	2º semana	3º semana	4º semana	5º semana	6º semana	7º semana	8º semana
21 a 23/09	24 a 30/09	01 a 07/10	08 a 14/10	15 a 21/10	23 a 28/10	29/10 a 04/11	05 a 11/11
M7, M8, M14	M7, M8, M14		M1,	M1, M7, M11	M7, M11	M7, M11	M2,

Novembro			Dezembro		Janeiro		
9º semana	10º semana	11º semana	12º semana	13º semana	14º semana	15º semana	16º semana
12 a 18/11	19 a 25/11	26/11 a 02/12	03 a 09/12	10 a 16/12	01 a 06/01	07 a 13/01	14 a 20/01
M3, M7	M4, M7,	M4, M13	M7, M10		M5, M7	M5, M7, M9, M14	M6, M12

Apêndice B – Pré-Projeto – Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Pré-Projeto Um Percurso para o Desenvolvimento de
Competências
SAMUR – Madrid / Centro Hospitalar Universitário do
Algarve

Autora:
Marlene Pereira n.º 36904

Docente responsável:
Prof.ª Dr.ª Maria Dulce dos Santos Santiago
Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialista Ana Agostinho

Outubro
2017

Pré-projeto Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências

Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Pré-Projeto Um Percurso para o Desenvolvimento de
Competências
SAMUR – Madrid / Centro Hospitalar Universitário do
Algarve

Autora:
Marlene Pereira n.º 36904

Docente responsável:
Prof.ª Dr.ª Maria Dulce dos Santos Santiago
Enfermeira Orientadora:
Enfermeira Especialista Ana Agostinho

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



1

Outubro
2017

“ O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível: a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato.”
Florence Nightingale

Abreviaturas e Símbolos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
OM – Ordem dos Médicos
REPE – Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro
SAMUR – Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar do enfermeiro especialista. No âmbito da Unidade Curricular de Estágio II do Mestrado em Enfermagem em Associação, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi-me solicitado a elaboração de um pré-projeto de estágio, que compreende o ensino clínico II, e que contribua para o desenvolvimento de saberes e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica em contexto de situações de Pré-hospitalar e Urgência.

É imprescindível delinear um campo de competências, adquirindo, desenvolvendo e aperfeiçoando as mesmas ao longo do tempo, através de um trabalho de desenvolvimento longo e contínuo (Benner, 2001). As competências inerentes ao cuidar especializado são o fio orientador para a análise da minha prestação em termos académicos. Neste sentido, e para o desenvolvimento deste projeto pretendo expor as competências a que me proponho atingir durante a realização deste ensino clínico, planeando atividades/estratégias, que me permita desenvolver o meu percurso de aprendizagem, adquirindo novos conhecimentos. Passo a citar os objetivos que delinee para o presente projeto: identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, refletir sobre essas mesmas competências, e posteriormente explicitar vivências e experiências adquiridas durante a prática tutelada e elaborar um documento que sustente a minha aprendizagem e evolução tanto académica como profissional, cumprindo assim um requisito de avaliação da unidade curricular em questão.

Desta forma, os ensinamentos clínicos representam uma base formativa imprescindível no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos científicos, humanos, técnicos e culturais, assim como, no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais (Rosa, 2010).

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro (1996), o enfermeiro é um

“...profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (p.3)

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados, às famílias, aos grupos e à comunidade (Deodato et al., 2010 citado em Silva, 2013).

Por sua vez, segundo o mesmo regulamento, enfermeiro especialista é um

“...enfermeiro habilitado com um curso especializado em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (REPE, 1996: p.3)

A produção de conhecimentos em Enfermagem tem sido um fator determinante, já que tem fornecido uma base científica para orientar as práticas e garantir a credibilidade da profissão, contribuindo desta forma, para a saúde das populações através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem.

Houve um percurso histórico que importa assinalar, por se encontrarem nele inúmeras justificações para a atual realidade.

Apesar da construção de uma base científica que serve de guia às práticas dos enfermeiros, estes podem seguir diferentes percursos, e diferentes fases no exercício da sua profissão. Patrícia Benner, descreve os estágios de aprendizagem e a aquisição de competências em toda a carreira dos enfermeiros.

Segundo esta mesma teórica, a prática clínica de enfermagem é identificada em cinco níveis de competência, dos quais fazem parte, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Considerando a importância do enfermeiro especialista, podemos enquadrar o mesmo, no estado 5, enfermeira perita, em que a mesma, já não se apoia sobre um princípio

analítico (regra, indicação, máxima), para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

Na verdade, a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender na teoria (Benner, 2001).

Neste contexto, importa referir que “os vários modelos de Enfermagem, apesar da sua especificidade, têm aspetos comuns, combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade, na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada” (Pais Ribeiro, 2008 citado em Morais, 2013). Assim, Fawcett (1984, citado em Morais, 2012) reconheceu os conceitos cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente eram transversais, implícita e explicitamente, em quase todos os modelos teóricos. Esta proposta de estrutura do conhecimento em Enfermagem, da abstração para o concreto, parte do metaparadigma, mais abstrato, para o indicador empírico, mais concreto (Fawcett, 1984 citado em Lúcio, 2013).

Deste modo, como observado no Artigo 37.º na sua alínea f) bem como no artigo 42.º alínea f) dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, é da competência do Conselho de Enfermagem e dos Colégios da Especialidade respectivamente, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem e cuidados de Enfermagem Especializados, numa lógica de metaparadigma, ressaltando-se “o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel do acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional de enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: p.9).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008, p.8) definem “...doente crítico é aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou, mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização, terapêutica e ventilação mecânica invasiva.”

Doentes críticos apresentam um risco acrescido de falência múltipla de órgãos, e uma diminuição da capacidade de adaptação ou da reserva fisiológica a alterações súbitas, verificando-se que pequenas mudanças traduzem-se em grande instabilidade, levando posteriormente a um agravamento do estado clínico. Verifica-se que este tipo de situações provoca um efeito múltiplo no agravamento da situação clínica e não um efeito aditivo (SPCI e OM, 2008).

Segundo a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como uma vivência sensitiva emocional desagradável, provocada por danos teciduais potencial ou real ou descrita em termos dessa lesão. “Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais” (Meskey, 2006, citado em Rosa, 2010).

Nem todo o sofrimento é causado pela dor, mas a nossa cultura medicalizada descreve o sofrimento pela linguagem da dor.

O doente crítico pelas suas frágeis condições clínicas e por todas as intervenções terapêuticas a que é submetido durante todo o internamento, é um ser particularmente susceptível à dor. A gestão diferenciada da dor, é um elemento integrante da qualidade dos cuidados prestados a doentes em estado crítico e uma parte importante da prática dos cuidados de enfermagem (Rosa, 2010).

O cuidar em enfermagem não engloba estritamente o indivíduo, mas também o seu contexto familiar, das relações significativas e o seu ambiente. Neste âmbito, corroborado nas competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na competência “cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Ordem do Enfermeiros, 2011, p.8656), onde, no seu descritivo atende às necessidade da “pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família”, é essencial o foco dos cuidados dos Enfermeiros na família para que estas “cumpram o seu papel de suporte ao paciente” precisando estas de “suporte para as suas necessidades físicas e emocionais” (Soares, 2007, citado em Sanches, 2012: p.63).

“A doença de um dos seus membros converte-se (...) numa doença familiar” (Cerqueira, 2005 citado em Soares, 2013, p.20). partindo desta afirmação, com a qual concordamos, a família é um contexto basilar e central do indivíduo, funcionando de forma sistemática (Soares, 2013), em permanente ligação e interação. Deste modo, quando ocorre um internamento de um dos seus membros, este momento pode ser considerado um momento de crise familiar, não só para o indivíduo internado como para a sua família, sendo cada elemento do sistema afetado de forma específica.

Esta crise familiar é frequentemente exacerbada pela doença considerada grave e/ou o internamento, dado que este internamento deriva de uma situação normalmente súbita e imprevista, e existe sempre uma incerteza quanto ao prognóstico e a probabilidade elevada de um desfecho negativo (Campos, 2014).

Deste modo, podemos considerar que a família de um doente crítico internado passa por um processo de transição de uma situação de saúde do seu membro para uma situação de internamento e doença crítica, onde a família passa por um processo de ruptura com o anterior equilíbrio, entrando num processo de mudança e de adaptação.

Nunca na história do mundo se falou tanto de comunicação, como na sociedade atual. Esta, segundo peritos da área, deve dar resposta a todos os problemas. Segundo

Sfez (1991, p. 9) "...a comunicação torna-se a Voz única, a única coisa que pode unificar um universo que perdeu qualquer outro referente ao longo do caminho."

A comunicação humana é uma partilha de informação, na qual, ao mesmo tempo que transmitimos uma mensagem, também partilhamos ideias, sentimentos e emoções, podendo desta forma, influenciar as atitudes das pessoas envolvidas, que reagirão de acordo com a sua própria experiência, crenças e valores (Borges, 2015). Segundo Phaneuf (2005) "É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam em nós". As emoções são um desafio permanente à capacidade do ser humano em adaptar-se à sua pessoa na interação com o mundo. Compreender e delinear as emoções, enquanto parte integrante do ser humano, constitui um ponto fulminante para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para os outros (Xavier, 2014).

A comunicação constitui uma componente central e de extrema importância na área da saúde, sendo imprescindível para um bom desempenho na prestação de cuidados de qualidade. Segundo citação Pereira (2005, p.107) "é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde".

Aos enfermeiros que desempenham a prestação de cuidados com um doente crítico, é-lhes imposto tanto o desenvolvimento de uma grande capacidade na integração da tecnologia do cuidado, como também serem altamente qualificados na satisfação das necessidades dos cuidados da pessoa em situação crítica e respetiva família (Carvalho, s.d.). Pode dizer-se que, a profissão de enfermagem tem uma tarefa complexa e muitas vezes é exigente. Exige que se ofereça ao doente e família uma extrema competência nos seus atos, entre eles, uma capacidade de desenvolver uma relação que lhes permita ser verdadeiros, crescer na alegria, no sofrimento e, em determinadas ocasiões, mesmo no momento da morte (Lazure, 1994).

O internamento do doente crítico provoca não só no doente, como também na família, um evento inesperado, que envolve diversas repercussões. Motivo pelo qual, o enfermeiro, desempenha um papel fulcral, no que diz respeito à prestação de cuidados, englobando a família no seu todo e identificando as suas necessidades, proporcionando uma relação terapêutica, fundamentada numa comunicação eficaz (Borges, 2015). É através da comunicação entre profissionais, doentes e família que se identifica as necessidades a serem atendidas, com o intuito de traçar estratégias que promovam, mantenham ou

recuperem o estado de saúde ou perante uma situação de incapacidade inesperada procurem novos padrões de comportamento (Santos, 2006).

Da qualidade e eficácia do desempenho dos enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem, no sentido de saber, saber-fazer e saber-ser, depende a sobrevivência do doente, assim como, a estabilidade e funcionalidade do núcleo familiar.

Podemos definir "má notícia" como sendo, toda a informação transmitida a outra pessoa em que o conteúdo dessa notícia pode envolver uma mudança drástica, não esperada, com repercussões negativas na vida das pessoas geralmente alterando uma perspetiva do futuro (Pereira, 2013). No entanto, mesmo se referindo a más notícias, a informação é o ponto importante que ajuda o doente e a sua família a encarar a nova condição e a superar o novo sentimento causado por esta mesma informação (Costa, 2014). Neste contexto, Alaf Meleis, de acordo com a teoria da transição define estas situações como transições saúde-doença, em que requerem movimento e alteração em que implicam adoção e/ou adaptação de estratégias que permitam transpor barreiras negativas (Meleis, 2010).

O maior desafio de interação de um profissional de saúde é a comunicação de más notícias. Esta é uma parte integrante do dia-a-dia dos profissionais de saúde, revelando-se uma área de difícil e elaborada abordagem referente ao contexto das relações interpessoais, pelos dilemas tanto pessoais como profissionais que pode revelar, os quais podem interferir direta ou indiretamente na qualidade de desempenho neste domínio (Pereira, 2005).

Transmitir uma má notícia, requer do profissional, destreza na utilização de estratégias, perícia, muito treino e sensibilidade, competências que os enfermeiros vão adquirindo ao longo da sua experiência tanto pessoal como profissional, beneficiando desta forma todos os intervenientes do processo comunicacional.

2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Objetivos	Atividades propostas	Competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC)
<p>Presta cuidados à pessoa/família em situações de urgência</p>	Realização de pesquisa bibliográfica sobre doente crítico	<p>A 1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; K 1- Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica K 1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p>
	Atualização de conhecimentos ao nível das intervenções de enfermagem e tratamento médico e articulá-los com os já adquiridos	
	Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados	
	Planeamento e execução de cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes de acordo com a situação clínica	
	Planeamento de intervenções adequadas às necessidades do utente, potenciando os ganhos em saúde	
	Prestação de cuidados de enfermagem globais que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente crítico, com elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição, estabelecendo prioridades de intervenção	
	Prestação de cuidados como membro ativo da equipa ao utente/família em estado crítico	
	Avaliação dos cuidados prestados e estado clínico do utente	
<p>Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos em situações de urgência</p>	Realização de uma formação em serviço intitulada Paragem Cardiorrespiratória	<p>K 1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos K 1.2.1 – Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos.</p>
	Consultar normas e protocolos de atuação	
	Realização de pesquisa bibliográfica sobre doente crítico	
	Observação direta sobre a dinâmica de funcionamento do serviço	
Comunicação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde		

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



	Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados, emitindo pareceres sempre que se justifique.	
	Planeamento e execução de cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes de acordo com a situação clínica	
	Prestação de cuidados como membro ativo da equipa ao doente em estado crítico	
Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situação de urgência	Identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar	K 1.3 – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas
	Identificação protocolos de avaliação e utilização de escalas de dor	
	Planeamento de cuidados de enfermagem que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico de doente em estado crítico, através da elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição, estabelecendo prioridades de intervenção	
	Utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor	
Desenvolve a prática clínica à pessoa/família em situação de urgência	Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico	A 1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; C 1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
	Observação direta da dinâmica de funcionamento dos serviços	
	Comunicação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde	
	Realização de auto análise e reflexão	
	Discussão da casos clínicos com a equipa multidisciplinar	
	Manipulação de equipamentos técnicos específicos, com destreza, estabelecendo prioridades	
Identifica focos de instabilidade	Avaliação do estado clínico dos doentes face às medidas de tratamento implementadas	D1 – desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade D 1.2 – gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
	Identificação precoce de focos de instabilidade	
	Atuação de forma pronta e antecipada a focos de instabilidade	
	Execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica	
	Identificação precoce de sinais e sintomas que identifiquem o risco de agravamento do doente em estado crítico	

Pré-projeto Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências

	Demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida	
Assiste a pessoa e família nas perturbações decorrentes da situação de urgência	Demonstração de conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	A2. – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais C2. - Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados
	Demonstração de conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto	
	Promoção de um ambiente propício para o atendimento à família, com ambiente calmo, confortável e que possibilite a privacidade e disponibilidade mútua;	
	Promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família	C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades às necessidades dos cuidados K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
	Demonstração de uma prática que respeite os direitos humanos	
	Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados (atitudes de receptividade, de partilha, questões adequadas à condição da pessoa, escuta ativa, respostas reflexo que permitam validar/clarificar a informação debitada);	
Gere a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de urgência	Demonstração de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica	K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
	Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados (atitudes de receptividade, partilha, questões adequadas à condição da pessoa, escuta ativa, abordagem compassiva com a família, respostas que permitam validar/clarificar a informação transmitida)	
	Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	
Gere o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa/família e situação de urgência	Apresentação aos familiares	A1.3 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade.
	Realização de atendimento à família, com ambiente calmo, confortável e que possibilite a privacidade e disponibilidade mútua;	

	Estabelecimento de relação com os familiares/doente crítico de modo a explorar as suas emoções e sentimentos;	A 2.2 – Gere na equipa, de fora apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.
	Realização de entrevistas informais aos familiares para detecção de necessidades específicas;	
	Transmissão de confiança, através de estratégias de fiabilidade e autenticidade	
	Disponibilização de ajuda para suporte religioso, caso a família o solicite/deseje	
	Colaboração e informação à família na preparação para a transferência/alta	
	Discussão com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e particularmente com a orientadora, das informações, dados recolhidos e intervenções	
Desenvolve competências na área da Gestão dos Cuidados e Organização de Recursos Humanos no Serviço	Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e de recursos;	B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado. B3.1 – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.
	Identificação de modelos de gestão de recursos humanos e materiais;	
	Observação das atividades dos enfermeiros responsáveis de turno;	
	Colaboração com o enfermeiro responsável na gestão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade;	
Promove Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados prestados	Observação direta para a avaliação das necessidades formativas do serviço	D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade B 1.1 Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua B2.3 – Lidera programas de melhoria K2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência K2.3 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situações de emergência multi-vítima ou catástrofe
	Consulta normas e protocolos de atuação	
	Realização de pesquisa bibliográfica	
	Realização de uma formação em serviço intitulada Paragem Cardiorrespiratória	
	Realização de uma formação em serviço intitulada Plano Externo Catástrofe	
	Elaboração de uma norma de procedimento de serviço, em colaboração com a comissão de controlo de infeção sobre regras de isolamento de contacto	
	Elaboração de um documento de suporte sobre diluição de fármacos	

Pré-projeto Um Percurso para o Desenvolvimento de Competências

		K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica
--	--	--

Mestrado em Enfermagem
EM ASSOCIAÇÃO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho pretendeu-se a elaboração de um pré-projeto, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de saberes e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica em contexto de situações de Pré-hospitalar e Urgência, adequando e individualizando a prestação de cuidados de enfermagem especializada ao doente em situação crítica e à sua família.

A aquisição de competências que visem o cuidar eficaz e com qualidade à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica não é um processo simples e linear.

Apesar do enquadramento conceptual de referência se centrar no enquadramento conceptual de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, não podemos de maneira alguma deixar de parte as competências comuns do Enfermeiro Especialista, “demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: p. 8649). Dentro destas competências relevamos a competência “A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de ação” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: p. 8649) pelo respeito pelo direito autoral e a pesquisa da mais recente evidência na prática especializada com o intuito da melhoria dos cuidados prestados associada à competência “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: p. 8653) pelo pugar, ao longo do trabalho académico, da prática baseada na evidência que está intimamente ligada à unidade de competência da competência citada “D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” Ordem dos Enfermeiros, 2011: p. 8653).

A especificidade do trabalho apresentado proporcionou a reflexão do cuidar da pessoa em situação crítica em ambiente complexo e diferenciado, contribuindo para um aprofundamento de ideias, conceitos e processos formais relacionados, mas, sobretudo, proporcionou um confronto de ideias que conduziram a uma reflexão individual, sendo que, esta reflexão, é considerada essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Dissertação de Mestrado). Acedido a 08 de Outubro de 2017 em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1346/1/Diana_Borges.pdf

Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos: Tradução, adaptação e validação do instrumento Critical Care Family Needs Inventory*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Acedido em 08 de Outubro de 2017 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77954>

Carvalho, J. (s.d.). *Práticas relacionais dos enfermeiros com a família em unidades de cuidados intensivos*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (Dissertação de Mestrado), Acedido a 10 de Outubro de 2017 em https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=604890

Costa, A. (2014). *Comunicação de más notícias no cuidado de enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado). Acedido a 11 de Outubro de 2017 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/Relatorio%20Estagio%2bApendices%20-%20versão%20gravação.pdf>

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Dissertação não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido a 02 de Outubro de 2017 em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual* – Enunciados Descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 de Outubro de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013). *Comunicação de más notícias*. Revista de Enfermagem UFPE on line, ISSN: 1981-8963. Acedido a 5 de Outubro de 2017 em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7443/1/artigo%20mas%20noticias.pdf>

Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (Dissertação Doutoramento). Acedido a 10 de Outubro de 2017 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22906/2/88723.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Rosa, L. (2010). *Projeto de Estágio*. Curso de pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro;

Regulamento n.º 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. Nº 35 (18-02-2011), 8648-8653.

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. Nº 35 (18-02-2011), 8656-8657.

Sanches, C. (2015). *Relatório de estágio*. Universidade Católica Portuguesa (Mestrado em Enfermagem). Acedido em 6 de Outubro de 2017

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



13

[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13704/1/\(Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio-mestrado%20final%20_Maio%202012_-\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13704/1/(Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio-mestrado%20final%20_Maio%202012_-).pdf).

Santos, K. Silva, M. (2006). *Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.59, nº1, Brasília. Acedido a 10 de Outubro de 2017 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012

Sfez, L. (1991). *A comunicação*. Lisboa: Sociedade Astória, Lda.

Soares, E. (2013). *Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Acedido em 5 de Janeiro de 2017 em https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=610436

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de doentes críticos. Recomendações*. Edição CELOM.

Xavier, S., Nunes, L., Basto, M., (2014) *Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do construto*. Pensar Enfermagem vol.18 n.º2 2º semestre. Acedido a 02 de Outubro de 2017 em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf

Apêndice C – Artigo científico: “Métodos de triagem pré e intra-hospitalar em situações de catástrofe”

**Métodos de Triage Pré e Intra-hospitalar em Situações de
Catástrofe – Revisão Integrativa da Literatura**
Pre and Intra-hospital Screening Methods in Catastrophic Situations -
Integrative Literature Review

Autores

Marlene Pereira, Enfermeira, Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM, Portugal, Moncarapacho 8700-104, marlene_pereira@sapo.pt, 964467669

Dulce Santiago, PhD, MSc, RN, Professora adjunta, Instituto Politécnico de Beja, 7800-111, Beja, Portugal, dulce.santiago@ipbeja.pt

Resumo

Objetivo: O conceito de catástrofe muito para além da sua definição baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer. A meta a atingir neste tipo de situações, é claramente, minimizar a mortalidade e a morbilidade.

O objetivo deste estudo consistiu em analisar a resposta da triagem pré-hospitalar e intra-hospitalar numa situação de catástrofe.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, realizada através da pesquisa de artigos em base de dados EBSCOhost e publicados no período compreendido entre 2012-2018.

Resultados: É de suma importância que as intervenções executadas numa situação de catástrofe não sejam realizadas de forma solta e anárquica. Para todos os métodos de triagem, os treinos são desenvolvidos sistematicamente.

O método S.T.A.R.T. *Simple Triage and Rapid Treatment*, é um dos métodos de triagem mais utilizado, a nível mundial, na área do pré-hospitalar. Pelo contrário, no intra-hospitalar a escolha varia, não existindo um consenso na escolha do mais indicado.

Conclusão: De modo a garantir a segurança no cumprimento do algoritmo e a proficiência é necessário realizar formação contínua. Um sistema

padronizado facilitará no desempenho das equipas de saúde e permite uma melhoria da qualidade na gestão de vítimas de catástrofe.

O método mais expandido a nível internacional é o método S.T.A.R.T. , no entanto, cada serviço pode adotar o método que melhor se identifica com a sua realidade de atendimento, uma vez que não está comprovada a não eficácia dos outros métodos.

Descritores: enfermagem, catástrofe, triagem, método.

Abstract

Objective: The concept of catastrophe, beyond its definition, is based on three components: intense influx of victims, material destruction and marked disproportion between human resources and material relief and the victims to be rescued. The goal to be achieved in this type of situation is clearly to minimize mortality and morbidity. The objective of this study was to analyze the prehospital and in-hospital screening response in a catastrophic situation.

Methods: Integrative literature review, carried out through the research of articles in EBSCOhost database and published in the period between 2012-2018.

Results: It is of the utmost importance that interventions carried out in a disaster situation are not carried out in a loose and anarchic way. For all screening methods, training is systematically developed. The S.T.A.R.T. Simple Triage and Rapid Treatment is one of the most widely used screening methods in the prehospital area worldwide. On the contrary, in the hospital the choice varies, and there is no consensus in choosing the most indicated.

Conclusion: In order to guarantee safety in the fulfillment of the algorithm and the proficiency it is necessary to carry out continuous training. A standardized system will facilitate the performance of health teams and improve quality in disaster management. The most internationally expanded method is the S.T.A.R.T. method. , however, each service may adopt the method that best identifies with its service reality, since the non-effectiveness of the other methods is not proven.

Descriptors: nursing, catastrophe, screening, method.

Introdução

As palavras, como sabemos, têm vida e sobretudo os conceitos que encerram. O termo catástrofe deriva de Grego Katastrophé, que significa ruína, transtorno, desenlace dramático⁽¹⁾.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, “Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”⁽²⁾.

O conceito de catástrofe muito para além da sua definição estabelece as bases em três componentes: 1. Afluxo intenso de vítimas; 2. Destruição de ordem material; 3. Desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer⁽³⁾.

Há no entanto uma noção fundamental que deve ser retida: existe sempre, nos primeiros momentos um desequilíbrio entre os meios humanos (quantidade) e materiais de socorro (qualidade) e as necessidades que se apresentam, consubstanciando-se uma situação que ultrapassa a logística normal de socorro, tratando-se desta forma de uma situação de exceção⁽⁴⁾.

Quando chamados a intervir num evento com as características mencionadas anteriormente, é de suma importância que essa intervenção não se realize de forma solta e anárquica. Pelo contrário, prevê-se uma resposta com um grau de complexidade acrescida, pressupondo-se que essa mesma resposta se baseie numa atuação sistematizada, integrada e interligada à atuação de outros profissionais, de acordo com plano estruturado, organizado e bem delineado, com respetivo treino, de forma a potenciar e maximizar o rendimento dos meios humanos e materiais de socorro⁽⁵⁾.

Assim sendo, qualquer evento que possa causar um impacto severo nas rotinas dos serviços de saúde deve ser considerado o limite para a ativação de um plano de nível apropriado de forma a maximizar e os recursos.

Tratando-se de uma situação com um elevado desequilíbrio entre número de vítimas e os recursos existentes, é certo que o paradigma de atuação altera-se, procurando assim, proporcionar rapidamente o maior benefício para o maior número de vítimas, a fim de minimizar a mortalidade/morbilidade, e

simultaneamente, a de minimizar os efeitos indiretos consequentes da situação de exceção, dentro da população afetada⁽⁴⁾.

Três princípios básicos no atendimento dessas situações são fundamentais: triagem, tratamento e transporte⁽⁵⁾.

A triagem é uma ferramenta de gestão, destinada a atingir os principais objetivos em situações de exceção. Significa desta forma, realizar uma rápida avaliação, classificando-as em graus de prioridade de atendimento que necessita, em função da maior ou menor gravidade do seu estado geral e das expectativas de sobrevivência⁽⁶⁾.

Face ao exposto foi considerado pertinente a execução de uma revisão integrativa sobre o tema em epígrafe com o objetivo de analisar a resposta da triagem pré-hospitalar e intra-hospitalar numa situação de catástrofe.

Desenvolvimento

Procedimentos Metodológicos de Revisão Integrativa

A realização da presente revisão integrativa, realizada em linha com as recomendações da *The Joanna Briggs Institute (2014)*⁽⁷⁾, sendo a pergunta de revisão formulada segundo o modelo PICO (Pessoa/População/Problema, Intervenção, Comparação, Resultados – Outcome): Qual o método de triagem (O) mais frequentemente utilizado numa situação de catástrofe (I) pelos profissionais de saúde (P)?

A pesquisa foi realizada no dia 10 de Janeiro de 2018, na base de dados EBSCOhost em Português e Inglês com os seguintes tema/palavras de pesquisa: enfermagem (nursing), desastre (disaster), catástrofe (catastrophe), triagem (screening), método (method) organizados segundo os operadores booleanos para a pesquisa:

- Nursing AND Disaster AND Catástrofe AND Screening AND Method

A pesquisa foi limitada ao período de tempo 2012-2017. Foram apenas considerados estudos/artigos disponíveis em texto completo.

Tendo sido definidos, face ao tema e objetivos definidos, como critério de inclusão:

- Tipo de Participantes – profissionais de saúde
- Fenómeno de interesse – métodos de triagem

· Tipo de outcomes – métodos de triagem, nomeadamente quais são, quais os mais comuns e quais os que apresentam mais vantagens.

Aplicando a metodologia de pesquisa e os critérios de inclusão foram obtidos 41 estudos para análise e extração. Os artigos foram sujeitos a três etapas de avaliação com crescente grau de profundidade, com o objetivo de rejeitar aqueles que não respondiam aos critérios de inclusão definidos. Assim, foram realizadas leituras do título, do resumo e, em último, do texto completo, tendo sido, em cada uma destas leituras, excluídos artigos pelo não alinhamento com os critérios de inclusão. Foram também aplicadas, em conjunto com a análise de texto completo, as *Critical Appraisal Tools* emanadas pela *The Joanna Briggs Institute (2016)*⁽⁸⁾ com o propósito de avaliar a qualidade metodológica para a possível inclusão nesta revisão integrativa. No final desta seleção foi obtida uma amostra de 3 estudos. Todo o processo encontra-se descrito na figura 1.

