



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª edição

**Perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta
hospitalar em situações de catástrofe**

Daniel Rodrigues dos Santos Costa

Abril 2022

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ª edição

Estágio com Relatório em contexto de urgência e cuidados intensivos

**Perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na
resposta hospitalar em situações de catástrofe**

Trabalho efetuado sob orientação
do Professor Doutor António Madureira
e do Professor convidado Mauro Coelho

Abril 2022

A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.

(Confúcio)

Agradecimentos

Quero expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização e para o sucesso desta caminhada.

Expresso a minha gratidão ao Professor Doutor António Madureira e ao Professor Mauro Coelho, pela preciosa ajuda e disponibilidade na orientação deste trabalho.

À minha família, à minha esposa e à minha filha, por tudo aquilo que representam na minha vida.

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo.

Aos meus colegas de trabalho que sempre se mostraram disponíveis, auxiliando na gestão da minha vida profissional e académica.

A todos vós, o meu Muito Obrigado!

Resumo

Enquadramento: A Enfermagem, enquanto ciência, carece, concomitantemente, do desenvolvimento de competências técnicas como de investigação fundamentada que contribua para a criação de um corpo de conhecimentos sólido sobre os quais acentem os cuidados prestados à pessoa. Assim, tanto os estágios como o processo investigativo levado a cabo contribuíram para o sucesso do processo formativo.

Os estágios, tanto em urgência como em cuidados intensivos, revelaram a necessidade de uma resposta pronta e eficaz em situações de catástrofe. Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde e apresentam-se sempre na primeira linha de cuidados, aquando deste tipo de situações, sendo essenciais para limitar o agravamento das condições daí decorrentes e garantir o correto funcionamento das instituições de saúde. Desta forma, eles devem ter os conhecimentos necessários e a capacidade para agir de forma correta e atempada, garantindo cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica.

Objetivo: Evidenciar as competências técnicas adquiridas na área de enfermagem especializada e determinar a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar perante uma situação de catástrofe.

Métodos: Explicação e reflexão crítica quanto às competências desenvolvidas e apresentação de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra de 212 enfermeiros. Aplicou-se a Escala de Perceção dos Enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®), versão de Santos e Dixe (2014), divulgado e aplicado via online a enfermeiros a exercer em Portugal Continental.

Resultados: Os estágios evidenciaram défice de preparação na resposta perante situações de catástrofe dando mote à investigação que veio a demonstrar que quase a totalidade da amostra manifestou necessidade de formação (95,3%). Na “gestão pós-catástrofe” 46,7% dos enfermeiros percecionam-se como tendo boa preparação e 41,0% com fraca preparação; nas “Competências do saber”, 42,4% têm boa preparação, mas 37,3% fraca preparação; nas “Competências do fazer, registou-se fraca e boa preparação”, (42,5%, respetivamente). As variáveis sociodemográficas com maior significância estatística foram o género e as habilitações literárias. As variáveis profissionais associadas à perceção de preparação face à situação de catástrofe com significância estatística foram o tipo de colaboração, o local onde se situa a instituição onde os participantes exercem funções, o serviço e o vínculo laboral. A relação entre as variáveis de contexto de catástrofe e a perceção dos enfermeiros revela variáveis com relevância estatisticamente significativa: conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição; formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe; necessidade de formação na área; vivência, como enfermeiro, de uma situação real de catástrofe e situação de catástrofe vivenciada.

Conclusão: Durante os estágios foram alcançados os objetivos traçados e adquiridas as competências conducentes à prática especializada e a investigação permitiu inferir que enfermeiros com melhor perceção de preparação face à situação de catástrofe são os do género masculino, com mestrado/doutoramento e especialização, com colaboração interna prestada ao INEM, cuja instituição onde exercem se situa em Castelo Branco, os que exercem funções profissionais no INEM e que possuem diferente tipo de vínculo laboral do descrito no questionário, bem como aqueles que conhecem o plano de catástrofe externo da instituição, que possuem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe e que já vivenciaram situações reais de catástrofe, nomeadamente catástrofes naturais.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro; Catástrofe; Competências

Abstract

Framework: Nursing, as a science, lacks, at the same time, the development of technical skills, as well as substantiated research that contributes to the creation of a solid body of knowledge on which the care provided to the person is based. Thus, both the internships and the research process carried out contributed to the success of the training process.

The internships, both in emergency and intensive care, revealed the need for a prompt and effective response in disaster situations. Nurses constitute the largest professional group in the health area and are always in the first line of care, in this type of situation, being essential to limit the aggravation of the resulting conditions and guarantee the proper functioning of health institutions. In this way, they must have the necessary knowledge and the ability to act correctly and in a timely manner, guaranteeing safe and quality care for the person in a critical situation.

Objective: Highlight the technical skills acquired in the area of specialized nursing and determine the perception of nurses about their preparation in the hospital response to a disaster situation.

Methods: Explanation and critical reflection on the skills developed and presentation of a cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational cohort study in a sample of 212 nurses. The Nurses' Perception Scale on their preparation for a disaster - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET -PT®), version by Santos and Dixe (2014), disseminated and applied online to nurses who work in hospitals in Continental Portugal, was applied.

Results: The internships evidenced a lack of preparation for disaster situations, giving rise to the investigation that showed that almost the entire sample expressed a need for training (95.3%). In "post-disaster management" 46.7% of nurses perceive themselves as well prepared and 41.0% as poorly prepared; in "Knowledge Competencies", 42.4% have good preparation, but 37.3% have poor preparation; in "Skills to do, there was bad and good preparation" (42.5%, respectively). The sociodemographic variables with the highest statistical significance were gender and educational level. The professional variables associated with the perception of preparedness for a catastrophe with statistical significance were the type of collaboration, the location of the institution where the participants work, the service and the employment relationship. The relationship between the variables of the disaster context and the nurses' perception reveals variables with statistically significant relevance: knowledge of the institution's external disaster plan; training in the hospital approach in disaster situations; need for training in the area; experience, as a nurse, of a real catastrophe situation and a lived catastrophe situation.

Conclusion: During the internships, the objectives set were achieved and the skills leading to specialized practice were acquired, and the research allowed us to infer that the nurses with the best perception of preparedness for a disaster situation are male, with a master's/doctorate degree and specialization, counting on the internal collaboration of INEM, whose institution where they work is located in Castelo Branco, those who work at INEM and have a different type of employment relationship than that described in the questionnaire, as well as those who know the external disaster plan of the institution, who have training in the hospital approach in disaster situations and who have already experienced real disaster situations, that is, natural disasters.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Nurse; Disaster; Competencies

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas

Introdução	15
Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos	
1. Competências específicas adquiridas	21
2. Evidência das atividades realizadas	29
2.1. Estágio em contexto de Urgência	29
2.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos	38
3. Avaliação por competências	47
Parte II – Investigação	
1. Perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe.....	51
Conclusão	79
Referências Bibliográficas	81
Apêndices	
Apêndice I - I.URG. 43.3 - Proposta de alteração - Check List Verificação sala e carro de emergência.....	85
Apêndice II - PT - Procedimento de Enfermagem na Punção Lombar	87
Apêndice III - PT - Hemoderivados	91
Apêndice IV - Check List - Medicação da Sala de Emergência SU.....	97
Apêndice V - Escala de perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe _ Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®), versão validada culturalmentepara a população Portuguesa por Santos e Dixe (2014).....	99
Anexos	
Anexo I - Pedido de Parecer da Comissão de Ética Relativo a Estudos de Investigação...	103
Anexo II - Pedido de autorização para uso da Escala de Perceção dos Enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe _ Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET - PT®), Versão Portuguesa	105
Anexo III - Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe	107
Anexo IV - Submissão de Artigo a revista científica	113

Lista de abreviaturas e siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPLEEMC – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Electrocardiograma

ECMO – Extracorporeal membrane oxygenation

EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

HDFE – Hospital Distrital da Figueira da Foz

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento para Exercício Profissional de Enfermagem

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

TOT – Tubo oro-traqueal

TSV – Taquicardia supraventricular

VM – Ventilação Mecânica

VV – Via verde

Introdução

O presente Relatório Final relata e evidencia, através de uma análise reflexiva, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), desenvolvidas e adquiridas ao longo de dois estágios, nomeadamente em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos. Para o desenvolvimento das competências comuns e específicas e aprimoramento das práticas de enfermagem no cuidado à PSC, foi necessário o desenvolvimento de atividades guiadas por objetivos concretos, que permitiram definir, planejar e colocar em prática as ações a realizar, com o intuito de atingir competências específicas na área da EMC. Tudo isto implica avaliar, refletir e analisar criticamente o meu desempenho (autoanálise e autocrítica), tendo por base os objetivos e as competências a que me propus atingir, as que efetivamente fui capaz de atingir e as ações que fui capaz de realizar para prestar cuidados à PSC, que é “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018, p. 19362).

O enfermeiro especialista em EMC exerce as suas competências especializadas com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação nas situações que requirem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e desenvolve a sua prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2018).

Foi com base nestes pressupostos de complexidade de conhecimentos e exigente diferenciação dos cuidados prestados aos doentes/família, que decidi prosseguir com a minha formação especializada, de modo a poder responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, alargando as minhas competências nos domínios científico, técnico, formação e gestão com base na evidência científica, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar em Enfermagem.

É neste contexto que encarei mais esta etapa da minha formação, sendo um meio privilegiado de um crescendo de conhecimentos e ganhos de competências na área da EMC, onde os cuidados são direcionados à pessoa em situação crítica e seus familiares. Com o objetivo de alcançar o patamar de enfermeiro perito, fazendo uso da denominação de Benner (2001), foi indispensável aliar a teoria à prática, o que só foi possível com a realização dos

ensinos clínicos, que permitiu uma base de experiência mais ampla, uma atuação mais avançada em situações de pessoas com problemas complexos e imprevisíveis.

A PSC e seus familiares são o foco do cuidar do enfermeiro especialista em EMC, cujas competências, inerentes ao cuidar especializado, se assumem como o fio condutor ao longo dos estágios, a nível da prática clínica e do desenvolvimento profissional. Este desígnio exigiu a capacidade de reação perante as situações imprevistas e complexas, a consciente e fundamentada tomada de decisões que revelara um espírito de trabalho em equipa multiprofissional, bem como a capacidade de gestão dos cuidados de Enfermagem.

Considero que prestar cuidados à PSC, seja qual for o contexto em que a mesma se encontre, se configura como um momento de grande complexidade, requerendo um trabalho em equipa multidisciplinar, de modo a poder fazer frente à instabilidade hemodinâmica que esta revela, necessitando de uma abordagem estruturada, ágil e direcionada para que se possa dar resposta às suas necessidades holísticas. Como elemento da equipa multiprofissional, o Enfermeiro Especialista deve promover a mobilização de todos os elementos e potenciar a entreaajuda, para que todos possam agir coordenadamente e tornar todo o processo de intervenção à PSC e família o mais seguro, eficiente e sereno possível.

Importa referir que se enveredou por um caminho investigativo, procurando-se conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe. A realização deste estudo assume-se como um contributo para uma prática baseada em evidências científicas. A prática baseada na evidência tem ganho um grande ímpeto na enfermagem e deve ter em consideração os resultados da investigação, os conhecimentos da ciência, os conhecimentos clínicos e a opinião de especialistas, sendo estes fatores considerados “evidência”. Esta exige mais investigação relevante para a prática e relações de trabalho mais estreitas entre os enfermeiros, o utente/família. A prática baseada em evidências também proporciona oportunidades para que os cuidados de enfermagem sejam mais individualizados, mais eficazes e dinâmicos, assim como para maximizar os efeitos do julgamento clínico. É essencial que os enfermeiros construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados dos cuidados prestados, no caso concreto à PSC e seus familiares.

A área de especialização em EMC tem como foco os cuidados de enfermagem à pessoa em situação de urgência e/ou emergência e/ou em intensivismo. Esses cuidados caracterizam-se pela excelência que advém de uma prática significativamente qualificada, enquanto resposta às potenciais necessidades da pessoa em situação crítica, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção

em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19360).

Em termos estruturais, o presente documento divide-se em duas partes: Parte I - Estágio em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos; Parte II – Investigação “perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe”.

Parte I - Estágio em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

1. Competências específicas adquiridas

A Ordem dos Enfermeiros define como competências comuns do enfermeiro especialista as competências partilhadas pelos diversos enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional” na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista serão abordadas no capítulo a seguir de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e competências desenvolvidas durante os estágios em contexto de urgência e em contexto de cuidados intensivos, sendo elas: o Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: no que concerne às competências específicas, na Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), o objetivo é a melhoria da qualidade de vida da pessoa, em que é exigido uma conceção, implementação e avaliação de planos, para intervir como resposta às necessidades identificadas. A deteção precoce, a estabilização, a manutenção, a recuperação em casos que necessitam de meios avançados de vigilância, a monitorização e a terapêutica, a prevenção de complicações, a promoção da saúde/prevenção da doença estão inseridos nos vários contextos da nossa ação. O Enfermeiro Especialista em EMC deve ainda desenvolver a sua prática com base na mais recente evidência científica, apresentando-se também como um líder para projetos de formação, de investigação e tem o dever de atualizar os seus conhecimentos dentro da área da sua especialização (Regulamento nº 429/2018, julho 2018). A aprendizagem é um processo contínuo, que nos permite melhorar os nossos conhecimentos/competências.

Em Portugal, com a publicação do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, diploma que aprovou o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a profissão de Enfermagem está dotada de um Código Deontológico que constitui um documento jurídico, com função normativa e vinculativa, perante o qual os enfermeiros têm o dever de responder às promessas feitas e aos compromissos assumidos perante a sociedade, no respeito pela dignidade de cada pessoa. Este Decreto-Lei tem vindo a sofrer alterações, estando atualmente em vigor o Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Seja qual for a área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de domínios de competências, denominadas de competências comuns:

responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

O termo competência é comumente aplicado em várias áreas e a enfermagem não é exceção. Neste contexto em particular, a competência dos enfermeiros está associada à qualidade dos cuidados e à segurança dos doentes (Oliveira & Queirós, 2015). Como refere a OE (2019), no caso do enfermeiro especialista distinguem-se em competências comuns e competências específicas. Deste modo, a atribuição do título de especialista prevê que os enfermeiros "(...) partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados" (OE, 2019, p. 4744). Acrescenta ainda o mesmo organismo que "(...) decorrentes das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (OE, 2019, p. 4744), são definidas as competências específicas. Foi com base nestas premissas que orientei a minha prática nos estágios e subsequentes reflexões, de modo a deixar transparecer o trabalho desenvolvido ao longo do meu processo formativo.

Segundo a OE (2005), deontologia profissional é o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão baseada no princípio da moral e do direito, procurando definir as boas práticas e, tendo em conta as características da própria profissão.

A promoção de uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019) permite oferecer à pessoa em situação crítica (PSC) e família a melhor resposta com cuidados de enfermagem de qualidade.

A interrogação quanto ao modo de agir em enfermagem perante problemas de natureza ética surge quando está em causa a proteção de uma pessoa e a defesa da dignidade humana, originando a construção de uma decisão que tem como fim a prática de uma ação tida como uma intervenção de enfermagem (Deodato, 2010).

Nos diferentes contextos de prática de enfermagem, desenvolvi sempre a minha atividade de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e respeito pelos princípios éticos nos cuidados prestados, em que os valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade estiveram sempre presentes. O respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade/intimidade do doente/família, a confidencialidade da informação, as preferências e a autonomia do doente/família, o respeito pelas suas crenças e valores, bem como a responsabilidade dos meus atos foram princípios fulcrais que delinearam a minha

prestação, criando e fomentando uma relação terapêutica com o doente, família/cuidadores de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de atuação.

Os sentimentos como dependência, de perda de controlo do seu corpo, a insegurança e sentimentos de impotência podem potenciar a fragilidade e a vulnerabilidade inerentes ao processo de transição saúde doença, pelo que a preservação da autonomia e da dignidade humana, além de poder contribuir para o alívio desse sofrimento, são direitos fundamentais consagrados no compromisso deontológico que os enfermeiros devem respeitar (OE, 2019).

Deste modo, torna-se clara a ligação entre os direitos humanos e a deontologia profissional do enfermeiro, tendo esta uma relação de suporte ético centrada na responsabilidade que o enfermeiro assume pelo outro e pelos cuidados de que este necessita (OE, 2019). Assim sendo, o enfermeiro, ao estabelecer uma relação profissional, assume também valores e princípios universais, tais como: igualdade, altruísmo e solidariedade; liberdade responsável; verdade e justiça; competência e aperfeiçoamento profissional.

Nos Serviços onde desenvolvi a minha formação especializada pude constatar, entre outros aspetos, que o conforto, a preservação da privacidade/intimidade e a confidencialidade da informação, em determinadas circunstâncias, nem sempre foram fáceis de atingir, pelas características físicas e/ou complexidade de cuidados prestados ao doente, família/cuidadores, apesar dos esforços e sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em respeitar estes princípios. Em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019 (p. 4745), no âmbito deste domínio configuram-se duas competências, as quais considero ter alcançado nos dois campos de estágio: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados: o conceito de qualidade, no âmbito das instituições de saúde, é um conceito presente, constituindo uma exigência e uma prioridade na assistência prestada ao doente e família/cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm. Existem diversos modelos de acreditação da qualidade das organizações de saúde, que solicitam junto das instituições de saúde uma nova filosofia e a incorporação de normas e procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) preconiza seis Metas Internacionais de Segurança do doente, sendo elas: 1) Identificação correta dos pacientes; 2) Comunicação Efetiva; 3) Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância; 4) Cirurgia Segura; 5)

Redução dos Riscos relacionados as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS; 6) Prevenção de danos decorrentes de quedas. Estas metas fazem parte do meu contexto de prática atual desde a sua implementação e foram transversais a todo o percurso nos dois estágios realizados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882). Um dos objetivos estratégicos definidos neste despacho relaciona-se com a prevenção da ocorrência de quedas. As quedas estão na origem de uma significativa morbidade ou mortalidade e o seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde. Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, pelo que, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas e proceder à sua auditoria, de forma periódica.

De igual modo a OMS acerca da segurança dos cuidados de saúde pronuncia-se quanto à administração terapêutica e estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação (Despacho n.º 1400 – A/2015).

Segundo Oliveira (2005, p. 13), os objetivos da gestão do risco (clínico e não clínico) são:

Desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas; proteger o hospital e respetivo pessoal de responsabilidades legais.

Tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o estabelecimento de um ambiente terapêutico e melhoria contínua da qualidade, procurei sempre contribuir para práticas seguras, procurando alcançar as competências preconizadas pelo Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, que preconiza, no âmbito deste domínio, três competências:

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;

“B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; “B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p. 4745).

Domínio da Gestão dos Cuidados: o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, procurando promover a qualidade dos mesmos. Ideia corroborada pela OE (2019), que refere que, neste âmbito, cabe ao mesmo a otimização dos recursos por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde; assim, e respeitando a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, surge como prioridade a segurança dos doentes e o empenho contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Compete assim à OE contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais (OE, 2019, p.128).

Um dos focos de atenção dos enfermeiros prende-se com a gestão de cuidados de enfermagem com qualidade e em tempo oportuno. Na UCI a gestão dos cuidados é realizada através da escala *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), um instrumento que avalia a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, dentro de um período de vinte e quatro horas, em atividades de assistência direta aos doentes, sem incluir tarefas administrativas. O TISS divide-se em 7 categorias de intervenções terapêuticas denominadas: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005).

Considero que este apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo dispensado à família, ou apoio ao doente. Em conversas informais com a equipa, notei que todos partilham a mesma opinião que eu e que apesar de fazerem o preenchimento do TISS, o tratamento e interpretação dos dados obtidos acaba por não ser realizado. Assim, a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS) seria mais vantajoso, uma vez que integra o suporte e cuidados aos doentes e familiares. O NAS surge como uma

ferramenta essencial na gestão de cuidados intensivos, resultando de uma revisão e atualização do TISS.

O Regulamento n.º 743/2019 de 25 setembro (2019) define, com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (SPCI), que o rácio enfermeiro/doente seja estabelecido de acordo com a tipologia da unidade. Para desenvolver funções e cuidados seguros, foi preciso desenvolver competências na gestão dos cuidados, otimizando a minha capacidade de resposta, na tomada de decisão, bem como supervisionando as tarefas delegadas. A OE refere que uma das responsabilidades do enfermeiro especialista consiste na gestão dos cuidados, quer no que se refere ao seu trabalho individual, quer em relação ao trabalho delegado (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Em conformidade com o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, que regula as competências na área da gestão dos cuidados, “o Enfermeiro Especialista deve realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (p.4745). Neste âmbito, nos dois estágios, colaborei sempre com o Enfermeiro Chefe de serviço e com o Enfermeiro responsável de turno, no que respeita à gestão dos recursos humanos e materiais, como, os pedidos de *stokes* de medicação e de materiais, o que requereu sempre uma articulação destas competências com as equipas multidisciplinares. Tive a oportunidade de observar e participar em várias tomadas de decisão das equipas multidisciplinares e participar na interação com outros serviços, sendo exemplo as transferências de doentes para outros serviços, possibilitando uma adequada continuidade na prestação de cuidados.