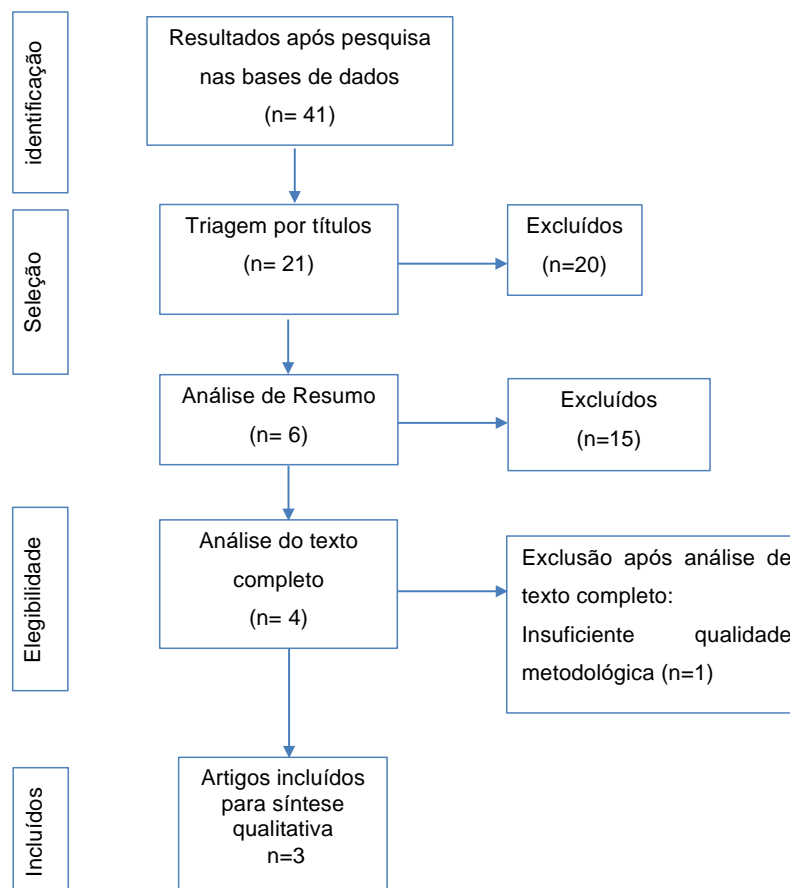


Figura 1. Fluxograma de triagem de artigos

Resultados e Interpretação

Com o objetivo de facilitar a extração e a síntese integrativa de informação dos documentos foi utilizada uma tabela, construída para o efeito (tabela 1), com o intuito de os sintetizar identificando o título do artigo, autor, ano, a metodologia utilizada, os objetivos definidos pelos autores, os principais resultados e conclusões.

Tabela 1. Síntese das evidências encontradas

Título/ Autor/ Ano	Metodologia	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações/ Recomendações
Utstein-Style Template for Uniform Data Posting of Acute Medical Response in Disasters/D ebacker, et al/2012	Estudo observacional retrospectivo	Comparação entre sistemas de resposta médica e melhoria da qualidade na gestão de vítimas de desastres	Relativamente ao método START, foram identificados 100% de sobreviventes de "categoria imediata". É aí que a triagem pode causar maior impacto na resposta médica aguda na gestão do número de vítimas. O resultado desses sobreviventes da "categoria imediata" é um bom indicador da eficácia dos cuidados médicos em desastres. Sabe-se que um pequeno intervalo entre a lesão inicial e o tratamento médico definitivo oferece as melhores hipóteses de sobrevivência, encurta o período de convalescença e reabilitação e diminui a incapacidade funcional. Prevê-se que o modelo de Utsteinstyle permita uma conclusão melhor e mais precisa dos relatórios sobre a resposta médica de desastre e contribua para evidências científicas e conhecimentos relacionados com gestão médico de desastres, a fim de otimizar as intervenções do sistema de resposta médica e melhorar os resultados das vítimas de desastres.	Limitações: Embora as intervenções de saúde pública e o suporte à saúde mental possam ser parte da resposta médica aguda, este estudo focará apenas o atendimento agudo de vítimas fisicamente feridos ou doentes, desde o momento do incidente até ao tratamento definitivo. Recomendações: A triagem rápida e precisa das lesões em cada nível da cadeia de cuidados médicos é a pedra angular da eficácia de tal sistema. Nenhuma decisão de triagem deve ser considerada final, desde que a situação de desastre esteja a decorrer.

<p>The development and features of the Spanish prehospital advanced triage method (META) for mass casualty incidents/González et al/2016</p>	<p>Revisão literária</p>	<p>Investigar o processo de desenvolvimento do novo método de triagem avançada pré-hospitalar (META) e explicar as suas principais características e contribuição para sistemas de triagem pré-hospitalar em acidentes multi-vítimas</p>	<p>Quarenta e cinco parâmetros foram identificados na revisão da literatura como potencialmente utilizáveis num método de triagem avançada em acidentes multi-vítimas. Oito desses 45 parâmetros identificados eram parâmetros do tipo anatómico, 19 eram parâmetros do tipo fisiológico, 9 eram parâmetros relacionados com o tipo de lesão e 9 estavam relacionados com condições ou circunstâncias da vítima. Dezanove dos 45 parâmetros estudados foram considerados significativamente relevantes ($p < 0,05$) para potencial inclusão no META. Levando em consideração esses resultados, o painel de especialistas organizou os parâmetros selecionados para projetar o método de triagem final, que se baseia principalmente nos protocolos ATLS e na triagem de campo do paciente de trauma grave para detectar lesões cirúrgicas potencialmente fatais.</p>	<p>Limitações: O método META de triagem foi desenvolvido num país com um sistema de saúde específico, típica de sistemas de saúde pública europeus com cobertura universal. Seria necessário considerar como a sua aplicabilidade é afetada em países com características muito diferentes deste contexto.</p> <p>Recomendações: META é um modelo de triagem pré-hospitalar avançada e é uma ferramenta a ser utilizada por médicos e enfermeiros treinados como provedores de apoio à vida de trauma avançado, mas também por profissionais paramédicos com educação, conhecimento e habilidades avançadas em tratamento de vítimas com trauma agudo grave.</p>
<p>Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes/Campos/201</p>	<p>Estudo descritivo exploratório</p>	<p>Definir situações de acidentes de grandes proporções. Identificar sistemas de triagem. Organizar sistemas de atendimento.</p>	<p>No processo de triagem para iniciar o socorro no local do desastre, um dos métodos mais utilizados são: o START- Simple Triage And Rapid Treatment que identifica as vítimas por fitas coloridas, etiquetas ou cartões de triagem. Outro método é o C.R.A.M.P – Circulação, Respiração, Abdome, Motor ou Movimento e Psiquismo ou Palavra. A tabela C.R.A.M.P. é utilizada com o mesmo objetivo da tabela S.T.A.R.T., com o diferencial que a tabela C.R.A.M.P. possui parâmetros mais específicos devendo então ser utilizada por médicos. O método A.B.C.D.E. do trauma: Vias Aéreas, Respiração,</p>	<p>Limitações: Foi realizada uma vasta pesquisa de artigos à procura de dados que mensurassem a eficácia dos métodos descritos no referido trabalho, porém a literatura ainda não tem muitos dados publicados a esse respeito especificamente.</p> <p>Recomendações: A triagem deve ser considerada um processo contínuo, ou seja, constantemente deve ser repetida em cada vítima, mesmo para as que já receberam um socorro inicial. Para a eficácia</p>

5	<p>Circulação, Neurológico, Exposição. Cada item avaliado na triagem sugere o passo seguinte no socorro. Nos estudos realizados o método STAR atuou corretamente em 92,5% dos casos, o método ABCDE atuou corretamente em 92,5% dos casos e o método CRAMP atuou corretamente em 42,5% dos casos.</p> <p>Diversos métodos de triagem permitem estabelecer prioridades no atendimento de emergências médico-cirúrgicas. O Método CRAMP é um dos mais difundidos internacionalmente para o atendimento pré-hospitalar ficando o método STAR para a triagem no pré-hospitalar.</p>	<p>no atendimento a situações multi-vítimas é crucial que os profissionais sejam treinados e tenham conhecimentos reciclados regularmente de modo a estarem sempre atualizados com o objetivo de maior eficácia no atendimento, e com isso menor mortalidade e morbidade.</p>
---	---	---

Triagem

A palavra triagem tem a sua origem no verbo francês *trier* que significa separar, selecionar ou escolher. Sendo a mesma, assumida como um passo imprescindível de qualquer sistema de resposta a situações de catástrofe envolvendo uma situação de multi-vítimas⁽⁶⁾.

De acordo com ATLS (2008)⁽⁹⁾, a classificação do risco em atendimento pré-hospitalar torna-se viável a partir da realização de triagem, um instrumento decisivo para o atendimento clínico das vítimas em consonância com o tipo de tratamento necessário, recursos existentes e para uma escolha mais apropriada do local de tratamento final.

A triagem é um processo progressivo, contínuo e dinâmico, em que devem ser considerados os seguintes fatores: a natureza, a extensão e gravidade das lesões, o prognóstico, a mudança na condição da vítima, eficácia do tratamento, idade da vítima, número de vítimas, cultura e fatores religiosos⁽¹⁰⁾.

É designadamente, uma situação que requer uma decisão difícil, em ambiente adverso e dramático, com défice de informações, sob pressão emocional, sustentada em critérios de sobrevivência e com meios de socorro

limitados⁽³⁾. A perícia e a experiência do elemento triador, determinam a eficácia e a fiabilidade da triagem, pelo que é recomendado a presença de elementos diferenciados no posto de triagem. Assim, considerando o descrito, são apresentados métodos de triagem baseados em esquemas, que por sua vez, apresentam algoritmos de decisão como opções estruturadas, facilitadoras e indutoras de raciocínio e não menos importante promotoras de uniformidade e sistematização de critério⁽¹¹⁾.

Dos principais fatores que influenciam a triagem destacam-se: tipo de gravidade das lesões/doenças, número de sobreviventes e organização espaço-temporal dos mesmos⁽¹⁰⁾.

O enfermeiro que atua na classificação de risco ou triagem tem o papel de avaliar o estado de saúde da vítima. Esta avaliação é baseada na identificação da queixa principal, avaliação física sistematizada e pormenorizada que permita uma identificação de sinais e sintomas a fim de conduzir a padrões normais ou alterados, culminando com o julgamento da probabilidade de risco da vítima⁽¹²⁾.

Metodologia

A finalidade da metodologia é prestar assistência precoce através da rápida classificação das vítimas, em concordância com gravidade do seu estado geral e as hipóteses de sobrevivência, atribuindo-lhe uma respetiva prioridade⁽¹⁴⁾.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica⁽³⁾ a “*triagem tem como objetivos principais:*

- *Assistência precoce;*
- *Aplicação de manobras “life-saving”;*
- *Determinar o nível de urgência;*
- *Implementar utilização criteriosa de recursos críticos;*
- *Documentar as vítimas;*
- *Controlar o fluxo das vítimas;*
- *Controlar o fluxo das vítimas;*
- *Determinar áreas de cuidados/vigilância;*
- *Distribuir os profissionais por áreas de assistência;*

· *Iniciar medidas terapêuticas.”*

A triagem pode ser dividida em duas fases: triagem primária e triagem secundária. A triagem primária é uma triagem preliminar, inicial, rápida, realizada na própria zona quente, porém caso se verifique risco iminente que possa por em causa a integridade das equipas de socorro, a mesma passa para uma zona fria, sendo neste caso, as vítimas removidas da zona de catástrofe prontamente e de modo aleatório. Nesta primeira fase, pretende-se essencialmente determinar o número de vítimas, tipo e gravidade das lesões e identificar indivíduos gravemente lesionados que beneficiarão de cuidados imediatos⁽¹⁰⁾. A triagem secundária é uma reavaliação da condição da vítima, um processo contínuo, que pode ser efetuada na entrada do posto médico avançado (PMA), pretendendo triar de forma mais criteriosa um grande número de vítimas⁽¹³⁾.

Métodos

A multiplicidade dos métodos de triagem ocasiona diferentes sistemas de identificação de prioridade relativa às vítimas. No entanto, apesar da diversidade de métodos os mesmos devem seguir as mesmas linhas de orientação: simples, objetivos, padronizados e rápidos, concomitantemente relacionados com o estado geral da vítima e com o prognóstico de evolução do mesmo.

Método S.T.A.R.T.

Método S.T.A.R.T. (*Simple Triage and Rapid Treatment*) Triagem Simples e Tratamento Rápido, criado em 1983 na Califórnia (EUA) pelas equipas do Hoag Hospital e Newport Beach Fire Department. Apresenta-se como um método simples, fácil e rápido, e tem como objetivo racionalizar e organizar a atuação das equipas por meio de atribuição de prioridades às vítimas, sendo possível triar cada uma até 60 segundos⁽¹⁴⁾. São permitidas pequenas manobras como abertura manual das vias aéreas e controle de hemorragias externas. O método baseia-se na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em prioridades⁽³⁾. O mesmo utiliza a avaliação de alterações com o objetivo de identificar a ordem do que mata

mais rápido. Para realizar esta triagem são usados discriminadores como: Vítima anda? Ferida?; Respira? Frequência respiratória (FR)?; Frequência cardíaca (FC)?

O protocolo de classificação de risco ou triagem deve ser realizado a partir de cores, sendo a cor um elemento identificativo da lesão ou gravidade do estado clínico da vítima indicando a prioridade de atendimento e evacuação. Através destes parâmetros as vítimas são divididas em quatro prioridades de atendimento identificadas pelas respectivos cores⁽¹⁵⁾.

Cartão vermelho – prioridade 1 (Vítima emergente)

A vítima apresenta ferimentos graves com lesões severas, correndo risco iminente de vida. São geralmente consideradas vítimas com amputações, em choque, hemorragia severa, lesões arteriais, lesões da face ou olhos, lesões intra-abdominais, problemas respiratórios graves, queimaduras profundas e extensas. Requerem tratamento imediato.

Cartão amarelo – prioridade 2 (Vítima grave)

Vítima que necessita de atendimento urgente, por se tratar de lesões graves, no entanto, a mesma pode aguardar por atendimento local e evacuação. Geralmente verifica-se trauma da extremidades, traumatismo crânio-encefálico ligeiro, queimaduras de menor grau e ferimentos com hemorragia facilmente controlada. São vítimas que rapidamente podem deteriorar o estado clínico, havendo necessidade de uma reavaliação.

Cartão verde – prioridade 3 (Vítima não grave)

São vítimas que apresentam alguma estabilidade, podendo aguardar por tratamento durante horas ou até mesmo dias. Estas vítimas aguardam sentadas ou deambulam, apresentando lesões minor e que devem ser alvo de nova triagem posteriormente. Geralmente as lesões apresentadas são: contusões, hematomas, escoriações e pequenas lesões sem risco de causar danos maiores.

Cartão preto (Morto)

Vítimas em óbito ou com lesões de extrema gravidade e cujo prognóstico apresenta pouca ou quase nula a probabilidade de sobreviver. Neste tipo de lesões enquadra-se traumatismos severos ou múltiplos traumas graves, como por exemplo, perda de massa encefálica, esmagamento do tronco e inceneração.

Após triagem inicial e identificação da respectiva prioridade, as vítimas são estratificadas do local da catástrofe e encaminhadas para a respectiva área correspondente à cor do cartão, localizado na zona fria, no posto médico avançado (PMA)⁽¹⁵⁾.

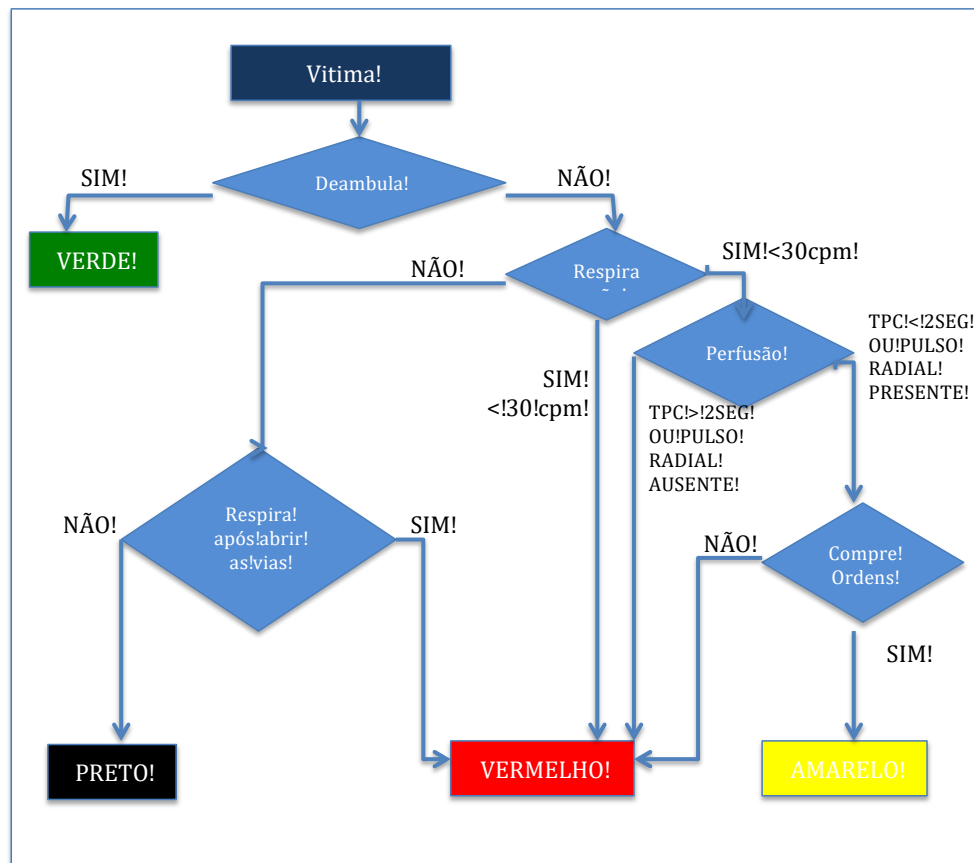


Fig.2 Fluxograma de triagem método S.T.A.R.T.

Método C.R.A.M.P.

A sigla surgiu da reunião das iniciais das seguintes palavras: C circulação, R respiração, A abdómen, M motor ou movimento, P palavra. A avaliação da vítima é realizada em cinco etapas. No final de cada etapa e, em função do estado geral avaliado, pontua-se da seguinte forma: exame normal – dois pontos, exame alterado – um ponto, exame grave – zero ponto.

No final do exame geral, a soma da pontuação de cada um dos estágios do método define o score de prioridade de atendimento⁽¹⁴⁾.

	C	R	A	M	P
Pontos	Circulação	Respiração	Abdómen	Motor	Palavra
2	Pulso 60-100 EC normal PAS > 100	Respiração Normal Tórax não comprometido FR 10-36	Não comprometido	Normal (obedece a ordens)	Normal
1	Pulso > 100 ou < 60 EC lento PAS 100-85	Respiração anormal comprometido FR > 36 ou < 10	Comprometido	Resposta Motora só à dor	Confuso Incoerente
0	Sem pulso Sem EC PAS < 85	Respiração ausente ou agónica	Aberto ou rígido	Sem resposta	Sem palavra

Fig. 3 Fluxograma de triagem método C.R.A.M.P.

Classificação das vítimas

Preto: óbito

Vermelho: vítimas com lesões graves com risco de morte nas próximas duas horas. *C.R.A.M.P.*: 2 A 6

Amarelo: vítimas com lesões graves sem risco de morte nas próximas 24 horas. *C.R.A.M.P.*: 7 A 8

Verde: vítimas com lesões consideradas leves, estáveis, sem risco de morte. *C.R.A.M.P.*: 9 A 10

A tabela C.R.A.M.P. utiliza parâmetros mais pormenorizados e específicos devendo a mesma ser utilizados apenas por profissionais altamente diferenciados. Há semelhança do método S.T.A.R.T. também utiliza cores para classificar prioridades.

Método M.E.T.A.

Modelo pré-hospitalar de triagem avançada, usado apenas por profissionais com treino e formação adequada, baseada em protocolos e técnicas avançadas de suporte de vida e trauma⁽¹⁶⁾.

Deve ser implementada durante a resposta médica do pré-hospitalar e compreende 4 fases⁽¹⁶⁾:

- 1) Triagem de estabilização;
- 2) Identificação da necessidade de cuidados cirúrgicos urgentes;
- 3) Implementação de técnicas avançadas de suporte de vida e trauma;
- 4) Triagem de evacuação.

Triagem de estabilização – é baseado em protocolos avançados de suporte à vítima de trauma. É classificado à semelhança dos métodos anteriores, por cores. Respetivamente, vermelho que representa um real ou potencial comprometimento da via aérea, respiração ou circulação. Amarelo, deficiência neurológica ou que requerem rápida evacuação. Verde, compreende todas as restantes vítimas.

Intervenções básicas como abertura da via aérea, controle de hemorragias com pressão ou torniquete podem ser realizadas nesta fase, uma vez que põem em causa a sobrevivência da vítima.

Identificação de necessidade de cuidados cirúrgicos urgentes – a) engloba todas as lesões penetrante na região da cabeça, pescoço, tronco e nas extremidades próximas do cotovelo e joelho; b) fratura pélvica aberta; c) fratura pélvica fechada com instabilidade mecânica ou hemodinâmica; d) traumatismo do tronco com instabilidade hemodinâmica.

Implementação de técnicas avançadas de suporte de vida e trauma –

Uma vez que lhes é atribuída prioridade, todas as vítimas serão abordadas com a implementação de protocolos avançados de suporte à vida de trauma. A ordem de tratamento será da cor prioritária vermelha depois a amarela e posteriormente a verde.

Triagem evacuação – tratando-se de um ambiente hostil, em que os recursos avançados muitas vezes são escassos, e as necessidades das vítimas assim

o exigem, é necessário proceder à sua evacuação de acordo com a respetiva prioridade e urgência. Para satisfazer essa prioridade, e uma vez que a necessidade de evacuação da vítima não foi detetada numa primeira fase, foi estabelecido uma nova categoria como “critério de alta prioridade” para vítimas com determinados critérios.

Uma das principais vantagens no uso do método M.E.T.A. está diretamente relacionada com a detecção precoce de vítimas com necessidades cirúrgicas urgentes. Por sua vez isso significa que são necessários dois tipos de fluxos de vítimas a fim de minimizar atrasos no transporte⁽¹⁶⁾.

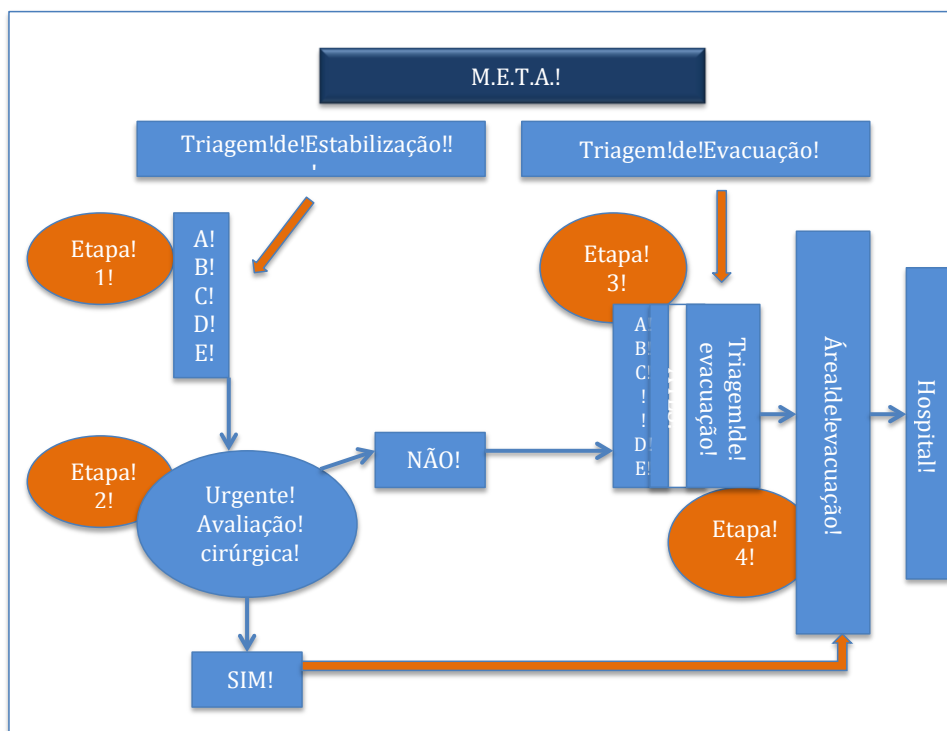


Fig. 4 Fluxograma de triagem método M.E.T.A.

Método A.B.C.D.E. em trauma

Método A.B.C.D.E. (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição). É um

método que compreende um tratamento simultâneo das lesões à medida que é realizada a triagem, permitindo estabelecer condutas para estabilização das condições vitais⁽⁹⁾. Ao contrário dos restantes modelos apresentados, este compreende uma demora de cerca de 2-5 minutos. Não se traduz na soma de pontos, a gravidade é determinada pelos achados traumáticos que colocam em causa a integridade da vítima⁽¹⁴⁾.

A avaliação realizada segue sempre uma ordem de pensamento, o que “mata primeiro”.

- A (via aérea) – vias aéreas e controle da coluna cervical;
- B (respiração) – respiração e ventilação;
- C (circulação) – circulação com controle de hemorragia;
- D (disfunção neurológica) – exame neurológico sumário;
- E (exposição) – exposição com controle da hipotermia.

A avaliação de cada item implica diagnosticar alterações e tomar decisões. Só é possível proceder com a avaliação depois de corrigida a alteração detetada.

Este método não necessita obrigatoriamente de profissionais com elevado grau de conhecimento, pode ser utilizado por leigos, desde que realizem formação adequada regularmente⁽¹⁴⁾.

Método T.R.T.S.

Método T.R.T.S., *Triage Revised Trauma Score*, baseia-se na avaliação de três variáveis fisiológicas, elas são: Frequência respiratória, estado de consciência, avaliação realizada segundo Escala de Coma de Glasgow e pressão arterial sistólica⁽³⁾. A soma destes três parâmetros traduz-se na pontuação da escala do referido método. Cada parâmetro está codificado de 0 a 4, variando a pontuação do método T.R.T.S. de 0 a 12 pontos.

A classificação das vítimas está dividida da seguinte forma, de acordo com a pontuação obtida:

- 0-10 Prioridade 1
- 11 Prioridade 2
- 12 Prioridade 3
- 0 Morto

Este é um método mais utilizado como triagem secundária realizada no PMA e tem como objetivo determinar quem se trata primeiro dentro do mesmo nível de prioridade. À semelhança dos outros métodos, deve ser realizada continuamente sempre que ocorra uma mudança aparente no estado clínico da vítima⁽³⁾.

Para que ocorra o sucesso na triagem de prioridades é necessário que o profissional de saúde detenha capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, motivo pelo qual é recomendado a presença de um elemento diferenciado no posto de triagem.

A pontuação 12 no T.R.T.S. representa um risco de mortalidade inferior a 1%, pontuação de 5 representa mortalidade de 50% e pontuação de 1 representa cerca de 75% ou mais⁽¹⁷⁾.

T.R.T.S.					
Escala Coma Glasgow Total	13-15	4			
	9-12	3			
	6-8	2			
	4-5	1			
	3	0			
Frequência Respiratória	10-29	4			
	>29	3			
	6-9	2			
	1-5	1			
	0	0			
TA Sistólica	90>	4			
	76-89	3			
	50-75	2			
	1-49	1			
	0	0			
12 = Prioridade 3		Total			
11 = Prioridade 2					
10 < Prioridade 1					

Fig. 5 Fluxograma de triagem método T.R.T.S.

Conclusão

Após a presente revisão integrativa podemos concluir que estas vítimas necessitam de um método de triagem que permita uma rápida e adequada intervenção à situação clínica de cada vítima, assim como uma equipa de profissionais experientes e capazmente treinados, por forma a que estes estejam aptos a agir prontamente minimizando as consequências. De modo a garantir a segurança no cumprimento do algoritmo e a proficiência é necessário realizar formação contínua. Um sistema padronizado facilitará no desempenho das equipas de saúde e permite uma melhoria da qualidade na gestão de vítimas de catástrofe.

Em forma de conclusão, o envolvimento de profissionais de saúde atuando em situações de catástrofe, juntamente com o método S.T.A.R.T. desempenham um trabalho sistematizado contribuindo como fator positivo para a gestão dos cuidados prestados.

Nenhuma decisão de triagem deve ser considerada como única e irreversível, é necessário uma reavaliação constante da vítima. A precisão nas decisões de triagem podem determinar a eficácia da resposta médica e decisões erradas podem comprometer potencialmente os resultados finais.

Até à data, apenas o método S.T.A.R.T. foi validado retrospectivamente em condições de desastre operacional. Nos artigos alvo de pesquisa, o método de triagem mais utilizado é o método S.T.A.R., em contexto pré-hospitalar. O mesmo é usado para realizar uma triagem inicial, ou seja, na denominada zona quente. Por sua vez os métodos C.R.A.M.P., T.R.T.S. e A.B.C.D.E. do trauma são mais utilizados no PMA e no intra-hospitalar. No entanto, cada serviço adota o método que melhor se identifica com a sua realidade de atendimento.

Bibliografia

⁽²⁾Lei n.º 80/2015 de 03 de Agosto Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República – I série – N.º 149.

⁽³⁾Instituto Nacional de Emergência Médica. Situação de exceção. Lisboa. Instituto Nacional de Emergência Médica; 2012.

⁽⁴⁾Bandeira R. Medicina de Catástrofe Da Exemplificação Histórica à Iatroética 1.ed. Porto: Editora da Universidade do Porto; 2008.

⁽⁵⁾Malaguti W., Martins J. Catástrofes: Atuação Multidisciplinar em Emergências 1.ed. São Paulo: Editora Martinari; 2011.

⁽⁶⁾Silva, A. Triagem Prioridades Triagem de Manchester – Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe. Instituto Nacional Biomédicas Abel Salazar, Porto; 2009.

⁽⁷⁾Joanna Briggs Institute (2014). Joanna Briggs Institute reviewers´manual: 2014 edition. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

⁽⁸⁾Joanna Briggs Institute (2016). Critical Appraisal tools. Recuperado de <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

⁽⁹⁾ATLS: Advanced Trauma Life Support Program for Doctors (8th ed) Chicago: American College of Surgeos; 2013.

⁽¹⁰⁾Debacker M, et al. Utstein-Style Template for Uniform Data Reporting of Acute Medical Response in Disasters. Doi 10.1371/4f3e8df15a *Revista Plos Currents*; 2012.

⁽¹²⁾Acosta A, Duro C, Lima M. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.

Revista Gaucha de Enfermagem, Rio Grande do Sul; 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso

⁽¹³⁾Lenquist S. Medical Response to Major Incidents and Disasters A Pratical Guide for All Medical Staff. DOI 10.1007/978-3-642-21895-8_1, Editora Springer-Verlag Berlin Heideelberg; 2012.

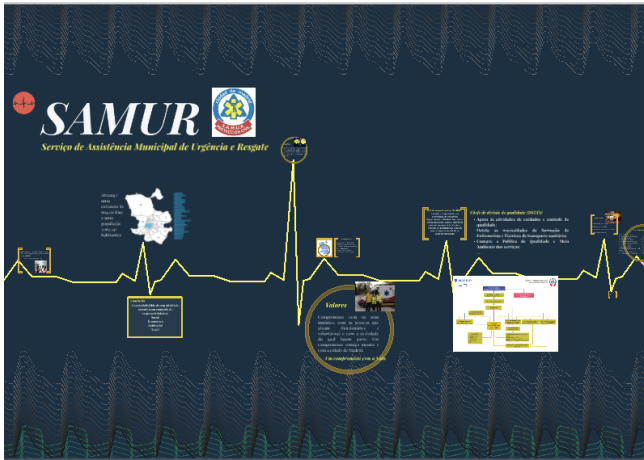
⁽¹⁴⁾Campos A. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. Rev Med Saúde Brasília. 2015; 4(1).84-96.

⁽¹⁵⁾Azevedo A, Campos G. Formação complementar do técnico de emergência pré-hospitalar: Triagem da vítima adulta em situação de exceção. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica; 2017.

⁽¹⁶⁾González P., et al The development and features of the Spanish prehospital advanced triagem method (META) for mass casualty incidentes. DOI 10.1186/s13049-016-0255-y Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine; 2016.

⁽¹⁷⁾Silva R, Campos P, Reis A, Bandeira R. Princípios da Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. DOI: 10.14195/1647-7723_22_19 Revista Territorium, nº22; 2015.

Apêndice D – Apresentação SAMUR em contexto do 10º aniversário SIV



1992 - Surgue a criação do SAMUR, após três anos de experiências para comprovar a sua utilidade;

1995 - SAMUR Proteção Civil



Abrange uma extensão de 604,20 Km² e uma população 3.165.541 habitantes

OBJETIVO

Resolver rápida e eficazmente as emergências de saúde que se verificam na via pública dentro do território municipal de Madrid.

Valores

Compromisso com os seus usuários, com as pessoas que atuam (funcionários e voluntários) e com a sociedade da qual fazem parte. Um compromisso consigo mesmo e com a cidade de Madrid.

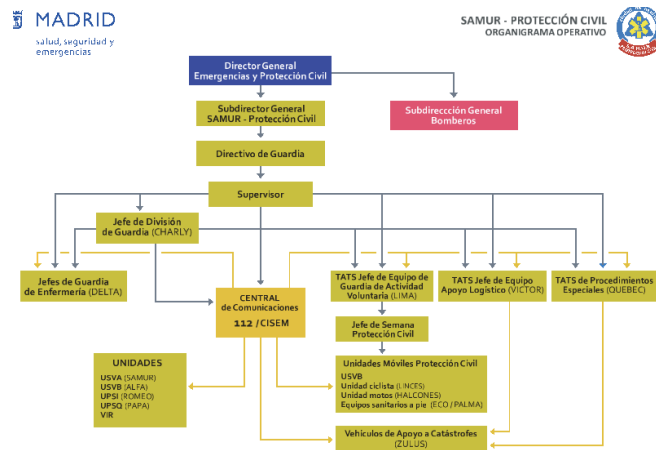
Um compromisso com a Vida

Serviços que presta:

- Emergência pré-hospitalar;
- Atuação perante catástrofes;
- Cobertura em eventos de resgate;
- Ajuda humanitária;
- Intervenção psicológica;
- Intervenção sociosanitária.

Serviços que presta:

- Emergência pré-hospitalar;
- Atuação perante catástrofes;
- Cobertura em eventos de resgate;
- Ajuda humanitária;
- Intervenção psicológica;
- Intervenção sociosanitária.



Chefe de División de Guardia (CHARLY)

- Garantir o cumprimento dos procedimentos de serviço;
- Supervisionar a atividade dos centros de comunicações, sendo a referência para a resolução de incidentes;
- Controle de qualidade das ações de saúde e a operacionalidade do equipamento saúde;

• ...

Chefe de divisão de qualidade (DELTA)

- Apoio às atividades de cuidados e controle de qualidade;
- Deteta as necessidades de formação de Enfermeiros e Técnicos de transporte sanitário;
- Cumpre a Política de Qualidade e Meio Ambiente dos serviços;

• ...

Unidades Móveis:



- Unidade Suporte de Vida Avançada
- Unidade Suporte de Vida Básica
- Unidade Suporte de Vida Básica Proteção Civil
- Unidade Suporte Psiquiátrico

Organizado
1. Paragem

Competências Enfermeiro

- Aplica cuidados de enfermagem individualizados com base em protocolos;
- Na ausência do médico, é o responsável pela manutenção operacional da unidade;
- Colabora com o médico na transmissão de informação aos familiares;
- Colabora com o resto da equipa na avaliação do cenário para identificar possíveis riscos para o utente ou para a equipa;

• ...

Procedimentos SAMUR

Organizados em 19 grupos:

1. Paragem cardiorrespiratória;
2. Cuidados pós-PCR;
3. Manipulação via aérea;
4. Manipulação via aérea difícil;
5. Canalização de veias periféricas com técnica ecográfica;
6. Analgesia e sedação;
7. Urgências traumatológicas - 8 sub grupos;
8. U. digestivas - 2 sub grupos;
9. U. neurológicas - 7 sub grupos;
10. U. nefrológicas - 2 sub grupos;
11. U. obstétricas - 2 sub grupos;
12. U. cardiovasculares - 9 sub grupos;
13. U. respiratórias - 3 sub grupos;
14. U. psiquiátricas;
15. U. endócrinas e metabólicas - 4 sub grupos;
16. U. por gêntes físicos - 5 sub grupos;
17. U. pediátricas - 6 sub grupos;
18. Intoxicações - 3 sub grupos;
19. Reação anafilática.

Conclusão

A sustentabilidade da sua atividade,
assenta num conjunto de
responsabilidades:

Social
Economica
Ambiental
Legal

Obrigada!
Gracias!



Apêndice E – Questionário de avaliação de conhecimento e treino em simulação

Mestrado em Enfermagem
EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

No âmbito do Projeto de Intervenção a efetuar para a realização da Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, surge a necessidade de aferir se os enfermeiros consideram importante o tema de "catástrofe e situações multi-vítimas", assim como o domínio de conhecimentos e se sentem necessidades formativas na respetiva área por parte dos enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro.

O preenchimento deste questionário demorará apenas cerca de 2 minutos,

Os dados fornecidos são confidenciais e anónimos e utilizados unicamente para uso académico da autora,

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas pelo que agradeço que seja o mais sincero(a) possível no seu preenchimento,

Em cada questão, coloque um x na resposta correspondente

1. Tem formação na área da Catástrofe e Multi-Vítimas?	Sim	
	Não	
2. Data da última formação referente ao tema citado?	Não Realizou	
	Antes 2015	
	2015-2016	
	2017-2018	
3. Considera que, com a formação realizada adquiriu competências na área da Catástrofe e Multi-Vítimas?	Não Realizou	
	Sim	
	Não	

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



4. Data do último treino em simulacros.

	Nunca Realizou	
	Antes 2015	
	2015-2016	
	2017-2018	
5. Considera que a pratica simulada é importante para o desempenho dos enfermeiros em situações de catástrofe e multi-vítimas?	Sim	
	Não	
6. Tem interesse em realizar formação em serviço na área da catástrofe?	Sim	
	Não	

Os meus sinceros agradecimentos pela sua colaboração.

Marlene Pereira

Apêndice F – Questionário de avaliação sociodemográfica e de conhecimentos

**Mestrado em Enfermagem
em Associação**



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

No âmbito do Projeto de Intervenção a efetuar para a realização da Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, surge a necessidade de aferir se os domínios de conhecimentos por parte dos enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro. Este trabalho tem como objetivo capacitar a equipa de enfermagem da Urgência Geral da Unidade de Faro, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas.

O preenchimento deste questionário demorará apenas cerca de 2 minutos,

Os dados fornecidos são confidenciais e anónimos e utilizados unicamente para uso académico da autora,

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas pelo que agradeço que seja o mais sincero(a) possível no seu preenchimento,

Idade _____

Masculino _____ Feminino _____

Anos de serviço _____

Anos de serviço na urgência de Faro _____

Formação em catástrofe: Sim _____ Não _____

Em cada questão, coloque um x na resposta correspondente

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



	Antes Formação		Após Prática Simulada	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Identifica os diferentes níveis de resposta perante uma situação de catástrofe?				
2. Conhece a reorganização estrutural do SU numa situação de catástrofe?				
3. Sabe identificar os diferentes tipos de triagem em situações de catástrofe?				
4. Identifica o material existente no kit de triagem?				
5. Identifica os diferentes circuitos internos a adotar consoante o nível de ativação?				
6. Identifica o método de cartões de ação?				
7. Sabe adequar o tratamento efetuado segundo atitudes <i>life-saving</i> ?				
8. Sabe o circuito a adotar de encaminhamento dos utentes após os 1 ^o cuidados no serviço de urgência?				

Os meus sinceros agradecimentos pela sua colaboração.

Marlene Pereira

Apêndice G – Questionário de satisfação e avaliação da formação

**Mestrado em Enfermagem
em Associação**



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

No âmbito do Projeto de Intervenção a efetuar para a realização da Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, surge a necessidade de realizar um questionário de satisfação e avaliação de formação. Este trabalho teve como objetivo capacitar a equipa de enfermagem da Urgência Geral da Unidade de Faro, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas.

O preenchimento deste questionário demorará apenas cerca de 2 minutos,

Os dados fornecidos são confidenciais e anónimos e utilizados unicamente para uso académico da autora,

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas pelo que agradeço que seja o mais sincero(a) possível no seu preenchimento, A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante, pelo que gostaria que colaborasse por forma a que se possa:

- Aferir em que medida foi satisfeita as suas expetativas;
- Melhorar o desempenho em futuras ações de formação.

Em cada questão, coloque um x num valor de 1 a 5

1= Muito Pouco; 2= Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Bastante

1. Avaliação global da ação de formação	1	2	3	4	5
1.1. Globalmente a ação de formação agradou-lhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. O desenvolvimento dado à ação de formação pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3. Os objetivos propostos foram cumpridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. A ação de formação correspondeu às suas expectativas iniciais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Considera que a ação de formação desenvolvida foi bem articulada com os anteriores módulos ministrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Relativamente aos conteúdos programáticos considera que:	1	2	3	4	5
2.1. Os temas abordados foram pertinentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. O tempo dedicado à exposição teórica foi suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. O tempo dedicado à exposição prática foi suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. A ação em termos de aquisição de novos conhecimentos foi suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Relativamente ao desempenho do formador considera que este:	1	2	3	4	5
3.1. Foi claro na apresentação dos objetivos pedagógicos/de aprendizagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Dominava as matérias que ministrou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Conseguiu motivar os formandos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Foi claro nas intervenções realizadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Incentivou a participação dos formandos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Desenvolveu metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. Verificou, ao longo da ação, a aquisição de aprendizagens por parte dos formandos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8. Demonstrou ao grupo as aplicações práticas das matérias em estudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

 **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**
CENTRO DE ENFERMAGEM

 **INSTITUTO DE SAÚDE**

 **Escola Superior de Enfermagem**

 **Instituto de Saúde**
Escola Superior de Enfermagem

 **Faculdade Superior de Saúde**
Dr. Carlos Dias

- 3.9. Demonstrou interesse pelas dificuldades dos formandos (apoio na resolução de problemas concretos)?**
- 3.10. Apresentou algumas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (ex: consulta de sites especializados na matéria, referências bibliográficas, centros para consulta de informação, ...)?**
- 4. Relativamente a procedimentos de avaliação como considera:**
- 4.1. Os instrumentos de avaliação utilizados?**
- 4.2. O feedback da avaliação (devolução dos resultados da avaliação)?**

Os meus sinceros agradecimentos pela sua colaboração.

Marlene Pereira

Apêndice H – Apresentação em PowerPoint da formação em catástrofe

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PERANTE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

Marlene Pereira

Janeiro (2018)

Plano Catástrofe!

OBJETIVO GERAL



Capacitar a equipe de enfermagem do Serviço de Urgência (SU) do CHUA, para atuar com prontidão e usando padrões aceitos a nível nacional e internacional na resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas

	Informar sobre a reorganização do SU numa situação de catástrofe
Objetivos	Explicar os diferentes níveis de resposta
específicos	Explicar os modelos de triagem utilizados
	Explicar o método dos cartões de ação

Plano Catástrofe

Plano de Catástrofe

Ser conhecido pela maioria dos profissionais

Estratificado por níveis

Resposta centrada no serviço de urgência, sob responsabilidade operacional do Chefe de Equipa

Deve prever o modelo de Triagem (Triagem Manchester – Adultos; JumpStart – Pediatria)

Baseado em cartões de ação

A sua ativação efetuada após contacto com o INEM

A segurança do hospital, profissionais e utentes é uma prioridade inalienável, sendo o isolamento das entradas/portarias uma prioridade

Prever uma zona para acomodar famílias

Prever a necessidade de descontaminação química

Adenda especial para pessoas com protocolo de estado (VIP)

Adenda especial para situações com NRBQ

Prever, se necessário, a alteração de funcionamento do Hospital, nomeadamente do Bloco operatório, UCIP, UCISU, UCA, ICIC, Serviços de Urgência e enfermarias

Do Desastre à Catástrofe: Diferentes Cenários Possíveis

Catástrofe: “ pensar o impensável” e “imaginar o inimaginável”

Existem conceptualmente dois tipos distintos de situações que podem conduzir à ocorrência deste tipo de situações:

Plano de Catástrofe

Do Desastre à Catástrofe: Diferentes Cenários Possíveis



Situações alta intensidade mas curta duração

Situações de baixa intensidade mas longa duração



Plano de Catástrofe

Plano de Catástrofe



ALL HAZARD



Plano de Catástrofe

Plano de Catástrofe



Caso o CHUA seja ativado para vítimas contaminadas com químicos nocivos, deverão as mesmas ser descontaminadas nos chuveiros exteriores ao SU.

Plano de Catástrofe



Plano de Catástrofe

Níveis de Resposta



Níveis de Resposta



	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Tipo de catástrofe	Reduzida dimensão	Razoável dimensão	Desastre grave na comunidade
Nº de Vítimas	< 25	25-60	>60
Nº de Dts Críticos	< 3	4-10	>10
Reorganização funcional	Recurso ao meios Permanentes	Recurso meios permanentes + mobilização do pessoal em serviço no hospital	Todos os recursos disponíveis Reorganização dos serviços*

* Serão efetivados registos de entrada de doentes em papel (impresso cruciforme) e etiquetagem numérica sequencial

Níveis de Resposta



Serviço de Urgência de Pediatria (SUP)

Nível 1	SUP não encerra. Ponderar a abertura da área vermelha e amarela do SU
Nível 2	SUP não encerra. Fecha a unidade de cuidados intermédios. Abertura da área vermelha e amarela no SU adultos, com recursos humanos do SUP (rácio de 1 Clínico Geral e 1 Enfermeiro que permanecem no SUP)
Nível 3	Encerramento do SUP. Todos os recursos humanos e materiais deslocam-se para o SU de adultos.

Plano de Catástrofe

Níveis de Resposta



Capacidade máxima de utentes admitidos

Nº máximo de vítimas	20% da lotação = 120 vítimas entradas em 90 minutos
Nº máximo de doentes críticos	15% das vítimas admitidas
Percentagem máxima de internamento	40% das vítimas admitidas

Plano de Catástrofe

Níveis de Resposta



Atenção

Em caso de sobreposição de turnos será assumido, que caso sejam necessários, os profissionais que estão a acabar o turno não sairão, para permitir uma maior dotação de profissionais, fazendo face à demanda em causa.

Plano de Catástrofe

Níveis de Resposta



Mobilização Pessoal

1º Fase

Além do pessoal de serviço em SU, serão chamados enfermeiros e assistentes operacionais (AO) dos pisos de internamento

De acordo com as necessidades poderá atingir-se o limite de deixar 1 enfermeiro por serviço e 1 AO por piso

2º Fase

Para efetivação de tratamentos poderá ser necessário a convocatória específica de profissionais de várias áreas

*** Estrita responsabilidade do Chefe de Equipa**

Plano de Catástrofe

Modificações no Hospital



Evacuação do Serviço de Urgência

- Doentes que possam ter alta serão enviados para o domicílio.
- Doentes em maca da área médica serão distribuídos primariamente pelos Serviços do Edifício da Consulta Externa (Medicina 3, Oncologia, Pneumologia).
- Caso seja necessário passarão as deslocações de doentes para a Medicina 1 e 2, se elevadores funcionarem. Caso contrário átrio da entrada junto ao auditório e átrio da Infeciologia. Ponderar deslocações para as instalações do Departamento da Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM).
- Doentes em maca das restantes especialidade serão alocados ao respetivo Serviço.

Plano de Catástrofe

Plano de Catástrofe



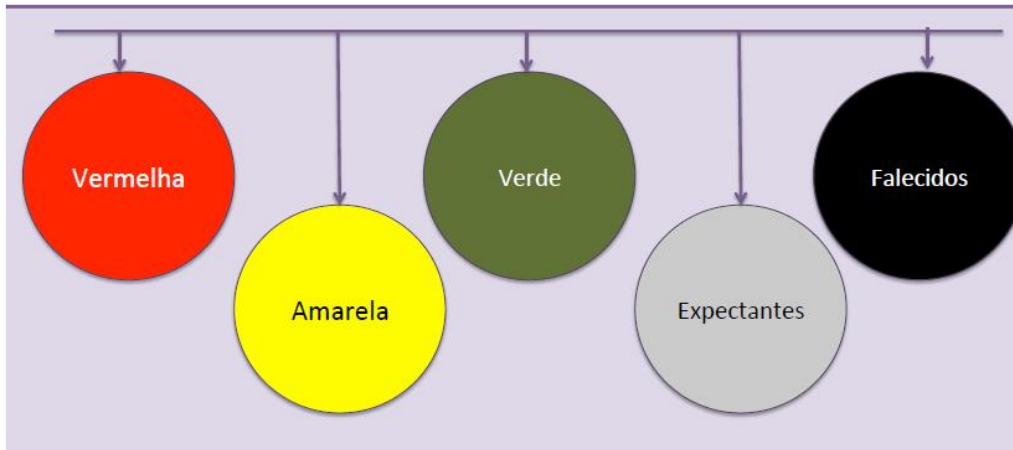
Plano Catástrofe consigna as seguintes fases:

Pré-hospitalar	Realiza a 1 ^o triagem ao nível do pré-hospitalar pelo INEM
Recepção no SU	Registo dos utentes e sua alocação a 5 áreas
Tratamento	Atitudes <i>life-saving</i> (ABCDE), controlo de danos e gestão de risco clínico
Resolução	Encerramento e retorno à normalidade
Reflexão	<i>Debriefing</i> obrigatório com os profissionais logo após a resolução
Auditoria	Elaboração e análise de um relatório do evento

Plano de Catástrofe



Cinco áreas de alocação de doentes



Área Expectantes



Vítimas que por decisão estritamente médica, não são para investir clinicamente



Tratamento

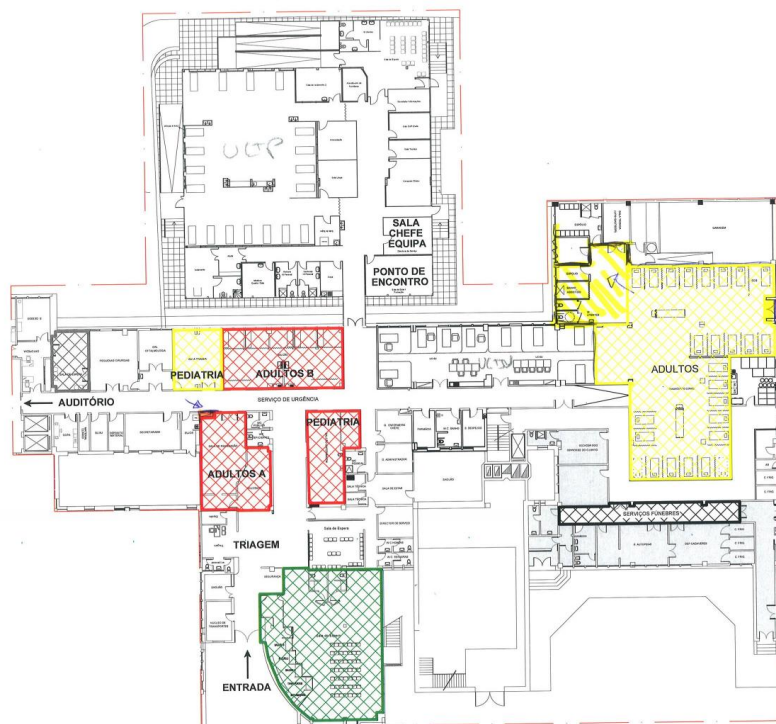


- Atitudes *(life saving)*!



Áreas de Intervenção

Áreas	Espaços
Triagem	Frente à sala de emergência, composta por 2 postos de triagem.
Vermelho ADULTOS	Sala de emergência (até 3 vítimas) Balcão Médico-Cirúrgico - salas 5 e 6 (a partir da 4 vítima)
Vermelho PEDIATRIA	Balcão Médico-Cirúrgico 1 - Balcão de Enfermagem - sala 3 e 4
Amarelo ADULTOS	Sala de Decisão Clínica
Amarelo PEDIATRIA	Sala de Trauma - sala 7
Verde	Sala de espera junto à admissão de doentes
Falecidos	Morgue da Unidade de Faro
Expectantes	Sala 10



Áreas de Intervenção (cont.)

Cuidados Intensivos	Serão assumidos como doentes de cuidados intensivos aqueles que necessitam de ventilação invasiva.*
Cuidados Intermédios	Receberão doentes que necessitam de fármacos vasoativos em curso por via intravenosa, da zona vermelha e bloco operatório. É a 1º área de expansão da UCIP.*
Unidade de Cuidados Intensivos Coronários	Receberão doentes da UCIP/UCISU de acordo com as necessidades. Será a 2º área de expansão da UCIP.*
Unidade AVC	Receberão doentes com necessidade de medicação vasoativa. Será a 3º área de expansão da UCIP.*
Recobro Bloco Cirurgia de Ambulatório	Será a 4º área de expansão da UCIP.
Recobro Bloco Operatório Central	Será transformado em zona de doentes com ventilação invasiva. Receberá doentes recém-operados enquanto aguardam encaminhamento para Cuidados Intensivos.

*Procederão à colocação nas enfermarias de todos os doentes que possam ser deslocados.

Áreas de Intervenção (cont.)

Serviço Pneumologia	Receberão doentes com necessidade de ventilação não invasiva.
Enfermaria Peri-operatória	Cirurgia Poente: doentes com indicação cirúrgica a aguardar bloco e em simultâneo os doentes após operados a necessitar de recobro.*
Zona das Famílias	Localizada no átrio do edifício da Consulta Externa.
Zona da Imprensa	Localizada no edifício do CA.
Zona filhos funcionários	Localizado no Serviço de Pediatria ao cargo de Educadoras da Pediatria.
Ponto encontro profissionais	Localizado na Sala de Reuniões/Formação (profissionais que se encontram no serviço) e no Auditório (para profissionais que se deslocam do exterior).

*Procederão à colocação nas enfermarias de todos os doentes que possam ser deslocados.



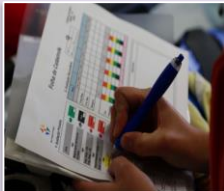
Triagem

Plano de Catástrofe

Plano de Catástrofe

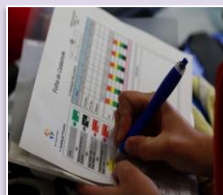


TRIAGEM

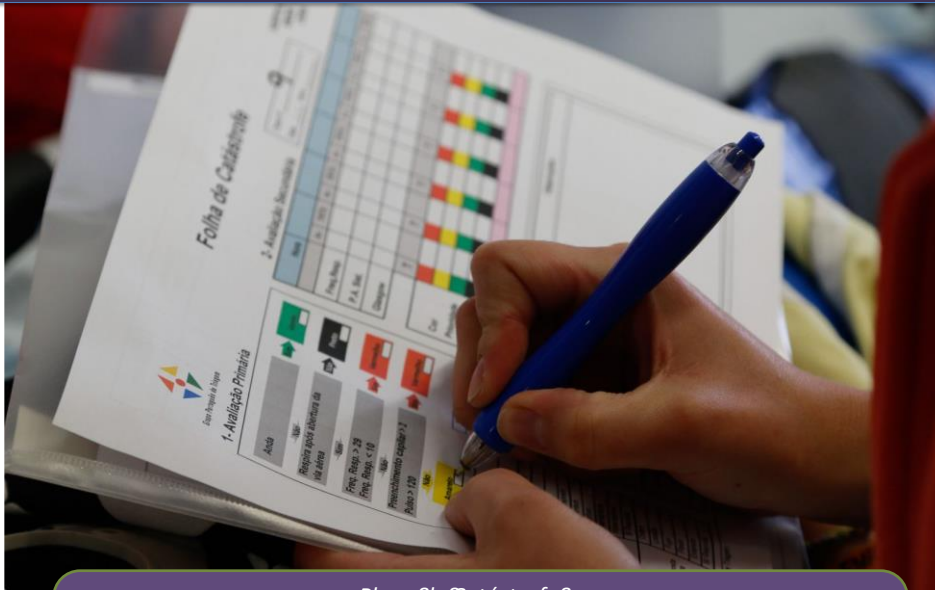


Adultos! Protocolo Manchester!

Pediatria! Jumpstart!