Por conseguinte, atendendo à sua importância e ao anteriormente explanado, foi esta a abordagem por mim realizada ao longo dos estágios, fazendo com que a gestão de cuidados se tornasse sistematizada e uniforme, otimizando o trabalho da equipa e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados. Desta forma, considero ter atingido os objetivos para a competência do domínio da gestão dos cuidados, realizando uma gestão de cuidados efetiva e otimizando a resposta de enfermagem perante cada contexto, sempre com a máxima garantia da qualidade dos cuidados.

Para poder alcançar as competências do Enfermeiro Especialista preconizei o definido pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, o artigo 8º, o “desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade como base de uma praxis clínica especializada e fundamentada em evidência científica” (p.4745). No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão, o juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como desenvolve um autoconhecimento e gere as suas idiossincrasias na

construção dos processos de ajuda com vista a prestar cuidados de modo assertivo (OE, 2019).

Numa sociedade em que cada vez mais os cuidados de saúde estão muito dependentes de recursos humanos qualificados, a formação especializada de enfermagem, independente do contexto de intervenção, é uma realidade incontornável em todos os setores da saúde, na melhoria das respostas aos problemas de saúde das populações, através da diferenciação de cuidados, resultando em ganhos em saúde.

A Enfermagem, à semelhança de outras disciplinas, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, pelo que a investigação é um requisito indispensável e uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, contribuindo assim para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências e, conseqüentemente, para a melhoria da prática profissional, além de proporcionar maiores sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro é um profissional em que as suas práticas clínicas são construídas por competências e conhecimentos adquiridos, tornando-se necessário o desenvolvimento da teoria. A prática clínica, por ser mais complexa, contempla outras realidades que não se observam na teoria. Assim, o enfermeiro especialista é dotado de conhecimento “aprofundado num domínio específico da enfermagem”, tendo em vista as respostas humanas decorrentes dos processos de vida e dos problemas de saúde, auxiliando-se do julgamento clínico e da toma de decisão (OE, 2019).

Foi com base nesses pressupostos, que a motivação e a prioridade em aprofundar, fomentar e assimilar novos saberes, para adquirir competências relacionais, técnico-científicas, crítico-reflexivas e de tomada de decisão, tendo como referência os aspetos éticos e legais para o exercício da profissão diferenciada e especializada, foram determinantes e impulsionadoras em todo o percurso de aprendizagem.

Todas as atividades desenvolvidas contribuíram para a promoção da autoaprendizagem, assertividade e autoformação, bem como facilitaram a formação dos pares e da equipa multiprofissional, através dos processos de formação, da prática sustentada em evidência científica, da realização e divulgação de resultados da investigação e ainda da reflexão do contributo das aprendizagens realizadas para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, competências especializadas adquiridas no decorrer dos dois estágios.

2. Evidência das atividades realizadas

Em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais concretamente à PSC os cuidados de Enfermagem, neste âmbito, são específicos, pelo que a realização dos dois estágios assumiu-se de significativa importância, para desenvolver competências diferenciadas.

2.1. Estágio em contexto de Urgência

O estágio em contexto de Urgência decorreu sob a orientação pedagógica do Professor António Madureira e a tutoria clínica das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Catarina Cavaleiro e Hélène Malta. Os turnos de 12 horas, realizados nos períodos de manhãs (8h-20h), com a duração de 180 horas de trabalho em presença física no estágio e 36 horas de Orientação Tutorial (OT), para reunião com equipa de estágios, orientador e tempo de pesquisa sob OT, para desenvolvimento do relatório final.

O estágio foi realizado no período compreendido entre 1 de março de 2021 e 16 de maio de 2021 no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDF) e pressupôs a elaboração deste relatório que é parte integrante do modelo de avaliação do presente estágio, exigindo uma reflexão sucinta e organizada, sobre a avaliação do meu desempenho e dos conhecimentos adquiridos. Sou detentor de algum conhecimento prévio da estrutura organizacional de um SU, no entanto procurei, ao longo das duas primeiras semanas de estágio, aprofundar esse conhecimento, ao nível da estrutura física, organizacional e funcional do Serviço. Neste sentido, foi-me possível participar numa visita guiada ao SU, sob orientação da Enfermeira Chefe, constatar o conhecimento da organização da equipa multidisciplinar, com ênfase na equipa de enfermagem, a sua dinâmica, metodologia de trabalho e prestação de cuidados, identificação da dinâmica assistencial, fluxos de atendimento e encaminhamento/referenciação das pessoas em situação crítica, o conhecimento das normas e protocolos de atuação, projetos, atividades e sistemas de informação, e a averiguação das redes de articulação do SU com o sistema de socorro pré-hospitalar, com os outros serviços do HDF e com os Serviços de Saúde da sua área de referência. Salientei ainda uma especial atenção ao conhecimento do atendimento especializado das vítimas referenciadas por Via Verde (AVC, Coronária, Sépsis e Trauma).

O Enfermeiro é considerado especialista quando lhe são reconhecidas as competências: científicas, técnicas e humanas, associadas aos cuidados de enfermagem especializada, inserida nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento nº 140/2019, fevereiro 2019).

O SU do HFFF encontra-se dotado de várias valências e apesar de ser um Hospital relativamente pequeno revela-se um excelente local de estágio para aprendizagem/aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, proporcionando o desenvolvimento de cuidados de enfermagem especializados.

Presta cuidados de saúde, durante 24 horas por dia, à população da Figueira da Foz, abarca uma ala Pediátrica para utentes com até 17 anos e 364 dias e outra de Adultos com idade superior a 18 anos. Ambos os sectores encontram-se no piso -1 e subdivididos pelas diferentes especialidades. Caracterizado como um SU Médico-Cirúrgico, com capacidade para prestar uma resposta diferenciada às situações de urgência/emergência.

A equipa multidisciplinar é constituída por: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos auxiliares de diagnóstico, secretários clínicos, entre outros. Todos trabalham de uma forma coordenada e com enorme cooperação e espírito de ajuda / equipa. O foco principal centra-se na recuperação e bem-estar do doente.

O trabalho dos enfermeiros é de grande responsabilidade: na monitorização e vigilância ao longo das 24 horas e na prestação dos cuidados ao doente em estado crítico. Para prestarem uma resposta rápida e eficaz na recuperação do doente, necessitam de uma elevada formação técnica e científica. A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 50 enfermeiros, divididos entre turnos de 12 horas, que se realizam nos turnos de dia (8:00 até 20:00) e noite (20:00 até 8:00).

Esta equipa é liderada pela Enfermeira Chefe Dulce Cruz, que tive oportunidade de conhecer no primeiro dia do estágio, a qual realizou uma pequena integração e visita guiada às diferentes instalações do SU, bem como me apresentou à restante equipa presente, nomeadamente, às Enfermeiras Especialistas em EMC, que viriam a ser as minhas orientadoras: Enfermeira Catarina Cavaleiro e Enfermeira Hélène Malta.

Em todos os turnos, existe um Enfermeiro Coordenador, que deve coordenar e fazer a gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais.

O método individual de trabalho é a metodologia de organização e prestação de cuidados de enfermagem eleita. É de salientar que todos os enfermeiros trabalham em cooperação, corresponsabilidade e em equipa. Denota-se uma grande relação de entajuda, resultando numa capacidade de resposta eficaz e em tempo útil, sempre que se encontram perante momentos de urgência/emergência.

Ao longo do Estágio foi-me possível consultar e aplicar os protocolos/documentos para o doente crítico existentes no serviço:

- Protocolo de Triagem de Manchester;
- Algoritmos de Vias verdes: AVC, Coronária, Trauma e Sepsis;
- Fluxograma para identificação de caso suspeito Covid-19;
- Algoritmos de Paragem Cardiorrespiratória;
- Plano de Emergência externa: linhas gerais.

À medida que a integração e o estágio foram decorrendo, fui ganhando progressivamente uma maior confiança nas minhas capacidades, deixando de lado alguns receios que senti inicialmente. Penso que consegui estabelecer uma relação empática e de respeito com a equipa do SU.

Consegui identificar os locais dos materiais e equipamentos necessários para a prestação de cuidados, solicitei ajuda aquando das minhas dificuldades/dúvidas, tendo a minha Enfermeira tutora sido incansável e sempre esclarecedora, incentivando-me à pesquisa bibliográfica. Mantive uma postura responsável e assertiva, fui pontual, assíduo e demonstrei disponibilidade, interesse, responsabilidade e sentido crítico ao longo do Estágio.

A minha Enfermeira tutora esteve sempre distribuída pela Sala de Emergência (SE) e pela Sala de Cirurgia, pelo que foi nesses dois locais que realizei os turnos de estágio. Atuei sempre de acordo com o Código Deontológico e Proteção dos Direitos Humanos, garantindo a segurança e confidencialidade da informação e mantendo o sigilo profissional. Assegurei a privacidade e dignidade do doente e respeitei-o no direito ao acesso à informação. Mesmo na SE, o respeito pela privacidade do doente é importante e consagrado, quer pela utilização de dispositivos de proteção individual (biombos), o fecho automático de portas ou o despir apenas as regiões do corpo necessárias para a prestação de cuidados.

Pude confirmar que existe uma preocupação da equipa multidisciplinar, especialmente dos enfermeiros, em respeitar os princípios para uma prática profissional e ética, liderados por um enfermeiro coordenador.

Ao longo deste estágio posso afirmar que me foi possível prestar cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, desde a sua admissão até à sua alta / transferência. Vários foram os doentes que tive a oportunidade acompanhar (inclusive o transporte do doente crítico) aquando do encaminhamento para serviços como: realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (TAC, Raio-X, entre outros) ou transferência para outros serviços, nomeadamente o Bloco Operatório.

Ao longo do estágio considero ter respeitado o doente, de uma forma holística e tentei informar sempre dos cuidados de enfermagem que teria de concretizar, procurando o seu consentimento. Nas situações em que os doentes estavam sob o efeito de sedação, sonolentos ou confusos, a sua capacidade de decisão encontrava-se comprometida eram tomadas decisões com vista ao seu melhor cuidado e as mesmas eram aferidas, sempre que possível, junto dos seus familiares/cuidadores.

Concluo afirmando que, muito embora as limitações que a pandemia COVID-19 nos implica, consegui atingir este objetivo e desenvolver as atividades planeadas.

A Triagem de Manchester é o sistema de triagem de doentes que está implementado no SU do HDFS. Não obstante a importância dos conteúdos teóricos lecionados no CPLEEMC relativos aos Sistemas de Triagem de Manchester (STM), foi-me possível, neste período, verificar a sua aplicabilidade prática e aprofundar a pesquisa bibliográfica nesta área.

A priorização de atendimento em função da gravidade é a grande finalidade da Triagem de Manchester. Teixeira (2006) refere ainda que a triagem realizada por enfermeiros contribui para aumentar a humanização do acolhimento do doente e família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro-utente podendo, deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade, ou a impaciência do doente e família, através de uma calma explicação de todo o processo de triagem e o seu objetivo; contribui para dignificar a imagem da enfermagem; permite uma observação do doente com risco de vida e permite realizar uma retriagem, se necessário.

Constatei, *in loco*, da necessidade do desenvolvimento de determinadas competências por parte do enfermeiro de triagem, nomeadamente o elevado conhecimento teórico-prático do STM, capacidade de colheita de dados, bem como capacidade observacional de doentes, organizativa e ser capaz de tomar decisões. Dinamismo, destreza e perceção de sinais subtis emitidos pelos doentes são também fundamentais para a construção de um bom triador.

A formação prévia no STM é obrigatória e fundamental, para qualquer enfermeiro poder ser alocado para a área de triagem. O domínio dos princípios de triagem e conhecimento dos fluxogramas e respetivos discriminadores tornam-se essenciais para uma correta triagem. No que concerne ao sistema de triagem implementado pude confirmar que é efetuada monitorização e avaliação do mesmo, com especial incidência nos tempos de espera, desde a admissão até que o doente é triado, tempo no processo de triagem, bem como a comparação entre a prioridade atribuída (sintomatologia inicial) e o diagnóstico clínico final.

No caso de se verificarem mais do que 10 utentes em espera para a triagem, o Enfermeiro Coordenador tem autonomia para poder ativar o segundo gabinete de triagem,

deslocando o enfermeiro da sala de preparação de terapêutica, verificando-se assim capacidade de adaptação do Serviço à procura.

O enfermeiro deve selecionar um dos 50 fluxogramas, que deve ser avaliado através dos discriminadores (perguntas) para cada nível de prioridade. A avaliação é feita a partir da prioridade clínica mais elevada.

Os tempos alvos previstos de atendimento passam pelas 5 cores da Triagem de Manchester:

- **Cor Vermelha:** doentes emergentes, cujo objetivo de atendimento é num período de tempo igual a 0 minutos;
- **Cor Laranja:** doentes muito urgentes, cujo objetivo de atendimento é num período de tempo inferior a 10 minutos;
- **Cor Amarela:** doentes urgentes, cujo objetivo de atendimento é num período de tempo inferior a 60 minutos;
- **Cor Verde:** doentes pouco urgentes, cujo tempo para atendimento prevê-se inferior a 120 minutos;
- **Cor Azul:** doentes não urgentes, cujo tempo para atendimento prevê-se inferior a 240 minutos (Grupo Português de Triagem, 2021).

O Manual de Triagem de Manchester, que existe nos gabinetes de triagem, foi um grande apoio na perceção de toda a dinâmica e conhecimento necessário para realizar triagem no SU.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) descreve-nos a necrose irreversível do miocárdio, levando a uma diminuição súbita ou mesmo total do aporte sanguíneo a um determinado local do miocárdio. Numa VV coronária pode ser ativada se o EAM com supradesnivelamento do segmento ST for detetado no pré-hospitalar e acionada pelo Centro de Orientação de Doentes urgentes (CODU), ou em casos de transferência inter-hospitalar com contacto prévio estabelecido com o cardiologista do SU.

O enfermeiro pode ainda triar identificando os critérios de gravidade como: dor torácica de início súbito, com ou sem irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço ou mandíbula. Deve ser solicitado Eletrocardiograma (ECG) simples de 12 derivações, urgente e deve ser realizado em tempo inferior a 10 minutos.

O doente deve ser/estar monitorizado com monitor/desfibrilhador (pás) e o tratamento inicial passa por atuar no alívio dos sintomas/causas. Desta forma, administra-se Ácido Acetilsalicílico (AAS) 300mg, via oral; Ticagrelor 180mg, via oral; Nitratos; Morfina para alívio

da dor 3-5mg, via endovenosa; Oxigénio (O₂) suplementar se o doente apresentar sintomas de hipoxemia (saturação O₂ inferior a 90% ou Pressão Arterial O₂ inferior a 60 mmHg).

Os Nitratos ajudam na dilatação das artérias coronárias, mas não devem ser administrados se a tensão arterial sistólica for inferior a 90 mmHg. Seguidamente, o doente é encaminhado para a sala de hemodinâmica, onde será submetido a intervenção coronária percutânea, tratamento definitivo.

Presenciei duas situações de EAM que deram entrada direta para a sala de emergência, nas quais pude colaborar, na prestação de todos os cuidados, juntamente com a equipa multidisciplinar, desde a avaliação inicial da vítima, monitorização, avaliação e vigilância dos parâmetros vitais apresentados, administração de terapêutica prescrita de acordo com o protocolo e sob indicação médica, vigilância do utente e registos de evolução do programa do SU.

Outra situação com que me deparei foi uma Taquicardia supraventricular (TSV), na qual atuei, com a restante equipa multidisciplinar, conforme o protocolo TSV, que passou por abordar o ABCDE, colocar oxigénio titulado a valores de SPO₂ > 95%, monitorizar os sinais vitais e ECG de 12 derivações nos primeiros 10 minutos. Como se tratava de uma TSV estável, sem sinais de gravidade (Síncope, Choque, Isquemia do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca) era um QRS Estreito (<12seg) e tinha um ritmo regular, colaborei na realização de manobras vagais, utilizámos a manobra de Valsalva modificada, que não surtiu efeito e por isso avançámos para a administração de adenosina 6mg por via endovenosa. Foi escolhida uma veia proximal, com cateter de grande calibre e preparou-se além da adenosina uma seringa de 20cc de soro fisiológico 0,9% para realizar o flush imediatamente a seguir à administração da adenosina. Avaliámos a resposta à administração e, como não surtiu o efeito desejado, realizámos o mesmo procedimento, mas com adenosina 12mg e logo após a administração elevámos o braço e fizemos a aspersão do mesmo. Desta vez conseguimos reverter a taquicardia supraventricular a um ritmo sinusal. De seguida, foi repetido o ECG de 12 derivações e mantivemos a vítima em vigilância até ser transferido para realizar novos exames de diagnóstico.

Considero ter alcançado este objetivo e desenvolvidas as atividades planeadas conforme o projeto de estágio inicialmente definido, assim como demonstrei conhecimento fundamentado, uma vez que realizei pesquisa bibliográfica para colmatar as minhas dúvidas e aumentar os meus conhecimentos. Para tal contribuiu ainda o esclarecimento e ajuda por parte das Enfermeiras tutoras. Sinto que melhorei os meus conhecimentos teóricos e a minha prática, refletindo-se isso numa melhoria nos cuidados prestados.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, julho 2018) são importantes de alcançar e ter presentes. Uma das competências passa por maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

No Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Direção Geral da Saúde, 2017, p.5), “As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes, nas unidades de saúde e na comunidade. As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde.”

No Despacho n.º 15423/2013 (Diário da República, 2013), os objetivos gerais deste programa prioritário são: reduzir a taxa de IACS, promover o uso correto de antimicrobianos e diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos. Tendo em vista a implementação destes objetivos, são criados os Grupos de Controlo Local-PPCIRA, constituídos por uma equipa multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos ligados à área de intervenção. Este grupo deve, entre outros:

- Supervisionar as práticas locais de prevenção e controlo da infeção e de uso de antimicrobianos;
- Promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).

Na instituição onde se encontra inserido o SU, HDFF, existem várias Normas e Recomendações no que diz respeito ao controlo de Infeções. Tive a oportunidade de as consultar e executar os procedimentos, tendo-as por base.

Ao longo do estágio, tentei que algumas atuações fossem direcionadas a cada tipo de infeção, com o intuito preventivo e de obter o melhor benefício para o doente. Aquando da realização de técnicas invasivas houve cuidado constante, seguindo princípios de assepsia e controlo de infeção estipulados.

A correta lavagem das mãos e o uso de luvas, segundo as orientações da instituição, são fundamentais para diminuir a transmissão de microrganismos.

Usei EPI's: máscara, touca, bata fluido-resistente, proteção ocular e luvas sempre que as situações assim o exigiam.

Devido à COVID-19, foram reforçadas as medidas implementadas alusivas ao isolamento, limpeza e higienização. Existe uma preocupação, um cuidado e respeito com todo o circuito de “limpos e sujos”, com a triagem dos resíduos, com o acondicionamento e higienização dos dispositivos médicos.

As boas práticas no âmbito da higiene ambiental também são de salientar: higienização das bancadas/áreas de trabalho, carros de emergência na SE.

Durante o estágio, a minha consciência acerca da situação crítica dos doentes internados e sua predisposição a infeções, bem ainda como ao risco e gravidade inerente à propagação de COVID-19 foi constante, pelo que procurei de todos os modos contribuir para a prevenção das mesmas, encetando todos os esforços e tendo os maiores cuidados para a sua prevenção, controlo e combate à disseminação, pelo que considero que alcancei o objetivo a que me propus.

Outro dos meus objetivos consistia em identificar as funções específicas do Enfermeiro Coordenador. Este deve ser detentor de competências que lhe permitam uma gestão dos recursos e dos cuidados, de forma rápida e eficaz, adequada à complexidade do contexto inserido e desenvolvendo um processo de tomada de decisão efetiva e de elevada qualidade.

Deve ser proativo e promover o desenvolvimento profissional, praticando uma comunicação efetiva e ter capacidade de empatia, liderança, espírito de equipa e tomada de decisão (sendo flexível, inovador, com capacidade de adaptação e de mudança). Deve demonstrar respeito e confiança pela equipa multiprofissional e conseguir negociar e gerir conflitos com imparcialidade.

As funções do Enfermeiro coordenador devem ter por base a melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional, a gestão dos cuidados e a responsabilidade profissional e ética. Ao acompanhar a Enfermeira Coordenadora durante o turno, apercebi-me das suas diferentes responsabilidades que passam por:

- Gerir a equipa de enfermagem, otimizando as respostas e mobilizando/adequando os recursos humanos às necessidades existentes;
- Realizar a *checklist* da sala de emergência e receção do doente urgente/emergente na mesma;
- Promover um ambiente de segurança, proteção, melhoria e qualidade no processo de cuidados de enfermagem;
- Gestão das pausas dos colegas;
- Controlo de verificação de medicação estupefaciente;
- Gestão do material para esterilização;

- Controlar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados através da observação direta;
- Coordenar e gerir os recursos materiais e stocks necessários;
- Registrar e armazenar os espólios de valores dos doentes;
- Solicitar o transporte de doentes (altas ou transferências);
- Avaliação dos colegas Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem do serviço;
- Registrar e enviar os testes de alcoolémia;
- Articulação com outros serviços/hospitais.