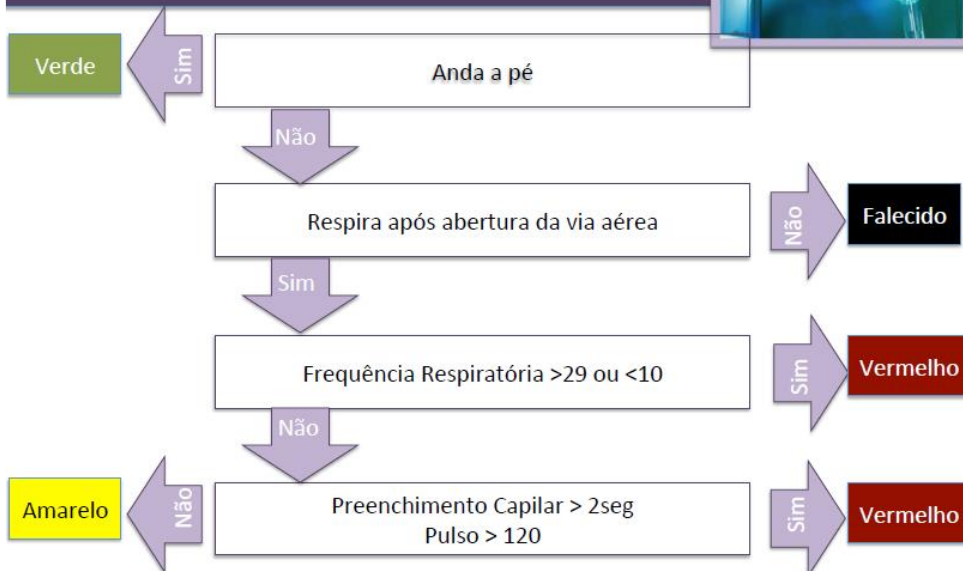


Triagem(Manchester(



Plano de Catástrofe

Avaliação Primária – Triagem Manchester



Avaliação Secundária – Triage Manchester

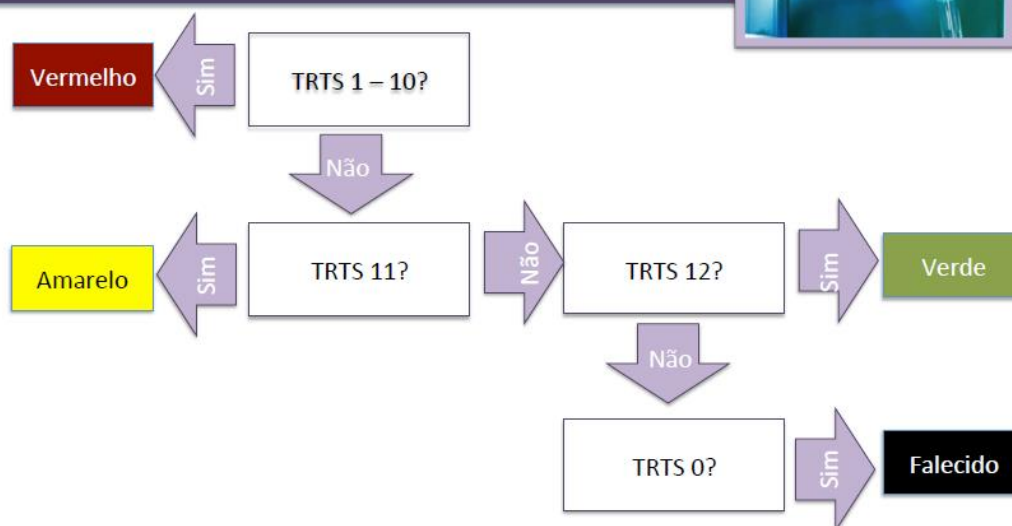


Escala TRTS (Triage Revised Trauma Score)

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

Plano de Catástrofe

Avaliação Secundária – Triage Manchester



Plano de Catástrofe

Folha de Catástrofe FARO

Caso nº _____
Data: / / Hora: :

1- Avaliação Primária

Anda **Verde**

Não Respira após abertura da via aérea **Preto**

Sim Freq. Resp. > 20
Freq. Resp. < 10 **Amarelo**

Não Preenchimento capilar > 2
Pulso > 120 **Vermelho**

Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

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

Escala de Comas de Glasgow		Escala TRTS	
Abertura de olhos	Espontânea 4 "Viz" 3 "Dor" 2 "S/Resposta" 1	Freq. Resp.	10 a 20 4 > 20 3 6 a 9 2 1 a 5 1 0 0
Resposta verbal	Orientada 5 Confusa 4 Inapropriada 3 Inperceptível 2 S/Resposta 1	Pressão Arterial Sistólica	> 90 4 76 a 85 3 50 a 75 2 1 a 49 1 0 0
Resposta motora	Obediente 6 Localiza 5 Flexão 4 Flexão 3 Extensão 2 S/Resposta 1	Escala De Comas De Glasgow	13 a 15 4 9 a 12 3 6 a 8 2 4 a 5 1 3 0

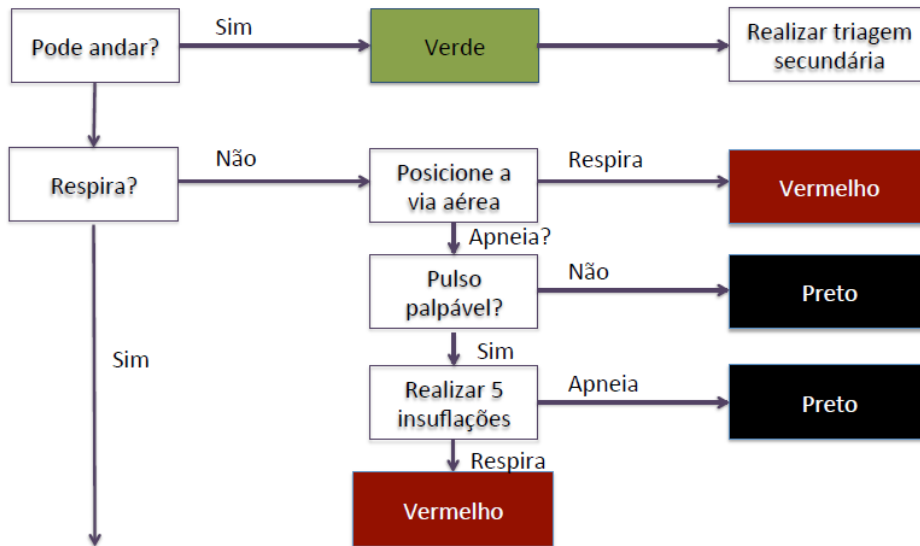
Prioridades TRTS

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

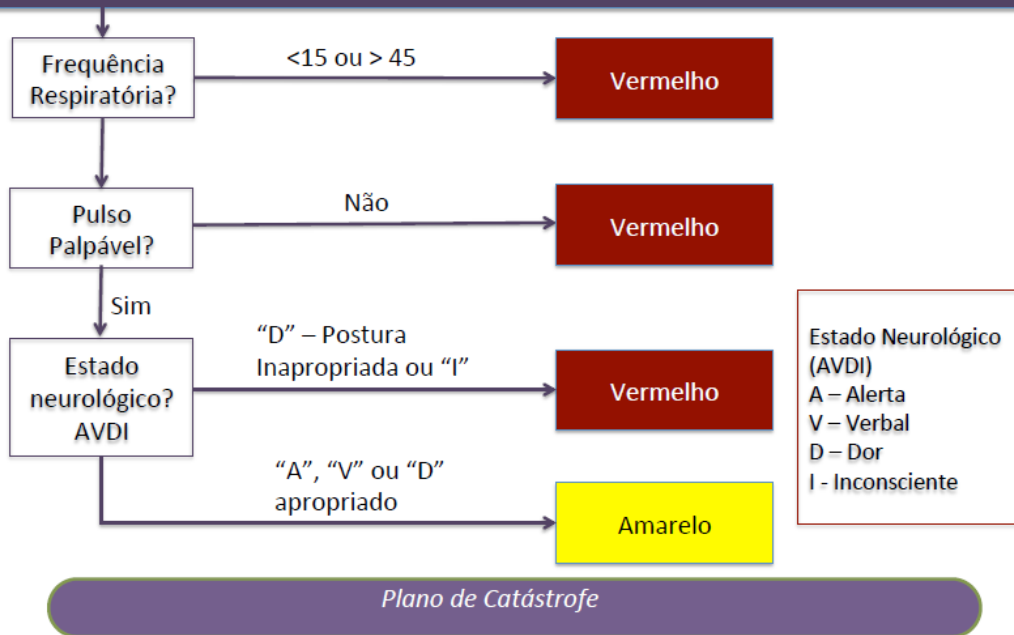
Observações:

© Grupo Português de Triagem

Triagem Pediátrica JumpSART



Triagem Pediátrica JumpSART (cont.)

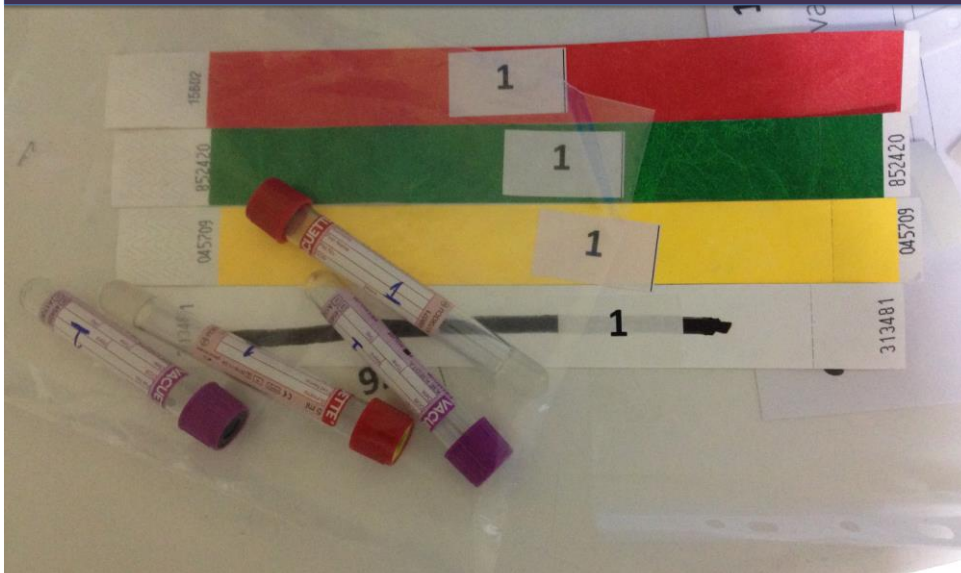



Código de Cores Sistema de Triagem de Manchester

Cor	Vermelha	Amarela	Verde	Expectantes	Preta
Significado	Em colapso cardiovascular	Em marcado sofrimento	Com sintomas mínimos a moderados	Muito mau prognóstico	Falecidos
	Perigo eminente de colapso	Não estão em perigo de colapso eminente	Conseguem deambular	Escassa probabilidade de recuperação	Com lesões incompatíveis com a vida
Necessidades	Alocação máxima de pessoal e equipamento de abordagem	Necessidade urgente de tratamento Necessitam de estar em maca	Tratamento sintomático Não necessitam de atenção imediata	Sector próprio	Sector próprio
Exemplos	IR aguda Choque hemorrágico	TC moderados PT estáveis	Fraturas simples Luxações	TC com perda abundante de massa encefálica	Falecidos

Legenda: IR: Insuficiência Respiratória. PT: Politraumatizado. TC: Traumatismo Craniano.

Material (do kit) de Triagem (




CHAlgarve
 Centro Hospitalar
 Faro - Portimão - Lagos
 Serviço Urgência Básica

Etiqueta do Doente 1

Médico Requirante:

Nº Ordem: **Requisição de Imagiologia**

Nº Mec:

Nome do Exame	Código	Realizar
Abdomen Simples	M11010	
Anca unilateral Zinc	M10806	
Antebraço Zinc	M10760	
Articulações temporo-maxilares boca aberta e fechada unilateral	M10140	
Barça	M10600	
Braço Zinc	M10740	
Calcâneo Zinc	M10875	
Clavícula Zinc	M10705	
Coluna Cervical Zinc	M10520	
Coluna Cervical 4inc	M10521	
Coluna Dorsal Zinc	M10535	
Coluna Lombar Zinc	M10545	
Coluna Lombo Sagrada Zinc	M10555	
Cotovelo Zinc	M10745	
Coxa Zinc	M10825	
Crânio Zinc	M10005	
Dedos da mão Zinc	M10785	
Dedos do pé Zinc	M10880	
Esterno Zinc	M10440	
Grelha Costal Zinc	M10430	
Joelho Zinc	M10830	
Mandíbula Zinc	M10150	
Mão Zinc	M10781	
Ombro Zinc	M10721	
Órbita Zinc	M10070	
Ossos da face Zinc	M10111	
Ossos próprios do nariz	M10130	
Pé 2 inc	M10865	
Perna Zinc	M10850	
Pés em carga Zinc	M10870	
Punho Zinc	M10765	
Sacro e cóccix Zinc	M10570	
Selos Perinasais 1inc	M10103	
Selos Perinasais Zinc	M10100	
Tórax 1inc	M10405	
Tórax 2 inc	M10406	
Tornozelo Zinc	M10855	

Observações

Requisição de Produtos Sanguíneos
Serviço de Imuno-hemoterapia

IMP 026
15/05/2015
Revisão nº 02

ABO Rh

Identificação do Utente

Serviço requisitante: _____ Camar _____
Requisição entrada em: ____/____/____ às ____ h ____ m

Diagnóstico
Informação clínica: _____

Valores Laboratoriais
Hb: _____ g/L HtC: _____ % Plq: _____ $10^9/\mu\text{L}$ Outros: _____

Transfusão de:
 CE (Concentrado de Eritrócitos) CPP (Concentrado de Pool de Plaquetas) CUP (Concentrado Unitário de Plaquetas)

Autorizado pelo médico do serviço: Sim Não

Data da Transfusão: ____/____/____ **Serviço:** _____

Tipagem
Doente que vai ao Bloco Operatório mas não necessita de ter componentes reservados.
Apenas estudo imuno-hematológico completo.

Flebotomia
Volume: _____ mL

Transfusão AUTÓLOGA
O médico assistente propõe o doente para transfusão autóloga (uma unidade por semana até à data da cirurgia).

GRAU DE URGÊNCIA

Programada:
 Cirurgia/Bloco Operatório

Urgente:
 Cirurgia/Bloco Operatório Urgente
 Logo que possível (até 6 horas)
 Urgente (até 45min)
 Emergente (Imediata)
 PRESCINDO DAS PROVAS DE COMPATIBILIDADE

O doente já fez transfusões? Sim Não Data da última ____/____/____
O doente já fez reação transfusional? Sim Não Data da última ____/____/____
De que tipo? _____

Observações:
Para que o pedido seja satisfeito a requisição deve ser completamente preenchida e acompanhada, se amostra devidamente identificada, caso contrário será devolvida.

Data da colheita ____/____/____
Hora da colheita ____ h ____ m
Assinatura do responsável pela colheita da amostra / N.º Mec. _____

Data do pedido ____/____/____
Assinatura do Médico / N.º Ordem _____

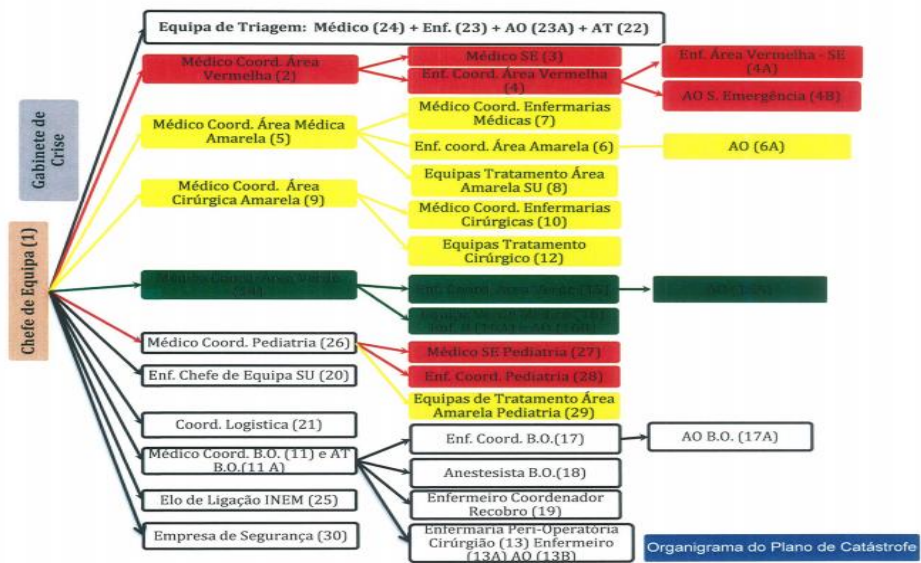
Etiqueta do médico



Cartões de Ação

Plano de Catástrofe

Plano de Catástrofe



Cartões (de Ação)

Enfermeiro Coordenador Área Vermelha

Cartão de Ação #4

Plano de Catástrofe

CHUA - FARO

Atualizado: Janeiro 2018

Prioridades

1. Assumir o papel de Enfermeiro coordenador da SE A
2. Providenciar toda a logística de abertura da SE B
3. Controlo da área vermelha A e B
4. Distribuir os enfermeiros pelas duas áreas em articulação com o médico coordenador da área vermelha CA#2
5. Distribuir os recursos logísticos

Ações

1. Apresenta-se ao Enfermeiro Chefe de Equipa SU
2. Comunica com todos os Grupos de Ligação
3. Controlo dos tratamentos na área vermelha
4. Controlo da documentação na área vermelha
5. Assegura que são efetuados registos adequados
6. Estabelece as necessidades de manutenção de material, das instalações e equipamentos, e transporte de doentes

Avaliação

- Avaliar continuamente a resposta
- Ajustar à realidade com o conhecimento do Médico Coordenador Área Vermelha CA#2 e Enfermeiro Chefe de Equipa SU CA#20

INTERLOCUTORES

- Chefe Equipa CA#1
- Médico Coord. Área Vermelha CA#2
- Médico Coord. Área Médica Amarela CA#5
- Enf. Coord. Área Amarela CA#6
- Médico Coord. Área Cirúrgica Amarela CA#9
- Enf. Chefe de Equipa SU CA#20

NÃO ESQUECER

- Contacto com Enf. Coord. Área Amarela CA#6
- Contacto com Enf. Chefe de Equipa SU CA#20

PERFIL

- Enfermeiro com experiência de SE
- Inicialmente: Enfermeiro de Serviço à SE
- Posteriormente e se possível/indicado: Enfermeiro com experiência de SE e de coordenação

Cartões (de Ação)

Enfermeiro Área Vermelha - Salas de Emergência

Cartão de Ação #4A

Plano de Catástrofe

CHUA - FARO

Atualizado: Janeiro 2018

Prioridades

1. Apresentar-se ao médico com quem vai trabalhar em equipa
2. Assumir o papel de Enfermeiro da Sala Emergência A (habitual) ou B (Balcão Médico-Cirúrgico – Salas 5 e 6)

Ações

1. Apresenta-se ao Enfermeiro coordenador Área Vermelha
2. Tratamento do doente que lhe for atribuído pelo médico com quem vai trabalhar e segundo as suas indicações
3. Preparação de fármacos e soros
4. Monitorização
5. Cateterismos e outras ações orientadas pela situação clínica
6. Registos
7. Reportar ao médico da Sala de Emergência
8. Estabelecer as necessidades de manutenção de material, das instalações e equipamentos e transporte de doentes

Avaliação

- Avaliar continuamente a resposta
- Ajustar à realidade com o conhecimento do Médico Sala de Emergência CA#3 e Enfermeiro Coordenador Área Vermelha CA#4

INTERLOCUTORES

- Chefe Equipa CA#1
- Médico Coord. Área Médica Amarela CA#5
- Médico Coord. Área Cirúrgica Amarela CA#9
- Enf. Coord. Área Amarela CA#6
- Enf. Chefe de Equipa SU CA#20

NÃO ESQUECER

- Contacto com Enf. Coord. Área Amarela CA#6
- Contacto com Enf. Chefe de Equipa SU CA#21

PERFIL

- Inicialmente: Enfermeiro de Serviço à SE
- Enfermeiro com experiência em doente crítico

Enfermeiro Coordenador Área Amarela

Plano de Catástrofe

CHUA - FARO

Atualizado: Janeiro 2018

Cartão de Ação #6

Prioridades

1. Evacuação e preparação da logística da área amarela
2. Registo dos doentes e da sua mobilidade a partir da área amarela
3. Supervisionar as ações dos AO
4. Garantir a manutenção da logística da área amarela

Ações

1. Apresenta-se ao Enfermeiro Chefe de Equipa SU
2. Contactar com os Enfermeiros da triagem (CA#23) e médicos coordenadores das áreas médica (CA#5) e cirúrgica (CA#9) amarelas
3. Supervisiona com os médicos responsáveis a evacuação da área amarela médica e cirúrgica e o transporte de doentes
4. Constitui equipas de tratamento iniciais, a partir da equipa da urgência e outros que venham dos serviços com o Enf. Chefe de Equipa SU CA#20
5. Supervisiona o funcionamento dos enfermeiros nas equipas de tratamento
6. Define e supervisiona as funções dos AOs da área
7. Estabelece as necessidades de manutenção de material, das instalações e equipamentos, alimentação e transporte de doentes

Avaliação

- o Avaliar continuamente a resposta
- o Ajustar à realidade com o conhecimento do Médico Coordenador Área Amarela CA#5 e Enfermeiro Chefe de Equipa SU CA#20

INTERLOCUTORES

- Chefe Equipa CA#1
- Médico Coord. Área Médica Amarela CA#5
- Enf. Chefe de Equipa SU CA#20
- Coordenador de Logística CA#21

NÃO ESQUECER

- Transporte dos doentes
- Materiais e equipamentos para a área amarela
- Reorganização dos enfermeiros da área para a constituição das equipas de tratamentos
- Gerir ação e tarefas dos AOs na sua dependência
- Verificar se todos os doentes estão identificados (com cruciforme e número), na área amarela
- Verificar que todos os materiais de identificação dos doentes são preservados
- Informar e solicitar ao enfermeiro coordenador sobre a necessidade de recursos para a sua área
- Coordenar e registar a mobilidade dos doentes da área amarela

PERFIL

- Inicialmente: Enfermeiro de Serviço na Decisão Clínica
- Enfermeiro com experiência de SE
- Posteriormente e se possível:


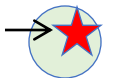











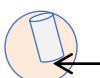


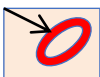

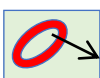










Dúvidas??

Obrigada pela atenção

Plano de Catástrofe

Apêndice I – Cartões de simulação de vítimas

Comunicação/ Inspeção	Palpação/ Auscultação	Símbolos tratamento
 Dor moderada	 Sensibilidade moderada	Via Aérea
 Dor severa	 Sensibilidade severa	Tubo naso/orofaríngeo Máscara laríngea
 Escoriação	 Fratura evidente	Intubação traqueal Cricotireoidotomia
 Hematoma, contusão	 Suspeita de fratura	
 Queimadura superficial	 Fratura deslocada	Respiração
 Queimadura profunda	 Fratura exposta	Oxigénio Oxigénio e suporte ventilatório Dreno torácico
 Ferida	 Luxação articulação	
 Ferida sangrante	 Sensibilidade prejudicada	
 Ferida penetrante	 Pulso periférico reduzido	Circulação
 Exteriorização tecidos	 Sons respiratórios reduzidos	Acesso intravenoso/intraósseo
 Laceração extensa	 Audição reduzida	Fluidos Analgésia
 Amputação traumática	Anterior ————— Posterior - - - - -	Torniquete
 Em pé/ Andar	 Em pé/ Caminhar Pedindo ajuda	Estabilização Fratura
	 Deitado/ Silêncio	Estabilização cervical Cinto pélvico Estabilização dos membros Tala de tração
	 Deitado/ Pedindo ajuda	

Posição

A Via Aérea

Permeável

Ameaça

Bloqueado

B Respiração

Rápido > 30

Normal >10 - <30

Lento > 5 - <10

Muito lento <5

Não detetável 0

Frequência Respiratória

Comunicação

Exposição **E**

Auscultação Palpação

C Circulação

<50

50-100

>100- >120

>120

Não detetável 0

Frequência Cardíaca

Estridor

Sim

Não

Hemoptises

Sim

Não

Clanose

Sim

Não

Utente **27**

~50

Sistólica

>90

<90 - >75

75-50

<50

Pele Periférica

Normal

Fria

D Incapacidade

Alerta	Localiza a dor	Movimentos inesperados	Flexão à dor	Extensão à dor	Sem resposta
ECG= 13-15	ECG=9-12	ECG=6-8	ECG=4-5	ECG=3	

Posição

A Via Aérea Permeável Ameaça Bloqueado

B Respiração

Rápido > 30

Normal >10 - <30

Lento > 5 - <10

Muito lento <5

Não detetável 0

Frequência Respiratória

Estridor

Sim

Não

Hemoptises

Sim

Não

Cianose

Sim

Não

C Circulação

<50

50-100

>100- >120

>120

Não detetável 0

Frequência Cardíaca

Sistólica

>90

<90 - >75

75-50

<50

Pele Periférica

Normal

Fria

E Comunicação Exposição Auscultação Palpação

♀ ~35

Utente 8

D Incapacidade

Alerta	Localiza a dor	Movimentos inesperados	Flexão à dor	Extensão à dor	Sem resposta
ECG= 13-15	ECG=9-12	ECC=6-8	ECG=4-5	ECG=3	

Apêndice J – Check-list de avaliação da prática simulada

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Check-list de avaliação da performance dos enfermeiros durante a prática simulada

SAV Adultos

CRITÉRIOS A AVALIAR	Prática Simulada		
	Realiza	Com Falhas	Não Realiza
1. Avalia estado de consciência			
2. Permeabiliza via aérea corretamente			
3. Avalia VOSP corretamente			
4. Inicia atempadamente compressões torácicas			
5. Identifica os diferentes tipos de ritmo			
6. Administra terapêutica no momento exato			
7. Administra choque no momento exato			
8. Assegura condições para realizar SAV eficazmente			
9. Corrige causas de PCR			
10. Formula e verbaliza um plano de ação			
11. Coloca em prática o plano formulado sem demoras			
12. Mantém atitudes de <i>team leader</i>			

Apêndice K – Planos de sessão da formação

PLANO DE **SESSÃO**

Tema: Atuação do Enfermeiros do serviço de urgência perante uma situação de catástrofe

Formadora: Marlene Pereira

Local: Sala de formação do CHUA	Data: 04/01/2018 (4 sessões)	Hora: 14h-16h
Duração da sessão: 120min	Destinatários: Enfermeiros do SU do CHUA	
Objetivo Geral:	· Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência do CHUA, para atuar com prontidão e usando padrões a nível nacional e internacional na resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas.	
Objetivos Específicos:	· Informar sobre a reorganização do SU numa situação de catástrofe; · Explicar os diferentes níveis de resposta; · Explicar os modelos de triagem utilizados; · Explicar o método dos cartões de ação.	

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	CrITÉrios e Instrumentos de Avaliação	Duraçã o
Introdução	- Explicar a importância da atuação sistematizada perante uma situação de catástrofe e multi-vítimas	- Apresentação do tema; - Objetivos do trabalho;	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Preenchimento de um questionário Observação direta em sala: motivação e participação	15min
Desenvolvimento	- Informar sobre a reorganização do SU numa situação de catástrofe - Explicar os diferentes níveis de resposta - Explicar os modelos de triagem utilizados - Explicar o método dos cartões de ação	- Do desastre à catástrofe: diferentes cenários possíveis; - Plano de catástrofe; - Níveis de resposta: · Nível 1; · Nível 2; · Nível 3; - Evacuação do serviço de urgência; - Fases do plano de catástrofe; - Alocação de doentes; - Tratamento: life-saving; - Áreas de intervenção; - Triagem: · Triagem Manchester; · Pediatria: Jumpstart; - Cartões de ação.	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	30min
Desenvolvimento	- Apresentação de casos clínicos; - Análise e discussão dos casos clínicos; - Identificação das dificuldades de aplicação;	- Aplicabilidade prática e clínica de casos clínicos	<i>Problem-Based Learning</i> Aprendizagem pela experiência Ancoragem na experiência profissional e pessoal	Cartões de simulação Planta SU	Observação direta; Participação; Resolução dos problemas propostos	60 min
Conclusão	- Resumir o processo de atuação catástrofe e multi-vítimas	- Resumo de Ideias; - Clarificação de dúvidas;	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação Preenchimento de um questionário	15min

Apêndice L – Procedimentos de atuação sobre precauções dependentes da transmissão por contato

Procedimento sobre Precauções Dependentes da Transmissão por Contacto no Serviço de Urgência

Centrada na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e na promoção da segurança, surge o conceito de infeção relacionada com cuidados de saúde. Este tipo de infeções, é um problema de carácter universal, prejudica o tratamento adequado do utente e são um fator que contribui para a morbilidade e mortalidade do mesmo, assim como do aumento significativo dos recursos hospitalares e comunitários. A evidência desta afirmação, é-nos dada através de vários estudos realizados ao longo dos anos, tanto a nível local, nacional ou internacional (DGS, 2016).

Para que haja infeção, deve haver um agente causal ou agente patogénico. Pode ser vírus, bactérias, fungos, rickettsiae, protozoários ou helmíntia. Deve existir um reservatório onde se encontra o agente. O reservatório pode ser animado (humano ou animal), ou inanimado (solo, água, soluções intravenosas, equipamento, etc.). Os reservatórios humanos podem ser pessoas com infeção clínica aguda, com colonização ou portadores assintomáticos.

Com o crescente conhecimento acerca do modo de transmissão de infeções, houve uma necessidade de aperfeiçoar as práticas de isolamento. Estas práticas são baseadas na evidência científica, eliminando-se as aproximações empíricas. Deste modo, a prevenção e controlo de infeção constitui-se como uma componente essencial da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente, fundamental no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde.

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreira físicas de modo a reduzir ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para o outro. Pode ser de doente para doente, de doente para os prestadores de cuidados e vice-versa. O cumprimento das recomendações de isolamento é uma necessidade incontornável e insubstituível.

O sucesso das precauções de isolamento num serviço de saúde depende de vários fatores, entre eles:

Ambiente físico apropriado;

Políticas de saúde;

Comportamento dos profissionais de saúde.

Pelo que a implementação de procedimentos de precauções de transmissão torna-se um importante aspeto no controlo da infeção.

A prevenção e controlo de infeção está integrada numa componente estruturada da qualidade da saúde com preocupação máxima na segurança e bem-estar do doente. Neste sentido são várias as estruturas, entre elas, a OMS e a DGS, que definem estratégias no combate ao alcance dos objetivos propostos. Estima-se que cerca de um terço deste tipo de infeções, seja perfeitamente evitável, desde que sejam cumpridas as recomendações de boas práticas, entre as quais as precauções padrão (DGS, 2016). Contudo, as competências e práticas de trabalho desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com ênfase nos enfermeiros, influenciam na adesão a estas práticas recomendadas (Gonçalves, 2012). A sua prevenção e controlo, exige investimento científico, tecnológico e humano.

Objetivos

- Estabelecer barreiras de proteção no serviço de Urgência (SU) que limitem ou suprimam a propagação de doenças provocadas por microrganismos transmissíveis por contacto direto e/ou indireto.
- Evitar a propagação de doenças transmissíveis por contacto direto ou indireto no SU a todos os que contactam com a pessoa (profissionais e visitas) e entre pessoas, equipamentos ou dispositivos médicos, bem como a contaminação do ambiente.
- Aplicar precauções básicas de controlo de infeção e as precauções dependentes das vias de transmissão de forma correta durante a suspeita ou confirmação do isolamento e que assegurem a segurança dos cuidados.
- Prevenir a transmissão de microrganismos multirresistentes (MMR) no SU.

Campo de aplicação

Todos os profissionais do SU do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Siglas, Abreviaturas e Definições

AO – Assistente operacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESBL – Betalactamases de Espectro Alargado

MRSA – *Staphylococcus Aureos* resistente à Meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

1. PROCEDIMENTOS

1.1 Enquadramento Teórico

Os enfermeiros são profissionais que devido ao elevado número de horas de cuidados prestados podem desempenhar um papel de elevada importância no campo da prevenção e controlo. Podemos ainda referir que os enfermeiros são profissionais responsáveis por garantir e permitir um aumento da qualidade, do acesso, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados a todos os utentes. Nesta linha de pensamento e segundo a OE (2012, p.11) o enfermeiro é aquele que demonstra: “um exercício seguro, responsável e profissional (...) competência assente num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada”. Só com uma atitude de prevenção e domínio de boas práticas se pode atuar no controlo da infeção e na melhoria dos cuidados de saúde.

Deste modo, é considerado de suma importância o desenvolvimento de estratégias de prevenção e controlo de infeções. No contexto atual, com a mudança de foco para a segurança do utente e a gestão de risco, onde as

áreas relacionadas com a prevenção e controlo de infeção emergem como temáticas centrais à prestação de cuidados de saúde, é premente o uso de estratégias e a adoção de novos conceitos às organizações de saúde, para congregar e coordenar esforços e recursos para uma melhoria de ganhos em saúde. Assim, o planeamento, especificamente o planeamento em saúde, é um conceito basilar e orientador.

As precauções dependentes das vias de transmissão repartem-se por uma das três vias:

- Via aérea;
- Gotículas;
- Contacto.

Sendo o contacto uma das vias de transmissão, que por sua vez pode ser direto, ou seja, de pessoa para pessoa, através de mãos contaminadas, ou indireto através de um objeto intermediário, tais como, os dispositivos médicos, os equipamentos e as superfícies contaminadas, entre outras. No que concerne às precauções por contacto, as mesmas têm como grande objetivo, impedir o risco de transmissão de agentes infecciosos.

Por conseguinte, os utentes colonizados/infetados ou suspeitos devem ser colocados em isolamento de contacto em quarto com sanitários independentes (preferencialmente) ou em coorte (DGS, 2015) e sinalizar o local para que a equipa multidisciplinar tenha conhecimento do isolamento. No que concerne às medidas específicas, as mesmas passam pela higienização das mãos, o uso adequado do EPI, a higienização do utente, a utilização individual de materiais e equipamentos, a descontaminação adequada da unidade do utente, assim como a gestão correta dos resíduos e respetiva roupa, o controlo das visitas e as respetivas precauções no transporte destes utentes.

O uso de EPI na prestação de cuidados em utentes infetados, colonizados ou suspeitos, os profissionais devem realizar isolamento de contato com precauções de contacto com luvas e bata impermeável de uso único e máscara cirúrgica caso exista risco de salpico de secreções ou fluidos até existir evidência de erradicação, ou seja, os três rastreios após descolonização ou preferencialmente até à saída/alta do utente (DGS, 2015).

No que respeita às visitas destes utentes, deverão usar medidas de proteção de contacto (luvas, bata e máscara cirúrgica) quando prestam cuidados diretos aos utentes, tais como alimentação, cuidados de higiene ou pretendem visitar outro utente. Os profissionais de saúde deverão realizar educação para a saúde sobre medidas de contenção na fonte às visitas no que concerne à importância da higiene das mãos antes e depois de contactar com o utente e evitar o contacto com outros utentes do serviço/unidade de internamento (DGS, 2015).

Não se pode deixar de evidenciar a importância da higiene das mãos e reforçar a importância da mesma para o sucesso no controlo de infeção.

Os principais microrganismos transmitidos por via aérea e que exigem a aplicação de medidas estão identificadas no seguinte quadro:

Microrganismo
<ul style="list-style-type: none">· MRSA· Klebsiella pneumoniae ESBL· Ciprofloxacin ESBL· Pseudomonas aeruginosa resistente à Piperacilina, Ceftazidima, Carbapenemes ou Aminoglicosídeos· Clostridium difficile· Escherichia coli ESBL· Enterococcus resistente a Vancomicina· Streptococcus pneumoniae com elevados níveis de resistência à Penicilina· Difteria cutânea· Abscessos, celulite ou úlceras de grandes dimensões· Conjuntivite hemorrágica vírica· Escabiose

Como é de conhecimento público, ao longo do tempo, houve um aumento da incidência de infeções hospitalares devido a organismos multirresistentes, tendo surgido a necessidade de criar recomendações mais específicas para a vigilância e controlo dos mesmos.

O *Staphylococcus Aureos* é um dos agente mais prevalentes da infeção associada aos cuidados de saúde com uma significância clínica elevada. Trata-se de uma bactéria Gram positiva que coloniza a pele em cerca de 30% dos indivíduos saudáveis (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013), podendo ser superior nos utentes hospitalizados e nos profissionais de saúde. O MRSA (*Staphylococcus Aureos* resistente à Meticilina) é uma bactéria multirresistente à maioria dos antibióticos, mais prevalente e mais frequentemente isolado em ambiente hospitalar, que, apesar de um desenvolvimento positivo, continua a ser considerada uma prioridade na saúde pública, estando historicamente associado a infeções nosocomiais. Esta bactéria consegue produzir uma vasta gama de fatores de virulência, daí ser grande sucesso como agente patogénico. A versatilidade e gravidade deste tipo de infeções dependem destes fatores de virulência, e este mesmo fator, contribui para uma elevada resistência a antibióticos.

Em 2015, a DGS através da circular normativa, norma nº018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, emite orientações para a pesquisa ativa de rastreio nos utentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA, quando e como esta deve ser realizada.

Assim, conforme a DGS (2015), será realizada o rastreio ativo a:

- todos os utentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas e/ou
- um ou mais dos seguintes critérios: uso de antibióticos nos seis meses anteriores, internamento nos seis meses anteriores, necessidade de hemodiálise, internamento em unidade de cuidados continuados ou lar/residência de idosos, presença de dispositivos invasivos, presença de feridas crónicas e colonização prévia por MRSA.

Sendo que este deverá ser realizado, na admissão da pessoa no SO através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea, caso exista. Nestas pessoas logo que possível deve ser colocada uma identificação de fácil reconhecimento para toda a equipa de saúde.

O *Clostridium difficile* é uma bactéria que existe na flora do intestino humano. Habitualmente não causa problemas, no entanto, alguns antibióticos podem

interferir na flora intestinal provocando a multiplicação desta bactéria, e como consequência a mesma vir a causar diarreia ligeira e severa, fezes com sangue e febre. Trata-se de uma infeção extremamente contagiosa e a sua multiplicação e proliferação podem ocorrer facilmente.

Estas infeções, como já citado anteriormente, são causadas essencialmente por antibióticos, sendo que a grande maioria dos casos ocorre em ambiente hospitalar, num ambiente de cuidados de saúde.

Segundo a norma da DGS (2015) a pesquisa de infeção por esta bactéria deve ser realizada por:

- amostra de fezes em todas as pessoas com diarreia, internadas há mais de 72h e;
- pessoas admitidas por diarreia cuja causa não pode ser atribuída de forma clara a uma causa subjacente.

1.2 Ativação do isolamento

Médico:

- Realizar a prescrição de início do isolamento a adotar em caso de suspeita de colonização, suspeita ou confirmação da infeção por um microorganismo transmissível por contacto.

Enfermeiro responsável pelos cuidados ao utente

- Explicar todo o procedimento ao utente, desde a necessidade de isolamento até aos cuidados a adotar pelo próprio, permitindo o mesmo ser parte integrante dos cuidados;
- Avisar os restantes elementos da equipa e educar visitas e/ou familiares no sentido de cumprir as respetivas medidas de precaução;
- Preencher a lista de verificação de isolamento de contacto (Anexo 1);
- Preferencialmente realizar isolamento geográfico do utente;
- Caso existam outro(s) utente(s) contaminado(s) ou infetado(s) com o mesmo microorganismo poderá se proceder ao respetivo isolamento em coortes: manter os utentes no mesmo local distando no mínimo de um metro entre elas;

- No caso da inexistência de um isolamento geográfico, em último recurso, utilizar uma separação espacial, com área bem delimitada e separada por biombo ou cortina com uma distância mínima de segurança de um metro para os outros utentes. Este local não pode coincidir com zonas de passagem ou fácil acesso a outras pessoas do SU. Preferencialmente afastadas de outras pessoas internadas e/ou com maior grau de suscetibilidade (imunodeprimidos, idosos ou a realizar antibioterapia);
- Colocar identificação a sinalizar o local como zona de isolamento de contacto (Anexo 2), de forma bem visível e de fácil percepção;
- Informar e proceder à respetiva orientação do AO relativamente ao EPI e munir a entrada do respetivo local com luvas de diferentes tamanhos, bata de manga comprida e/ou avental, máscara;
- Garantir a existência de solução antisséptica de base alcoólica junto da área de isolamento à exceção de infeção por *Clostridium difficile*, uma vez que este microrganismo apresenta resistência a esta solução, especificamente nesta situação, providenciar uma zona de fácil acesso a água e sabão;
- Verificar a existência de saco branco de risco grupo III de resíduos junto da zona considerada em isolamento.

1.3 Manutenção do isolamento

- Devem ser cumpridas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção.
- Realizar a higiene corporal do utente com água e sabão, à exceção de utentes confirmados com MRSA.
- Todos os utentes com MRSA confirmado devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo com a exceção da face) com gluconato de clorhexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, durante 5 dias após confirmação da infeção, medida utilizada como forma de descolonização do microrganismo. Juntamente com esta medida também é necessário submeter os utentes a higiene oral, com uma periodicidade mínima de três vezes por dia com gluconato de clorhexidina a 0,2%, durante todo o período de internamento.

- A descolonização dos utentes deve ser efetuada com mupirocina a 2% pomada nasal (três aplicações diárias em ambas as narinas) associada à higiene corporal com gluconato de clorhexidina como referido anteriormente.
- Após descolonização, deve ser monitorizada a sua eficácia, com realização de três rastreios de controlo (48h após o termo da descolonização e com periodicidade semanal os restantes).
- Se a primeira descolonização falhar, repetir apenas mais uma vez o procedimento.
- É indispensável que todo o material e equipamento utilizado na unidade de isolamento seja de uso exclusivo da referida unidade, nomeadamente, estetoscópio, braçadeiras de esfignomanómetro, urinóis, arrastadeiras, material de higiene, entre outros. Sempre que possível, dar preferência a materiais descartáveis.
- Na área de isolamento, colocar apenas o material e equipamento estritamente necessário para a prestação de cuidados. Todo o material pode ser um veículo de contaminação.
- A roupa suja, deve ser devidamente colocada em saco vermelho transparente, fechado com respetiva braçadeira junto da unidade de isolamento e seguidamente colocado no carro de roupa suja.
- Os resíduos produzidos na área de isolamento devem ser depositados em respetivos sacos brancos de risco grupo III, com enchimento até 2/3 da sua capacidade, devidamente selados e depositados no contentor próprio do respetivo resíduo.
- Manter a sinalética com o respetivo tipo de isolamento;
- Manter na entrada da área de isolamento o respetivo EPI preconizado para o tipo de isolamento.
- As medidas de isolamento devem ser mantidas até confirmação da irradicação do respetivo microrganismo.

1.4 Uso adequado do EPI

Cada instituição é responsável por fornecer equipamentos de proteção individual em qualidade e quantidade suficientes e ajustadas de acordo com

a natureza do procedimento. É de responsabilidade de cada profissional de saúde selecionar as barreiras protetoras mais apropriadas em função do contacto previsto e do tipo de isolamento. A compreensão dos princípios do uso do EPI é fundamental para a sua correta seleção.

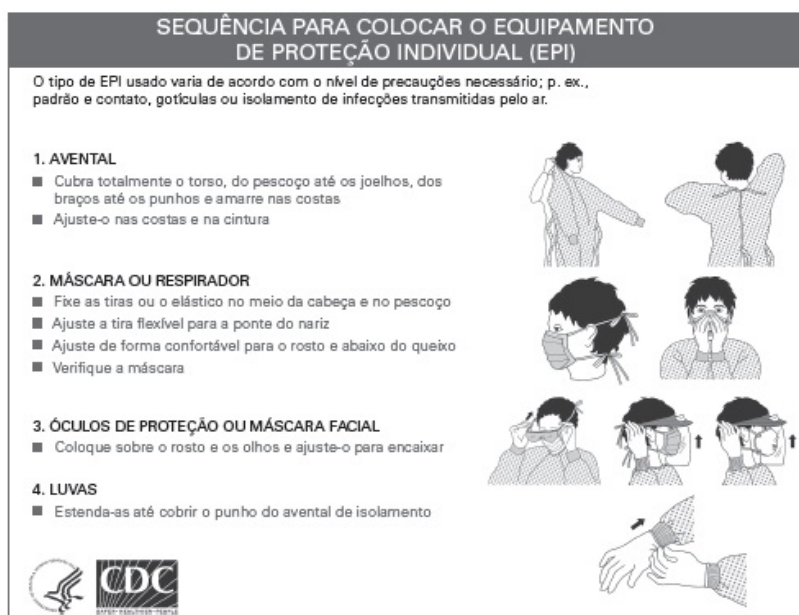
Para quebrar a cadeia epidemiológica de transmissão cruzada de infeção é necessário, entre outras coisas, cumprir as regras de colocação e remoção do respetivo EPI. Dependendo do nível de cuidados prestados pode não ser necessário o uso de todos os EPI como são demonstrados seguidamente. Nessas circunstâncias o profissional deve transpor o passo desse respetivo EPI, mantendo sempre a ordem correta e proceder para o EPI seguinte.

A colocação e remoção dos EPI tem um papel importante na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infeção, pelo que devem ser cumpridas as seguintes indicações:

- O EPI deve ser colocado à entrada da área de isolamento.
- A fricção das mãos com soluções antissépticas de base alcoólica é um processo que exige menos tempo que a lavagem das mãos, pode ser realizado quando não há lavatórios, e é mais eficaz na prestação de cuidados a utentes com estirpes resistentes/multirresistentes. Motivo pelo qual é recomendado o uso desta solução sempre que as mãos estejam visivelmente limpas. No caso do microrganismo suspeito ou confirmado for o *Clostridium difficile*, a higienização das mãos deve ser feita com água e sabão, motivo já mencionado anteriormente.
- Em todas as unidades de saúde, devem existir recomendações escritas para a higienização das mãos.
- A ordem da colocação do EPI é: bata/avental, máscara, proteção ocular e luvas.
- Deve ser utilizada bata de manga comprida, não esterilizada para proteção da pele e para impedir a conspurcação da roupa e pele durante procedimentos ou respetivo contato com equipamentos da área de isolamento.
- Na prestação de cuidados não invasivos, de curta duração, poderá substituir a bata pelo avental.

- Para todos os procedimentos invasivos e/ou com capacidade potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue ou outros fluídos corporais é necessário o uso de máscara com proteção ocular ou na sua ausência máscara com viseira.
- As máscaras devem ser selecionadas de acordo com as patologias e o tipo de eficácia de filtragem necessária de acordo com as mesmas patologias (gotículas, partículas).
- As luvas disponíveis em todas as áreas clínicas devem obedecer às normas da Comunidade Europeia.
- As luvas devem ser selecionadas de acordo com os procedimentos e o nível de risco que representam para o utente e o risco para os profissionais de saúde.
- É obrigatório o uso de luvas no local de prestação de cuidados.

Descrição correta da forma de colocação do EPI obrigatório para situações de isolamento de contato:



(Fonte: Centers for Diseases Control)

- O EPI deve ser removido antes de sair da área de isolamento de forma a evitar a contaminação.
- O mesmo é removido pela seguinte ordem: luvas, proteção ocular, bata/avental, e máscara ou máscara com viseira.
- Após remoção do respetivo EPI, deve proceder novamente à higienização das mãos, procedimento já referenciado anteriormente.
- Todo o EPI utilizado deve ser colocado em saco branco de risco grupo III.
- O equipamento reutilizável não é usado para tratar outro utente até ser limpo e processado adequadamente.

Descrição correta da forma de remoção do EPI obrigatório para situações de isolamento de contato:



(Fonte: Centers for Diseases Control)

1.5 Transporte do utente para o exterior da área de isolamento

- O utente só deverá ser transportado para fora da área de isolamento quando for indispensável como sejam a realização de exames ou técnicas e transferências intra e inter-hospitalares.
- Deve ser colocada ao utente uma bata limpa e uma máscara para proteção do utente.
- Comunicar os intervenientes no transporte e receção do utente sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados a estes utentes.
- O transporte deve ser realizado por dois profissionais: um calça um par de luvas e o outro apenas uma luva (mão que contacta com todo o material do utente), a mão que não apresenta luva é utilizada para tocar nas respetivos elevadores ou campainhas que possam existir.

1.6 Orientações para familiares/visitas

- Restringir o número de visitas.
- Sensibilização dos mesmos no que respeita ao uso de medidas de precaução e, na responsabilização para a adesão.
- Devem ser dadas indicações relativamente à própria proteção, proteção do utente em causa e dos outros utentes que se encontram no serviço.
- As medidas básicas a ensinar devem incidir em: higiene das mãos, à entrada e a saída da área de isolamento, uso de barreiras protetoras (luvas, bata e máscara cirúrgica durante a permanência junto do utente), não contactar com outros utentes e não trocar objetos pessoais (revistas, comida, entre outros).
- Deve ser dado o apoio e informação a familiares/visitas de forma a que compreendam a necessidade de isolamento, desmistificando medos.

1.7 Resíduos

Os resíduos produzidos na área de isolamento devem ser colocados nos dispositivos de recolha junto do utente (contenção na fonte) de acordo com a política da unidade de saúde e a legislação vigente.

1.8 Limpeza e desinfeção da área de isolamento

Uma boa higiene do ambiente nas unidades de saúde é uma componente integral e importante estratégia de prevenção das infeções hospitalares. Existe um conjunto de atividades que são consideradas importantes, neste caso, deverá ser instituído um procedimento de limpeza e desinfeção das respetivas áreas de isolamento.

Anexo 1

LISTA DE VERIFICAÇÃO
ISOLAMENTO POR CONTACTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
(A ser preenchido pelo Enfermeiro responsável pelo utente antes de iniciar o
isolamento prescrito e a manter o mesmo junto da área de isolamento)

CRITÉRIOS A CONFIRMAR	
1. Consultar	
	Procedimento sobre Precauções Dependentes da Transmissão por Contacto no Serviço de Urgência
2. Realizar e manter o isolamento (por ordem preferencial)	
A.	Isolamento geográfico (preferencialmente)
B.	Isolamento em coortes (garantir distância mínima de um metro entre utentes e ausência de outras infeções confirmadas ou suspeitas)
C.	Isolamento por separação espacial no SO, com separação através de cortina ou biombo e garantindo distância mínima de 1 metro entre utentes.
3. Garantir que a área de isolamento se mantém sempre limpa	
4. Identificar e manter à entrada da área de isolamento as sinaléticas referentes ao isolamento de contacto	
5. Garantir e manter a colocação do respetivo EPI junto da entrada da área de isolamento	
	Luvas de diferentes tamanhos
	Batas de manga comprida
	Aventais
	Máscara e óculos ou máscara com viseira
6. Colocar junto da área de isolamento solução antisséptica de base alcoólica (com exceção para infeções por <i>Clostridium difficile</i> , neste caso garantir acesso fácil a uma zona de lavagem de mãos)	
7. Garantir a existência de saco branco risco grupo III à saída da área de isolamento	
8. Garantir que junto do utente apenas permanece o	

material/equipamento extremamente indispensável à realização dos cuidados	
9. Se for necessário transportar a pessoa, garantir:	
A.	Colocar bata limpa e máscara no utente
B.	Comunicar os intervenientes no transporte e receção do utente
C.	Transporte efetuado por dois profissionais, um utiliza um par de luvas o outro apenas uma

Anexo 2

Sinalética para identificação de isolamento por contacto



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – OSHA. Ficha Informativa – EPI. OSHA; 2012. Acedido em 15 de Novembro de 2017 em https://www.osha.gov/Publications/osha3603_portuguese.pdf
- Centres for Disease Control and Prevention – Information about MRSA in Healthcare Settings. Atlanta; 2016. Acedido em 10 de Novembro de 2017 em <https://www.cdc.gov/mrsa/healthcare/index.html#q1>
- Derde, L., Cooper, B., Goossens, H., Malhotra-Kumar, S., Willems, R., Gniadkowski, M., ... Bonten, M. (2014). Interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units: an interrupted time series study and cluster randomised trial. *The Lancet Infectious Diseases*, 14(1), 31–39. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70295-0](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70295-0)
- Direção-Geral da Saúde – Reforço das Medidas de controlo de Infeção na Perspetiva de Ocorrência de pandemia de Gripe. Direção.Geral de Saúde, Lisboa; 2006. Acedido em 10 de Novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/apresentacao.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 15 de Novembro de 2017 em http://www.ulsm.minsaude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2009) – Infeção por *Clostridium difficile*. Direção.Geral de Saúde, Lisboa; 2009. Acedido em 10 de Novembro de 2017 em <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/esclarecimento-sobre-infeccao-por-clostridium-difficile.aspx>

- Direção Geral de Saúde (2015). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. (2015) Acedido em 15 de Novembro de 2017 em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Documentacao%20Tecnica/Ficheiros/Norma_DGS_18-2014.pdf

- Direção Geral da Saúde (2016) *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números - 2015*. Acedido em 15 de Novembro de 2017 em <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2015. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)*. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control. Acedido em 13 de Novembro de 2017 em <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-europe-2015.pdf>

- Gonçalves, S.(2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido em 12 de Novembro de 2017 em <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4514>

- Ministério de Saúde (2008). Comissão de controlo de Infecção dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde administração Regional de Saúde do Algarve, IP Departamento Saúde Pública, Algarve; 2008.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de competências gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 12 de Novembro de 2017 em

Apêndice M – Apresentação em PowerPoint intitulada “Paragem Cardiorrespiratória”

PLANO DE **SESSÃO**

Tema: Paragem Cardiorrespiratória

Formadora: Marlene Pereira

Local: Sala de formação do CHUA	Data: 04/12/2017	Hora: 14h30-16h
Duração da sessão: 120min	Destinatários: Enfermeiros do SUB do CHUA	
Objetivo Geral:	<ul style="list-style-type: none">· Promover a atualização de conhecimentos face às <i>guidelines</i> do algoritmo de SAV;· Proporcionar treino de competências em SAV – contexto PCR.	
Objetivos Específicos:	<ul style="list-style-type: none">· Identificar atempadamente aspetos críticos;· Reconhecer precocemente uma situação de PCR;· Identificar os diferentes tipos de ritmo;· Realizar algoritmo de SAV corretamente consoante o ritmo identificado.	

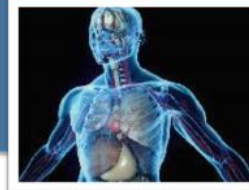
MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	Critérios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	- Explicar a importância da atuação sistematizada perante uma situação de PCR	- Apresentação do tema; - Objetivos do trabalho;	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	10min
Desenvolvimento	- Identificar atempadamente aspetos críticos; - Reconhecer precocemente uma situação de PCR; - Identificar os diferentes tipos de ritmo; - Reconhecer o algoritmo de SAV.	- Primeiros socorros: - Princípios gerais do socorrismo; - Reanimação cardiorrespiratória; - Paragem cardiorrespiratória; - SBV; - SAV.	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	25min
Desenvolvimento	- Apresentação de casos clínicos; - Análise, prática simulada e discussão dos casos clínicos; - Identificação das dificuldades de aplicação;	- Aplicabilidade prática e clínica de casos clínicos	<i>Problem-Based Learning</i> Aprendizagem pela experiência Ancoragem na experiência profissional e pessoal	Manequim e lifepack Material e equipamento clínico de reanimação	Observação direta; Participação; Resolução dos problemas propostos	45min
Conclusão	- Síntese dos aspetos mais relevantes mencionados durante a sessão;	- Resumo de Ideias; - Clarificação de dúvidas;	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Computador Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	10min



OBJETIVO GERAL



- Promover a atualização de conhecimentos face às *guidelines* do algoritmo de SAV;
- Proporcionar treino de competências em SAV – contexto PCR.

Paragem Cardiorrespiratória

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Identificar atempadamente aspetos críticos;

Reconhecer precocemente uma situação de PCR;

Identificar os diferentes tipos de ritmo;

Realizar algoritmo de SAV corretamente consoante o ritmo identificado;

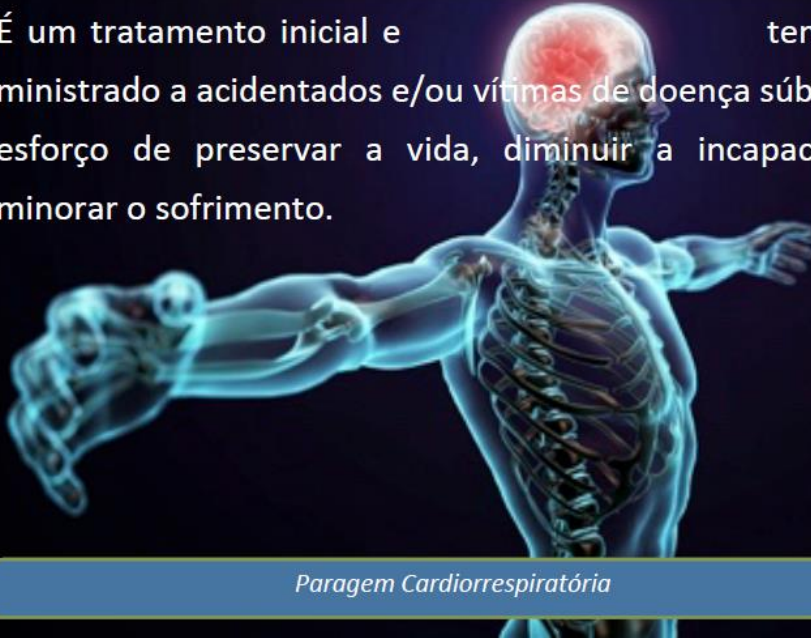
Paragem Cardiorrespiratória



Paragem Cardiorrespiratória

PRIMEIRO SOCORRO

- É um tratamento inicial e temporário ministrado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento.



Paragem Cardiorrespiratória

PRINCIPIOS GERAIS DO SOCORRISMO



Prevenir!

Alertar!

Socorrer!

Paragem Cardiorrespiratória

PRINCIPIOS GERAIS DO SOCORRISMO



PREVENIR : No presente caso quando se fala de prevenir, não é no sentido de evitar o acidente, pois ele já ocorreu. A prevenção é sim necessária, por forma de evitar o agravamento do estado da vítima com o surgimento de complicações;

Paragem 'Cardiorrespiratória'

PRINCIPIOS GERAIS DO SOCORRISMO



ALERTAR : o alerta, tem como finalidade providenciar pela chegada de socorro diferenciado.

Paragem Cardiorrespiratória

PRINCIPIOS GERAIS DO SOCORRISMO



SOCORRER : os primeiros minutos são de especial importância. Deverá ter sempre em mente os seguintes pontos de referência:

Paragem Cardiorrespiratória

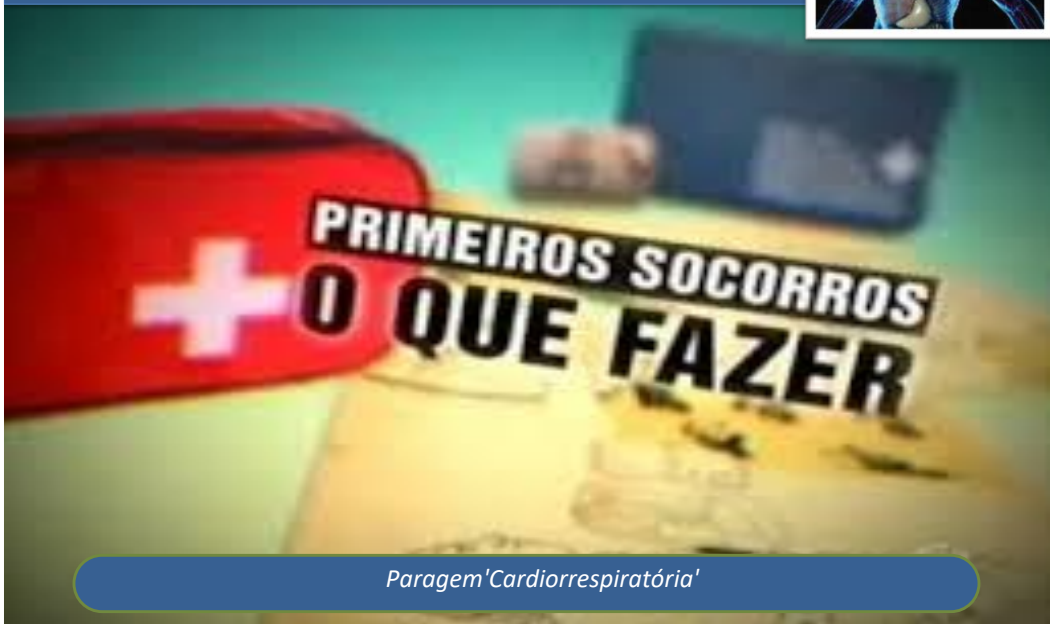
PRINCIPIOS GERAIS DO SOCORRISMO



- **Morte clínica** – aos 0 minutos sem respiração e circulação.
 - no espaço entre 3 a 6 minutos do estado de morte clínica começam a dar-se transformações irreversíveis nas células cerebrais.
- **Morte biológica** - Aos 10 minutos as células do cérebro devido à falta de irrigação sanguínea começam a morrer.

Paragem Cardiorrespiratória

PRIMEIROS SOCORROS



Paragem 'Cardiorrespiratória'

PRIMEIROS SOCORROS



Qualidades do socorrista:



Autocontrolo e sentido de responsabilidade;



Capacidade de organização e liderança;



Capacidade de comunicação;



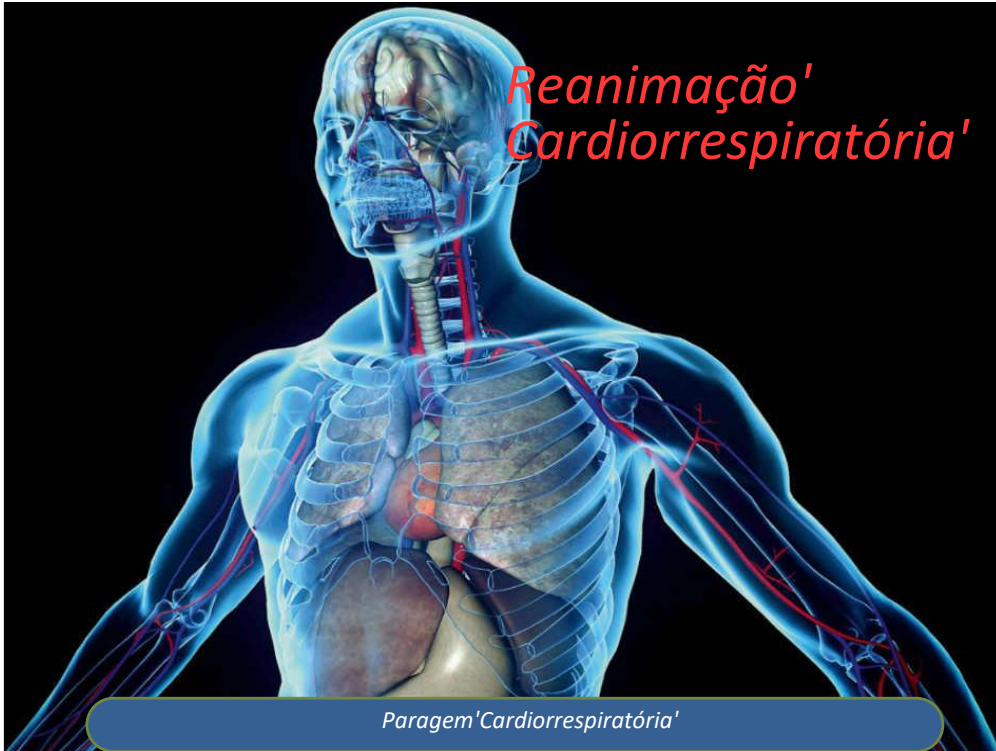
Capacidade de tomar decisões;



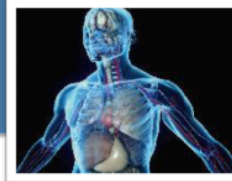
Compreensão e respeito pelo outro;



Consciência das suas limitações.