O Enfermeiro Coordenador deve assumir um papel de liderança e mediador entre as diferentes equipas, o doente e a família, apelando à harmonia e qualidade dos cuidados.

A distribuição dos enfermeiros é realizada semanalmente pela Enfermeira Chefe, tendo em conta as competências acrescidas/diferenciadas, permitindo a formação/integração da equipa em todas as áreas do SU, de modo a que os profissionais estejam o mais à-vontade possível para prestar cuidados em qualquer das valências.

No fim de cada turno, o Enfermeiro Coordenador deve preencher o Relatório de Coordenação, com os dados relativos a: ocorrências durante o turno; tipo de doentes; transportes realizados; falta de material; avarias; alcoolémias; entre outras informações que ache relevantes.

Fazia ainda parte dos meus objetivos realizar/assistir a uma formação, pela impossibilidade de tal acontecer, e de modo a colmatar esta limitação, eu e a aluna A.R. elaborámos os seguintes documentos:

- I.URG. 43.3 - Check List de Verificação da sala emergência (Apêndice I);
- PT - Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar (Apêndice II);
- PT - Cuidados de Enfermagem na administração de Hemoderivados (Apêndice III).
- CHECK LIST - Medicação Sala Emergência SU – HFFF (Apêndice IV)

Em conclusão, embora consciente das minhas limitações iniciais, considero ter alcançado os objetivos e desenvolvido as atividades planeadas.

2.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos

O estágio em Cuidados Intensivos teve a orientação pedagógica da Professora Doutora Madalena Cunha e tutoria clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sérgio Marques. Os turnos foram de 12 horas, realizados nos períodos de manhãs (8h-20h) e noites (20h-08h), com a duração de 180 horas no total, no período compreendido entre 17 de maio de 2021 e 16 de julho de 2021. Este decorreu no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, polo HUC, no piso -3 Unidade COVID.

Foi importante conhecer a estrutura física, orgânica, funcional e a equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, polo HUC, no piso -3 Unidade COVID. A consecução desta atividade foi preponderante para o sucesso do ensino clínico e tal teve início no primeiro dia, com a receção por parte da Sr.^a Enfermeira Chefe Rosa Menezes e da sua colaboradora, a Sr.^a Enfermeira Fátima Marques. Coube à Enfermeira Fátima a apresentação à restante equipa presente e uma pequena integração e visita guiada às instalações onde estão situados os vários Serviços de Medicina Intensiva (SMI). A equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais e Secretária Clínica, que trabalham de forma coordenada, cooperando entre si e facilitando o trabalho em equipa.

O SMI é constituído por três unidades, que funcionam de forma independente, mas com a mesma gestão e metodologia. A unidade COVID-19 situa-se no piso -3, constituída por 15 camas. As unidades não COVID-19 encontram-se no piso (-1), junto ao Serviço de Urgência (SU), com oito camas e no piso (+1) com 12 camas.

O SMI situado no piso (-3) foi criado totalmente de novo para a receção de doentes com COVID-19, dispondo de meios técnicos e humanos para a prestação de cuidados diferenciados a doentes com complicações ou falência orgânica decorrentes desta patologia. Recebe doentes de toda a área de abrangência desta unidade hospitalar, bem como da zona de referência dos CHUC, predominantemente em casos de falência ou insuficiência respiratória, a qual leva, com frequência, à necessidade de suporte ventilatório, sendo a ventilação artificial invasiva a mais utilizada, associada por vezes a ECMO.

O SMI é constituído por uma zona de paramentação, anterior à entrada do serviço propriamente dito, ao que se segue uma zona de entrada e saída dos utentes, uma zona de desparamentação, outra de saída de lixos e algumas arrecadações para reserva de medicamentos, soros, consumíveis, equipamentos, fardamento, sala de sujos, vestiários, WC's, copa, gabinetes de enfermagem, médicos e da secretária clínica.

O espaço compreende um *open space*, o que favorece a visualização de todos os doentes e facilita a vigilância e rápida atuação em situação de emergência.

Cada unidade está sempre preparada para a admissão de doentes e equipada com o material necessário, nomeadamente: monitor cardíaco, ventilador, estetoscópio, insuflador manual, cama articulada, bombas e seringas infusoras, rampa de oxigénio, vácuo e ar comprimido, sistema de aspiração e material de colheita de espécimes.

A metodologia de organização e prestação de cuidados de Enfermagem predominante no SMI é o método individual de trabalho. Assim, cada Enfermeiro tem distribuído um ou dois doentes, aos quais presta cuidados diretos. Não obstante, a equipa trabalha em coordenação e corresponsabilidade, denotando elevado espírito de equipa, o que se traduz numa rápida resposta e em cuidados de excelência.

Os registos de Enfermagem são realizados no programa informático B-ICU.Care®. Este *software* regista automaticamente todos os parâmetros de monitorização e ventilação mecânica invasiva. Trata-se de um *software* intuitivo e com assento nos dados obtidos são elencados diagnósticos de enfermagem, tendo por base a linguagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Associado aos dados obtidos pelo programa supramencionado, também a uniformização dos registos, tendo por base a mesma orientação em termos de conteúdo (ventilação, estado de consciência, estado hemodinâmico, nutrição, integridade cutânea, drenagens), facilitou a minha integração e contribuiu para melhorar a prestação de cuidados e a transmissão de informação ao colega seguinte, fazendo-se esta de forma mais fácil e organizada.

Para uma adequada integração no serviço foi ainda preponderante a consulta dos diferentes protocolos existentes no serviço, muitos dos quais tive a oportunidade de aplicar ao longo do estágio, de entre os quais enumero:

- Protocolo Estase Gástrica;
- Protocolo Insulina;
- Protocolo Nutrição Entérica;
- Protocolo Sedo-Analgesia;
- Protocolo Obstipação.

No decorrer do EC, a integração no serviço e na equipa multidisciplinar foi efetuada sem dificuldade, muito graças ao bom ambiente entre os vários elementos e à organização do serviço. Progressivamente, fui ganhando mais autonomia e maior confiança nas minhas capacidades e realizando os vários procedimentos sempre pautados por grande sentido de

responsabilidade. Fui ultrapassando as dificuldades com que me deparei, graças ao apoio do Enfermeiro tutor, permanentemente disponível para comigo refletir sobre as diferentes áreas e fui capaz de melhorar, turno após turno, devido a todos os esclarecimentos e críticas construtivas que me fez. Mantive uma postura responsável, assertiva, de respeito e humildade, fui pontual e demonstrei interesse e disponibilidade para realizar e colaborar nos vários procedimentos que iam surgindo, aprimorando o sentido crítico e aproveitando cada nova oportunidade de crescimento e aprendizagem.

Procurei sempre prevenir e controlar a Infecção associada aos cuidados à PSC. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ocorrem quando os doentes ao receberem um determinado tratamento numa unidade de saúde desenvolvem uma infeção. São uma das maiores preocupações de saúde pública, visto que prolongam o tempo de internamento, reduzem a qualidade de vida e aumentam a morbilidade e mortalidade (Albano et al., 2019).

Cerca de 80% das IACS em SMI passam por: pneumonia associada à ventilação, bactericemia associada ao cateter venoso central, infeção associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico (Pinho, 2020, p. 162-163).

Uma das Competências do EEEMC do Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, julho 2018) passa por maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

No CHUC existem várias Normas e Recomendações no que diz respeito ao controlo de Infecções, nomeadamente: Norma de Higienização das Mãos; Norma de Prevenção de Transmissão do *Clostridium Difficile*; Norma de Prevenção do Local de Ferida Cirúrgica; Norma de Prevenção da Pneumonia Nosocomial; Norma de Prevenção da Infeção relacionada com os cateteres centrais e periféricos; Norma de Higienização de superfícies; Norma de Prevenção da Infeção Urinária Associada à Algaliação; Prevenção e controlo de Infeção no transporte de doentes; Norma de Prevenção da Transmissão de Gérmenes Multirresistentes ou Epidemiologicamente Importantes.

Durante o EC tive o cuidado de realizar os vários procedimentos sempre com técnica assética com especial atenção à pneumonia associada à ventilação; prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical; prevenção da infeção do local cirúrgico, prevenção de bacteriemia associada à presença de cateter venoso central e linhas arteriais (os mais comuns em SMI tal como já referido anteriormente).

Associada a estas e decorrente do contexto pandémico surgem novas normas bem como o reforço de algumas já existentes com vista ao combate à propagação da COVID-19.

Assim, na SMI, piso (-3), está implementado um conjunto de boas práticas que passam por uso de EPI completo (fato único / bata fluido resistente, uso de luvas, máscara com filtro de proteção FPP2/FPP3, viseira, tapa pés, touca e cobre botas), higienização das mãos e uso de avental e de dois pares de luvas de nitrilo sempre que se prestam cuidados diretos ao doente, zonas distintas de entrada e saída dos colaboradores, zona de entrada/saída dos doentes, zona limpa de entrada de material (por postigo) e zona de saída de sujos.

Ainda que do ponto de vista da vigilância dos doentes o conceito de open space existente no SMI seja uma mais-valia, acarreta em si um risco aumentado de propagação de infeção cruzada, o qual é minimizado pelo uso de material de proteção individual, desinfeção frequente das mãos (luvas), limpeza de materiais e superfícies a cada duas horas, distanciamento entre camas de cerca de 2 metros e ainda o facto de ser um local de pressão negativa.

Durante o estágio, a minha consciência acerca da situação crítica dos doentes internados e sua predisposição a infeções, bem ainda como ao risco e gravidade inerente à propagação de COVID-19 foi constante, pelo que procurei de todos os modos contribuir para a prevenção das mesmas, encetando todos os esforços e tendo os maiores cuidados para a sua prevenção, controlo e combate à disseminação, pelo que considero que alcancei o objetivo a que me propus.

Neste estágio tive oportunidade de identificar e executar as funções do EEEMC com toda a equipa multidisciplinar e cuidar da pessoa em situação crítica. Após alguns turnos de integração, este objetivo constituía-se como um dos mais importantes e fulcrais do meu desenvolvimento profissional na prática especializada, uma vez que dizia respeito à intervenção direta junto do alvo dos cuidados de enfermagem – a pessoa em estado crítico. Assim, uma vez identificada a dinâmica e metodologia de trabalho do serviço, preocupei-me em prestar cuidados individualizados ao utente que era distribuído diariamente ao meu Enfermeiro tutor, procurando desenvolver uma prática baseada na evidência científica e sendo membro ativo na prestação de cuidados, nomeadamente cuidados de higiene e conforto, posicionamento do utente, monitorização de parâmetros vitais, realização de registos de enfermagem e transmissão de informação aos elementos da equipa nas passagens de turno.

Habitualmente os cuidados iniciam-se com a avaliação inicial dos parâmetros fisiológicos, consciência, invasivos, de drenagem e ventilatórios do doente, bem como a sua adaptação. Após esta primeira abordagem, confrontava a tabela terapêutica com o débito das perfusões e verificava a necessidade de solicitar a preparação de medicação para as horas seguintes.

Durante o estágio, os doentes aos quais prestei cuidados encontravam-se em ventilação mecânica, aos quais realizei, com crescente destreza manual, cuidados de higiene oral, precedida de verificação da pressão do cuff, reposicionamento do tubo orotraqueal (TOT), substituição do nastro e, por último, a aspiração de secreções (orofaringe e TOT), sendo a aspiração do TOT realizada em sistema de circuito fechado.

Durante este processo, mantive-me atento aos sinais de desajuste ventilatório mediante observação da monitorização da função respiratória e suas alterações aquando das referidas intervenções.

Posteriormente, colaborava na higiene geral do doente e nos cuidados de conforto, como massagem, colocação de creme, proteção e hidratação dos olhos. Ainda que não tenha sido possível a comunicação verbal eficaz com o doente, devido ao seu estado de consciência, este é um momento precioso para identificar eventuais anomalias/lesões, cujo risco se encontra aumentado devido ao facto da pessoa estar imobilizada.

Seguidamente, colaborava na substituição da roupa da cama, com o cuidado que esta ficasse devidamente esticada, sem rugas, com resguardos de proteção para evitar a necessidade acrescida de substituição com a consequente instabilidade que a mobilização do doente lhe pode provocar.

Terminava com o posicionamento e alternância de decúbitos, com auxílio de almofadas. Concluindo com o registo na escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão, aferindo sobre a eficácia da intervenção realizada.

Em cada turno tive a possibilidade de aplicar as escalas de consciência e sedação (Escala de Ramsay: verifica-se se o doente está acordado ou adormecido; apura-se a resposta a estímulos e o grau de agitação ou orientação – *Ricmond agitation-sedation scale* (RASS): Agressivo; muito agitado; agitado; desassossegado; alerta e calmo; sonolento ou apático; sedação ligeira; sedação moderada; sedação profunda; e sem resposta) e de analgesia (Escala comportamental da dor: é avaliada a expressão facial; os movimentos dos membros superiores e inferiores e a adaptação ventilatória – pretende-se que o valor seja inferior ou igual a 4 num doente conectado a prótese ventilatória ou menor ou igual a 3 num doente em ventilação espontânea ou tetraplégico. Tive ainda a oportunidade de avaliar diariamente a reação pupilar à luz (avaliando o diâmetro, reação e o formato).

Procurei sempre fazer uma avaliação detalhada dos utentes, identificando problemas e necessidades, antecipando complicações e estabelecendo prioridades na prestação de cuidados. As ações desenvolvidas foram sendo planeadas conjuntamente com o Enfermeiro tutor, de forma a serem sistematicamente implementadas e avaliado o seu impacto no utente. Paralelamente, fui estabelecendo uma reflexão crítica sobre os diversos cuidados

implementados, com a ajuda do Enfermeiro tutor, bem como suportando as intervenções em conhecimentos teórico-científicos.

Apesar da minha experiência profissional em contexto pré-hospitalar, onde também presto cuidados a doentes em estado crítico, este ensino clínico ajudou-me a desenvolver e a aprofundar competências no cuidar a este tipo de doentes. Possibilitou-me aprimorar em grande modo a perícia associada ao cuidar, na contínua monitorização e avaliação do utente, na antecipação de complicações e na valorização de pormenores de extrema importância para o conforto e recuperação do utente. Tenho-me apercebido de pequenas mudanças no meu dia-a-dia no cuidado à pessoa em situação crítica, tentando, sempre que possível, implementar o que aprendi neste estágio (por exemplo, a mudança do posicionamento dos elétrodos, a mudança do posicionamento e registo do nível do TOT à comissura labial e dos parâmetros ventilatórios, entre outros).

Uma área que considero que não tive oportunidade de desenvolver foram as competências comunicacionais, dado o estado de consciência do doente, bem como a ausência de visitas dos familiares ou pessoas de referência; ainda assim, procurámos proporcionar a audição de mensagens de voz gravadas pelas pessoas significativas, bem como dar telefonicamente o *feedback* da evolução clínica da pessoa, ajudando-os a ultrapassar este período de crise suscitado pela doença e facultando o apoio psicológico e emocional possível.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de funções inerentes à sua categoria e à sua formação profissional. A ele são exigidas inúmeras capacidades e competências no desempenho profissional. Genericamente, pode afirmar-se que o enfermeiro especialista tem responsabilidades acrescidas ao nível da prestação de cuidados especializados na sua área de especialização; na gestão de cuidados e coordenação de recursos humanos e materiais; na liderança; na formação dos profissionais; no desenvolvimento de investigação aplicada à prática de enfermagem e na articulação com a equipa multidisciplinar tendo com o objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família.

Tive a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Sérgio Marques num turno em que se encontrava de coordenação da equipa, tendo identificado outras funções do Enfermeiro Especialista no SMI, nomeadamente ao nível da gestão de recursos humanos – coordenação de Enfermeiros e assistentes operacionais; distribuição de enfermeiros nos turnos e alocação de recursos; previsão de necessidades de recursos humanos para turnos e dias seguintes; gestão de materiais e equipamentos – gestão de *stocks* de material e medicação, em articulação com serviços de apoio, como o aprovisionamento, a esterilização e a farmácia; verificação e reposição de carros de emergência, urgência e de pensos; gestão dos cuidados

– gestão e coordenação dos cuidados ao longo do turno; supervisão da prestação de cuidados; Apesar de neste momento e neste serviço em específico não acontecer diariamente, o Enfermeiro Coordenador tem à sua responsabilidade o acolhimento e acompanhamento dos familiares e amigos dos utentes nos horários das visitas.

Por forma à melhoria dos cuidados importa priorizar a formação em serviço. No SMI existem diferentes grupos de trabalho responsáveis por determinadas áreas ou temáticas que elaboram protocolos ou normas de atuação e promovem a investigação, sobretudo ao nível da prática clínica, controlando a implementação dos protocolos e avaliando os resultados obtidos com os mesmos.

No decorrer do EC e devido à situação pandémica não tive oportunidade de assistir presencialmente a uma formação em serviço, ainda assim, participei no Webinar organizado pela OE sobre ECMO, em que um dos enfermeiros do serviço fez uma apresentação alusiva à transferência inter-hospitalar com doente em ECMO.

Apesar de todas as limitações, considero que ainda assim consegui atingir este objetivo e desenvolvi as atividades planeadas. Para tal em muito contribuiu a pesquisa bibliográfica realizada e a reflexão e esclarecimento de dúvidas junto do Enfermeiro Tutor, tanto ao nível da área formativa, como das atividades levadas a cabo pelo enfermeiro coordenador nos diferentes turnos.

No que se refere ao objetivo “Desenvolver competências em terapias de alta complexidade na pessoa em situação crítica”, não foi atingido na sua plenitude, por não existirem doentes em ECMO durante o meu período de estágio, no entanto tive oportunidade de intervir e prestar os cuidados ao doente a realizar um tratamento de remoção de CO₂ mediante Rotaflow (Circuito pediátrico que só permite a remoção de CO₂ num adulto) e, posteriormente, fazer a mesma remoção de CO₂ através da máquina de ECMO.

Durante este tratamento foi possível realizar a Prone Position, que na maioria dos casos é promotora de melhor perfusão ventilatória e de remoção de CO₂. Trata-se de um posicionamento terapêutico estratégico, associado nomeadamente à Ventilação Mecânica (VM) em doentes com Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS). O objetivo passa por melhorar a oxigenação através da relação ventilação/perfusão. (Direção Geral da Saúde, 2020).

Por forma a estar preparado para a possibilidade de me deparar com doente a realizar ECMO e a facilitar a prestação de cuidados eficientes aos mesmos, realizei durante o meu tempo livre, pesquisa bibliográfica acerca desta técnica, tendo compreendido melhor o conceito, mais valias e riscos associados.

Segundo Paolone (2017), a ECMO é um circuito de circulação extracorpórea modificada que atua como um pulmão de membrana artificial e bomba de sangue para fornecer trocas gasosas e perfusão sistêmica, fornece oxigenação e ventilação, permitindo aos pulmões a recuperarem da insuficiência respiratória, minimizando a lesão pulmonar e iatrogênica induzida pelo ventilador, com conseqüente melhoria da sobrevida dos doentes com síndrome respiratória aguda grave.

As atuais configurações incluem ECMO Venoso-Venoso (ECMO-VV), ECMO Venoso-Arterial (ECMO-VA) e ECMO Venoso-Arterial (ECMO-VVA), estas duas últimas técnicas são usadas quando também é necessário suporte cardíaco. Cada método tem seu próprio conjunto exclusivo de indicações, contraindicações e complicações (Grant et al., 2018).

3. Avaliação por competências

Como os cuidados de saúde se tornam cada vez mais complexos, é imperativo diminuir os resultados adversos, assegurando a prestação de cuidados seguros e de excelência aos doentes, o que implica um processo de desenvolvimento de competências, sobretudo quando se trata de cuidados à PSC.

Posso referir que alcancei as competências comuns e específicas, aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em EMC, evidenciei essas competências e demonstrei o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, bem como sobre o contributo das mesmas para a prática de enfermagem.

A especificidade de cada campo de estágio, bem como a relação estabelecida com os utentes, famílias e equipa multidisciplinar foram fatores determinantes para alcançar com sucesso esta etapa profissional. Torna-se evidente ainda que a existência dos diferentes contextos de estágio, de diversas equipas de enfermagem e multidisciplinares, detentoras de uma base de conhecimentos sólidos e de um rigor técnico, com capacidade de adaptação, criatividade e flexibilidade foram determinantes para o sucesso de todo este meu percurso especializado.