SISTEMA CARDIOVASCULAR



- O **Sistema circulatório** ou **cardiovascular**, é formado pelo **coração** e **vasos sanguíneos**, é responsável pelo transporte de nutrientes e oxigênio para todas as partes do corpo.
- A partir disso, a **circulação sanguínea corresponde a todo o percurso do sistema circulatório** que o sangue realiza no corpo humano de modo que no percurso completo, o **sangue passa duas vezes pelo coração**.

Pequena circulação e Grande circulação.

Paragem Cardiorrespiratória

SISTEMA CARDIOVASCULAR



Componentes do sistema circulatório:

Coração

O coração é um **órgão muscular** do sistema circulatório, que se localiza na caixa torácica **entre os pulmões** e funciona como uma bomba de modo que o lado esquerdo bombeia o sangue arterial para todas as partes do corpo, enquanto o lado direito bombeia o sangue venoso para os pulmões. O coração funciona impulsionando o sangue por meio de dois movimentos: **contração (sístoles) e relaxamento (diástoles).**

SISTEMA CARDIOVASCULAR



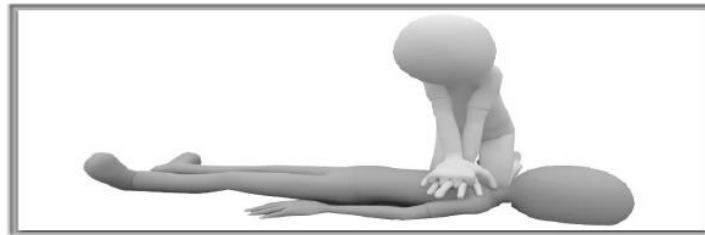
- O sistema circulatório tem uma função primordial na distribuição de oxigênio e nutrientes a todas as células do organismo.
- A função respiratória está intimamente ligada à função circulatória;
- Só mantendo uma boa capacidade ventilatória, é possível o sangue receber a quantidade de oxigênio necessária à manutenção dos órgãos e em especial à função cerebral.

Paragem Cardiorrespiratória

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA



- PCR é o momento em que o coração deixa de funcionar e o indivíduo deixa de respirar, sendo necessário fazer uma massagem cardíaca para que o coração volte a bater.



Paragem Cardiorrespiratória

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA



- A probabilidade de sobrevivência e recuperação na PCR depende da capacidade de quem presencia o acontecimento saber quando e como pedir ajuda, e iniciar de imediato Suporte Básico de Vida (SBV).



Paragem Cardiorrespiratória

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Reconhecimento e pedido de ajuda

Paragem 'Cardiorrespiratória'

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Início precoce do SBV

Paragem 'Cardiorrespiratória'

SUORTE BÁSICO DE VIDA



- O **Suporte, Básico, de, Vida, (SBV)**, é um conjunto de atitudes organizadas num **algoritmo**, que sugere os procedimentos a executar por qualquer cidadão. Estes procedimentos dependem da avaliação da situação concreta que foi feita na etapa anterior.

Paragem 'Cardiorrespiratória'

SUORTE BÁSICO DE VIDA



- As manobras de compressão torácica externa e de ventilação têm como objetivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para preservação da viabilidade do coração e cérebro.

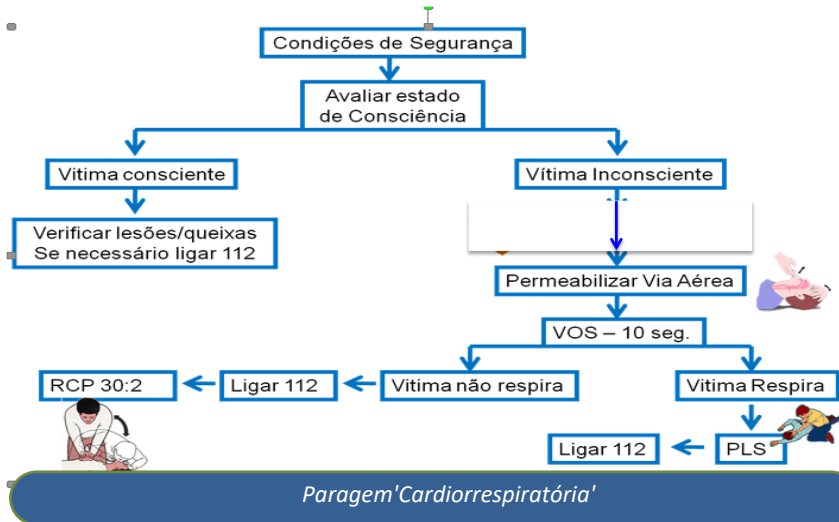


O SBV tem como principal função ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa SAV.

Paragem Cardiorrespiratória

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Algoritmo SBV



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Desfibrilhação atempada

Paragem 'Cardiorrespiratória'

DEFIBRILHAÇÃO PRECOCE



- Na PCR, o grande objetivo é conseguir desfibrilhar (se estiver indicado) nos 3 minutos após detecção da PCR. Isto implica implementar:



Programas de desfibrilhação

Paragem Cardiorrespiratória

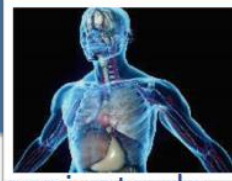
CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Cuidados de Suporte Avançado de Vida
Cuidados pós-reanimação

Paragem Cardiorrespiratória

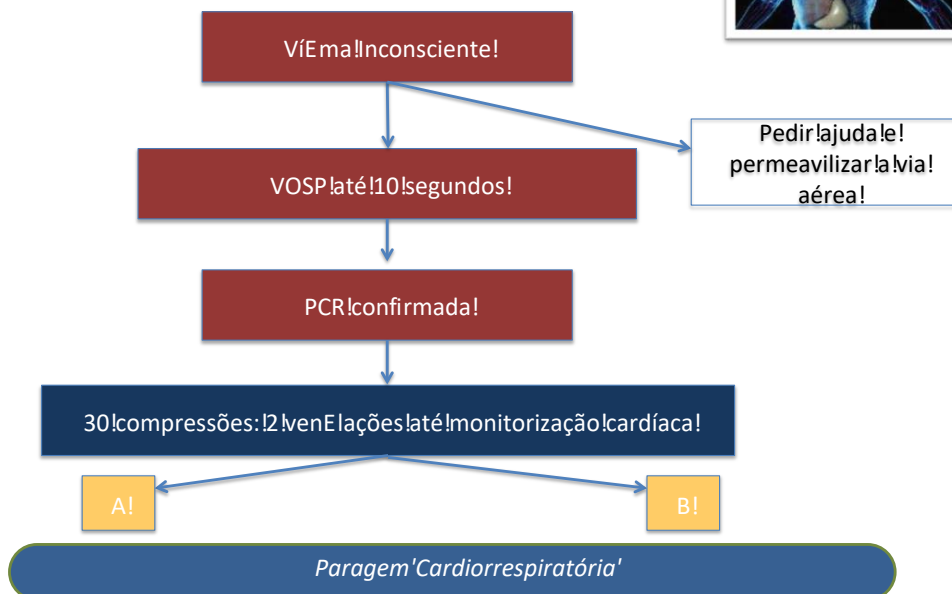
SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV)



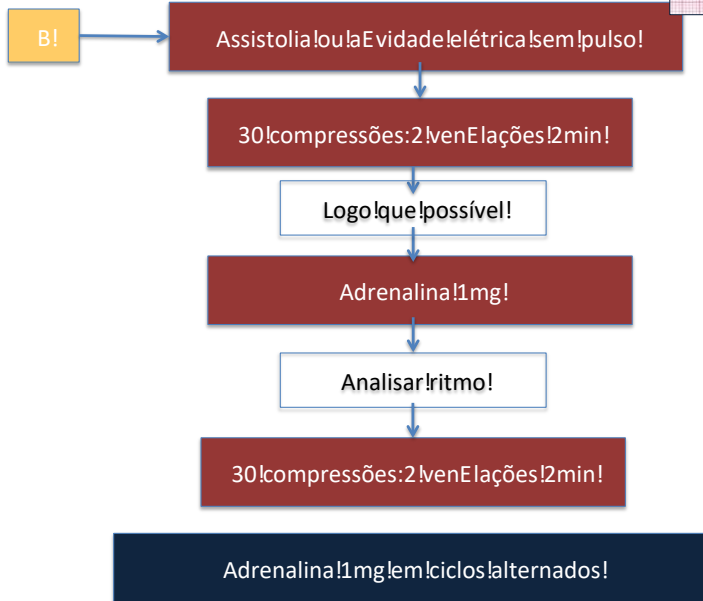
- O **Suporte Avançado de Vida (SAV)**, é um conjunto de manobras de suporte adicional que otimizam a função cardiorespiratória, aumentando a taxa de sobrevivência, a longo prazo.



SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo



SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo



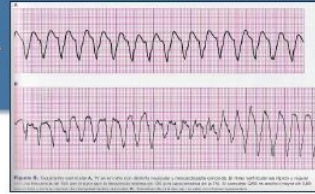
SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo



SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo

A

Adrenalina 1mg ciclos alternados
Amiodarona 150mg, seguida de 900mg em 24h



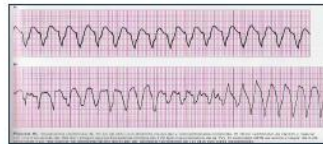
30 compressões:2 ventilações 2min

Analisar ritmo

6º Choque – 360J

Paragem Cardiorrespiratória

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo



Assegurar:

O2 15l/min alto débito

Acessos venosos (se necessário IO)

Entubação endotraqueal

MINIMIZAR INTERRUPÇÕES

Paragem Cardiorrespiratória

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo



Corrigir causas de PCR:

Hipóxia

Hipovolémia

Hip/Hipocaliémia/Alterações metabólicas

Hipotermia

Pneumotórax Hipertensivo

Tamponamento Cardíaco

Tóxicos/iatrogenia Medicamentosa

Tromboembolismo/obstrução mecânica

Paragem Cardiorrespiratória

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo

Considerar a administração de:

Sulfato de magnésio 2g (se tarsado de points prévia)

Bicarbonato de sódio 50mmol (se hipercaliémia e/ou intoxicação por anti-depressores tricíclicos)

Paragem Cardiorrespiratória

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) - Algoritmo

Durante a PCR:

Compressões de elevada qualidade

Minimizar interrupções de compressões

Uso de capnografia

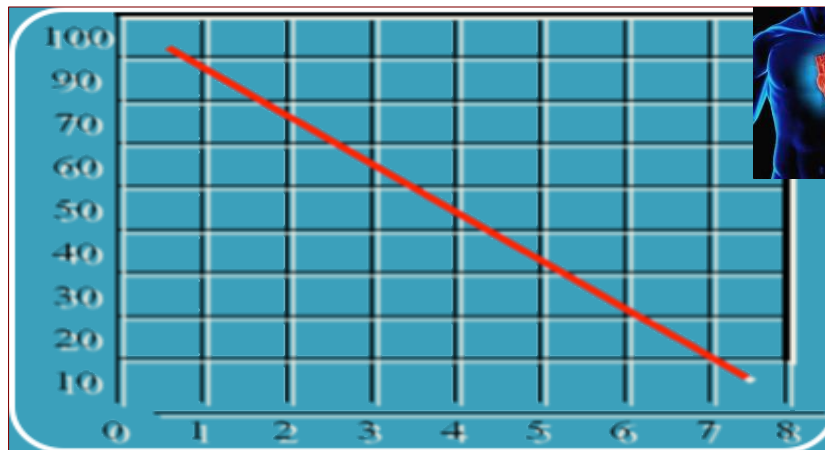
Compressões contínuas quando aérea avançada garantida

Acesso vascular (intre-venoso ou intra-ósseo)

Paragem 'Cardiorrespiratória'

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Tempo é! coração:!



Paragem 'Cardiorrespiratória'

PRÁTICAS



SAV!!Adultos!

Paragem Cardiorrespiratória

Paragem Cardiorrespiratória



- PEQUENOS GESTOS SALVAM VIDAS...

Paragem Cardiorrespiratória

3

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Check-list de avaliação da performance dos enfermeiros durante a prática simulada

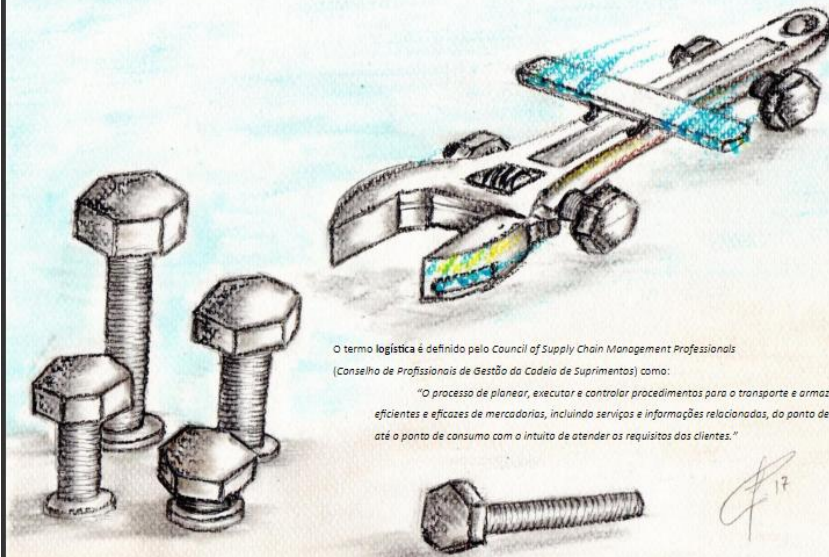
SAV Adultos

CRITÉRIOS A AVALIAR	Prática Simulada		
	Realiza	Com Falhas	Não Realiza
1. Avalia estado de consciência			
2. Permeabiliza via aérea corretamente			
3. Avalia VOSP corretamente			
4. Inicia atempadamente compressões torácicas			
5. Identifica os diferentes tipos de ritmo			
6. Administra terapêutica no momento exato			
7. Administra choque no momento exato			
8. Assegura condições para realizar SAV eficazmente			
9. Corrige causas de PCR			
10. Formula e verbaliza um plano de ação			
11. Coloca em prática o plano formulado sem demoras			
12. Mantém atitudes de <i>team leader</i>			

Apêndice N – Artigo de investigação: “Logística em incidentes de grandes dimensões: A importância do planeamento”

LOGÍSTICA EM INCIDENTES DE GRANDES DIMENSÕES

A importância do planejamento



O termo logística é definido pelo Council of Supply Chain Management Professionals (Conselho de Profissionais de Gestão da Cadeia de Suprimentos) como:

"O processo de planejar, executar e controlar procedimentos para o transporte e armazenamento eficientes e eficazes de mercadorias, incluindo serviços e informações relacionadas, do ponto de origem até o ponto de consumo com o intuito de atender os requisitos dos clientes."

Devido ao acelerado crescimento populacional aliado às mudanças climáticas, a degradação ambiental e a crescente urbanização, tem-se vindo a presenciar, um aumento exponencial de desastres naturais, expondo a população a um maior risco. (Figura 1) Dados do Banco de Dados de Desas-

tres Internacionais (EM-DAT), mantido pela WHO (World Health Organization- Organização Mundial de Saúde), revelam que, nos últimos 20 anos, mais de 7 mil desastres naturais causaram 1,35 milhões de mortes.



Figura 1. Número de mortes por tipo de desastre, 1996-2015

Poverty and Death-Disaster Mortality 1996-2015 (Pobresa e Morte: Mortalidade em Desastres 1996-2015, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Segundo a WHO, um desastre pode ser definido como qualquer ocorrência que cause danos, perturbações ecológicas, perda de vidas humanas ou deterioração da saúde e serviços de saúde numa escala suficiente para justificar uma resposta extraordinária. Os desastres em larga escala em todo o mundo demonstram que ninguém, nem nenhum país estão imunes à ameaça das calamidades naturais (WHO, 1999). Assim sendo, e numa tentativa de minimizar as consequências desastrosas deste tipo de situações, é vital que haja uma crescente preparação para este tipo de ocorrências, minimizando erros e agilizando a atuação das equipas destacadas para o teatro de operações.

É de extrema importância a preparação antecipada, realizando um planeamento dos recursos, preparando as equipas para situações excecionais e inesperadas que a qualquer momento podem surgir.

Segundo Van Wassenhove (2006, p.476) "A logística é a parte (relativamente a desastres) que pode significar a diferença entre uma operação bem sucedida ou falhada."

Os desafios logísticos enfrentados, numa situação de emergência são complexos, desempenhando a logística um papel preponderante nas manobras de auxílio e suporte às equipas de socorro. É de salientar que as condições em que as equipas trabalham após um desastre são, na sua maioria, caóticas. Assim, a organização da logística dentro destes circuns-

tâncias adversas tem sido uma questão relevante, alvo de estudo (Citado por Bastos s.d.). Uma logística eficaz, rápida, ágil e flexível, consegue reduzir o impacto destas catástrofes tendo como resultado final, vidas salvas (Citado por Silva 2011). O foco do processo logístico vai além da assistência direta à população atingida, passando pelo planeamento antes da ocorrência, apoio e assistência durante o sucedido e a posterior reestruturação (Zago, 2013). Em 1988, o Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres (CRED) lançou a Base de Dados de Eventos de Emergência (EM-DAT), permitindo, através da referida base de dados, racionalizar a tomada de decisões na preparação para eventuais desastres, assim como a existência de documentos que sustentem a avaliação de vulnerabilidades e a definição de prioridades.

Diferentes tipos de catástrofe precisam de ser geridas de diferentes maneiras, daí que a necessidade da elaboração de guias de intervenção para diferentes tipos de ocorrências, seja de extrema importância, já que agiliza a intervenção das equipas de socorro e simplifica a operação logística a desenvolver no teatro de operações. Esses guias são a base do conhecimento logístico aplicado, além de que estabelece objetivos gerais.

É necessário estabelecer hierarquias, de forma a otimizar a coordenação das ações no apoio logístico, sendo necessário definir prioridades quanto às ações a desenvolver. Uma maior eficiência e eficácia no desempenho da força do trabalho pode ser alcançado através da aplicação de duas regras de ouro: simplificação e delegação.

Não obstante de cada desastre ser diferente de qualquer

outro, as responsabilidades da logística passam por: planeamento, o suprimento, o transporte, o armazenamento, a gestão ao nível dos recursos humanos, das comunicações, monitorização e deslocação dos materiais e pessoas, do pessoal médico (recursos humanos, hospital de campanha, banco de sangue, morgue, instalações sanitárias e transporte de doentes), stock de fármacos, abastecimento de água potável, controlo de epidemias, eliminação de resíduos humanos, da gestão e distribuição de alimentos, roupas e produtos de higiene pessoal, assim como construção de abrigos e alojamentos temporários. (citado por Agostinho, 2014).

É de referir que o *modus operandi* das forças no terreno, é condicionado pelo tipo de emergência associado às condições geográficas, climáticas, socioeconómicas, e infraestruturas existentes na área afetada.

Como já referido anteriormente, e reforçando a sua importância, as operações em situações de catástrofe, são realizadas em ambientes caóticos, daí a necessidade da criação de uma cultura efetiva e a formalização de planos de atuação, de forma a difundir conceitos que, em todas as situações, possam ser implementados, incentivando as melhores práticas, caminhando unidos na direção adequada, obtendo sempre os melhores resultados possíveis, e sem que as condições excecionais deste tipo de eventos, possam comprometer o resultado esperado. Sem o envolvimento e o compromisso, a preparação para emergências torna-se fragmentada, ineficiente e mal coordenada (WHO, 1999).

Vasco Monteiro

Vasco.monteiro@inem.pt

Marlene Martins Freitas Pereira

marlene.pereira@inem.pt

Bibliografia:

- Agostinho, A. (2014). A importância da Logística nas Emergências Humanitárias, ISCTE Business School Instituto Universitário de Lisboa, Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.
- Bastos, M., Costa, S., Campos, V., Bandeira, R., (s.d.). Um Modelo de Suporte à Atuação Logística em Desastres Naturais, Instituto Militar de Engenharia Departamento de Engenharia de Transportes.
- Cozzolino, A. (2012). Humanitarian Logistics and Supply Chain Management. *Humanitarian Logistics*, SpringerBriefs in Business. DOI:10.1007/978-3-642-30186-5_2
- EM DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database. Disponível em <http://www.emdat.be>. Acedido a 06 de Julho de 2017.
- Silva, L. (2011). Gestão da Logística Humanitária: proposta de um Referencial Teórico. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de Administração, Mestrado em Administração.
- Van Wassenhove, N. (2006). Blackett memorial lecture. Humanitarian aid logistics: Supply chain in high gear. *Journal of the Operational Society*, 57(5).
- World Health Organization (1999). *Community emergency preparedness: a manual for managers and policy makers*. WHO: Geneva.
- Zago, C., Leandro, L. (2013) Logística Humanitária: Oportunidades e Desafios na Perspetiva da Gestão Ambiental. IV Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental, Salvador/Bahia.

Apêndice O – Poster: “Novas Recomendações de abordagem do doente com AVC Isquémico”

Novas Recomendações de Abordagem do Doente com AVC Isquémico

Pereira, M., Pinto, H.



Resumo: Os protocolos implementados no nosso país para a abordagem de uma vítima de AVC requerem uma atuação rápida com algoritmo clínico de avaliação e tratamento em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico. A evolução dos resultados obtidos dependem dos inúmeros estudos realizados. Os mesmos, contribuem para a elaboração baseada em evidência, de *guidelines*, internacionalmente reconhecidas. Estas servem como linhas orientadoras para o tratamento ao utente vítima de AVC.

Abstract: The protocols implemented in our country to approach a stroke victim require a quick action with clinical algorithm of evaluation and treatment in which the relationship between the time to perform a group of clinical attitudes is absolutely determinant of the therapeutic result. The evolution of the results obtained depends on the numerous studies carried out. They contribute to evidence-based elaboration of internationally recognized *guidelines*. These are guidelines for the treatment of stroke victims.

Objetivo: Exploração das novas *guidelines* sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico publicadas este ano pela American Heart Association/American Stroke Association.

Metodologia: proceder leitura e interpretação do documento original "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association" que vem emanar diretrizes de atuação e de gestão do doente com AVC isquémico, substituindo as anteriores de 2013 e as atualizações subsequentes. Este documento vem rever algumas das diretrizes, alterando por vezes a classe de recomendação ou o nível de evidência das mesmas, assim como originar novas diretrizes de gestão do doente com AVC isquémico.

Resultados: Este documento aqui explorado teve como objetivo o fornecimento de um conjunto completo de recomendações atualizadas para profissionais de saúde que podem prestar cuidados a adultos com AVC isquémico. Os resultados obtidos por este grupo de trabalho particularizam atendimento pré-hospitalar, avaliação urgente e de emergência e tratamento com terapias intravenosas e intra-arteriais e gestão intra-hospitalar, incluindo medidas de prevenção secundária adequadamente instituídas nas primeiras 2 semanas. As diretrizes suportam o conceito abrangente de sistemas de cuidados de AVC tanto nas configurações pré-hospitalares quanto hospitalares. As diretrizes originadas neste documento ficaram divididas em quatro grandes grupos: "Gestão Pré-hospitalar do doente com AVC isquémico e os Sistemas de Cuidados", "Avaliação e tratamento de Emergência", "Cuidados gerais de suporte e tratamento de emergência" e "Gestão Hospitalar do AVC isquémico: cuidados gerais de suporte". Pareceu-nos pertinente, enquanto profissionais de saúde a exercer funções em meios do pré-hospitalar, abordar a temática, já que em Portugal e de acordo com Relatório "Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015" elaborado pela Direção Geral de Saúde no ano de 2016, "dentro das doenças do aparelho circulatório, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é continuamente superior à das doenças isquémicas do coração (incluindo o enfarte agudo do miocárdio). Esta proporção é inversa da verificada na maioria dos países europeus e mesmo mediterrânicos, por razões não completamente esclarecidas" (5, p. 76), e deste modo poderemos contribuir para que esta tendência se inverta e que a nossa atuação enquanto profissionais de saúde seja realizada com base nas mais atuais recomendações e evidências científicas.

Enquadramento: Entende-se por AVC, como um distúrbio vascular cerebral onde se verifica uma diminuição/ruptura do fluxo sanguíneo cerebral devido a uma obstrução de um vaso sanguíneo. Consequentemente essa diminuição provoca uma anormalidade no funcionamento do sistema nervoso central causada pela interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose no tecido cerebral^[1]. O AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, matando cerca de 6 milhões de pessoas/ano, segundo a OMS. Em Portugal constitui a 1ª causa mais frequente de morte^[2]. Fruto de um aumento do conhecimento fisiopatológico, devido a inúmeros estudos realizados e ao aparecimento de novas terapêuticas, a abordagem ao utente vítima de AVC tem vindo a sofrer alterações pertinentes na sua constituição. Esta abordagem deve ser realizada o mais rápido e dirigido possível, permitindo uma redução da morbilidade e mortalidade global, decorrente da patologia em causa. A evolução positiva verificada nos indicadores traduz o empenho continuado de todos os profissionais envolvidos que merece ser salientado. A dimensão deste desafio exige persistência e constante adequação das soluções encontradas às condições assistenciais locais, cujo conhecimento aprofundado é indispensável^[3].

Classe de recomendação (COR)	Nível de evidência (LOE)
Classe I (Benefício >>> Risco)	Nível A (Alta Qualidade de Estudos Randomizados)
Classe IIa (Benefício >> Risco)	Nível B (Moderada Qualidade de Estudos Randomizados)
Classe IIb (Benefício ≥ Risco)	Nível C (Moderada Qualidade de Estudos Não Randomizados)
Classe III (Sem benefício = benefício = Risco)	Nível D (Dados Limitados)
Classe IV (Prejuízo >>> benefício)	Nível E (Opinião de Especialistas)

Tabela 1: Classe de recomendações e nível de evidência na abordagem do doente de AVC isquémico

Recomendação	COR	LOE
1. Gestão Pré-Hospitalar do doente com AVC		
1.3 Sistema de Serviços de Emergência Médica		
1.3.4 Quando várias opções de hospitais com capacidade para alteplase IV existem dentro de uma região geográfica definida, o benefício de ignorar o mais próximo de levar o paciente a um que oferece um nível mais alto de cuidados com AVC, incluindo tromnectomia mecânica, é incerto. Pesquisas adicionais são necessárias.	II a	B-NR
1.5. Equipas Hospitalares		
1.5.3. Pode ser razoável estabelecer um objetivo de tempo "porta-agulha" secundário de atingir tempos "porta-agulha" dentro de 45 minutos em ≥50% dos pacientes com AVC que foram tratados com alteplase IV	II a	C-E0
1.5.4 As iniciativas de melhoria da qualidade multicomponente, que incluem educação ED e equipas multidisciplinares com acesso a conhecimentos neurológicos, são recomendadas para aumentar de forma segura o tratamento trombolítico IV.	I	A
3. Cuidados Gerais de Tratamento de Emergência		
3.2. Pressão Sanguínea		
3.2.1. A hipotensão e a hipovolemia devem ser corrigidas para manter os níveis sistêmicos de perfusão necessários para suportar a função orgânica..	I	C-E0

Tabela 2: Novas recomendações para a abordagem do doente de AVC isquémico em contexto pré-hospitalar

Conclusões: As diretrizes foram construídas com base nas melhores evidências atualmente disponíveis. Há ainda muitas pesquisas que devem ser feitas, para que sejam produzidas evidências de alta qualidade, de forma a que todos os profissionais de saúde e instituições consigam providenciar os melhores cuidados aos doentes com AVC isquémico.

Referências Bibliográficas:

- [1] Szwed M, Brębska-Głuch B (2005) Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica Volume 2 Editora Guanabara, Rio Janeiro
- [2] Instituto Nacional de Estatística (2016). Causas de Morte. Disponível em https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=%22causas+de+morte%22&frm_modo_texto=MOD0_TEXT0_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=0_ine_area_Publicacoes&lang=pt
- [3] Ferreira, Rui Cruz (2011). Coordenação Nacional para Doenças Cardiovasculares. Vias verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral Indicadores de Atividade 2010. Lisboa. Disponível em www.cndev.mins-saude.pt
- [4] American Heart Association (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. American Heart Association.
- [5] Direção Geral da Saúde. Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares números 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. 2016. Consultado 2017, Outubro 30. Disponível em <http://www.dgs.pt/frm-dettaglio/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>.

Apêndice P – Relatório de atividades do período experimental



Instituto Nacional de Emergência Médica

Enfermeira Marlene Martins Freitas Pereira

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO PERÍODO EXPERIMENTAL



SIV Tavira
Setembro 2017

ABREVIATURAS!

!