Os locais de estágios tinham boas condições físicas e humanas, no que diz respeito a enfermeiros com elevado corpo de conhecimentos e competências na sua área de atuação. Estes motivos foram essenciais para a aquisição e consolidação de conhecimentos para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista em enfermagem à PSC. Concluo que os dois estágios permitiram o desenvolvimento de capacidades e competências inerentes à prestação de cuidados à PSC e possibilitaram adquirir autonomia na prestação de cuidados de excelência, em conjunto com as diferentes equipas multidisciplinares. A reflexão constante ajudou-me a reformular comportamentos e, assim, contribuir para a evolução dos cuidados prestados. Assim, posso afirmar que atingi um grau de competências gerais que funciona como um preâmbulo para a garantia de um nível de excelência na futura prestação de cuidados de enfermagem especializados, em conformidade com os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em EEEMC, referenciadas anteriormente. As aprendizagens vivenciadas proporcionaram a aquisição e consolidação de muitas das competências específicas inerentes à prática especializada, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa em estado crítico.

Sendo os estágios espaços promotores de aquisição de mais conhecimento e, por inerência, ganhos de competências, este relatório espelha todo o percurso inerente aos mesmos, configurando-se simultaneamente como um instrumento que proporcionará uma reflexão sobre as experiências vividas, com integração dos conteúdos teóricos lecionados na componente curricular e a experiência pessoal no que se refere à prestação de cuidados à PSC e seus familiares ao longo dos dois estágios, contribuindo, deste modo, para a construção e desenvolvimento de competências que permitiram alcançar o título de Mestre em EMC.

Para adquirir competências específicas nesta área de especialização, orientar a minha prática de cuidados especializados à PSC/família e a minha tomada de decisão diária, baseei-me não só nos referenciais teóricos de enfermagem, mas também no conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Parte II – Investigação

1. Perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em situações de catástrofe

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA PREPARAÇÃO NA RESPOSTA HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

NURSES' PERCEPTION ABOUT THEIR PREPAREDNESS IN THE HOSPITAL RESPONSE IN DISASTER SITUATIONS

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE SU PREPARACIÓN EN LA RESPUESTA HOSPITALARIA EN SITUACIONES DE DESASTRES

RESUMO

Introdução: Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional na área da saúde, constituindo-se como a primeira linha de cuidados aquando de situações de catástrofe, os enfermeiros são essenciais para limitar o agravamento das condições daí decorrentes e o correto funcionamento das instituições de saúde. Assim, devem ter os conhecimentos necessários e a capacidade para agir de forma correta e atempada, garantindo, cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica.

Objetivos: Determinar a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar perante uma situação de catástrofe.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra de 212 enfermeiros. Aplicou-se a Escala de perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®), versão de Santos e Dixe (2014), divulgado e aplicado via online a enfermeiros a exercer em Portugal Continental.

Resultados: Quase a totalidade da amostra manifestou necessidade de formação (95,3%). Na “gestão pós-catástrofe” 46,7% dos enfermeiros percecionam-se como tendo boa preparação e 41,0% com fraca preparação; nas “Competências do saber”, 42,4% têm boa preparação, mas 37,3% fraca preparação; nas “Competências do fazer, registou-se fraca e boa preparação”, (42,5%, respetivamente). As variáveis sociodemográficas com significância estatisticamente significativa foram o género e as habilitações literárias. As variáveis profissionais associadas à perceção de preparação face à situação de catástrofe com significância estatística foram tipo de colaboração, local onde se situa a instituição onde os participantes exercem funções, o serviço e o vínculo laboral. A relação entre as variáveis de contexto de catástrofe e a perceção dos enfermeiros revela variáveis com relevância estatisticamente significativa: conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição; formação

na abordagem hospitalar em situações de catástrofe; necessidade de formação na área; vivência, como enfermeiro, de uma situação real de catástrofe e situação de catástrofe vivenciada.

Conclusões: Os enfermeiros com melhor perceção de preparação face à situação de catástrofe são os do género masculino, com mestrado/doutoramento e especialização, com colaboração interna prestada ao INEM, cuja instituição onde exercem se situa em Castelo Branco, os que exercem funções profissionais no INEM e que possuem diferente tipo de vínculo laboral do descrito no questionário, bem como aqueles que conhecem o plano de catástrofe externo da instituição, que possuem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe e que já vivenciaram situações reais de catástrofe, nomeadamente catástrofes naturais.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiro; Catástrofe; Competências.

ABSTRACT

Introduction: Nurses are the largest professional group in the health area, being the first line of care in catastrophic situations. Nurses are essential to limit the worsening of the resulting conditions and the proper functioning of health institutions. Thus, they must have the necessary knowledge and skills to act correctly and in a timely manner, ensuring safe and quality care to critically ill patients.

Objetives: To determine nurses' perceptions of their preparedness in the hospital response to a catastrophic situation.

Methods: Quantitative descriptive-correlational study, cross-sectional cohort, in a sample of 212 nurses. The Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET -PT®), a version developed by Santos and Dixe (2014), was applied to nurses working in Mainland Portugal.

Results: Almost all nurses in the sample expressed the need for training (95.3%). In "post-disaster management", 46.7% of the nurses perceived themselves as having good preparation and 41.0% as having poor preparation; in "knowledge skills", 42.4% had good preparation, but 37.3% had poor preparation; in "doing skills, there was poor and good preparation" (42.5%, respectively). The statistically significant sociodemographic variables were gender and academic qualifications. The professional variables associated with the perception of preparedness for disaster situations with statistical significance were type of collaboration, location of the institution where participants worked, service and employment relationship. The relationship between the variables related to the disaster context and the nurses' perception reveals statistically significant variables: knowledge of the institution's external disaster plan; training in the hospital approach to disaster situations; need for training in the area; experience, as a nurse, of a real disaster situation, and experienced disaster situation.

Conclusion: The nurses with the best perception of preparedness in the face of a disaster situation are male, with master's/doctoral and specialization degrees, with internal collaboration provided to INEM,

whose institution where they practice is located in Castelo Branco, those who work at INEM and have different type of employment relationship from the one described in the questionnaire, as well as those who are familiar with the institution's external disaster plan, have training in the hospital approach to disaster situations, and have already experienced real disaster situations, namely natural disasters.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Nurse; Disaster; Competencies.

RESUMEN

Introducción: Siendo el enfermero el grupo profesional más numeroso en el área de la salud, constituyendo la primera línea de atención en situaciones de desastre, el enfermero es fundamental para limitar el agravamiento de las condiciones resultantes y el correcto funcionamiento de las instituciones de salud. Así, deben tener los conocimientos necesarios y la capacidad para actuar de forma correcta y oportuna, garantizando una atención segura y de calidad a la persona en situación crítica.

Objetivos: Determinar la percepción de los enfermeros sobre su preparación en la respuesta hospitalaria ante una situación de desastre.

Métodos: Estudio de cohortes transversal, cuantitativo, descriptivo-correlacional en una muestra de 212 enfermeras. Se aplicó la Escala de Percepción de Enfermeras sobre su preparación ante un desastre - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET -PT®), versión de Santos y Dixe (2014), publicada y aplicada en línea a enfermeras que actúan en hospitales de Portugal Continental.

Resultados: Casi la totalidad de la muestra expresó necesidad de capacitación (95,3%). En la “gestión posdesastre” el 46,7% de los enfermeros se perciben con buena preparación y el 41,0% con mala preparación; en “Competencias de conocimiento”, el 42,4% tiene buena preparación, pero el 37,3% tiene mala preparación; en “Habilidades para hacer, hubo mala y buena preparación” (42,5%, respectivamente). Las variables sociodemográficas con significación estadísticamente significativa fueron el género y el nivel educativo. Las variables profesionales asociadas a la percepción de preparación ante una catástrofe con significación estadística fueron tipo de colaboración, ubicación de la institución donde laboran los participantes, el servicio y relación laboral. La relación entre las variables del contexto de catástrofe y la percepción de los enfermeros revela variables con relevancia estadísticamente significativa: conocimiento del plan externo de catástrofe de la institución; capacitación en el abordaje hospitalario en situaciones de desastre; necesidad de capacitación en el área; experiencia, como enfermero, de una situación de catástrofe real y situación de catástrofe vivida.

Conclusiones: Los enfermeros con mejor percepción de preparación frente a una catástrofe son del sexo masculino, con maestría/doctorado y especialización, con colaboración interna brindada al INEM, cuya institución donde actúan está ubicada en Castelo Branco, quienes ejercen funciones profesionales

en INEM y que tengan un tipo de relación laboral diferente a la descrita en el cuestionario, así como aquellos que conozcan el plan externo de desastres de la institución, que tengan formación en el abordaje hospitalario en situaciones de desastre y que ya hayan vivido situaciones reales de desastre, es decir naturales desastres

Palabras Clave: Enfermería Médico-Quirúrgica; Enfermero; Catástrofe; Habilidades.

INTRODUÇÃO

A catástrofe com situações de emergência multivítimas e o respetivo papel dos enfermeiros nos planos de intervenção hospitalar constitui o foco central deste trabalho, assente sobretudo na preocupação com o objetivo de assegurar a excelência da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica numa situação de desequilíbrio entre os meios disponíveis e as necessidades verificadas.

Catástrofe pode ser definida como uma interrupção do funcionamento normal de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais generalizadas que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada em lidar com seus próprios recursos. Resulta da combinação de perigos, condições de vulnerabilidade e de capacidade ou de medidas insuficientes para reduzir as potenciais consequências negativas do risco (Karnjuš et al., 2021). Numa conjuntura de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico, de grandes ou importantes proporções (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2010), o conceito de catástrofe vê na literatura uma longa variedade de definições no que concerne a acontecimentos de larga escala, que habitualmente referem-se a um incidente negativo, desolador e que representa uma situação de emergência para a qual é necessária uma intervenção imediata (Santos & Dixe 2014).

A adequação e resposta atempada dos profissionais de saúde e demais agentes de proteção civil são fundamentais para controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade das populações e promover a qualidade de vida futura (Santos & Rabais, 2015).

Todos os enfermeiros devem ser responsivos e capazes de promover uma ajuda eficaz em caso de catástrofe e situações de exceção (Alpert et al., 2018). No entanto, estes necessitam de ter formação e treino específicos para exercerem as suas funções.

Ao compreender as exigências que lhes são colocadas, considerando os problemas antecipadamente e valorizando as suas expectativas, pode ajudar-se os enfermeiros a atuarem com mais eficácia em situações de catástrofe. Para tal, os enfermeiros devem estar bem preparados e mais ativamente envolvidos na sua gestão. Há consenso na literatura de que estes profissionais são elementos chave em situações de catástrofe, o que implica competências relacionadas com “o saber” e com “o fazer” (Xue et al., 2020).

Tendo-se por base estas premissas, definiu-se como questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar perante uma situação de catástrofe?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO / REVISÃO DA LITERATURA / ESTADO DE ARTE / MODELO CONCEPTUAL

O termo Catastrophe surge com um significado de destruição, mudança das coisas, fim e/ou morte (Santos & Dixe 2014), encontrando na Lei enquadramento legislativo os conceitos de acidente grave e de catástrofe (Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº 80/2015, de 3 de julho). Assim, segundo o 3º artigo da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº. 80/2015, de 3 de agosto, que procede à segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, alterada pela Lei Orgânica n.º 1/2011, de 30 de novembro: “Acidente grave - é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente. 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” (p. 25). De igual modo, a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) é bem clara referindo-se a Catástrofe - Disaster - como um acontecimento que acarrete danos, destabilização económica, perda de vidas humanas e danos na saúde e nos serviços de saúde, a uma escala tal que legitime uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

Independentemente da definição de catástrofe é consensual que todas as definições apontam para conceitos de destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos (International Council of Nurses, 2019; Far et al., 2020). Ainda e tendo por base Santos e Dixe (2014), encontra-se a referência de um vasto número de fenómenos: acidente, acidente grave, estado de calamidade, cataclismo, catástrofe, desastre, praga e sinistro, crise, acidente catastrófico de efeitos limitados, situação de exceção, entre outros, que aparecem na literatura na tentativa de correspondência do conceito de catástrofe.

Do ponto de vista dos cuidados de saúde, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de saúde de urgência, esgotando todos os recursos disponíveis e que se baseia em três elementos chave: “grande afluxo de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer” (Futurado, 2021, p. 33), sendo designados pela DGS por Crises (DGS, 2010). Tendo por base o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, da Ordem dos Enfermeiros (p. 19362), pode dizer-se que estão implícitos dois conceitos: “situação de exceção” que “consiste, fundamentalmente, numa situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que

vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” e “catástrofe”, definida na Lei bases Proteção Civil, Lei n.º 27/2006, de 3 de julho.

Fra et al. (2020) aludem à importância dos enfermeiros em situações de catástrofe, dado que estes profissionais detêm o conhecimento, as competências e habilidades para apoiar os esforços humanitários e cooperam de forma positiva na resposta às catástrofes. Contudo, os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes requerem que os enfermeiros detenham conhecimentos e competências que lhes possibilite planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada (International Council of Nurses, 2019; Xue et al., 2020). Os enfermeiros são intervenientes fulcrais em situações de catástrofe e de crise, devido às habilidades de prestação de cuidados gerais, criatividade e adaptabilidade, liderança e competências que podem ser usadas numa variedade de cenários e situações de catástrofe (Li et al., 2017; International Council of Nurses, 2019).

Os hospitais são instituições complexas e potencialmente vulneráveis, operando frequentemente perto do limite da capacidade de resposta, quer pelas dificuldades inerentes a uma situação de catástrofe (falhas no sistema de comunicação, serviços de apoio externo, escassez de equipamento, entre outros), mas sobretudo pela súbita procura dos cuidados de saúde, aquando de uma catástrofe, podendo ocorrer complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde (OMS, 2011). As instituições de saúde são instalações essenciais à comunidade, pois esta depende delas como apoio e recurso, não só para providenciar cuidados de saúde, mas muitas vezes para satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água e abrigo (Patoleia, 2016). “Estar preparado para agir” é, segundo Tomé (2018, p.27), “uma ferramenta essencial para minorar a morbilidade e mortalidade resultantes das situações de catástrofe, devendo existir uma organização interna clara e objetiva, com uma estrutura de comando e controlo, que permitirá uma melhor coordenação durante os acontecimentos”.

Como as comunidades em áreas de catástrofe requerem os cuidados mais críticos, mobilizar os enfermeiros tornou-se numa estratégia fundamental. Dada a importância dos programas de treino de enfermagem em catástrofes, é vital compreender o quão bem preparados os enfermeiros estão para promover cuidados em situação de catástrofe e em situação de exceção.

Para minimizar o impacto das catástrofes e das situações de exceção, os enfermeiros precisam de estar preparados para responder imediatamente. No entanto, estes enfrentam vários desafios em todas as fases da gestão das catástrofes (Al Harthi et al., 2020). Neste sentido, os mesmos autores realizaram uma Scoping Review que indica que as principais barreiras enfrentadas pelos enfermeiros incluem: (1) a enfermagem em catástrofes é uma nova especialidade; (2) nível inadequado de preparação; (3) fraca formação específica; (4) falta de investigação; (5) questões éticas e legais; e (6) questões relacionadas

com as funções dos enfermeiros em catástrofes. Há três fatores importantes a saber acerca de como as catástrofes se relacionam com a saúde. Em primeiro lugar, catástrofe é definida pela OMS (2008) como qualquer incidente que pode acabar com a vida humana ou causar danos à saúde e requer uma resposta imediata com mão-de-obra e recursos suficientes, preparação, planeamento, resposta e recuperação por muitas entidades, incluindo as instituições de saúde. Em segundo lugar, os hospitais devem aumentar a sua capacidade para responder com eficácia às catástrofes, pois as de grande escala têm impactos muito negativos nos hospitais. Em terceiro lugar, sendo o maior grupo de profissionais de saúde, os enfermeiros desempenham papéis essenciais no cuidado holístico a pessoas em situação crítica e suas famílias ao longo das fases da gestão de catástrofes (Al Harthi et al., 2020). A falta de processos adequados de gestão de catástrofes e situações de exceção cria uma resposta caótica e medidas de cuidados ineficazes. Os processos de gestão de catástrofes começam com a identificação dos riscos que envolvem as comunidades, as famílias, os indivíduos e os hospitais. Embora a identificação de riscos de catástrofe seja muito desafiadora e exija grande esforço dos governos e entidades relacionadas, é uma etapa fundamental e essencial na gestão de catástrofe. A preparação envolve a formação e o treino dos profissionais de saúde, no caso concreto dos enfermeiros, bem como a realização de exercícios e planos de desenvolvimento e políticas. Neste sentido, todos os hospitais devem ter planos e políticas para garantir que a gestão de catástrofes seja holística e inclua todas as fases, não apenas a resposta (Al Thobaity et al., 2019). No seu estudo, Rezaei et al. (2020) identificaram as competências necessárias do enfermeiro para atuar em contexto de um terremoto, no caso particular no Irão. A análise dos dados resultou em quatro categorias, que incluíram a competência clínica (conhecimento profissional e competências clínicas), competências pessoais (habilidades de comunicação, resiliência, criatividade e inovação na prestação de cuidados), competência ética (compromisso com a ética e responsabilidade profissional) e competências essenciais no cuidado da pessoa em situação crítica (triagem, atendimento psicológico, observação e monitorização). Este estudo identificou competências profissionais exigidas aos enfermeiros em situação de catástrofe. Tendo em vista que os enfermeiros não possuíam algumas dessas competências especializadas e técnicas durante a sua formação, os autores recomendam o aprimoramento da preparação dos enfermeiros para atuarem em contexto de catástrofe.

2. MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra em bola de neve de enfermeiros internos e externos que colaborem com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) a nível nacional e enfermeiros do serviço de urgência de hospitais polivalentes, médico-cirúrgicos e serviços de urgência básica (SUB's) da região centro de Portugal.

2.1 Amostra

A amostra teve por base uma população de enfermeiros que colaborem com o INEM (a nível nacional) e ou que exerçam funções nos serviços de urgência de hospitais polivalentes, médico-cirúrgicos e serviços de urgência básica (SUB's) da região centro de Portugal

Recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, através do método “bola de neve” porque alguns participantes que se conheciam foram indicando outros que correspondessem ao perfil desejado com os seguintes critérios de inclusão: (a) Enfermeiros com mais de um de ano experiência; b) concordar em participar no estudo. Os critérios de exclusão incluíram: a) não aceitar participar no estudo; b) exercer funções noutras valência que não as discriminadas.

O estudo incluiu 212 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (54,7%). Em termos globais, os inquiridos apresentam uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 57 anos, ao que corresponde uma idade média de $38,59 \pm 7,50$ anos, prevalecendo os que se situam na faixa etária dos 36-45 anos (44,8%), os licenciados (33,5%), seguidos pelos que detêm a especialização e o mestrado, ambos os grupos com igual valor percentual (24,1%, respetivamente). Os enfermeiros apresentam um tempo de profissão de $14,59 \pm 7,47$ anos, com maior representatividade dos que têm entre 11-20 anos de exercício na profissão (38,7%), apresentando um tempo de exercício profissional no atual serviço de $9,26 \pm 6,64$ anos, com mais de metade da amostra (63,7%) a ter menos de 10 anos de exercício profissional no atual serviço. A maioria exerce num Serviço de Urgência Básica (SUB)/Serviço de Urgência, seguidos dos que trabalham no INEM, respetivamente com 47,6% e 49,6%. Em relação ao tipo de colaboração prestada ao INEM, 39,2% são colaboradores internos, quanto ao distrito a que pertence a instituição onde exercem funções, há mais representatividade de enfermeiros do INEM (nacional) com 38,2%. Em relação ao tipo de vínculo, a maioria possui um Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP) com 53,8%.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e um questionário com questões sobre o conhecimento, formação e vivência de situação de catástrofe, elaborado ad hoc, e a Escala de perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe _ Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®), versão validada culturalmente para a população Portuguesa por Santos e Dixe (2014). Trata-se um instrumento de medida válido e fiável de autoria de Khalaleh, Bond, Beckstrand, & Al-Talafha (2010). Santos e Dixe (2014) seguiram as guidelines internacionais para proceder à validação linguística e concetual, tendo sido aplicado a uma amostra de 152 enfermeiros de um centro hospitalar de Portugal. Este instrumento determina a preparação dos enfermeiros para atuar face a uma situação de catástrofe e avalia as suas necessidades de formação. O DPET® avalia a perceção dos enfermeiros acerca da sua preparação para atuar em situação de catástrofe e como os mesmos percecionam a sua formação na área.

A escala original contém 45 itens, numa escala de tipo Likert, com seis opções de resposta, que vão desde “discordo fortemente” a “concordo fortemente”, os quais se agrupam em três dimensões distintas: post disaster management constituído por 21 itens (42, 32, 33, 39, 40, 45, 34, 35, 28, 29, 41, 43, 44, 38, 26, 27, 36, 31, 30, 37, 18); skills composto por 11 itens (20, 21, 19, 22, 23, 24, 10, 15, 25, 16, 17); knowledge formado por 13 itens (6, 7, 3, 5, 4, 1, 8, 12, 9, 2, 13, 11, 14). A fidelidade da DPET-PT® foi verificada através da análise da consistência interna pelo coeficiente alfa de Cronbach por Santos e Dixe (2014), com a determinação inicial da totalidade dos 45 itens, resultando num alfa total em 0,949. Todavia, as autoras referem que houve necessidade de suprimir um total de 11 itens, o que se deveu ao facto de estes apresentarem valores de alfa de Cronbach superiores ao global e, em alguns casos valores de correlação sem o item inferiores a 0,20. Face a tal, a escala DPET-PT® ficou composta por 34 itens, cuja validade do constructo dos 34 itens finais foi determinada com recurso à análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal varimax, com extração de três fatores que explicam 53,89% da variância total: gestão pós catástrofe, competências relacionadas com “o saber” e competências relacionadas com “o fazer” (Santos & Dixe, 2014). As autoras registam muito boa consistência, com um alfa de Cronbach de 0,949, concluindo que o DPET-PT® é um instrumento fiável e válido para avaliar a preparação dos enfermeiros portugueses para uma situação de catástrofe. Assim, o fator 1 “gestão pós-catástrofe” ficou com 19 itens, o fator 2 “competências relacionadas com “o saber” com 12 itens e o fator 3 “competências relacionadas com “o fazer” ficou com 3 itens, tendo sido excluídos 11 itens.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade do DPET-PT® ao presente estudo, foi efetuada a consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada uma das dimensões. Na tabela 1 estão apresentados os respetivos alphas de Cronbach obtidos para cada uma das dimensões, após a devida correção. Assim, constata-se que, pela análise das correlações da respetiva dimensão com as restantes, estas oscilam em associações positivas fortes (0,822 a 0,860). Estes valores são bons, porque indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o nível de perceção. Já pela análise dos alphas de cronbach, os valores obtidos são satisfatórios (todos superiores a 0,677), sugerindo que, mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (alfa de cronbach) mantêm-se superiores a 0,677, o que significa que o nível de perceção não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de alpha global obtido ($\alpha=0,772$) é considerado razoável.

Tabela 1. Alpha de Cronbach para as dimensões do DPET-PT®

Dimenssões	Média	r/item total	α sem item
Gestão pós catástrofe	64,51	0,860	0,764

Competências relacionadas com “o saber”	88,02	0,837	0,705
Competências relacionadas com “o fazer”	126,25	0,822	0,677
Coefficiente alpha Cronbach global	0,772		

A aprovação da Comissão de Ética foi garantida pelo Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (Parecer n.º 61/SUB/2021). Todos os participantes validaram o consentimento informado previamente à sua participação individual no estudo, via online. A recolha de dados decorreu entre 13 de agosto a 26 de outubro de 2021.

2.3 Análise estatística

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao Statistical Package Social Science (SPSS) 26, tendo-se efetuado a estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, verificou-se que a distribuição dos dados referentes às dimensões da variável dependente (Perceção de preparação face à situação de catástrofe) não se encontravam enquadradas na normalidade em algumas das suas dimensões ($p < 0,05$). Visto isto, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para essas dimensões, o que levou à utilização, na análise inferencial, de testes não paramétricos, nomeadamente Teste U de Mann Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. Em todos os testes, os valores de significância considerados foram 5%, $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

Variáveis contextuais ao conhecimento, formação e vivência de situação de catástrofe

A maioria dos enfermeiros tem conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição (62,7%). Distribuição semelhante se passa em qualquer um dos géneros. Entre o conhecimento do plano de catástrofe e género encontram-se diferenças estatísticas significativas ($X^2=4,921$; $p=0,027$), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Relativamente ao facto de possuírem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe, prevalecem os participantes com formação (73,1%), o que é comum a ambos os géneros. Quase a totalidade da amostra sente necessidades formativas em catástrofe (95,3%), com distribuição semelhante em ambos os géneros. Já para o facto de terem ou não vivenciado situações reais de catástrofe, a distribuição é de certa forma equitativa, com ligeiro domínio de quem não vivenciou com 51,4%. Regista-se uma distribuição

semelhante nas mulheres (59,5%) e nos homens salientando-se 58,3% que manifestaram essa experiência. Entre o género e a vivência de situações de catástrofe existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=0,6,675$; $p=0,010$), como também o demonstra os valores residuais ajustados. Quanto ao contexto da situação de catástrofe vivenciada, as situações de catástrofe relacionadas com a pandemia por COVID-19 são as mais referidas (60,8%), seguindo-se os incêndios (23,5%), o que é comum em ambos os géneros (cf. tabela 2).

Tabela 2. Variáveis contextuais ao conhecimento, formação e vivência de situação de catástrofe em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2
	(96)	(45,3)	(116)	(54,7)	(212)	(100,0)		
Conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição								
Não	28	29,2	51	44,0	79	37,3	-2,2	2,2
Sim	68	70,8	65	56,0	133	62,7	2,2	-2,2
Formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe								
Não	20	20,8	37	31,9	57	26,9	-,18	1,8
Sim	76	79,2	79	68,1	155	73,1	1,8	-,18
Necessidade de formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe								
Não	6	6,3	4	3,4	10	4,7	1,0	-,10
Sim	90	93,7	112	96,6	202	95,3	-1,0	1,0
Vivência, como enfermeiro, de uma situação real de catástrofe								
Não	40	41,7	69	59,5	109	51,4	-2,6	2,6
Sim	56	58,3	47	40,5	103	48,6	2,6	-2,6
Situação de catástrofe vivenciada								
Pandemia Covid 19	27	50,0	35	72,9	62	60,8	-2,4	2,4
Incêndios	16	29,6	8	16,7	24	23,5	1,5	-1,5
Acidentes	6	11,1	4	8,3	10	9,8	0,5	-0,5
Catástrofes naturais	3	5,6	1	2,1	4	3,9	0,9	-0,9
Outros	2	3,7	---	0,0	2	2,0	1,3	-1,3

Estatísticas relativas à preparação dos enfermeiros para atuar face a uma situação de catástrofe

	Fraca	34	35,4	53	45,7	87	41,0	-,15	1,5
	Razoável	10	10,4	16	13,8	26	12,3	-0,7	0,7
	Boa	52	54,2	47	40,5	99	46,7	2,0	-2,0
Competência do "saber"									
	Fraca	29	30,2	50	43,1	79	37,3	-1,9	1,9
	Razoável	21	21,9	22	19,0	43	20,3	0,5	-0,5
	Boa	46	47,9	44	37,9	90	42,4	1,5	-1,5
Competência do "fazer"									
	Fraca	36	37,5	54	46,6	90	42,5	-1,3	1,3
	Razoável	16	16,7	16	13,8	32	15,1	0,6	-0,6
	Boa	44	45,8	46	39,7	90	42,5	0,9	-0,9

Relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade e habilitações académicas) e a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Os enfermeiros do género masculino apresentam valores de ordenação média em todas as dimensões e, conseqüentemente, manifestam maior percepção de preparação face à situação de catástrofe comparativamente às mulheres. Assim, constata-se a existência de diferenças estatísticas significativas para a "Gestão pós-catástrofe" ($p=0,013$) e para as "Competências do saber" ($p=0,003$). Em relação à idade, os valores de ordenação médias mais elevados para os enfermeiros mais novos (≤ 35 anos) em todas as dimensões, o que sugere maior percepção de preparação face à situação de catástrofe comparativamente com os restantes grupos etários. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas nas três dimensões ($p>0,05$). Os enfermeiros com o mestrado/doutoramento pontuaram mais na "Gestão pós-catástrofe" e na "Competência do fazer", enquanto os enfermeiros com especialização revelam mais "Competência do saber", com diferenças estatísticas significativas nesta componente. ($p=0,019$) (cf. tabela 5).

Tabela 5. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Variáveis	Gestão pós-catástrofe	Competência do "saber"	Competência do "fazer"	Teste
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Género				
Masculino	117,97	120,10	114,68	Mann-Whitney

Feminino	97,00	95,25	99,73	
(p)	0,013*	0,003**	0,077	
Idade				
≤35 anos	110,35	115,03	113,66	Kruskal-Wallis
36-45 anos	107,39	100,14	105,24	
>45 anos	96,25	104,67	94,75	
(p)	0,498	0,275	0,283	
Habilitações académicas				
Licenciatura	104,78	109,77	104,81	Kruskal-Wallis
Pós-Graduação	90,75	78,57	88,14	
Especialização	111,61	116,00	113,20	
Mestrado/Doutoramento	115,35	113,13	115,65	
(p)	0,262	0,019*	0,155	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Relação entre as variáveis profissionais (tipo de colaboração, instituição, serviço onde exerce funções, tipo de vínculo laboral, tempo de profissão e tempo de serviço profissional no atual serviço) e a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Constata-se que os enfermeiros com um tipo de colaboração interna prestada ao INEM manifestam uma percepção mais elevada de preparação nas três dimensões face à situação de catástrofe comparativamente aos restantes grupos, com diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe”, “Competências do saber” ($p<0,000$) e nas “Competências do fazer” ($p=0,001$).

Os enfermeiros cuja instituição onde exercem se situa em Castelo Branco revelam valores de ordenação média mais elevados na “Gestão pós-catástrofe” e os que exercem no INEM na “Competência do saber” e na “Competência do fazer”, resultando em diferenças estatísticas significativas nas três dimensões.

Os enfermeiros que exercem funções profissionais no INEM pontuaram mais em todas as dimensões, o que sugere maior percepção de preparação face à situação de catástrofe comparativamente com os que exercem funções nos restantes serviços, traduzindo-se em diferenças estatísticas significativas nas três dimensões ($p=0,05$). Constata-se que os enfermeiros com outro tipo de vínculo laboral, apresentam valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões, apurando-se diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe” ($p=0,004$), “Competências do fazer” ($p=0,003$) e nas “Competências do saber” ($p=0,000$). Observa-se um domínio dos participantes

com 11-20 anos de serviço na profissão na “Gestão pós-catástrofe”, sendo os que possuem mais de 20 anos de profissão a pontuarem mais na “Competência do saber” os que têm menos tempo de profissão (<10 anos) na “Competência do fazer”. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas para qualquer uma das dimensões ($p>0,05$). Os enfermeiros com 11-20 anos de experiência profissional no atual serviço pontuaram mais em todas as dimensões. Porém, também com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$) (cf. tabela 6).

Tabela 6. Testes de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis profissionais com a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Variáveis	Gestão pós catástrofe	Competência no “saber”	Competência no “fazer”	Teste
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Tipo de colaboração				Kruskal-Wallis
Interno	129,01	130,67	124,36	
Externo	101,30	101,78	102,99	
Outra	80,30	77,27	84,94	
(p)	*	*	*	
Instituição (distrito)				Kruskal-Wallis
INEM (nacional)	129,76	132,07	127,36	
Aveiro	108,44	97,44	109,50	
Castelo Branco	133,11	125,44	115,39	
Coimbra	94,34	88,74	87,39	
Guarda	116,50	130,75	110,50	
Viseu	85,00	87,03	86,23	
Lisboa	107,14	105,91	113,32	
Leiria	96,07	100,71	104,79	
Santarém	75,00	44,00	97,50	
Norte	54,31	60,53	75,78	
Sul	91,33	99,92	110,33	
Ilhas	75,00	98,00	81,00	
(p)	*	*	*	
Serviço				Kruskal-Wallis
INEM	129,02	130,63	124,99	
SUB / Urgência	95,42	92,49	98,86	
Outros	77,87	83,87	77,56	

(p)	*	*	*	
Vínculo laboral				
CITTI	88,45	88,67	90,28	Kruskal-Wallis
CTFP	119,49	121,98	119,18	
CITTC	95,14	69,23	80,36	
Outro	131,50	128,00	140,90	
(p)	*	*	*	
Tempo de exercício na profissão				
≤10 anos	105,74	107,68	107,15	Kruskal-Wallis
11-20 anos	109,81	103,80	106,11	
>20 anos	102,28	109,04	106,10	
(p)	0,784	0,872	0,993	
Tempo de serviço no tal serviço				
≤10 anos	103,34	105,79	105,99	Kruskal-Wallis
11-20 anos	116,31	109,29	112,60	
>20 anos	94,40	101,33	85,83	
(p)	0,283	0,881	0,311	

*p<0,05

Relação entre as variáveis de contexto de catástrofe (conhecimento do plano, formação em catástrofe, necessidades formativas e vivência de situação de catástrofe) e a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Os enfermeiros com conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição apresentam valores de ordenação média mais elevados nas três dimensões, aferindo-se a existência de diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe”, “Competências do saber” (p=0,000) e para “Competências do fazer” (p=0,002). Os participantes que possuem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe revelam melhor percepção de preparação face à situação de catástrofe, com diferenças estatísticas significativas para as três dimensões (p=0,000). Verifica-se também que os inquiridos que responderam não ter necessidade de formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe manifestam maior percepção de preparação face à situação de catástrofe, contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas para qualquer uma das três dimensões (p>0,05). Os enfermeiros que já vivenciaram situações reais de catástrofe dominam na totalidade das dimensões, com relevância estatística para as três dimensões (p=0,000). Constata-se ainda que os enfermeiros que

vivenciaram catástrofes naturais pontuaram mais na “Gestão pós-catástrofe” e os que referiram a vivência da pandemia por COVID-19 na “Competência Do saber” e na “Competência do fazer”, aferindo-se diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe” ($p=0,002$), “Competências do saber” e “Competências do fazer” ($p=0,000$) (cf. tabela 7).

Tabela 7. Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis de contexto de catástrofe com a percepção de preparação face à situação de catástrofe

Variáveis	Gestão pós catástrofe	Competência do “saber”	Competência do “fazer”	Teste	
	Ord. média	Ord. média	Ord. média		
Conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição				Mann-Whitney	
	Não	83,43	80,73		89,23
	Sim	120,20	121,81	116,76	
(p)	*	*	*		
Formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe				Mann-Whitney	
	Não	61,40	65,74		60,31
	Sim	123,08	121,49	123,49	
(p)	*	*	*		
Necessidade de formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe				Mann-Whitney	
	Não	118,15	124,95		111,40
	Sim	105,92	105,59	106,26	
(p)	0,538	0,330	0,795		
Vivência, como enfermeiro, de uma situação real de catástrofe				Mann-Whitney	
	Não	89,82	85,60		91,33
	Sim	124,15	128,62	122,55	
(p)	*	*	*		
Situação de catástrofe vivenciada	Pandemia Covid 19			Kruskal-Wallis	
	Incêndios	59,03	63,05		62,35
	Acidentes	39,46	33,98		32,50
	Catástrofes naturais	28,35	23,55		28,20

Outros	74,13	55,38	61,88	
	33,00	35,75	38,75	
(p)	*	*	*	

*p<0,05

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho foi realizado com uma amostra de 212 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (54,7%), tendo a globalidade da amostra uma idade média de 38,59±7,50 anos, prevalecendo os que se situam na faixa etária dos 36-45 anos (44,8%), os licenciados (33,5%), seguidos pelos que detêm a especialização e o mestrado (24,1%, respetivamente).

Os enfermeiros apresentam um tempo de profissão de 14,59±7,47 anos, com maior representatividade dos que têm entre 11-20 anos de exercício na profissão (38,7%), apresentando um tempo de exercício profissional no atual serviço de 9,26±6,64 anos, com mais de metade da amostra (63,7%) a ter menos de 10 anos de exercício profissional no atual serviço. A maioria exerce num Serviço de Urgência Básica (SUB)/Serviço de Urgência, seguidos dos que trabalham no INEM, respetivamente com 47,6% e 49,6%.

Em relação ao tipo de colaboração prestada ao INEM, 39,2% são colaboradores internos, quanto ao distrito a que pertence a instituição onde exercem funções, foram agrupados separadamente o INEM (nacional) e os restantes participantes pelo respetivo distrito tendo-se verificado maior representatividade de enfermeiros do primeiro grupo (INEM (nacional)) com 38,2%.

Em relação ao tipo de vínculo, a maioria possui um Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP) com 53,8%.

Almeida (2020), numa amostra de 820 enfermeiros membros da Ordem dos Enfermeiros (OE) portugueses, 730 eram do género feminino, estando os resultados do presente estudo em conformidade com os dados do anuário estatístico de 2019 da OE, em que, dos 75928 enfermeiros membros efetivos e ativos, 62438 eram mulheres. Está também de acordo com os resultados encontrados na literatura, que regista o predomínio do género feminino, podendo inferir-se que a enfermagem continua a ser uma profissão maioritariamente feminina. No seu estudo, Almeida (2020), os enfermeiros possuíam idades compreendidas entre os 22 e os 64 anos, encontrando percentagens mais elevadas de respostas no intervalo dos 32 aos 38 anos, inclusive, tendo-se registado no presente estudo uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 57 anos, com predomínio dos enfermeiros na faixa etária dos 36-45 anos (44,8%). Os dados do anuário estatístico da OE revelam uma distribuição por grupo etário, sendo os que apresentam maior número o dos 31-35 e dos 36-40 anos. Ainda no estudo de Almeida (2020), 32,7 % dos enfermeiros tinham especialidade, o que não foi confirmado na

amostra estuda, pois prevaleceram os enfermeiros licenciados (33,5%). Santos e Dixe (2017), no seu estudo com 152 enfermeiros portugueses também constaram uma maioria do género feminino (83,2%), com uma média de idades de $39,1 \pm 8,7$ anos, com $15,5 \pm 8,4$ anos de experiência em enfermagem, possuindo 87,2% a licenciatura.

A maioria dos enfermeiros tem conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição (62,7%), possui formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe (73,1%).

Quase a totalidade da amostra sente necessidades formativas em catástrofe (95,3%), com 51,4% que não vivenciaram situações reais de catástrofe. Quanto ao contexto da situação de catástrofe vivenciada por 48,6% dos enfermeiros, as mesmas relacionam-se com a pandemia por COVID-19 (60,8%), como seria expectável, seguindo-se os incêndios (23,5%). De forma semelhante, no estudo de Guimarães (2020) nem todos os enfermeiros conheciam o plano de catástrofe externo na instituição, apesar de valorizarem a sua existência. No referido estudo, quanto à preparação dos enfermeiros na utilização do plano de catástrofe através da sua simulação, Guimarães (2020) constatou que a maioria (89%) nunca participou em ações simuladas de treino. No estudo de Santos e Dixe (2017), 20,8% dos enfermeiros relataram que já tinham realizado simulacros, 14,1% participaram em catástrofes, referindo-se 42,9% a inundações e 50% assistiu a simulacros de catástrofe em congressos, com 82% dos participantes a admitirem que não se sentiam preparados para atuar em situações de catástrofe, necessitando de formação, o que foi corroborado no presente estudo, uma vez que a grande maioria dos enfermeiros que participaram no estudo sentem necessidades formativas na área. Thobaity et al. (2020) verificaram que entre as principais barreiras encontradas pelos enfermeiros foram o nível inadequado de preparação e fraca formação específica na área. Santos e Dixe (2017) constaram que, na sua amostra de enfermeiros, 20,8% tinham realizado simulacros e 12,1% participado em cursos sobre catástrofes; 14,1% participou em catástrofes, dos quais 42,9% referiram inundações; 50% tinham assistido a simulacros de catástrofe em congressos e 25% possuíam curso de Triagem Manchester, constituído por um módulo sobre adaptação a situação de catástrofe, com uma grande maioria (82%) a relatarem que não se sentiam preparados para atuar em situações de catástrofe, exprimindo a necessidade de formação na área, o que é confirmado no presente estudo.

Registou-se uma média mais elevada para a “gestão pós-catástrofe” ($M=74,88 \pm 23,77$), seguindo-se as “competências do saber” ($M=74,88 \pm 23,77$) e, com menor média, as “competências do fazer” ($M=13,14 \pm 4,29$), o que corrobora o estudo de Rezaei et al. (2020), cujas evidências revelam que os enfermeiros possuem baixo valor em relação às competências relacionadas com o “fazer” numa situação de catástrofe, uma vez que não possuíam competências especializadas e técnicas durante a sua formação de base e formação contínua, levando os autores a sugerir o aprimoramento da preparação dos enfermeiros para atuarem em contexto de catástrofe, dotando-os de competências ao nível do “saber” e do “fazer”. Os resultados encontrados no presente estudo não corroboram os de

Santos e Dixe (2017, p. 82), onde o fator no qual os enfermeiros estavam melhor preparados foi nas “competências relacionadas com o “saber”, com um score médio de 2,8, todavia, considerado um valor fraco pelas autoras, atendendo ao facto de se considerar que “se o valor da média for entre 1- 2,99, o nível de preparação é fraco; entre 3-4.99 o nível de preparação é moderado; entre 5-6, o nível de preparação é forte”.

Apurou-se que, em relação à dimensão “gestão pós-catástrofe”, prevalecem os enfermeiros com boa preparação (46,7%). Todavia, regista-se que 41,0% revelam fraca preparação. Relativamente à dimensão “Competências do saber”, 42,4% dos enfermeiros têm boa preparação, sendo de salientar que 37,3% revelam fraca preparação. No que se refere à dimensão “Competências do fazer”, com igual valor percentual (42,5%, respetivamente), verifica-se fraca e boa preparação. Estes resultados também foram evidentes num estudo anterior de Sangkala e Gerdtz (2017), onde ficou demonstrado que 6,5% dos enfermeiros revelavam fraca preparação para situações de catástrofe, 84,6% uma preparação moderada e apenas 8,9% se consideraram preparados, tendo cerca de um terço considerado o simulacro como a melhor método de preparação em catástrofe.