AEM!–!Ambulância!de!Emergência!Médica!
AP!–!Auscultação!Pulmonar!
AVC!–!Acidente!Vascular!Cerebral!
CIAV!–!Centro!de!Informação!Antivenenos!
CODU!–!Centro!de!Orientação!de!Doentes!Urgentes!
cpm!–!ciclos!por!minuto!
CEE!–!Comunidade!Económica!Europeia!
CVP!–!Cateter!Venoso!Periférico!
CVP!–!Cruz!Vermelha!Portuguesa!
DAE!–!Desfibrilhador!Automático!Externo!
ECG!–!Electrocardiograma!
EPI!–!Equipamento!de!Proteção!Individual!
FC!–!Frequência!Cardíaca!
FR!–!Frequência!Respiratória!
GCS!–!Glasgow!Coma!Score!
GEM!–!Gabinete!de!Emergência!Médica!
HDA!–!Hemorragia!Digestiva!Alta!
INEM!–!Instituto!Nacional!de!Emergência!Médica!
IP!–!Instituto!Público!
IV\!Intra\venoso!
MEM!–!Motociclo!de!Emergência!Médica!
mg/dl!–!miligramas!por!decilitro!
mmHg!–!miligramas!de!mercúrio!
MIE!–!Membro!Inferior!Esquerdo!
MID!–!Membro!Inferior!Direito!
MSE!–!Membro!Superior!Esquerdo!
NaCl!–!Cloreto!de!sódio!
OE!–!Ordem!dos!Enfermeiros!
OMS!–!Organização!Mundial!de!Saúde!
PCR!–!Paragem!Cardiorrespiratória!
ppm!–!pulsações!por!minuto!

!

!

!

ÍNDICE!

!

!

1. !INTRODUÇÃO!.....5!

!

2. !HISTÓRIA, !MISSÃO! E! VALORES! DO! INSTITUTO! NACIONAL! DE! EMERGÊNCIA! MÉDICA!.....7!

!

2.1!História!.....7!

!

2.2!Missão!.....9!

!

2.3!Valores!.....9!

!

3. !O! ENFERMEIRO! EM! CONTEXTO! DE! AMBULÂNCIA! DE! SUPORTE! IMEDIATO! DE! VIDA!.....11!

!

4. !CASOS! CLÍNICOS!.....16!

!

4.1!Politraumatizado!.....16!

!

4.2!Hemorragia!gastrointestinal!.....18!

!

4.3!Acidente!de!viacão!.....20!

!

4.4!Alteraçãodo!estado!de!consciência!.....23!

!

4.5!Paragem!cardiorrespiratória!.....25!

!

5. !AUTOAVALIAÇÃO/REFLEXÃO! DO! PERÍODO! EXPERIMENTAL!.....27!

!

6. !BIBLIOGRAFIA!.....28!

!

!

!

!

!

!

!

1. INTRODUÇÃO

!

!

O INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica I.P. é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que prossegue as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministério da Saúde.

Os enfermeiros são parte integrante da equipa de saúde dando o seu contributo na prestação de cuidados de saúde onde não podem ser vistos como indivíduos isolados, mas sim como membros cooperativos de um sistema global. Os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde numa grande diversidade de ambientes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

!

Abril de 2011, data em que iniciei a minha prática no mundo da emergência médica e integrei pela primeira vez o grupo de profissionais que todos os dias dão o seu melhor, em meio pré-hospitalar pela saúde da população. A oportunidade surgiu decorrente da integração das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) nos Serviços de Urgência Básica (SUB), estando na respetiva altura a trabalhar no SUB de Vila Real de Santo António. O desafio foi aceite com todo o gosto, ciente que seria uma formação desafiante e exigente, mas que sem dúvida me viria a permitir adquirir inúmeros conhecimentos e desenvolvimento profissional.

Se é verdade que em ambulância SIV o enfermeiro atua de acordo com protocolos médicos devidamente validados e seguros, o que me proporcionou segurança, também é verdade que em ambiente pré-hospitalar existem inúmeras variáveis que mudam em todas as situações. Ser chefe de equipa num meio diferenciado como uma ambulância SIV, que a maior parte das vezes é o meio mais diferenciado e próximo da população, exigiu o desenvolvimento das capacidades de planeamento, liderança, trabalho em equipa, execução técnica, autocrítica, entre outros.

O presente relatório do período experimental surge no âmbito do ingresso no mapa de pessoal do INEM, centro de custos Ambulância SIV de Tavira, através do procedimento concursal, em regime de trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado, com celebração de contrato ao primeiro dia de Julho de 2017.

!

!

1. INTRODUÇÃO!

!

!

O INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica I.P. é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que prossegue as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministério da Saúde.

Os enfermeiros são parte integrante da equipa de saúde dando o seu contributo na prestação de cuidados de saúde onde não podem ser vistos como indivíduos isolados, mas sim como membros cooperativos de um sistema global. Os cuidados de enfermagem são essenciais à prestação de cuidados de saúde numa grande diversidade de ambientes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

!

Abril de 2011, data em que iniciei a minha prática no mundo da emergência médica e integrei pela primeira vez o grupo de profissionais que todos os dias dão o seu melhor, em meio pré-hospitalar pela saúde da população. A oportunidade surgiu decorrente da integração das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) nos Serviços de Urgência Básica (SUB), estando na respetiva altura a trabalhar no SUB de Vila Real de Santo António. O desafio foi aceite com todo o gosto, ciente que seria uma formação desafiante e exigente, mas que sem dúvida me viria a permitir adquirir inúmeros conhecimentos e desenvolvimento profissional.

Se é verdade que em ambulância SIV o enfermeiro atua de acordo com protocolos médicos devidamente validados e seguros, o que me proporcionou segurança, também é verdade que em ambiente pré-hospitalar existem inúmeras variáveis que mudam em todas as situações. Ser chefe de equipa num meio diferenciado como uma ambulância SIV, que a maior parte das vezes é o meio mais diferenciado e próximo da população, exigiu o desenvolvimento das capacidades de planeamento, liderança, trabalho em equipa, execução técnica, autocrítica, entre outros.

O presente relatório do período experimental surge no âmbito do ingresso no mapa de pessoal do INEM, centro de custos Ambulância SIV de Tavira, através do procedimento concursal, em regime de trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado, com celebração de contrato a primeiro dia de Julho de 2017.

!

!

!

2. HISTÓRIA, MISSÃO E VALORES DO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA!

!

Para responder a este ponto do presente relatório foi realizada uma pesquisa bibliográfica da história do INEM, tendo sido encontrado, entre outros, um “artigo” que apresenta a história da emergência médica em Portugal até à criação do INEM, do qual é apresentado alguns pontos-chaves.

A existência de serviços de emergência médica pré-hospitalar remonta a história bíblica com o aparecimento do bom samaritano, contudo quando abordamos a emergência médica pré-hospitalar enquadrada num sistema organizado para a prestação de cuidados verificamos que a mesma teve início em organizações militares. Teve início com uma realidade bem diferente da que conhecemos atualmente, tendo-se registado avanços significativos, nos últimos anos, no que se refere à qualidade e rapidez da assistência, devido ao constante investimento de meios que tem sido feito nesta área. À semelhança da evolução registada em outros países, a nível nacional também se tem verificado uma crescente preocupação em prestar a assistência médica nos locais onde a vítima sofre o acidente ou doença súbita (Oliveira, 2011).

!

2.1 HISTÓRIA!

!

Foi no ano de 1965 que os antigos Ministério do Interior e Ministério da Saúde e Assistência criaram o serviço de primeiros socorros e transporte de feridos e doentes. Inicialmente esteve a cargo da Polícia de Segurança Pública (PSP) sendo o socorro efetuado através do número telefónico 115. Foi este o número que, informalmente, acabou por batizar o serviço. Apesar de inicialmente este ser um serviço que se destinava exclusivamente à cidade de Lisboa, gradualmente foi-se alargando a assistência a outras grandes cidades do continente.

O Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) foi criado em 1971 pelo Ministério do Interior que ficou encarregue de assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e

!

doentes!e!ao!respetivo!transporte.!O!SNA!assumiua!coordenação!do!serviço!115!e!
com!ele!a!coordenação!não!só!das!suas!próprias!ambulâncias!(operadas!pela!PSP)!
como!também!a!prestação!de!serviços!de!emergências!médica,!por!parte!de!outras!
entidades!(Bombeiros!Cruz!Vermelha!Portuguesa).!

Em! 1980,! por! Resolução! do! Conselho! de! Ministros! é! criado! o! Gabinete! de!
Emergência! Médica! (GEM)! com! o! objetivo! de! propor,! no! prazo! de! oitenta! dias,! o!
projeto! de! órgão! coordenador! do! Sistema! Integrado! de! Emergência! Médica! (SIEM),!
de! instalar! a! título! experimental,! e! de! contribuir! para! a! melhoria! da! prestação! dos!
cuidados! de! urgência.!

Em! 1981,! através! do! Decreto\Lei! nº! 234/81! de! 3! de! Agosto,! na! sequência! do!
trabalho! do! GEM,! é! criado! o! Instituto! Nacional! de! Emergência! Médica,! órgão!
coordenador! do! SIEM,! que! nas! suas! competências! absorve! o! SNA! e! o! próprio! GEM.!
Durante! este! período! de! pré!acordo! para! a! adesão! de! Portugal! à! CEE,! o! INEM! é!
criado! com! a! responsabilidade! de! desenvolver! o! sistema! de! emergência! à! imagem!
dos! novos! desafios! procedentes! das! alterações! políticas,! económicas! e! sociais!
einentes!(INEM,!2017).!Neste!mesmo!contexto,!são!realizados!os!primeiros!cursos!
de!formação!em!técnicas!de!Emergência!Médica,!dirigidos!a!médicos!e!enfermeiros,!
com!colaboração!de!profissionais!do!estrangeiro.!

Nos! anos! seguintes! a! estrutura! e! meios! do! INEM! foram! sendo! alterados!
sucessivamente.! Em! 1982,! para! a! implementação! efetiva! do! SIEM,! são! celebrados!
acordos! com! o! Serviço! Nacional! de! Bombeiros!(SNB),! a! Polícia! de! Segurança! Pública!
e! a! Cruz! Vermelha! Portuguesa! (CVP),! e! realizados! os! primeiros! cursos! para!
Tripulantes! de! Ambulância.! Em! Junho! de! 1982! é! integrado! no! INEM! o! Centro! de!
Informação! Antivenenos! (CIAV),! criado! em! 1963.! Em! 1987,! é! criado! o! Centro! de!
Orientações! de! doentes! Críticos! (CODU),! em! Lisboa,! que! passou! a! permitir! a!
medicalização! do! número! nacional! de! socorro.! Em! 1989,! entra! em! funcionamento! a!
primeira! Viatura! Médica! de! Emergência! e! Reanimação! (VMER),! na! dependência! do!
CODU! de! Lisboa.!!

Em! 1999,! o! INEM! colaborou! no! Plano! Nacional! de! Numeração! Telefónica,! que! visava!
a! mudança! do! número! de! Emergência! Médica,! até! então! 115,! para! o! número!
Europeu! de! Emergência! 112.!

O CODU Algarve, é inaugurado em 2000, tendo recebido nesse mesmo ano, 34761 chamadas. Com a abertura deste CODU, o INEM passa a abranger 100% da população residente em Portugal Continental.

Em 2007 é criada uma ambulância piloto de Suporte Avançado de Vida (SAV) no Alentejo, com vista à futura implementação do modelo de ambulâncias SIV, que entraram em funcionamento, em Outubro desse mesmo ano. As primeiras quatro entraram em funcionamento no Alentejo, no âmbito do projeto do Ministério da Saúde de requalificação das urgências – Odemira, Estremoz, Moura e Elvas.

A 25 de Agosto de 2008 entra em funcionamento no Algarve a SIV de Tavira e Lagos.

!

2.2 MISSÃO

!

A 14 de Fevereiro de 2012 foi publicada, em Decreto\Lei nº34/2012, a nova orgânica do INEM, I.P., que veio, entre outros, reforçar as atribuições relativas à definição, coordenação e certificação da formação em emergência médica dos elementos do SIEM, a manutenção da estrita fiscalização da atividade de transporte de doentes, passo a citar:

!! “São atribuições do INEM, I.P., definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a: a) Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; b) Referenciação e transporte de urgência/emergência; c) Recepção hospitalar e tratamento urgente/emergente; d) Formação em emergência médica; e) Planeamento civil e prevenção; f) Rede de telecomunicações de emergência.” (Decreto\Lei nº34/2012)

!

Neste momento consta a missão do INEM, I.P., que é definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.!!

!

2.3 VALORES

!

Os valores pelos quais o INEM orienta a sua atuação são:

!

!

!

3. O ENFERMEIRO EM CONTEXTO DA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA!

!

De acordo com o INEM, as ambulâncias SIV, criadas em 2007, têm por missão garantir/melhorar os cuidados de saúde diferenciados em emergência pré-hospitalar prestados à população.

As ambulâncias SIV, tripuladas por um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e um Enfermeiro, este último com formação complementar, assegurada pelo INEM, nas áreas de emergência médica, trauma, pediátrica, obstétrica, transporte de doente crítico e catástrofe. Encontram-se equipadas com material de Suporte Básico de Vida (SBV) acrescido de algum material de SAV. Estas equipas lideradas pelo enfermeiro, atuam de acordo com protocolos definidos pelo INEM e estão maioritariamente integrados em serviços de urgência básica (Magalhães, 2014).

Os recursos técnicos e humanos destes meios de assistência pré-hospitalar diferenciados garantem os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, ou a estabilização de vítimas em situações críticas, enquanto aguarda pela disponibilidade da equipa com capacidade de prestação de SAV. Possui a carga de uma ambulância de SBV, acrescida de um monitor desfibrilhador e munida de diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais.

Por definição, ao contrário das Ambulância de Emergência Médica (AEM), Motociclo de Emergência Médica (MEM) e VMER, as ambulâncias SIV atuam em localidades distantes dos recursos mais diferenciados do Sistema Nacional de Saúde (SNS), representando por isso um meio importante para assegurar um acesso equitativo e sustentável da população aos recursos mais adequados do SNS para a sua condição específica do momento, em matéria de urgência e emergência (Magalhães, 2014).

!

“A área da saúde é inevitavelmente associada ao risco acrescido de ameaças à qualidade de vida e segurança do utente pois os problemas que afetam o funcionamento dos serviços de prestação de cuidados são muitas vezes complexos e difíceis de definir” (Sanders & Cook, 2007, citado em Gonçalves 2015: p.8).

!

Os conceitos de qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem, não tem apenas uma importância em termos de organização de saúde, são de forma imperiosa determinados pela ação do enfermeiro. A seu agir passa pelo reconhecimento das verdadeiras necessidades do utente, adequando as intervenções, a gestão de recursos com foco na satisfação das necessidades identificadas. Tem um papel proactivo na promoção da saúde e prevenção da doença, incorporando a eficiência, a aceitabilidade e equidade. Desta forma, a intervenção do enfermeiro torna-se fulcral para alcançar os objetivos da organização (Gonçalves, 2015).

O pilar fundamental do ser enfermeiro assenta essencialmente no cuidar. Ser enfermeiro em qualquer contexto implica, acima de tudo, uma obrigação e um compromisso de cuidar de pessoas.

A integração dos enfermeiros na emergência pré-hospitalar, pelos seus conhecimentos e competências no cuidar da pessoa na sua globalidade, apresenta-se como uma mais-valia, tendo hoje, cada vez mais um papel preponderante, no contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população em situações de emergência.

No âmbito de uma necessidade de implementação dos sistemas de qualidade, apresentados formalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros a Ordem do Enfermeiros (OE) expõe, em 2001, um conjunto de enunciados descritivos que sustentam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.6).

As instituições de saúde têm como papel fundamental, com intuito de possibilitar um exercício profissional de qualidade, a adequação de recursos e a criação das estruturas adequadas à prática de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Destaca-se dentro dos enunciados preconizados pela Ordem dos Enfermeiros para uma prática de cuidados de qualidade, com especial relevância na relação de qualidade de cuidados, o enunciado descritivo referente à organização de cuidados de enfermagem.

- ! "São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:!
- a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;!
- a existência de um sistema de melhoria contínua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;!
- (...);!
- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;!
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2002: p.18)!

!

Atualmente, o enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM, indo as suas responsabilidades além da vertente operacional. De acordo com a Deliberação n.º20/2013 do Conselho Diretivo do INEM, os enfermeiros estão enquadrados em dois níveis de intervenção, o da gestão e o da prestação de cuidados.!!

O enfermeiro a desempenhar funções na prestação de cuidados que colabora com o INEM tem determinado, entre outras, as seguintes funções:

- ✎ Atuar por forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão e as recomendações superiormente emanadas;!
- ✎ Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, quer durante a estabilização do mesmo como na sua continuidade durante o transporte (quer primário como secundário);!
- ✎ Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;!
- ✎ Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;!
- ✎ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;!
- ✎ Exercer a função de chefe de equipa enquanto elemento constituinte dos meios SIV;!
- ✎ Gerir os cuidados de enfermagem em situações de Emergência e/ou de Catástrofe.!

!

!

De acordo com a Circular Normativa n.º 1/2014 do Departamento de Formação, para colaborar com o INEM, os enfermeiros, além da sua formação base e experiência preferencialmente na área do doente crítico, cumprem um programa de formação específico para a adaptação ao contexto extra-hospitalar. Este programa com duração mínima de 115 horas, é composto por diferentes módulos permitindo a obtenção das competências que são pré-requisitos para tripular os diferentes meios diferenciados sendo os necessários para desempenhar funções de enfermeiro SIV:

!

- ✎ Módulo de suporte avançado de vida (16h);
- ✎ Módulo de emergências médicas (17h);
- ✎ Módulo de emergências pediátricas e obstétricas (14h);
- ✎ Módulo de emergências de trauma (17h);
- ✎ Módulo de transporte de doente crítico e situações de exceção (16h);
- ✎ Estágios em VMER/SIV/CODU (35h).

!

Anualmente também existe um plano de formação interna, contínua e de frequência obrigatória. Esta formação permite uma permanente discussão de problemáticas atuais de emergência pré-hospitalar, sendo um importante suporte para o crescimento/desenvolvimento do serviço de enfermagem pré-hospitalar, com repercussões positivas nos cuidados prestados à população.

!

A prestação dos cuidados de enfermagem em emergência pré-hospitalar é feita mediante o controlo rigoroso da Regulação Médica que ocorre a dois níveis:

- ✎ Off-line – Regulação médica indireta realizada através de protocolos de atuação SIV, onde estão definidos um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a um contacto direto com a comunicação de voz, com o médico responsável, para validação on-line prévia.
- ✎ On-line – Regulação médica direta através do contacto obrigatório com o médico regulador para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos protocolos de atuação SIV.

!

!

!

!

4. CASOS CLÍNICOS

!

Tendo em consideração o contributo da Enfermagem no sistema de emergência pré-hospitalar e refletindo sobre a atual organização do serviço de enfermagem no INEM, com este capítulo, pretende-se descrever e refletir criticamente o percurso do período experimental, bem como evidenciar as competências desenvolvidas.

!

!

4.1 POLITRAUMATIZADO

!

Acidente de mota a cerca de 40 metros da base da ambulância, quando permanecíamos dentro da mesma e nos apercebemos de um embate, ainda sem ativação dirigimo-nos para o local. Não foi realizado nenhum planeamento com o TEPH devido à proximidade com o local da ocorrência.

!

Chegada ao local, após verificação das condições de segurança e com equipamento de proteção individual (EPI). Acidente de viação, motociclo contra ligeiro, vítima ocupante do motociclo, projetado cerca de 4 metros a usar capacete. Vítima em decúbito lateral com hemorragia exsanguinante e fratura exposta do fémur do membro inferior direito (MID) com transeunte a realizar garrote. Vítima consciente, orientada, pálida. Feita remoção controlada do capacete, realizada imobilização e permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical. Refere dor no hemitorax direito, no membro superior direito (MSD), moderada (grau 4) e dor no MID (grau 8), sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, frequência respiratória (FR) 20 ciclos por minuto (cpm), regular e profunda e sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação pulmonar (AP) ruídos respiratórios presentes, sem ferveores ou sibilos audíveis, com saturação periférica (SpO2) de 99% sem oxigenoterapia. Frequência cardíaca (FC) 105 pulsações por minuto (ppm), com pulso radial e femoral regular e fino, presente nos quatro membros com tempo de preenchimento capilar (TPC) < 2 segundos, tensão arterial (TA) 105/60 mmHg. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de Glasgow/Coma Scale (GCS): 15, com!

!

pupilas! isocóricas! e! fotoreativas,! foi! realizada! a! exposição! com! controlo! de! temperatura,!glicemia!capilar!100mg/dl!

Ao! substituir! o! garrote! pelo! torniquete! verificou\se! que! a! hemorragia! estava! controlada,!realizando!apenas!penso.!Feito!electrocardiograma!(ECG),!ritmo!sinusal! sem!alterações,!monitorização!contínua,!com!avaliação!de!parâmetros!2/2minutos.! Colocação!de!abocath!nº18G!com!administração!de!bólus!de!cloreto!de!sódio!0,9%! 1000ml!EV!!

Realizada! passagem! de! dados,! não! sendo! possível! enviar! dados! via! ICARE! por! problemas! no! sistema.! Foi! dada! validação! para! iniciar! protocolo! de! analgesia! e! sadação,!confirmada!destino!da!vítima.!Vítima!imobilizada!em!plano!duro!com!colar! cervical!!

!

Análise!crítica:!

O!caso!descrito!anteriormente,!dado!que!foi!definido!como!doente!crítico,!enquadra! o!verdadeiro!conceito!de!atuação!de!uma!equipa!de!emergência,!não!só!pelo!que!foi! relatado!anteriormente!como!pelo!potencial!risco!de!agravamento!da!situação!!

Uma! equipa! de! trauma! organizada! melhora! o! processo,! abordagem! e! resultados! obtidos!dos!cuidados!ao!doente!vítima!de!trauma.!O!estudo!e!a!implementação!de! normas! clínicas! constitui! uma! base! de! suporte! vantajosa! para! a! construção! de! instrumentos!de!trabalho,!que!determinam!uma!linha!de!orientação!com!ênfase!na! prática!baseada!na!evidência!e!na!melhoria!da!qualidade!da!prestação!de!cuidados,! permitindo! desta! forma,! uma! rápida! e! correta! abordagem! e! encaminhamento! do! doente.!

Numa!patologia,!em!que!o!tempo!é!o!principal!inimigo,!é!vital!!que!todas!as!etapas!da! cadeia!de!sobrevivência!sejam!conhecidas!e!respeitadas!por!todos!os!elementos!da! equipa.!Uma!abordagem!inicial!exige!um!plano!de!avaliação!bem!coordenado,!sendo! esta!avaliação,!elemento!crucial!na!identificação!de!lesões!de!massa!que!necessitam! de!rápida!intervenção!!

Segundo! a! American! College! of! Surgeons! Committee! on! Trauma! *“A/gestão/dos/ cuidados/prestados/às/pessoas/vítimas/de/trauma/deve/passar/por/uma/rápida/ avaliação/primária,/ressuscitação/de/funções/vitais,/uma/avaliação/secundaria/e/pela/ instituição/de/um/tratamento/definitivo...”*!(ACSCT,!2008;!p.132)!

!

A lesão das extremidades está na maior parte das vezes, associada a trauma grave, envolvendo outros compartimentos e sistemas. Por sua vez, este tipo de trauma, pode provocar perdas hemáticas maciças provocando consequentemente o choque hipovolémico grave (INEM, 2012).

A sintomatologia apresentada pelo doente exigiu a nossa rápida intervenção por forma a evitar o agravamento do estado clínico da vítima, tendo a mesma decorrido sem intercorrências.

!

!

4.2 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

!

Ativação primária para indivíduo masculino, 69 anos com história de hematemese, no domicílio. Foi realizado um planeamento com o TEPH, da possível abordagem à vítima.

!

Chegada ao local, após verificação das condições de segurança e com EPI. À nossa chegada, vítima consciente, orientado, deitado no chão, com sangue vivo ao redor em moderada quantidade, hematemese e astenia quando se tentou levantar. Procedeu-se de imediato à avaliação inicial. Vítima consciente e orientada, pálido e suado, sem hemorragias exsanguinantes, sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, FR de 18 cpm, regular e normal e sem sinais de dificuldade respiratória. AP sem fúves ou sibilos audíveis, um SpO₂ 99% com suporte de oxigénio. FC de 85 bpm, cheio e regular, com TPC < 2 segundos e com TA 102/48 mmHg. Negador, apresenta abdómen mole e depressível à palpação. A esta altura da avaliação foi definido como vítima crítica, aliado às hematemese apresentava uma ligeira hipotensão, o que poderia indicar uma possível situação de desequilíbrio de fluidos (possível risco de choque hipovolémico), que poderia estar relacionada com a hemorragia descrita. Assim e dado que a vítima já se encontrava deitada, foram elevados os membros inferiores como primeira medida corretiva da hipotensão. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de GCS: 15, com pupilas isocóricas e fotoreativas. Foi realizado a exposição com controlo da temperatura, glicemia capilar 230 mg/dl e temperatura axilar 36°C.

!

Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo a vítima referido ter sido o primeiro episódio, refere problemas com as plaquetas?? (não sabe especificar o que), nega alergias, medicação habitual: aspirina, perindopril e hidroxycarbamide. Última refeição por volta das 19h. Negou ingestão de álcool nas últimas 12h.

!

Os dados foram enviados via ICARE e foi confirmado o destino da vítima, que foi transportado pela ambulância SIV para o Hospital de Faro. Médico regulador validou 500ml de SF-IV para correção da hipotensão. Colocação de dois CVP nº18G e inicia perfusão do SF. Na tentativa de colocação da sonda nasogástrica (SNG), apresentou episódio de hematemese em grande quantidade. Realizada entubação gástrica, sonda nº 16 em drenagem livre, tendo apresentado posteriormente 200cc de conteúdo tipo borra de café. Vítima manteve-se sempre ligeiramente hipotensa, TA 90/50 mmHg, não apresentou alterações no seu estado clínico até chegar ao serviço de urgência.

!

Análise crítica:

O caso descrito anteriormente, dado que foi definido como doente crítico, enquadrando o verdadeiro conceito de atuação de uma equipa de emergência, não só pelo que foi descrito anteriormente, como também pelo potencial de risco de agravamento da situação.

A sintomatologia/anamnese apresentada pelo doente e que exigiu a nossa intervenção parece estar relacionada com uma hemorragia digestiva alta (HDA).

Na vítima com HDA a avaliação inicial e uma adequada estabilização hemodinâmica são prioritárias e fundamentais. A intensidade das medidas de ressuscitação é proporcional à severidade da hemorragia.

O choque é uma condição com risco de vida em razão das diversas causas subjacentes. É uma situação clínica, que quando não tratada, resulta numa perfusão tecidual inadequada, que afeta múltiplos sistemas de órgãos em simultâneo.

Está insuficiente perfusão tecidual, provocada por uma inadequada pressão arterial sistólica, leva a uma diminuição do aporte de oxigénio e nutrientes a nível celular, conduzindo a um comprometimento do metabolismo normal, disfunção e danos celulares.

!

O choque afeta todos os sistemas orgânicos, podendo esta situação desenvolver-se de forma lenta ou rápida, dependendo da causa subjacente.!!

O choque pode ser dividido em três estágios, que indicam um *continuum* ao longo do qual a vítima tenta sobreviver, denominados: compensatório, progressivo e irreversível. No primeiro estágio, a perda de sangue aguda desencadeia uma resposta compensatória inicial com ativação do sistema simpático, vasoconstrição, frequência cardíaca elevada e contractilidade cardíaca aumentada, contribuem para manter um débito cardíaco apropriado. A vítima mantém uma pressão arterial dentro dos limites da normalidade. No segundo estágio, progressivo, os mecanismos que regulam a pressão arterial descompensam, provocando uma diminuição da pressão arterial abaixo dos 90mmHg, levando a uma hipoperfusão em todos os tecidos orgânicos. No estágio mais avançado, irreversível, ocorre acumulação de cálcio por disfunção dos canais de cálcio que leva a uma hipocalcemia. O comprometimento do órgão é tão grave que a vítima não responde ao tratamento, podendo mesmo não sobreviver! (Smeltzer, 2005).!

O cumprimento dos protocolos juntamente com os conhecimentos da equipa, asseguraram o melhor tratamento possível.!

!

!

4.3 ACIDENTE DE VIAÇÃO!

!

Ativação primária para acidente de viação, por não existir mais outro meio de SBV disponível. Colisão de três veículos ligeiros com cinco vítimas conscientes e não encarceradas. Foi realizado um planeamento com o TEPH, da possível abordagem às vítimas. Informada pelo CODU que também estavam ativas mais quatro ambulâncias de SBV para o local.!!

!

No local, a primeira observação geral do cenário: colisão de três ligeiros sem grande cinemática, autoridade já no local, assim como as quatro ambulâncias de SBV. Chegada ao local, após verificação das condições de segurança com EPI.!!

Bombeiro informa: colisão de três veículos, ligeiros, com cinco vítimas, não encarceradas e aparentemente não críticas. Após triagem no local verificou-se a necessidade de imobilizar e transportar as cinco vítimas.!!

!

Como elemento mais diferenciado no local efetuei a gestão das equipes presentes, a ordem de imobilização, remoção e avaliação primária de todas as vítimas!!

!

Vítima 1, masculino/46/anos: À nossa chegada, vítima consciente, orientado, referidor hemitorax direito, dorso/lombalgia e dor abdominal quadrantes superiores. Procedeu-se de imediato à avaliação inicial. Vítima sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, sem hemorragias exsanguinantes. FR de 20 cpm, regular e normal e sem sinais de dificuldade respiratória. AP sem fômites ou sibilos audíveis, lum SpO₂ 98% sem suporte de oxigênio. FC de 94 bpm, cheio e regular, com TPC < 2 segundos e com TA 180/100 mmHg. Referidor abdominal grau 3, apresenta abdômen mole e depressível à palpação. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de GCS: 15, com pupilas isocóricas e fotoreativas. Foi realizado a exposição com controle da temperatura, glicemia capilar 113 mg/dl e temperatura axilar 36,1°C!!

Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo a vítima referido não ter antecedentes pessoais, não faz medicação habitual, refere alergia à penicilina. Nega ingestão de álcool nas últimas 12h.

Realizado ECG 12 derivações e enviado resultado. Colocação de CVP nº 18G!!

!