No que se refere à relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção de preparação face à situação de catástrofe, os enfermeiros do género masculino revelam maior perceção de preparação face à situação de catástrofe comparativamente às mulheres, com diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe” ($p=0,013$) e para as “Competências do saber” ($p=0,003$). Registaram-se valores de ordenação média mais elevados para os enfermeiros mais novos (≤ 35 anos) em todas as dimensões, mas sem relevância estatisticamente significativa ($p>0,05$). Os enfermeiros com o mestrado/doutoramento sentem-se melhor preparados na “Gestão pós-catástrofe” e na “Competência do fazer”, enquanto os enfermeiros com especialização se evidenciaram na “Competência do saber”, com diferenças estatísticas significativas para a “Competências do saber” ($p=0,019$). Estes resultados estão em conformidade com as evidências encontradas por Al-Ali e Abu Ibaid (2015), onde houve diferenças significativas entre o género, melhor preparação para os enfermeiros do género masculino. No estudo de Basal e Ahmed (2018), realizado em todos os departamentos do Tanta University Emergency Hospital, com uma amostra de 424 enfermeiros, cerca de dois terços (60,14%) dos enfermeiros apresentaram um elevado nível de perceção em relação às suas competências de atuação em situação de catástrofe, com registo de uma correlação positiva entre a idade, sendo os enfermeiros na faixa etária dos 42-55 anos os que revelaram melhor preparação, o que não foi corroborado no presente estudo, uma vez que foram os enfermeiros com idade igual ou inferior aos 35 anos os que apresentaram valores mais elevados.

Os enfermeiros com colaboração interna prestada ao INEM manifestam uma perceção mais elevada de preparação nas três dimensões face à situação de catástrofe. Aqueles cuja instituição onde exercem se situa em Castelo Branco sentem-se melhor preparados na “Gestão pós-catástrofe” e os que exercem

no INEM na “Competência do saber” e na “Competência do fazer”, com diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe”, “Competências do saber” e para “Competências do fazer”. Os que exercem funções profissionais no INEM apresentam uma percepção de preparação face à situação de catástrofe mais elevada, com diferenças estatísticas significativas nas três dimensões, bem como os que possuem outro tipo de vínculo laboral, apurando-se diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe”, “Competências do fazer” e “Competências do saber”. Verificou-se que os participantes com 11-20 anos de serviço na profissão sentem-se melhor preparados na “Gestão pós-catástrofe”, os que possuem mais de 20 anos de profissão na “Competência do saber” e os que têm menos tempo de profissão (<10 anos) na “Competência do fazer”. Os enfermeiros com 11-20 anos de experiência profissional no atual serviço revelam melhor preparação em todas as dimensões. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas para estas duas últimas variáveis independentes. No estudo de Miranda (2020), face à experiência individual e profissional de cada enfermeiro que participou no estudo, aquando dos incêndios florestais de Pedrógão Grande, ficou demonstrado que a formação para os enfermeiros na área da catástrofe é uma sugestão bastante expressiva. Há consenso na literatura consultada que os enfermeiros são agentes chave em situações de emergência e, à medida que as catástrofes estão a aumentar globalmente, estes profissionais têm de estar bem preparados e com formação, combinando as competências do “saber” e do “fazer”. No estudo de Basal e Ahmed (2018), os anos de experiência profissional em enfermagem e no atual serviço influenciou a percepção dos enfermeiros em relação à sua preparação para atuar em situações de catástrofe no seu local de trabalho, particularmente nos enfermeiros com mais experiência profissional e tempo de exercício no atual serviço, estando os resultados do presente estudo parcialmente em conformidade. No estudo de Brinjee, Thobaity, Almalki e Alahmar (2021), numa amostra com 220 enfermeiros a exercer em serviços de urgência de quatro hospitais, os enfermeiros com menos de três anos de experiência profissional no atual serviço revelaram uma necessidade significativa de ter preparação para atuar em situações de catástrofe no seu local de trabalho.

O estudo da relação entre as variáveis de contexto de catástrofe e a percepção de preparação face à situação de catástrofe indica que os enfermeiros com conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição estão melhor preparados, tendo em conta as três dimensões em análise, com diferenças estatísticas na “Gestão pós-catástrofe”, “Competências do saber” e nas “Competências do fazer”. Os participantes que possuem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe revelam melhor percepção de preparação face à situação de catástrofe, registando-se diferenças estatísticas significativas para as três dimensões. Verifica-se também que os inquiridos que responderam não ter necessidade de formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe manifestam maior percepção de preparação face à situação de catástrofe. Os enfermeiros que já vivenciaram situações

reais de catástrofe mostram maior percepção de preparação face à situação de catástrofe, resultando em diferenças estatísticas significativas para as três dimensões ($p < 0,05$). Constatou-se ainda que os enfermeiros que vivenciaram catástrofes naturais pontuaram mais na “Gestão pós-catástrofe” e os que referiram a vivência da pandemia por COVID-19 na “Competência Do saber” e na “Competência do fazer”, aferindo-se diferenças estatísticas significativas para a “Gestão pós-catástrofe” e para as “Competências do saber” e “Competências do fazer” ($p = 0,000$). Estes resultados eram expectáveis corroborando os estudos na área. Achora e Kamanyire (2016) e Basal e Ahmed (2018) verificaram que os enfermeiros com melhores níveis de preparação/formação em catástrofe e que já atuaram em situações de catástrofe evidenciaram mais competências em termos de gestão pós-catástrofe, relacionadas com “o saber” e com “o fazer”.

Face a estes resultados, importa referir que o enfermeiro deve ser dotado de competências ao nível do “saber” e do “fazer” para atuar em contexto de catástrofe, traduzindo-se numa melhor preparação na atuação em termos de avaliação e no que respeita à gestão pós-catástrofe (Al Thobaity et al., 2017; Santos & Dixe, 2017; Rezaei et al., 2020).

Os enfermeiros desempenham um papel central na preparação e gestão de catástrofe, bem como na resposta a emergências. O cuidado prestado num ambiente de catástrofe é diferente do cuidado de enfermagem diário e os enfermeiros têm necessidades especiais durante a sua atuação em situação de catástrofe e ou situações excecionais (Ganabathi, Mariappan & Mustafa, 2017; Rezaei et al., 2020).

CONCLUSÕES

Os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais de saúde e desempenham um papel importante em todas as fases da gestão de catástrofe. Porém, a literatura mais recente enfatiza que estes ainda não estão suficientemente preparados para responder a tais situações, revelando necessidades formativas na área, o que foi corroborado no presente estudo, onde se concluiu que quase a totalidade da amostra manifestou necessidade de formação (95,3%). Concluiu-se também que na “gestão pós-catástrofe” prevalecem os enfermeiros com boa preparação (46,7%), mas é expressiva a percentagem de enfermeiros com fraca preparação (41,0%); nas “Competências do saber”, 42,4% têm boa preparação, mas 37,3% revelam fraca preparação; nas “Competências do fazer”, com igual valor percentual (42,5%, respetivamente), registou-se fraca e boa preparação. As variáveis sociodemográficas com significância estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foram o género e as habilitações literárias. Assim, o perfil dos enfermeiros da amostra estudada com melhor percepção de preparação face à situação de catástrofe é ser do género masculino e possuir o mestrado/doutoramento e especialização. As variáveis profissionais associadas à percepção de preparação face à situação de catástrofe ($p < 0,05$) foram: tipo de colaboração, local onde se situa a instituição onde os participantes exercem funções, o serviço e o vínculo laboral. Deste modo, os enfermeiros com colaboração interna prestada ao INEM, cuja instituição onde exercem se situa em

Castelo Branco, os que exercem funções profissionais no INEM e que possuem outro tipo de vínculo laboral perceberam-se como melhor preparados para atuar em situação de catástrofe.

Ao estudar-se a relação entre as variáveis de contexto de catástrofe e a perceção de preparação face à situação de catástrofe, concluiu-se que as variáveis com relevância estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foram: conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição, formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe, necessidade de formação na área, vivência, enquanto enfermeiro, de uma situação real de catástrofe e situação de catástrofe vivenciada. Assim sendo, os enfermeiros com conhecimento do plano de catástrofe externo da instituição, que possuem formação na abordagem hospitalar em situações de catástrofe, que já vivenciaram situações reais de catástrofe, particularmente catástrofes naturais pressionaram-se como melhor preparados na área.

Face aos resultados encontrados, pode inferir-se que o atual sistema de formação de base não promove as competências necessárias e que os enfermeiros se sentem mal preparados para a resposta a situações de catástrofe. Na verdade, a maioria dos enfermeiros ainda não vivenciaram situações reais de catástrofe e, portanto, falta-lhes experiência e oportunidades para desenvolver os seus conhecimentos. Face a tal, sugere-se a integração nos currículos de enfermagem de conteúdos teórico-práticos sobre o “saber”, o “fazer” e gestão pós-catástrofe. Por outro lado, será importante a formação em serviço, o que fará com que estes profissionais fiquem melhor preparados para atuar em futuras situações de catástrofes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Achora, S., & Kamanyire, J. K. (2016). Disaster Preparedness: Need for inclusion in undergraduate nursing education. *Sultan Qaboos University medical journal*; 16(1), e15–e19. <https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.004>
- Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., & Almalki, M. (2020). Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. *Risk management and healthcare policy*, 13, 2627–2634. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279513>
- Al Thobaity, A., Alamri, S., & Plummer, V. (2019). Exploring the necessary disaster plan components in Saudi Arabian hospitals. *Int J Disaster Risk Reduct.*; 41, 101–316. doi:10.1016/j.ijdrr.2019.101316
- Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *Int Emerg Nurs.*; 31, 64–71. doi:10.1016/j.ienj.2016.10.003 15.
- Al-Ali, N.M., Abu Ibaid A.H. (2015). Health-care providers’ perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 21(10), 713-721. Recuperado de

http://applications.emro.who.int/emhj/v21/10/EMHJ_2015_21_10_713_721.pdf?ua=1&ua=1

- Alpert, E. A., Weiser, G., Kobliner, D., Mashiach, E., Bader, T., Tal-Or, E., & Merin, O. (2018). Challenges in implementing international standards for the field hospital emergency department in a disaster zone: The Israeli experience. *Journal of Emergency Medicine*; 55(5), 682–687. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.07.019>
- Basal, A.A., & Ahmed, R.A. (2018). Perception of Nurses' Regarding Role, Preparedness and Management Skills during Hospital Disasters. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*; Vol. 5, 1, 151-161. Acedido em www.noveltyjournals.com
- Brinjee, D., Thobaity, A.A., Almalki, M., & Aahmari, W. (2021). Identify the Disaster Nursing Training and Education Needs for Nurses in Taif City, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*; 14, 2301–2310. Acedido em <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=70125>
- Direção Geral de Saúde –DGS (2010). Orientações elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Documento nº007/2010. Ministério da Saúde. Portugal. Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional. Recuperado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi4hrSg77gAhUeThUIHcDvDXAQFjABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2F-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx&usq=AOvVaw3afLCrV5PuwImBDOW82tor>
- Far, S.S.T., Marzaleh, M.A., Shokrpour, N., & Ravangard, R. (2020). Nurses' Knowledge, Attitude, and Performance about Disaster Management: A Case of Iran. *The Open Public Health Journal*; 13, 441-446. Doi: 10.2174/1874944502013010441
- Furtado, V.C.L. (2021). *Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36375/1/BCTFC266.pdf>
- Ganabathi, M., Mariappan, U., & Mustafa, H. (2017). Nurses' Knowledge, Attitude and Practices on Fall Prevention in King Abdul Aziz Hospital, Kingdom of Saudi Arabia. *Nur Primary Care*; Vol. 1, 6, 1-6. Acedido em <https://www.scivisionpub.com/pdfs/nurses-knowledge-attitude-and-practices-on-fall-prevention-in-king-abdul-aziz-hospital-kingdom-of-saudi-arabia-228.pdf>
- Godinho, P.M.G. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multivítimas Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27910/1/Relatorio%20FINALISSIMO_PG_TL.pdf
- Guimarães, S.A.N. (2020). *Plano de resposta à catástrofe externa de um serviço de urgência básico*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2434>

- Han, S.J., & Chun, J. (2021). Validation of the Disaster Preparedness Evaluation Tool for Nurses—The Korean Version. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 1348. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031348>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2012). *Situações de execução. Manual TAS*. Portugal. Oliveira, M.S., Meira L., Valente, M. Catarino, R., Cunha, S. e Brito, B. Recuperado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- International Council of Nurses (2019). ICN. *International Council of Nurses ICN*. Frame work of Disaster Nursing Competencies. Acedido em <http://sis.nlm.gov/dimrc/professionalcompetencies.html>
- Karnjuš, I., Prosen, M., & Ličen, S. (2021) Nurses' core disaster-response competencies for combating COVID-19—A cross-sectional study. *PLoS ONE*; 16(6), e0252934. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252934>
- Lei de Bases da Protecção Civil - Lei n.º 80/2015. Diário da República n.º 149/2015 – I Série. Portugal. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/80/2015/08/03/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto. *Diário da República n.º 163/2007- I Série*. Portugal. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/46/2007/08/24/p/dre/pt/html>
- Lei nº 12/2005, de 26 de Janeiro. Diário da República nº 18/ 2005 DR n.º 18 - I Série. Portugal. <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/diagnostico-pre-natal/lei-122005-de-26-de-janeiro-dr-n-18-i-serie-a.aspx>
- Li, Y.H., Li, S.J., Chen, S.H., Xie, X.P., Song, Y.Q., Jin, Z.H., & Zheng, X.Y.(2017). Disaster nursing experiences of Chinese nurses responding to the Sichuan Ya'an earthquake. *Int Nurs Rev.*; 64(2), 309-317. doi: 10.1111/inr.12316.
- Loke, A. Y., & Fung, O. W. (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *International journal of environmental research and public health*; 11(3), 3289–3303. <https://doi.org/10.3390/ijerph110303289>
- Mao, X., Fung, O. W. M., Hu, X., & Loke, A. Y. (2018). Psychological impacts of disaster on rescue workers: A review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*; 27(1), 602–617. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2017.10.020>
- Melo, C.M., Witt, R.R., Dorneles, E.L., & Marin, S.M. (2013). A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. *Vittalle*, Rio Grande; 25(1), 37-44.
- Miranda, I.M.S. (2020). *As vivências dos enfermeiros na catástrofe dos incêndios florestais de Pedrogão Grande*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2433/1/Isabel_Miranda.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Membros activos. Balcão Único: 31-12-2018. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf

- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). *Glossary of humanitarian terms*. Recuperado de <http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>
- Özteki, S.D., Larson, E.E., Akahoshi, M., & Özteki, I. (2016). Japanese nurses' perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 13, 391-401. doi:10.1111/jjns.12121
- Patoleia, F. M. M. A. (2016). *Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Enfermagem. Setúbal. Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17629/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20-%20Vers%C3%A3o%20digital.pdf>
- Pina, J. (2020). *Conhecimentos dos enfermeiros portugueses acerca das intervenções autónomas no doente com síndrome coronário agudo e a prática baseada em evidências*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/22673>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Junho – Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, n.º 135/2018. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Rezaei, S.A., Abdi, A., Akbari, F., & Moradi, K.(2020). Nurses' professional competences in providing care to the injured in earthquake: A qualitative study. *J Edu Health Promot*; 9,188. Acedido em <https://www.jehp.net/text.asp?2020/9/1/188/290934>
- Sangkalaa, M. S. & Gerdtz, M.F. (2018). Disaster preparedness and learning needs among community health nurse coordinators in South Sulawesi Indonesia. *Australasian Emergency Care*, 21, 23-30. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.auec.2017.11.002>
- Santos, C. & Dixe, M. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”: preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 69-88). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. Recuperado de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2881ão>
- Santos, C.R. & Dixe, M.A.C.R., (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”: Preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. *Construindo Conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, pp.71-86. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.8/2881>
- Santos, P.A. & Rabais, I. M. (2015). Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências. In 9º Seminário de Investigação em Enfermagem, Porto, Portugal, 14 e 15 de Maio 2015. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21279/1/e2015012.pdf>

- Schenk, B. C. (2019). Climate change and disasters: The world needs prepared nurses. *Nursing Economics*; 37(5), 218.
- Tomé, L. M. S. D. (2018). *Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência: Intervenção especializada de enfermagem da conceção à ação*. (Relatório de Estágio para obtenção grau Mestre). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/25263>
- Usher, K., Michelle, L., MacLaren, R., Mills, J., West, C., Casella, E., Hapsari, E. D.,...Zang, Y. (2014). Strengthening and preparing: Enhancing nursing research for disaster management. *Nurse Education in Practice*, 15, 68-74. doi:10.1016/j.nepr.2014.03.006
- Veenema, T.G., Griffin, A., Gable, A.R., Macintyre, L., Simons, R.N., Couig, M.P., Walsh, J.J., Lavin, R.P., Dobalian, A., & Larson, E. (2016). Nurses as leaders in disaster preparedness and response—A call to action. *J. Nurs. Scholarsh.*; 48, 187–200.
- Verheul, M.L., & Dückers, M.L. (2020). Defining and operationalizing disaster preparedness in hospitals: a systematic literature review. *Prehosp Disaster Med.*; 35(1), 61–68. doi:10.1017/S1049023X19005181
- World Health Organization (WHO). (2011). Hospital emergency response checklist. Copenhagen. Dr Brian S. Sorensen , B. S., Zane, R. D., Wante, B.E., Rao, M. B., Bortolin, M. & Rockenschaub, G. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf?ua=1
- Xue, C.-L., M.S., Shu, Y.-S., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *J Clin Nurs.*; 29, 4514–4531. <https://doi.org/10.1111/jocn.15476>
- Younus, F. (2018). Nurses' Knowledge Regarding Patients Safety After Diagnostic Cardiac Catheterization in Azadi Teaching Hospital in Kirkuk City. *Kirkuk University Journal /Scientific Studies (KUJSS)*; Vol. 13, 45-56. DOI:10.13140/RG.2.2.30798.10567

Conclusão

Ao longo dos dois estágios e face às experiências vivenciadas, a atitude reflexiva foi uma constante, de forma a atribuir significado ao processo formativo, bem como para melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

O objetivo de construção da perícia profissional ao longo dos estágios foi transversal a todos os objetivos. Para tal contribuíram não só as experiências vivenciadas, mas sobretudo a sua partilha e reflexão conjunta com os elementos da equipa de enfermagem, em particular com os Enfermeiros tutores, que revelaram-se uma mais-valia no estímulo à prática reflexiva e orientação do percurso formativo.

Face à permanente análise e avaliação das atividades desenvolvidas no ensino clínico, bem como às necessidades formativas sentidas, foi necessário estabelecer prioridades, tendo sido necessário privilegiar alguns objetivos inicialmente formulados em detrimento de outros. Contudo, penso que tal foi benéfico para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que permitiram aprofundar áreas sensíveis e nas quais sentia maior necessidade para a construção da prática especializada do EEEMC. O processo formativo foi dinâmico, traduzido parcialmente pelo presente relatório e, por isso, considero que foi também atingido o objetivo a que me propus com a elaboração do mesmo.

Os ensinamentos clínicos assumem um papel extremamente importante na formação em Enfermagem, independentemente do nível de ensino. Estes são o expoente máximo do processo de aprendizagem e permitem a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em contexto real, promovendo uma permanente interação entre teoria e prática. Encontrando-me num percurso de desenvolvimento de competências especializadas para a prática de EMC, considero que os estágios tiveram um contributo muito importante para o meu desenvolvimento profissional. Espero continuar a desenvolver este caminho no sentido da perícia profissional, de forma a atingir o reconhecido nível de excelência do Enfermeiro Especialista.

Hoje em dia, a formação é um fator essencial que contribui para uma maior eficiência dos profissionais de saúde, no caso concreto dos enfermeiros. De facto, é um investimento vital que me levou ao desenvolvimento pessoal e profissional. Para além dos conhecimentos teóricos, a formação profissional melhorou indiscutivelmente a minha capacidade de prestar cuidados de excelência. Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria dos padrões de saúde. Por conseguinte, precisam de estar atualizados sobre os conhecimentos teóricos e práticos neste campo. Como tal, a formação especializada serve para atualizar os

conhecimentos profissionais e desenvolver competências profissionais, espelhando-se na otimização das práticas no cumprimento de várias tarefas e responsabilidades, bem como no desenvolvimento de apetências investigativas o que considero ter tido lugar com a investigação levada a cabo. Esta foi preponderante não só para desenvolver as minhas competências neste âmbito como para produzir conhecimento numa área fulcral para a enfermagem em geral e para a EMC em particular, para mostrar a importância de investir na formação dos profissionais com fim último de trazer melhoria nos cuidados prestados.