Vítima 2, feminino/20/anos: À nossa chegada, vítima consciente, orientado, referidor hemitorax esquerdo, sem irradiação, tipo picada, escala da dor: 2. Procedeu-se de imediato à avaliação inicial. Vítima sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, sem hemorragias exsanguinantes. FR de 20 cpm, regular e normal e sem sinais de dificuldade respiratória. AP sem fômites ou sibilos audíveis, lum SpO₂ 99% sem suporte de oxigênio. FC de 100 bpm, cheio e regular, com TPC < 2 segundos e com TA 95/68 mmHg. Apresenta abdômen mole e depressível à palpação. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de GCS: 15, com pupilas isocóricas e fotoreativas. Foi realizado a exposição com controle da temperatura, glicemia capilar 102 mg/dl e temperatura axilar 36,2°C!!

Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo a vítima referido não ter antecedentes pessoais, não faz medicação habitual, nega alergias. Nega ingestão de álcool nas últimas 12h.

Realizado ECG 12 derivações e enviado resultado!!

!

!

Vítima/3, feminino/43/anos: À nossa chegada, vítima consciente, orientado, refere dor retroesternal/esquerdo/e/grelha/costal/região/posterior, escala da dor: 2. Procedeu-se de imediato à avaliação inicial. Vítima sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, sem hemorragias/exsanguinantes. FR de 20 cpm, regular e normal e sem sinais de dificuldade respiratória. AP sons respiratórios mantidos, sem fôvres/ou/sibilos/audíveis, um SpO₂ 98% sem suporte de oxigênio. FC de 94 bpm, cheio e regular, com TPC < 2 segundos e com TA 119/66 mmHg. Apresenta abdômen mole e depressível à palpação. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de GCS: 15, com pupilas isocóricas e fotoreativas. Foi realizado a exposição com controlo da temperatura, glicemia capilar 90 mg/dl e temperatura axilar 36,1°C.

Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo a vítima referido não ter antecedentes pessoais, não faz medicação habitual, nega alergias. Nega ingestão de álcool nas últimas 12h.

Realizado ECG 12 derivações e enviado resultado.

!

Vítima/4, feminino/51/anos: À nossa chegada, vítima consciente, orientado, refere cefaleia região occipital e membro superior esquerdo (MSE), escala da dor: 2. Procedeu-se de imediato à avaliação inicial. Vítima sem compromisso da via aérea, com ventilação espontânea, sem hemorragias/exsanguinantes. FR de 20 cpm, regular e normal e sem sinais de dificuldade respiratória. AP sons respiratórios mantidos, sem fôvres/ou/sibilos/audíveis, um SpO₂ 98% sem suporte de oxigênio. FC de 66 bpm, cheio e regular, com TPC < 2 segundos e com TA 104/69 mmHg. Apresenta abdômen mole e depressível à palpação. Sem défices motores ou neurológicos. Pontuação de GCS: 15, com pupilas isocóricas e fotoreativas. Foi realizado a exposição com controlo da temperatura, glicemia capilar 123 mg/dl e temperatura axilar 36,1°C.

Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo a vítima referido ter como antecedentes pessoais, acidentes vascular/cerebral (AVC) há cerca de 4 anos com sequelas e asma, nega medicação habitual e refere alergia à penicilina. Nega ingestão de álcool nas últimas 12h.

!

!

Vítima/5, /feminino/24/anos: /À! nossa! chegada, / vítima! consciente, / orientado, / refere!
cervicalgia! e! dor! região! parietal! dta! escala! da! dor!:! 2.! Procedeu\se! de! imediato! à!
avaliação! inicial! Vítima! sem! compromisso! da! via! aérea, / com! ventilação! espontânea, /
sem! hemorragias! exsanguinantes! FR! de! 20! cpm, / regular! e! normal! e! sem! sinais! de!
dificuldade! respiratória! AP! sons! respiratórios! mantidos, / sem! ferveores! ou! sibilos!
audíveis, / um! SpO2! 99%! sem! suporte! de! oxigênio! FC! de! 80! bpm, / cheio! e! regular, / com!
TPC! <! 2 segundos! e! com! TA! 130/80! mmHg! Apresenta! abdómen! mole! e! depressível! à!
palpação! Sem! défices! motores! ou! neurológicos! Pontuação! de! GCS!: 15, / com! pupilas!
isocóricas! e! fotoreativas! Foi! realizado! a! exposição! com! controlo! da! temperatura, /
glicemia! capilar! 100! mg/dl! e! temperatura! axilar! 36,3! °C! !!

Entretanto, / foi! realizada! a! colheita! das! circunstâncias, / tendo! a! vítima! referido! não!
ter! antecedentes! pessoais, / nega! medicação! habitual, / nega! alergia! e! nega! ingestão! de!
álcool! nas! últimas! 12h!

!

Foi! efetuada! passagem! de! dados! ao! médico! regulador, / tendo! o! mesmo! dado!
indicação! para! todas! as! vítimas! serem! transportadas! para! o! Hospital! de! Faro! A!
equipa! SIV! transportou! a! vítima! 1! !!

!

Análise crítica:

Embora! nos! casos! descritos! anteriormente, / as! vítimas! não! tenham! sido! descritas!
como! vítima! críticas, / a! esta! ocorrência! cresce! a! dificuldade! em! ser! o! elemento! mais!
diferenciado! e! o! número! de! vitimas! ser! superior! ao! habitual! Esta! situação! acarreta!
um! stress! acrescido! pelas! diferentes! solicitações, / por! parte! das! diferentes! equipas, / e!
da! tomada! de! decisões, / como! necessidade! ou! não! de! imobilização! das! vítimas!

Nesta! situação! específica, / e! apesar! do! número! de! vitimas! ser! superior, / as! situações!
clínicas! não! eram! graves, / o! que! simplificou! e! facilitou! a! atuação! e! resolução! com!
celeridade! e! tranquilidade!

!

!

4.4! ALTERAÇÃO! DO! ESTADO! DE! CONSCIÊNCIA!

!

!

Embora não tenha sido ativada de imediato a via verde AVC, após chegada à triagem, e verificando que se encontrava uma longa lista de espera, comuniquei de imediato o sucedido à enfermeira da triagem, tendo de imediato sido devidamente encaminhada com um rápido atendimento pela equipa responsável.

!

!

4.5 PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

!

Ativação primária para indivíduo sexo feminino, 77 anos em paragem cardiorrespiratória, não presenciada, no domicílio. Foi realizado um planeamento com o TEPH, da possível abordagem à vítima.

!

Chegada ao local, após verificação das condições de segurança e com EPI. À nossa chegada, bombeiros a realizar manobras de SBV, 9 ciclos, com utilização do desfibrilhador automático externo (DAE), com ritmo não desfibrilhável. Verifiquei VOSP e confirmei PCR, contactei CODU e inicie manobras. Ritmo de assistolia. Puncionada no MSE com abocath 20G, administrado adrenalina em ciclos alternados, e colocado SF 500cc. Colocada máscara laríngea número 4, e realizada aspiração de secreções/conteúdo alimentar. Foram realizados 4 ciclos de ritmo não desfibrilhável no local, ao que procedemos posteriormente ao transporte para SUB Vila Real Santo António, por indicação do médico regulador. Numa tentativa de verificar as causas potenciais reversíveis foi avaliada a glicemia capilar: 100mg/dl. Entretanto, foi realizada a colheita das circunstâncias, tendo o familiar da vítima referido uma infeção recente não sabendo especificar, mais pormenores, desconhece nome da medicação habitual e desconhece alergias. Vítima acamada com diversas úlceras de pressão. À chegada ao SUB foi verificado o óbito pelo médico. Foi enviado relatório de evento do Lifepak 12 para o CODU.

!

Análise crítica:

O caso descrito anteriormente, relativamente à situação clínica, foi cumprido o protocolo de PCR, tendo sido realizados os ciclos preconizados (dados que se tratava de ritmos não desfibrilháveis).

!

!

!

5. AUTOAVALIAÇÃO/REFLEXÃO DO PERÍODO EXPERIMENTAL!

!

A área da Emergência Médica pré-hospitalar não era novidade para mim, uma vez que o meu percurso, como já referi anteriormente, já tinha dado início em 2011.

Durante este período procurei dar resposta ao que me foi solicitado, tanto na vertente operacional como na integração na equipa SIV (trabalho já desenvolvido anteriormente).

O facto de ser enfermeira SIV desde abril de 2011 permitiu que neste fase já tivesse uma visão mais abrangente e com mais experiência, em relação ao início de funções em ambulância SIV há cerca de 6 anos atrás.

Ser enfermeira de SIV foi por mim definido como um desafio e um privilégio, pela possibilidade de concretização de um projeto de vida, que me tem vindo a proporcionar sentimentos de alegria e realização/crescimento pessoal e profissional.

O meu objetivo será sempre pautar a minha prestação nos princípios em que assenta o INEM: serviço público, legalidade, neutralidade, igualdade, integridade, dedicação, competência, respeito, continuidade e adaptabilidade.

Ao longo da minha experiência como enfermeira SIV já pode vivenciar várias experiências que me marcaram tanto positiva como negativamente, tendo estas mesma, me percecionado, pelas vivências e sentimentos trazidos, algumas das reais dificuldades sentidas pelo enfermeiro SIV.

Uma das funções de ser enfermeira SIV é o de ser líder de equipa, o que implica conhecimentos teóricos, experiência, segurança na tomada de decisões, organização de pensamentos e ações. Relativamente a esta competência, acho que tenho presente em mim, várias características que me permitem o desempenho da função com sucesso.

Considero que tive um bom desempenho na prossecução de todas as missões e tarefas que me foram atribuídas, empenhando-me na concretização das mesmas, regendo-me sempre pelos valores que guiam o INEM.

Como futuro, pretendo continuar a desenvolver competências no âmbito da Emergência pré-hospitalar, através da atualização contínua de conhecimentos

!

!

!

6. BIBLIOGRAFIA!

!

American College of Surgeons Committee on Trauma (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons!

!

Breve História do INEM, ! consultado em ! 20.09.2017! disponível em!
<http://www.inem.pt/2017/05/08/historia\do\inem/>!!

!

Código Ética dos profissionais do INEM, ! acedido a ! 21.10.2017, ! disponível em!
<http://www.inem.pt/2017/05/22/codigo\de\etica\dos\profissionais\do\inem/>!!

!

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações/Seguras,/salvam/vidas*.
Genebra: International Council of Nurses.!

!

Cordeiro, A. (2009). *Responsabilidade/Profissional:/Recursos/Humanos/e/Qualidade/dos/Cuidados/em/Enfermagem*, ! Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Mestrado em Bioética). Acedido a ! 22 de Dezembro de 2016 em!
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf

!

Decreto\Lei nº 234/81 de 03 de Agosto!! \Diário da República, 1ª série! Nº 176, 03!
Agosto de 1981 consultado a ! 21.09.2017! disponível em!
<https://dre.pt/application/file/a/576982!!>

!

Decreto\Lei nº 34/2012 de 14 de Fevereiro!! \Diário da República, 1ª série! Nº 32, 14!
Fevereiro de 2012 consultado a ! 21.09.2017! disponível em! http://www.sg.min\saude.pt/NR/rdonlyres/065B7F96\F9E1\4E18\AD3C\9E9425DF78FC/28593/DeLei34_2013.pdf!!

!

Gonçalves, T. (2015). *Dotações de Enfermagem: Impacte nos resultados em Saúde*.
Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (Mestrado em Gestão de Unidades

!

de Saúde). Acedido a 22 de Dezembro de 2016 em [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dotações de Enfermagem impacte resultados em saude.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dotações%20de%20Enfermagem%20impacte%20resultados%20em%20saude.pdf)

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências de Trauma* (2.ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido em 18 de setembro 2017 em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/2014010817232160071.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa* Versão 1,0 (1.ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

INEM| Missão, Visão e Valores, consultado em 20.09.2017 , disponível em <http://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>

INEM (2013) *Protocolos Atuação Siv*. Versão 3.0

Magalhães, J. (2014). *Competências na Intervenção de Enfermagem em Contexto Extra-Hospitalar*, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Oliveira, S. (2011). *Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Experiências*. Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa (PT): Divulgar, 24. Acedido em 21 de Dezembro de 2016 <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> \n <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0> \n <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>

ANEXOS

Anexo A – Certificado do Estágio SAMUR



AA: MARLENE MARTINS FREITAS PEREIRA

De: Francisco José Gómez Mascaraque Pérez

Jefe de División de formación de Protección Civil
SAMUR-P.C.
Ciudad de Madrid

Madrid, 14 de noviembre de 2017

INFORME DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS EN SAMUR-P.C.

D./Dña. MARLENE MARTINS FREITAS PEREIRA, Residente de especialización en Enfermería Médico – Quirúrgica: a personas en situación crítica, ha realizado rotación práctica por el Servicio de Emergencia Extrahospitalaria de SAMUR-Protección Civil los días: 22, 26 de septiembre de 2017, con un total de 34 horas prácticas.

En las hojas de evaluación por parte de los profesionales que han tutorizado sus guardias ha obtenido:

A: En la parte de "Conocimientos y habilidades":3 sobre 3

B: En la parte de "Actitudes":3 sobre 3

CALIFICACION EVALUACION (70%A+30%B): 3 sobre 3

Comentarios literales:

- Muy colaboradora y muy integrada con todo el equipo.
- Integrada en el equipo, Trabajadora y dispuesta a trabajar

Un cordial saludo.



Verónica Almagro González.
Adjunta del Departamento de Capacitación
y Calidad.
SAMUR-PC

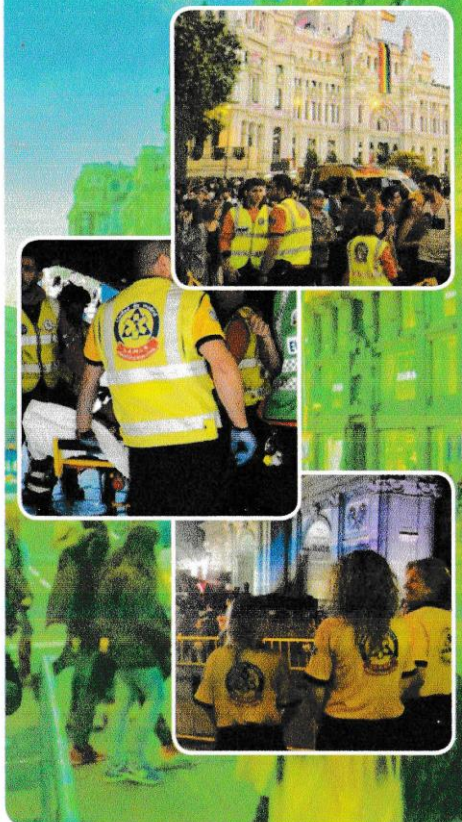


Anexo B – Certificado “Jornadas Municipales de Catástrofe”

24 Jornadas Municipales Sobre Catástrofes

Ayudar a la ciudad a vivir con seguridad

19 Encuentro de Voluntarios
de Protección Civil



MADRID

Diploma de Asistencia

Marlene Martins Freitas Pereira

Nº de referencia: 364201

Ha asistido a las **24 Jornadas Municipales Sobre Catástrofes y 19 Encuentro de Voluntarios de Protección Civil**, que se han celebrado en Madrid los días 6 y 7 de octubre de 2017.

Madrid, 7 de octubre de 2017

Jornadas consideradas de interés científico por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Con una duración
de 16 horas



Isabel Casado Flórez
Subdirectora General de SAMUR - Protección Civil

A blue ink signature of José Ignacio Becerril Polo.

José Ignacio Becerril Polo
Director General de Emergencias y Protección Civil

Anexo C – Certificado do Estágio SUMMA

La Dirección del SUMMA 112

CERTIFICA:

Que **D^a. Marlene Martins FREITAS PEREIRA** ha rotado en los dispositivos móviles de Emergencias del SUMMA 112, con una duración de **36 horas** lectivas.

En Madrid, a veintiocho de Febrero de dos mil dieciocho.



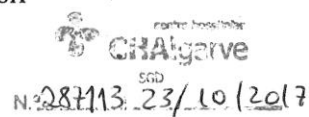
Fdo.: **Dr. Javier Mallo Pérez**
Responsable de Formación
SUMMA 112

ENSEÑANZA NO REGLADA Y NO OFICIAL

Anexo D – Planta do SUP após ativação do Plano Emergência Externo

Anexo F - Pedido de parecer à Comissão de Ética da UE e do CHUA

A/C Exma. Sr.^a Presidente do Conselho de Administração do CHUA
Sr.^a Dr.^a Ana Paula Pereira Gonçalves



Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Eu, Marlene Martins de Freitas Pereira, enfermeira a realizar estágio no Serviço de Urgência da Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética do CHUA, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário de república, 2.^a série - n.º84 de 2 de Maio de 2016 e a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência do referido hospital, que teve início a 20 de Setembro de 2017 e que terminará a 27 de Janeiro de 2018. Este estágio prevê a realização de um projeto de investigação, cujo o objetivo é capacitar a equipa da urgência, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe. Pretende-se ainda que através da concepção e implementação deste projeto sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do projeto supracitado, estão previstas as seguintes atividades:

- Questionários dirigidos aos enfermeiros do serviço de urgência para avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da catástrofe, antes e após realização do simulacro e para avaliação das sessões teórico-práticas e dos formadores;
- Realização de um simulacro por equipa, no âmbito da formação em serviço, aos enfermeiros do serviço de urgência, sem custos acrescidos para a entidade patronal, sem interferência com a dinâmica do serviço, não envolvendo pessoas/utentes na elaboração deste projeto.

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo.

Solicito a V.Exa., a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.
Com os melhores cumprimentos.

Faro, 16 de Outubro de 2017

A Proponente

Marlene Ferreira de Freitas Pereira

~~Autorização da proposta de investigação Comissão de Ética do CHUA+~~

Autorização de Proposta de Investigação de Emanuel Jose Martins Mourao Sex, 4 Mar 2018 (11:09:18 WEST)

O remetente desta mensagem pede que envie um Aviso de Leitura.
Clique para enviar aviso de leitura.

Enf.ª Marlene Pereira, mestranda,

Este contacto do CFIC/NFIE é no sentido de informá-la que a sua proposta de investigação *Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi vítimas* foi autorizada, a 3/5/2018, pelo Conselho de Administração do CHUA.

Desta forma pode iniciar o seu Projecto tal como proposto.
Agradecemos que, quando der por concluído o processo/projecto de investigação nos informe, para mantermos actualizada a base de estudos de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

[Emanuel Mourao](#)

Enfermeiro (CFIC - Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE))Unidade de Faro do CHUA, EPE;
289891147 | Ext.: 11534;
mourao@chua.gov.pt







**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Marlene Martins Freitas Pereira
Email: m36904@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36904
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas

Nome dos investigadores:

Marlene Martins de Freitas Pereira

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Enfermeira Especialista Ana Agostinho

Resumo / Abstract:

Os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência podem a qualquer momento, muitas vezes sem aviso prévio, serem confrontados com uma situação de desastre e catástrofe, perante a qual têm que rapidamente se reorganizar e prestar cuidados a pessoas em situações críticas e com acesso a recursos limitados. A produção de conhecimentos em Enfermagem tem sido um fator determinante nesta área, já que tem fornecido uma base científica para orientar as práticas e garantir a credibilidade da profissão, contribuindo desta forma, para uma melhor saúde das populações através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem prestados em situações de desastre e catástrofe. É necessário que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimento e um conjunto mínimo de habilidades para que possam planear e responder a um cenário multi-vítimas de forma oportuna e apropriada.

Fundamentação e pertinência do estudo:

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (CHUA EPE), caracteriza-se, tanto a nível nacional como internacional, como um hospital de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos de resposta na prestação de cuidados de saúde, assume a responsabilidade de responder às necessidades de 16 conselhos do Algarve, tanto habitantes como população que visita a região. A relevância e a importância do Hospital de Faro no contexto regional e, paradoxalmente, a inexistência de um Plano formativo na área da catástrofe no serviço de urgência



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Marlene Martins Freitas Pereira
Email: m36904@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36904
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

da referida instituição, serviram de base de orientação e motivação para a realização do presente trabalho por forma a contribuir para o desenvolvimento e a prestação de cuidados de excelência, na área da catástrofe. Este motivo justifica o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço com a elaboração de um Plano formativo de Catástrofe do serviço de urgência do Hospital de Faro no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica. Perspetiva-se que o referido plano possa constituir um instrumento operacional devidamente estruturado, desenvolvido e pertinente, capaz de criar condições para que a equipa de enfermagem possa responder de forma eficaz em tempo útil a uma situação de catástrofe. Concomitantemente, pretende-se a sensibilização e consciencialização dos profissionais de saúde existentes no serviço, para a importância e pertinência do tema, e que o trabalho desenvolvido possa servir como uma referência e um exemplo a seguir perante uma situação de catástrofe.

A International Council of Nurses (2009) reconhece a importância dos enfermeiros em situações de catástrofes, uma vez que detêm conhecimento, competência e habilidades para contribuir positivamente e ajudar os esforços humanitários na resposta a este tipo de situações. Contudo, lidar com uma situação de catástrofe não é fácil, os desafios enfrentados são de extrema complexidade e obrigam a que "...cada enfermeiro adquire uma base de conhecimento e um conjunto mínimo de habilidades para que possam planear e responder a uma catástrofe de forma oportuna e apropriada" (ICN, 2009, p.6).

Objetivos:

Capacitar a equipa de enfermagem da urgência do Hospital de Faro, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas, através da elaboração de um plano formativo com base na prática simulada.

Seleção da amostra:

Após análise dos resultados do questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da catástrofe, aplicado a todos os enfermeiros em funções de prestação direta de cuidados no serviço de urgência do



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Marlene Martins Freitas Pereira
Email: m36904@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36904
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Hospital de Faro (população-alvo), a amostra será pelo menos 40% dos enfermeiros que mostrem interesse em sessões formativas nesta área.

Procedimentos metodológicos:

Após análise dos resultados obtidos no questionário, pretende-se estruturar e implementar um plano formativo a cada equipa do serviço de urgência, que permita a pelo menos 40% dos enfermeiros, realizar a formação. Esta formação apresenta conteúdos teóricos procedida de uma componente prática, um simulacro. Nesse referido simulacro, cada equipa terá que se organizar para dar resposta a uma situação de catástrofe envolvendo um cenário de multi-vítimas, sendo que, as vítimas reais serão substituídas por cartões, onde em cada cartão, será representado uma vítima com os referidos sinais e sintomas. Simultaneamente será efetuada uma avaliação da performance da equipa mediante o preenchimento de uma check-list.

No final da formação teórico/prática, será dado novamente o questionário aos enfermeiros que participaram, pretendendo-se colher novamente dados, no sentido de avaliar os conhecimentos retidos e de comparar os resultados obtidos entre o 1º e o 2º questionário. Os enfermeiros que participaram, deverão preencher um questionário de forma a realizar a avaliação formativa.

O número de sessões formativas teórico-práticas depende das equipas que pretendem participar.

Instrumentos de avaliação:

- Questionários de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da catástrofe, antes e após realização do simulacro;
- Realização de um simulacro por equipa;
- Questionário de avaliação das sessões teórico-práticas e dos formadores.

Como serão recolhidos os dados:

Através do preenchimento dos questionários respondidos pelos enfermeiros do serviço e através do preenchimento de uma check-list de procedimentos utilizada no simulacro, mediante observação dos formandos.



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Marlene Martins Freitas Pereira
Email: m36904@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36904
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Não será necessária qualquer identificação objetiva do enfermeiro, para que o mesmo possa proceder ao preenchimento do questionário de avaliação e diagnóstico das necessidades formativas na área da catástrofe. Na check-list efetuada durante a realização de cada simulacro, à semelhança dos questionários, também nada constará, sobre a identificação dos enfermeiros em causa.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

- Chiozza, M., Ponzetti, C. (2009) FMEA: A Model for Reducing Medical Errors. Clinica Chimica Acta. Vol. 404, n.º1. [Consult. em 16 Out de 2017]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898109001466>
- Decreto-Lei nº150/2015, de 5 de agosto, artigo 23.º, Guia de Orientação para Elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado, 1ª Edição.
- Direção Geral de Saúde. (2010). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. [Consult. em 16 Out. de 2017]. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION – ICN (2009) Framework of Disaster Nursing Competencies. [Consult. em 16 Out. 2017]. Disponível em http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Consult. em 10 Out. 2017]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

O atual projeto, intitulado "Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas.", insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica e tem como principal objectivo



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Marlene Martins Freitas Pereira
Email: m36904@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36904
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

capacitar a equipa de enfermeiros da urgência, para atuar com prontidão e usando padrões aceites a nível nacional e internacional na resposta a situações de emergência/catástrofe.
Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de todos os enfermeiros que atualmente trabalham no serviço de urgência do Hospital de Faro. É por isso que a sua colaboração é fundamental.
O resultado do estudo, será apresentado na Universidade de Évora até final de Março de 2017, podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.
Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de dois questionários e de uma participação num simulacro que poderá ser gravado para permitir uma melhor compreensão dos factos.
Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para os participantes.



Documento	1	8	0	6	9
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof.^a Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “*Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas*” da investigadora **Marlene Martins Freitas Pereira** (mestranda) e Prof.^a Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo F – Publicação Noticias do INEM 27 Abril 2018



27 de abril de 2018

SABIA QUE...

Na nossa Newsletter diária continuamos a dar ênfase às atividades promovidas pelas nossas Delegações Regionais? Hoje aproveitamos para divulgar algumas das Ações promovidas, organizadas e desenvolvidas pela **Delegação Regional do Sul**, desta vez no **Algarve**.

No passado dia 16 de março, foram realizadas as **II Jornadas Algarve Biomedical Center**, no Hotel Real Marina & SPA em Olhão.

O Algarve Biomedical Center é um consórcio entre a Universidade do Algarve e o Centro Hospitalar Universitário do Algarve, que pretendeu reunir investigadores, alunos, profissionais de saúde e representantes de entidades ligadas ao ensino, formação, investigação científica e desenvolvimento regional.

Nestas Jornadas, a **Enfermeira Marlene Pereira**, da **Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Tavira**, e a **Enfermeira Helena Pinto**, da **SIV de Estremoz**, apresentaram um trabalho científico através de um Póster, intitulado "**Novas Recomendações de Abordagem do Doente com AVC Isquémico**" que pretendeu dar a conhecer as novas recomendações baseadas nas guidelines de 2018 do AVC Isquémico, emanadas pela *American Heart Association/American Stroke Association*, com especial foco nas novas recomendações na abordagem pré-hospitalar.

Parabéns pelo Póster Enfermeira Marlene e Enfermeira Helena!

Para ver o póster na íntegra aceda [aqui](#).

Novas Recomendações de Abordagem do Doente com AVC Isquémico
Pereira, M., Pinto, H.

Resumo: Os protocolos implementados no nosso país para a abordagem de uma vítima de AVC requerem uma atuação rápida com algoritmo clínico de avaliação e tratamento em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico. A evolução dos resultados obtidos dependem dos inúmeros estudos realizados. Os mesmos, contribuem para a elaboração baseada em evidência, de guidelines, internacionalmente reconhecidas. Estas servem como linhas orientadoras para o tratamento ao utente vítima de AVC.

Abstract: The protocols implemented in our country to approach a stroke victim require a quick action with clinical algorithm of evaluation and treatment in which the relationship between the time to perform a group of clinical attitudes is absolutely determinant of the therapeutic result. The evolution of the results obtained depends on the numerous studies carried out. They contribute to evidence-based elaboration of internationally recognized guidelines. These are guidelines for the treatment of stroke victims.

Centro de Documentação • O Centro de Documentação do INEM propõe a leitura do seguinte artigo: *Overview of hypertension in adults*.

Aceda [aqui](#) ao artigo. **Boa leitura!**

Anexo G – Formações Realizadas

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que Marlene Martins Freitas Pereira participou nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel' A Organização



Arminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Marlene Martins Freitas Pereira,

membro nº 65895 desta Ordem, esteve presente no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem **Médico-Cirúrgica**, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

2^{AS} JORNADAS ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

16MAR'18

Real Marina Hotel e SPA (Olhão)



Certifica-se que *Isabel Pereira*, participou nas **2as JORNADAS DO ABC**,
que decorreram no dia 16 de março de 2018, no Real Marina Hotel & Spa em Olhão.

O Presidente do Conselho Executivo do ABC

(Dr. Nuno Marques)



16MAR'18

Real Marina Hotel e SPA (Olhão)



parceiros institucionais



Certifica-se que **Marlene Pereira**, apresentou nas 2^{as} Jornadas do ABC, que decorreram no dia 16 de março de 2018, no Real Marina Hotel & SPA, em Olhão, um Poster com o seguinte título: *Novas Guidelines (2018) - Acidente Vascular Cerebral Isquémico*

O Presidente do Conselho Executivo do ABC,

(Dr. Nuno Marques)

CCCIV

encontro
INTERNACIONAL
MEDICINA de
CATÁSTROFE

COMISSÃO DE PLANIFICAÇÃO DA RESPOSTA A SITUAÇÕES
CRÍTICAS E DE EXCEÇÃO NO ALGARVE



 REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE

 **SNS** SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

 **ARS**algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

23 . MARÇO / 2018
Grande Auditório Universidade Algarve


CERTIFICADO

Certifica-se que: Marlene Martins Freitas Pereira

esteve presente no «Encontro Internacional de Medicina de Catástrofe», no dia 23 de março de 2018, organizado pela Comissão de Planificação da Resposta a Situações Críticas e de Exceção no Algarve, Serviço Nacional de Saúde e pela Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Faro, 23 de março de 2018

Pela Comissão Organizadora,
O Presidente do Conselho Diretivo da A.R.S. Algarve,


| Paulo Morgado |

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Marlene Martins Freitas Pereira

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE



(Enfº João Fernandes)

CCCVI

Anexo H – Pós-Graduação “Medical Response to Major Incidents”



CERTIFICATE

It is hereby confirmed that

MARLENE MARTINS FREITAS PEREIRA

has attended the postgraduate course

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

Oliveira de Azeméis-Fajões, 29, 30 April, 01 May,
Portugal 2017

and as active participant in interactive simulation exercises acquired skills
in triage, decision making and performance in major incidents

Itamar Ashkenazi
MRMI International Faculty

Rui Faria
Course Director