Considero que este relatório não espelha a imensidão de cuidados prestados de forma complexa e todos os conhecimentos que foram adquiridos no decorrer da prática ao longo dos Estágios. Julgo ter alcançado com sucesso a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, chegando a esta conclusão pelos vários momentos de avaliação dos estágios, culminando na evolução de enfermeiro de cuidados gerais para Enfermeiro Especialista. Cada objetivo, atividade e competência, neste meu processo de aprendizagem, são correspondentes a processos multidimensionais, que enquadram conceptual e tecnicamente os domínios das competências comuns e específicas do EEEMC. Na minha opinião, estes constituem vertentes indissociáveis, que contextualizam cada processo construtivo do saber em Enfermagem, como um todo e não passível de ser dividido em processos isolados de aprendizagem.

Termino, dizendo que os tempos mudam, mas a minha vontade de caminhar passo a passo com aqueles que precisam e precisarão de ser cuidados jamais mudará, pelo contrário, renova-se a cada dia, procurando sempre prestar cuidados humanizados e congruentes com uma intervenção especializada, ou seja, num patamar de enfermeiro perito. Os cuidados de enfermagem individualizados, que são um indicador significativo da qualidade dos cuidados de enfermagem, devem ser integrados na prática profissional. Parafraseando Benner et al. (2009), os enfermeiros especialistas/peritos têm uma visão ampla das situações, sentindo as necessidades e as capacidades das pessoas cuidadas. Tendo em conta estas premissas, os enfermeiros com boa formação e experientes promovem cuidados de enfermagem individualizados à medida que observam melhor os problemas subtis de alterações relevantes e desenvolvem uma forte intuição de eventos futuros que podem ocorrer. Como tal, considero que, nesta qualidade, alcancei um patamar de perito, para o que muito contribuiu a formação teórica, prática e as orientações de profissionais significativamente competentes ao longo de todo este meu percurso formativo.

Referências bibliográficas

- Academia de Ciências de Lisboa (2001). Dicionário de Língua Portuguesa. Lisboa. Vol. 2. ISBN 972-22-2046-2. • Barbier, J. M. (1996). Elaboração de projectos de acção e planificação. Porto: Porto Editora, p. 237. • Escola Superior de Saúde de Viseu (2014). Guia orientador de trabalhos escritos. Viseu: ESSV IPV.
- Albano, G. D., Bertozzi, G., Maglietta, F., Montana, A., Di Mizio, G., Esposito, M., . . . Salerno, M. (2019). Medical Records Quality as Prevention Tool for Healthcare-Associated Infections (HAIs) Related Litigation: a Case Series. *Current pharmaceutical biotechnology*, 20(8), 653-657. doi:10.2174/1389201020666190408102221
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Diário da República (DR), 2ª série, nº 179, de 18 de setembro de 2019, através da Portaria n.º 316/2019
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Prone Position*. Norma nº PE - 61.00 de 13/11/2020
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2020). Guia Orientador dos Estágios - 8º CPLEEMC. Viseu: ESSV IPV. • Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed e atual. Lisboa: Escola nacional de saúde pública, p. 77-87.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2020). Guia Orientador de Estágios do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Guia Orientador de Estágios.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Paolone, S. (2017). Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) for Lung Injury in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS): Review of the Literature. *Clin Nurs Res*, 26(6), 747-762. doi:10.1177/1054773816677808
- Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, cap. 21.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel- Lisboa: Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-419-6.
- Portaria n.º 316/2019 de 18 de setembro 2019 Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011
- Regulamento n.º 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento de Competências Comuns, do Enfermeiro Especialista. [Portugal]. *Diário da República*, 2ª série, pp 4474-4750. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018, julho 16). Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. [Portugal]. *Diário da República*, 2ª série, pp 19359-19370. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência – da Teoria à Prática*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-16-9

Apêndices

Apêndice I

I.URG. 43.3 - Proposta de alteração - Check List Verificação sala e carro de emergência



URGÊNCIA GERAL

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DA SALA DE EMERGÊNCIA
MÊS - _____

	Dia																			
CARRO VIA AÉREA																				
Cabo Laringoscópio																				
T.E.T. - CH 7,0 a 8,5 (5 de cada)																				
Fita Nastro																				
1	Lidocaína																			
	Seringa Cuf (20cc)																			
	Tubo Orofaringeo - Nº 2, 3 e 4 (3 de cada)																			
2	T.E.T. - CH 5,5 a 6,5 (5 de cada)																			
	Máscaras Faciais - Nº 2, 3, 4 e 5 (2 de cada)																			
Insuflador Manual (reserva)																				
3	Filtros (4)																			
	Sonda de Aspiração Yankaeur																			
	Kit Cricotomia																			
4	Traqueias																			
	Balão Teste Ventilador																			
1	Lâmina Curva Nº 3 e 4 (3 de cada)																			
2	Lâmina Reta Nº 2 e 4 (1)																			
	Lâmina Articulada (1)																			
3	Condutor de T.E.T																			
	Pinça Maguill																			
Máscara Laringeas Nº 3 (2)																				
4	Máscara Laringeas Nº 4 (2)																			
	Máscara Laringeas Nº 5 (2)																			
Mangas de Tensão Arterial																				
5	Estetoscópio (2)																			
Cadeados de fecho de sala																				
Aranha, 1/2 Plano Duro																				
Doppler fetal																				
Computador																				
Degrau																				
Luvas S/M/L																				
Termómetro																				
Relógio																				
Material Clínico – stock tulha																				
Medicação - stock																				
Soros . stock																				
Contentor de Corto-Perfurantes																				
Sacos de vômito																				
Garrafa de O2 com Combilite																				
Cofre (Medicação, Swivel e Chaves)																				
Mala Fibrinólise (selada + seringa infusora)																				
ARMÁRIO FIBRINÓLISE (CHAVE NO COFRE)																				
Actilyse 10mg (10 Amp.)																				
Actilyse 50mg (2 Amp.)																				
Verificação das rampas de ar comprimido																				
Verificação das rampas de aspiração																				
Verificação das rampas de O2																				

Apêndice I

I.URG. 43.3 - Proposta de alteração - Check List Verificação sala e carro de emergência (cont.)



URGÊNCIA GERAL

BOX 1									
Candeeiro									
Cesto de Apoio									
Gel									
Máscara Alta concentração (1)									
Máscara Venturi (1)									
Óculos Nasais (1)									
Tubo O2 (1)									
Eléttodos									
Monitor									
Maca tripartida									
Seringa, Bomba e Aquecedor Soros									
Insuflador Manual + Filtro + Máscara 4 e 5									
Suporte de Sondas									
Aspiração CH 12 (5)									
Aspiração CH 14 (5)									
Aspiração CH 16 (5)									
Cânula nasal (5)									
Teste do ventilador									
Teste do desfibrilhador									
Pás do desfibrilhador									
Cabos (12 derivações, capnografia, adaptador pás)									
Verificação do Monitor/cabos (colocar eléttodos)									
BOX 2									
Candeeiro									
Cesto de Apoio									
Gel									
Máscara Alta concentração (1)									
Máscara Venturi (1)									
Óculos Nasais (1)									
Tubo O2 (1)									
Eléttodos									
Monitor									
Maca tripartida									
Seringa, Bomba e Aquecedor Soros									
Insuflador Manual + Filtro + Máscara 4 e 5									
Suporte de Sondas									
Aspiração CH 12 (5)									
Aspiração CH 14 (5)									
Aspiração CH 16 (5)									
Cânula nasal (5)									
Teste do ventilador									
Teste do desfibrilhador									
Pás do desfibrilhador									
Cabos (12 derivações, capnografia, adaptador pás)									
Verificação do Monitor/cabos (colocar eléttodos)									
Rúbrica									
Número Mecanográfico									

Apêndice II

PT - Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar



URGÊNCIA GERAL

PT.URG.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PUNÇÃO LOMBAR

Aprovação: **Data:** de Maio de 2021

Modificações:

Objetivos:

Uniformizar procedimentos de Enfermagem relacionados com a realização de punção lombar.

Responsabilidade:

Enfermeiros do Serviço de Urgência do H.D.F.F., E.P.E.

Descrição:

Trata-se de uma técnica invasiva que permite aceder ao espaço subaracnoideu, com propósito diagnóstico e/ou terapêutico.

Consiste na inserção de uma agulha para obter uma amostra de líquido cérebro-espinhal (também conhecido por líquido cefalorraquideo) habitualmente entre duas vértebras lombares (habitualmente a 4ª e a 5ª, L4-L5), para exame das suas características físicas, citológicas, microbiológicas e químicas, com vista ao diagnóstico de doenças; avaliação da pressão do líquido cérebro-espinhal em doenças do Sistema Nervoso; e ainda administração de substâncias medicamentosas no licor ou medula.

Indicações:

- Análise laboratorial do líquido cefalorraquidiano, para identificar e avaliar doenças;
- Diagnóstico de doenças infecciosas: meningite, encefalite, mielites
- Diagnóstico de doenças inflamatórias: esclerose múltipla, Guillain-Barré
- Diagnóstico, estadiamento ou tratamento de doenças oncológicas como leucemia e linfomas.
- Diagnóstico de doenças metabólicas
- Administração de anestesia raquidiana, epidural, quimioterápicos e antibióticos;
- Descompressão medular;
- Medição da pressão do líquido cefalorraquidiano;
- Injeção de contraste ou substâncias radioativas para realização de exames de diagnóstico;

Apêndice II

PT - Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar (cont.)



URGÊNCIA GERAL

Contraindicações:

- Problemas de coagulação ou uso de medicamentos que interfiram com a técnica, como é o caso de anticoagulantes;
- Presença de hipertensão intracraniana, como a causada por uma massa cerebral, devido ao risco de haver deslocamento do cérebro e herniação;
- Infecção na pele no local da punção.

Riscos mais comuns:

- Cefaleias;
- Tonturas;
- Dor no local da punção;
- Infecção;
- Hemorragia.

Procedimento	Aspectos relacionados
1) Preparação do material	<ul style="list-style-type: none"> • Bata • Luvas esterilizadas; • Campo cirúrgico • Agulha de Punção Lombar 20-22G; • Compressas esterilizadas; • Solução desinfetante; • Anestésico tópico; • Seringas de 5cc; • Agulha calibre 25G; • Agulha calibre 21G (aspirar anestésico); • Lidocaína 1-2%; • Frascos estéreis para colheita de Líquido Cefalorraquidiano (LCR); • Contentor para corto-perfurante • Adesivo; • Material de penso; • Resguardo

Apêndice II

PT - Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar (cont.)



URGÊNCIA GERAL

<p>2) Realização do procedimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saco do lixo; • Perguntar ao doente os dados referentes à sua identificação (nome completo e data de nascimento) e conferir com pulseira de identificação; • No caso do doente inconsciente, desorientado ou com impossibilidade de comunicar, confirmar com os elementos presentes no processo clínico e pulseira de identificação; • Certificar se o doente está informado do procedimento que vai efetuar e proporcionar as informações e/ou os ensinamentos adequados oportunos e pedir a sua colaboração, proporcionando um ambiente calmo e seguro, criando um clima de confiança; • Ajudar o doente a posicionar-se em decúbito lateral com os joelhos fletidos e a cabeça fletida sobre o tórax, com os ombros paralelos, em ângulo agudo e se necessário mantê-lo nessa posição ou como posição alternativa, ajudar o doente a sentar-se na cama com os pés apoiados e fletir a cabeça e o peito sobre os joelhos; • Valorizar as queixas do doente e solicitar a sua cooperação e avisar de imediato o médico ou enfermeiro, no sentido de prevenir complicações; • Colaborar com o médico durante a execução da técnica; • Recolher o material utilizado, colocando-o em contentor de resíduos do grupo IV; • Realizar o penso compressivo local; • Após o procedimento orientar o doente a manter
---------------------------------------	--

Apêndice II

PT - Procedimentos de Enfermagem na Punção Lombar (cont.)



URGÊNCIA GERAL

	<p>repouso durante duas horas, preferencialmente colocar os pés mais elevados em relação à cabeça, para prevenção de cefaleias, enquanto efeito adverso mais comum. Monitorizar outras reações, após o procedimento, como por exemplo: dor lombar, náuseas, vômitos, vertigens, sonolência, crise convulsiva, rigidez da nuca, irritabilidade e parestesias;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar (nome, data de nascimento e número de processo) e providenciar o envio das amostras de LCR recolhido, para o laboratório, o mais rápido possível; • Providenciar a triagem adequada dos materiais; • Lavar as mãos; • Realizar o respetivo registo de enfermagem.
--	---

Bibliografia

Jane LA, Wray AA. (2021). Lumbar Puncture. *StatPearls*. Consultado em 29 mai. 2021. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557553/>

Engelborghs, S., Niemantsverdriet, E., Struyfs, H., Blennow, K., Brouns, R., Comabella, M., Dujmovic, I., van der Flier, W., Frölich, L., Galimberti, D., Gnanapavan, S., Hemmer, B., Hoff, E., Hort, J., Iacobaeus, E., Ingelsson, M., Jan de Jong, F., Jonsson, M., Khalil, M., Kuhle, J., ... Teunissen, C. E. (2017). Consensus guidelines for lumbar puncture in patients with neurological diseases. *Alzheimer's & dementia* (Amsterdam, Netherlands), 8, 111–126. Consultado em 29 mai. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.04.007>

Apêndice III

PT - Hemoderivados



URGÊNCIA GERAL

PT.URG.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS

Aprovação:

Data: 10 de Maio de 2021

Modificações:

Objetivos:

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem para garantir a segurança no processo transfusional;
- Manter a qualidade dos componentes sanguíneos;
- Evitar erros na administração dos componentes sanguíneos;
- Garantir a utilização boas práticas no processo de transfusão de componentes sanguíneos;

Responsabilidade: Todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência do H.D.F.F., E.P.E.

Descrição: Considera-se transfusão de hemoderivados a administração por via endovenosa de componentes sanguíneos de um dador para um recetor, o doente. Pode ter como finalidade aumentar a capacidade de transportar oxigénio, restaurar o volume de sangue, melhorar a imunidade e/ou corrigir problemas de coagulação.

De salientar: é um procedimento em que a segurança transfusional depende de todos os intervenientes no processo



Minimizar os riscos e aumentar os benefícios para o doente.

Procedimento	Aspectos relacionados
1) Verificação do componente logo que este é recebido no Serviço de Urgência.	Verificar se a rotulagem do componente sanguíneo cumpre os seguintes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Componente sanguíneo coincide com a prescrição médica; • Data de validade; • Grupo sanguíneo ABO compatível (eventual Rh D); • Identificação inequívoca do doente/recetor: <u>nome completo, data de nascimento e número do processo.</u> Manter o rótulo do hemoderivado íntegro até ao final da transfusão;
2) Identificação do doente.	Fazer sempre a identificação "positiva" do doente: <ul style="list-style-type: none"> • Perguntar ao doente os dados referentes à sua identificação (nome completo e data de nascimento) e conferir com pulseira de identificação;

Apêndice III

PT – Hemoderivados (cont.)



URGÊNCIA GERAL

	<ul style="list-style-type: none"> No caso do doente inconsciente, desorientado ou com impossibilidade de comunicar, confirmar com os elementos presentes no processo clínico e pulseira de identificação;
3) Verificar novamente a concordância, entre a identificação do doente e o rótulo do componente sanguíneo	Certificar-se da história clínica do doente relativa a transfusões e possíveis ocorrências de reações anteriores, informando o médico assistente;
4) Instruir/esclarecer o doente sobre todo o procedimento a realizar;	O doente (ou seu responsável legal) tem o direito de recusar a transfusão de hemoderivados. Desta forma, o Enfermeiro deve identificar e respeitar as crenças religiosas e culturais do doente e certificar-se que existe consentimento informado para a sua administração;
5) Posicionar o doente confortavelmente, atendendo à privacidade do doente;	A posição de semi-sentado diminui o risco de hipervolemia;
6) Providenciar um acesso venoso exclusivo	Utilizar um cateter 18G (ou na impossibilidade recorrer a um cateter 20G), por forma a permitir um bom débito; Assegurar sempre a permeabilidade do cateter antes da utilização; Nunca administrar soluções ou medicamentos na mesma via em que se encontra a perfundir um componente sanguíneo, devido ao risco de hemólise (à exceção do cloreto de sódio a 0,9%);
7) Colocar uma torneira de 3 vias junto ao cateter	Permite: <ul style="list-style-type: none"> Colocação de um soro fisiológico 0,9% em perfusão simultânea com o componente sanguíneo (não obrigatório) No caso de uma reação, permite a rápida administração da medicação.
8) Avaliar o doente (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória)	Impresso "Registo do Ato Transfusional" (Modelo 020): <ul style="list-style-type: none"> No canto superior direito proceder à identificação do doente - nome completo, data de nascimento e número do processo; Registar os dados pré-transfusão; Registar os dados relativos ao componente; Colar a etiqueta destacável do componente

Apêndice III

PT – Hemoderivados (cont.)



URGÊNCIA GERAL

	sanguíneo no respetivo quadrado;
9) Preencher o sistema de administração com filtro (170 μ – 200 μ) com o componente sanguíneo;	<p>Usar sempre sistemas de administração com filtros (170μ – 200μ) para transfundir o componente. Estes permitem a perfusão adequada do componente e a remoção de coágulos e agregados;</p> <p>Só conectar o sistema de transfusão ao componente sanguíneo após verificar a permeabilização do acesso venoso e assegurar a estabilidade hemodinâmica do doente para a transfusão;</p> <p>Utilizar um novo sistema de transfusão com filtro para cada unidade de componente.</p>
10) Iniciar a administração a um ritmo de 20 gotas por minuto, durante 15 minutos;	<p>Nos primeiros 15 minutos, vigiar com regularidade o doente - é neste período que podem ocorrer grande parte das reações;</p> <p>As reações anafiláticas graves, geralmente, acontecem após a entrada de um pequeno volume na circulação.</p>
11) Informar o doente que deverá comunicar de imediato ao Enfermeiro o aparecimento de sinais e sintomas;	<p>Sinais e sintomas de reação adversa à transfusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade, agitação, sensação de mau estar, angústia, confusão mental; • Náuseas, vômitos, diarreia; • Taquipneia, taquicardia, cianose; • Calafrios, hipersudorese, febre/hipertermia, hipotermia; • Hemoglobinúria; • Dor no local da punção; • Hipotensão, hipertensão; • Oligúria/anúria; • Cefaleias; • Dor lombar, dor retroesternal, dor abdominal; • Rubor, erupção cutânea, prurido, petéquias; • Dispneia, edema da laringe, broncospasmo; <p>IMPORTANTE: No caso do doente apresentar algum destes sinais/sintomas, o Enfermeiro deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. <u>suspender de imediato a transfusão;</u> II. <u>manter a veia permeável colocando um soro fisiológico 0,9% em perfusão;</u> III. <u>informar o médico de serviço;</u> IV. <u>realizar nova colheita para classificação ABO e Rh</u> V. <u>enviar de imediato a unidade suspeita junto com a colheita de sangue ao serviço de</u>

Apêndice III

PT – Hemoderivados (cont.)



URGÊNCIA GERAL

	<u>Imunohemoterapia.</u>
12) Após 15 minutos, reavaliar os sinais vitais;	A estabilidade hemodinâmica do doente pode influenciar na continuidade da administração;
13) Aumentar o débito da administração consoante a prescrição médica ou tendo em conta o componente sanguíneo a administrar;	Atender às recomendações especificações dos diferentes componentes descritas abaixo;
14) Após o término da transfusão, monitorizar sinais vitais;	Realizar o registo no processo do doente; Registar no Modelo 020 a hora de término;
15) Fechar o doseador do sistema de transfusão, desconectá-lo do doente;	Desperdiçá-lo no contentor de grupo III;
16) Realizar lavagem com, pelo menos, 10cc de soro fisiológico 0,9% e obturar o cateter.	É importante garantir que o cateter fica funcionante.

Recomendações específicas:

a) Administração de Concentrados de Eritrócitos (CE)

CE - Componente derivado de uma dádiva de sangue, da qual foram removidos os leucócitos, contendo uma quantidade residual de plasma.

- Deixar o CE à temperatura ambiente por 5 minutos e só depois proceder à sua administração. Salvo em situações de reposição massiva de sangue, o CE não deve ser aquecido;
- O ritmo de perfusão é de, aproximadamente, 2 ml por quilograma de peso por hora, o que perfaz um ritmo de 60 a 80 gotas por minuto;
- Num doente sem disfunção cardiovascular, a duração da transfusão deve ser de 60 a 120 minutos.
- A transfusão **nunca deve demorar mais de 4 horas**, uma vez que ultrapassado este período é favorecida a proliferação bacteriana, colocando em risco a viabilidade do componente.

Apêndice III

PT – Hemoderivados (cont.)



URGÊNCIA GERAL

b) Administração de 'Pools' de Concentrados Plaquetários e Concentrados Unitários de Plaquetas

- **Concentrado Plaquetário Standard (CP)** – é obtido a partir da camada leucoplaquetária de uma única dádiva de sangue total. Contém 0,45-0,80x10¹¹ plaquetas suspensas em 50-70ml de plasma.
- **Pool de Concentrados Plaquetários** – é obtido através da junção de 4 a 6 CP. Contém um mínimo de 2,5x10¹¹ plaquetas suspensas num volume total de 250-300ml de plasma.
- **Concentrado Unitário de Plaquetas** – é obtido a partir de um único dador por aférese de plaquetas. Contém mais de 2,5x10¹¹ plaquetas, suspensas num volume total de 250-300ml de plasma.

- Transfundir, **de imediato**, as plaquetas após a sua chegada ao serviço. Na impossibilidade de iniciar de imediato a transfusão (até 30 minutos), devolver as plaquetas ao Serviço de Imunohemoterapia até estarem reunidas as condições para a administração;
- O ritmo de perfusão deverá ser tão rápido quanto o doente tolere, devendo ocorrer entre 20 a 40 minutos (ritmo de 130 a 200 gotas por minuto). Caso a situação clínica do doente condicione o ritmo da transfusão (por exemplo, risco de sobrecarga), deve ser efetuada de acordo com a prescrição médica;
- A transfusão de plaquetas **nunca deverá exceder as 2 horas**, de modo a preservar a função plaquetar (sem agregação) e devido ao risco de proliferação bacteriana.

c) Administração de Plasma Fresco Inativado

Plasma Fresco Inativado - contém todos os fatores de coagulação, incluindo Fator V e Fator VIII;

- Iniciar a transfusão logo que a unidade chegue ao serviço. Se não for possível iniciar a transfusão até 1 hora, devolver a unidade ao Serviço de Imunohemoterapia até estarem reunidas as condições para a administração;
- A unidade de plasma deverá ser transfundida durante 30 a 60 minutos, a um ritmo de 125 a 175 gotas por minuto. No caso de doentes com disfunção cardiovascular, administrar segundo prescrição;

Apêndice III

PT – Hemoderivados (cont.)



URGÊNCIA GERAL

- A transfusão de uma unidade de plasma **não deverá ultrapassar as 2 horas**, de modo a preservar os fatores de coagulação;

Documentação de referência:

Barra, A., Costa, C. & Cardoso, E. (2015). Transfusão de componentes sanguíneos e derivados. Serviço de Sangue e Medicina Transfusional do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. OM Pharma. Acedido em:

[https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1429/1/17833%20Pocketbook Transfus%C3%A3o%20%28110x145%29.pdf](https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1429/1/17833%20Pocketbook%20Transfus%C3%A3o%20%28110x145%29.pdf)

Brito Silva, J. D., Vieira Sabino, K. C., De Brito, L. V. B. S., Da Silva, A. M., Dos Santos Costa, E., De Sousa Brito, A. L., Duarte Morais, F. J., De Araújo Lima Costa, K. R., & Cavalcante Oliveira, G. (2018). As Hemotransfusões E Atuação Do Enfermeiro Nos Procedimentos Alternativos. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research, 23(1), 100–105.

Acedido em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180606_084138.pdf

Forster, F., Lohn Câmara, A., Kiefer Moraes, C. L., Honório, M. T., de Mattia, D., & Delacanal Lazzari, D. (2018). Percepção Dos Enfermeiros Quanto À Assistência De Enfermagem No Processo Transfusional. Enfermagem Em Foco, 9(3), 71–75. Acedido em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1509>

Modelo 020: Registo do Acto Transfusional. Hospital Distrital da Figueira da Foz.

Orozco Reyes, O. A., Soto Arreola, M. O., Nuñez Olvera, S. I., & Pérez Castro y. Vázquez, J. A. (2016). Manejo de las transfusiones por parte de Enfermería. Revista CONAMED, 21, 122–126.

Acedido em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons163c.pdf>

Valderrama Sanabria, M. L., Malpica Estupiñán, F. N., & Franco Vargas, K. Y. (2015). Cuidado De Enfermería en La Administración De Hemoderivados. Revista Cuidarte, 6(1), 955–963. Acedido em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.155>

Silva Amaral, J. H., Silva Nunes, R. L., Simões Rodrigues, L. M., Ribeiro Braz, M., Marcelo Balbino, C., & Silvino, Z. R. (2016). Hemotherapy: A Challenge in the Daily Team of the Nursing Team. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE, 10, 4820–4827.

Acedido em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201614>

Apêndice IV

CHECK LIST - Medicação Sala Emergência SU

VERIFICAÇÃO MENSAL - MEDICAÇÃO SALA EMERGÊNCIA SU - HDFS

LOCAL: SU - Sala de emergência			DATA DE VERIFICAÇÃO:	16/05/2021
GAVETA I				
NOME	QUANTIDADE	DOSAGEM	DATA DE VALIDADE	
Acetilcisteína	6	2 mg	01/05/2021	
Acetilcisteína	6	300 mg	01/05/2023	
Acido Tranexâmico	9	500 mg	01/11/2022	
Adenosina	10	6 mg	01/07/2021	
Adrenalina	12	1 mg	01/04/2022	
Aminofilina	10	240 mg	02/04/2022	
Amiodarona	10	150 mg	01/11/2021	
AAS	10		01/09/2021	
Atropina	11	0,5 mg	01/10/2021	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	6	1680 mg / 20ml	01/10/2021	
Cloreto de Sódio 0,9%	9	8 mg	01/11/2021	
Dehidrobenzoperidol	10	2,5 mg	01/04/2023	
Digoxina	10	0,5 mg	01/12/2021	
DNI	8	10 mg	01/01/2025	
Dobutamina	4	250 mg	01/10/2021	
Dopamina	6	200 mg	01/09/2022	
Efedrina	10	50 mg	01/06/2021	
Enoxaparina 40	2	40 mg	01/03/2022	
Enoxaparina 60	2	60 mg	01/03/2022	
Enoxaparina 80	2	80 mg	01/12/2022	
Esmolol	4	100 mg	01/03/2022	
Etomidato	4	20 mg	01/05/2021	
Flumazenil	10	0,5 mg	01/02/2023	
Furosemida	10	20 mg	01/10/2022	
Glicose Hipertônica 30%	7	20 ml	01/08/2021	
Gluconato Cálcio 10%	8	10 ml	01/04/2022	
Heparina Sódica 20 U.I.	1	3 ml	01/07/2023	
Heparina Sódica 5000 U.I.	2	5 ml	01/10/2022	
Hidrocortisona	10	100 mg	01/07/2022	
Isoprenalina		2 mg		
Labetolol	3	20 mg	30/04/2021	
Lidocaina 2%	2	2 ml	01/09/2021	
Lidocaina 2%	2	20 ml	01/05/2023	
Metilprednisolona 125 mg	10	125 ml	01/11/2021	
Metilprednisolona 2 g	2	1 gr	01/02/2022	
Metoclopramida	20	10 mg	01/09/2021	
Naloxona	6	0,4 mg	01/10/2022	
Noradrenalina	5		01/02/2023	
Obidoxina	8	250 mg	01/06/2021	
Ondasetron	6	8 mg	01/12/2022	
Pantoprazol	8	40 mg	01/08/2021	
Propofol 1% 10ml	5	20 ml	01/04/2023	
Terlipressina	5	1 mg	01/05/2022	
Tiopental	4	0,5 g	01/09/2021	
Venpamil	8	5 mg	01/03/2022	
Cloreto de Potássio 7,45%	8	10 ml	01/05/2022	
Captopril	4	25 mg	01/05/2023	
Sulfato de Magnésio	4	200 mg	01/08/2024	
Clopidogrel	6	75 mg	30/04/2021	
AAS	10	500 mg	01/07/2021	
Ticagrelor	9	90 mg	01/07/2021	
Brometo de Ipratrópio	1	50 microgramas	01/07/2022	
Salbutamol	1	100 Ug/dose	01/07/2022	
ymbicort	1	160/4,5 Ug/dose	01/10/2021	
Bicarbonato de Sódio	6	20 g	01/10/2020	
Lâmina Bisturi Nº10	4		01/11/2023	
Lâmina Bisturi Nº15	4		01/03/2024	
Lâmina Bisturi Nº20	4		01/08/2022	
Lâmina Bisturi Nº22	4		01/01/2025	
Sulfato de Sódio (Pó)	1	10 gr	08/04/2021	
Fio Sumara - Dafilon (sintético não absorvível) 0/0	4	0/0	01/03/2025	
Fio Sumara - Dafilon (sintético não absorvível) 2/0	4	2/0	01/03/2025	

Apêndice IV

CHECK LIST - Medicação Sala Emergência SU (cont.)

Fio Sutura - Dafilon (sintético não absorvível) 3/0	4	3/0	01/03/2025
Fio Sutura - Dafilon (sintético não absorvível) 4/0	4	4/0	01/05/2024
Fio Sutura - Dafilon (sintético não absorvível) 5/0	4	5/0	01/11/2025
Fio Sutura - Novosyn (sintético absorvível) 2/0	4	2/0	01/05/2025
Fio Sutura - Novosyn (sintético absorvível) 3/0	4	3/0	01/08/2022
Fio Sutura - Novosyn Quick (sintético absorvível) 4/0	4	4/0	01/02/2024

Nº dia Carta Validade	Nº dia Média Validade
90	90
15/06/2021	14/08/2021

Nota: devemos colocar
sempre a data de validade
mais curta.

Apêndice V

Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe _ *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET –PT®)*, versão validada culturalmente para a população Portuguesa por Santos e Dixe (2014)



VALIDAÇÃO CULTURAL DO “DISASTER PREPAREDNESS EVALUATION TOOL (DPET®)” – PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS PERANTE UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

Cátia Ramos Santos¹

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe²

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar de Leiria – Serviço de Urgência Geral. Mestre em Enfermagem

² PhD, MSc, RN, Professora Doutora, Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal; Coordenadora da Unidade de Investigação em Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal

RESUMO

Portugal tem uma experiência limitada na resposta a uma catástrofe, pelo que é pertinente que haja uma preocupação acerca da preparação que os enfermeiros têm perante a mesma, uma vez que o impacto para a saúde e o impacto económico das catástrofes no mundo está a aumentar.

Metodologia: O objetivo deste estudo foi validar para a população portuguesa o *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET®)*, um instrumento de medida válido e fiável (Khalalieh, Bond, Beckstrand, & Al-Talafha, 2010), seguindo as *guidelines* internacionais para a validação linguística e conceptual, tendo sido aplicado o questionário a 152 enfermeiros de um centro hospitalar de Portugal. Pretendeu-se, igualmente determinar a preparação dos enfermeiros para atuar perante uma situação de catástrofe assim como as suas necessidades de formação.

Resultados: A validade de constructo dos 34 itens finais foi determinada através da análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal *varimax* tendo sido extraídos três fatores que explicam 53,895% da variância total: gestão pós catástrofe, competências relacionadas com “o saber” e competências relacionadas com “o fazer”. A consistência interna ficou demonstrada por um alfa de Cronbach de 0,949. Em média a preparação dos enfermeiros é baixo (87±25,3) e a área em que a maioria (90,7%) refere necessitar de formação é: “o meu papel (competências) como enfermeiro numa situação de catástrofe”.

Conclusão: O DPET-PT é um instrumento fiável e válido para medir a preparação dos enfermeiros para a catástrofe e os enfermeiros necessitam de formação sobre como atuar em situações de catástrofe.

Palavras-chave: catástrofe, instrumento, enfermeiro, preparação, *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET®)*.

Anexos

Anexo I

Pedido de Parecer da Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Perceção dos Enfermeiros sobre a sua preparação na resposta hospitalar em Situações de Catástrofe
Proponentes do projeto	António Madureira Dias, Mauro Coelho, Daniel Costa
Investigador responsável	Prof. Doutor António Madureira, Prof. Mauro Coelho, Enf. Daniel Costa
Data de submissão	22/07/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Ana Branca Carvalho, Doutor Carlos Almeida Pereira e Prof.ª Doutora Edite Teixeira de Lemos
Data da aprovação do parecer	26/07/2021
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 61/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos

Anexo II

Pedido de autorização para uso da Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe _ *Disaster Preparedness Evaluation Tool* (DPET –PT®), versão Portuguesa

28/08/2021

Gmail - Autorização para utilização de Escala



Daniel Costa <danielcosta113@gmail.com>

Autorização para utilização de Escala

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe <maria.dixe@ipleiria.pt>
 Para: Daniel Costa <danielcosta113@gmail.com>

19 de julho de 2021 às 14:30

Boa tarde Daniel

Pode utilizar sim a escala

Bom trabalho

De: Daniel Costa [mailto:danielcosta113@gmail.com]

Enviada: 19 de julho de 2021 14:30

Para: Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe <maria.dixe@ipleiria.pt>

Assunto: Autorização para utilização de Escala

Boa Tarde,

Exma. Senhora Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe,

Eu, Daniel Rodrigues dos Santos Costa, aluno do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no IPV, na Escola Superior de Saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação, venho solicitar autorização para usar a escala Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe – Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET – PT) – versão portuguesa.

Agradeço toda a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Enf Daniel Costa

—

 Daniel Costa

danielcosta113@gmail.com

Anexo III

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe

Parte I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1ª Folha

Consentimento Informado (sem assinatura) condição para abertura do questionário.

1. **Idade:** ____ (anos)

2. Género

Masculino Feminino

3. Estado civil

Solteiro Casado

União Facto Divorciado

Viúvo

3. Habilitações Académicas

Bacharelato Licenciatura

Pós Graduação _____

Especialidade _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

Outro _____

4. Serviço onde exerce funções

5. Tempo (em anos completos) de exercício Profissional

6. Tempo (em anos completos) de exercício Profissional no serviço atual

7. Tem conhecimento do Plano de Catástrofe Externo da instituição:

Sim Não

8. Possui formação (gestão, saber, fazer) na abordagem hospitalar área em situações de catástrofe nas diferentes áreas:

Catástrofe Nuclear

Anexo III

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe (cont.)

- Química Biológica
- 9. Qual a fonte de formação?**
 Institucional Pessoal
 Se pessoal, onde? _____
- 10. Sente necessidade de formação (gestão, saber, fazer) na abordagem hospitalar em situações de catástrofe?**
 Sim Não
 Se Sim, em que área (s):
 Catástrofe Nuclear
 Química Biológica
- 11. Possui formação específica na área prestação cuidados doente crítico?**
 Sim Não
 Se Sim:
 SAV ; Curso trauma (ex. TNCC) ; Curso de SIV ; Curso VMER
 Outro _____
- 12. Já vivenciou alguma situação real de catástrofe como Enfermeiro?**
 Sim Não
 Se Sim, Descreva? _____
- 13. Existem simulacros de situações de exceção com regularidade no seu local de trabalho?**
 Sim Não
 Se Sim, quando foi a última vez que tenha conhecimento?
 < 1 ano 1-5 anos mais de 5 anos desconhece
 Em que área?
 Catástrofe Nuclear
 Química Biológica

Anexo III

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe (cont.)

Parte II

PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

O que se pretende é que coloque um círculo à volta do número que corresponde ao seu nível de concordância, sendo que:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Frequentemente	Concordo	Concordo fortemente

Estes itens relacionam-se com a sua **preparação para a catástrofe**

1	Eu participo em simulacros de catástrofe no meu local de trabalho (clínica, hospital, etc.), regularmente.	1 2 3 4 5 6 7
2	Eu participo na elaboração de planos de emergência e planeamento de situações de emergência ou catástrofe na minha comunidade.	1 2 3 4 5 6 7
3	Eu sei quem contactar (responsável pelo plano de emergência e catástrofe) em situações de catástrofe na minha comunidade	1 2 3 4 5 6 7
4	Eu participo regularmente numa das seguintes atividades educativas: formação permanente, seminários ou conferências sobre preparação para catástrofes.	1 2 3 4 5 6 7
5	Eu leio artigos de revistas científicas sobre preparação para catástrofes.	1 2 3 4 5 6 7
6	Eu estou ciente da existência de aulas de preparação e gestão de catástrofes, que são oferecidas, tanto no meu local de trabalho, como na universidade ou comunidade.	1 2 3 4 5 6 7
7	Eu considero que a literatura de investigação científica sobre preparação e gestão de catástrofes é facilmente acessível.	1 2 3 4 5 6 7
8	Eu considero que a literatura de investigação científica sobre preparação para catástrofes é compreensível.	1 2 3 4 5 6 7
9	Eu sei onde encontrar dados ou informação relevantes relacionados com a preparação e gestão de catástrofes para aumentar o meu conhecimento na área.	1 2 3 4 5 6 7
10	Eu tenho uma lista de contatos na comunidade médica (comunidade de profissionais de saúde) onde estou inserido. Eu sei contatos de encaminhamento/referenciação em caso de uma situação de catástrofe (chefe de equipa do serviço e/ou diretor clínico).	1 2 3 4 5 6 7
11	Em caso de uma situação de catástrofe eu penso que há apoio suficiente das autoridades locais no concelho, região ou nível nacional.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo III

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe (cont.)

12	Eu sei como usar o equipamento de proteção individual em caso de bioterrorismo ou ataques biológicos ou químicos.	1 2 3 4 5 6 7
13	Eu sei executar procedimentos de descontaminação em caso de bioterrorismo.	1 2 3 4 5 6 7
14	Eu sei executar procedimentos de isolamento, minimizando a exposição da comunidade, em caso de bioterrorismo, ataques biológicos ou químicos.	1 2 3 4 5 6 7
15	Eu estou familiarizado com o sistema de triagem usado em situações de catástrofe.	1 2 3 4 5 6 7

Estes itens relacionam-se com a sua **preparação para a catástrofe**

16	Eu consigo identificar possíveis indicadores de exposição em massa evidenciados por um grupo de doentes com sintomas similares.	1 2 3 4 5 6 7
17	Eu consigo gerir os sintomas e reações comuns de sobreviventes de catástrofes de natureza emocional, comportamental, cognitiva e física.	1 2 3 4 5 6 7
18	Eu tenho conhecimento acerca de intervenções (psicológicas, comportamentais, estratégias cognitivas, apoio de grupos e <i>debriefing</i> de incidentes) para cuidar de pessoas que experienciaram trauma emocional ou físico.	1 2 3 4 5 6 7
19	Eu sou capaz de descrever o meu papel na fase de resposta a uma catástrofe no meu local de trabalho, para o público em geral, na comunicação social e em contactos pessoais.	1 2 3 4 5 6 7
20	Eu sinto-me confiante no reconhecimento dos sinais e sintomas indicando potencial exposição de agentes biológicos ou químicos	1 2 3 4 5 6 7
21	Eu sinto-me confiante nas minhas capacidades para responder rapidamente como um primeiro prestador de cuidados diretos em situação de catástrofe.	1 2 3 4 5 6 7
22	Eu sinto-me confiante como gestor ou coordenador de um abrigo de emergência.	1 2 3 4 5 6 7
23	Eu sinto-me confiante nas minhas capacidades para ser um membro de uma equipa de descontaminação.	1 2 3 4 5 6 7
24	No caso de bioterrorismo/ataque biológico ou químico eu sei como elaborar uma história clínica e avaliação específica para os agentes biológicos e químicos usados.	1 2 3 4 5 6 7
25	Numa situação de catástrofe, eu sinto-me confiante para cuidar de pessoas de forma independente, sem supervisão médica.	1 2 3 4 5 6 7
26	Eu estou familiarizado com a organização logística e funcionamento das entidades locais e nacionais (meios operacionais de resposta à emergência, por exemplo proteção civil) nas respostas a situações de catástrofe.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo III

Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de percepção dos enfermeiros sobre a sua preparação face a uma situação de catástrofe (cont.)

27	Eu sinto-me confiante na implementação de planos de emergência, procedimentos de evacuação e funções similares.	1 2 3 4 5 6 7
28	Eu sinto-me confiante em providenciar formação ao doente sobre <i>stress</i> e perturbações relacionadas com trauma.	1 2 3 4 5 6 7

Estes itens relacionam-se com a sua preparação para a catástrofe

29	Eu sinto-me confiante em providenciar psicoeducação sobre estratégias de <i>coping</i> para doentes com experiências traumáticas para que estes as consigam gerir por eles próprios.	1 2 3 4 5 6 7
30	Eu sou capaz de diferenciar os sinais e sintomas de Perturbação aguda de <i>stress</i> e Perturbação de pós <i>stress</i> traumático (PPST).	1 2 3 4 5 6 7
31	Eu estou familiarizado com o meu papel como enfermeiro numa situação de pós catástrofe	1 2 3 4 5 6 7
32	Eu participo em avaliações com os pares sobre competências na preparação e resposta para a catástrofe.	1 2 3 4 5 6 7
33	Eu estou familiarizado em como fazer uma avaliação de saúde direcionada para PPST.	1 2 3 4 5 6 7
34	Sinto-me confiante para atuar em situações de perturbação aguda de <i>stress</i> ou PPST na sequência de acidente ou trauma e no acompanhamento posterior (<i>follow-ups</i>) tendo como perspetiva os referenciais (teóricos) multidisciplinares	1 2 3 4 5 6 7

Anexo IV

Submissão de Artigo a revista científica

01/04/22, 16:10

Gmail - [Mil] Agradecimento pela submissão



Daniel Costa <danielcosta113@gmail.com>

[Mil] Agradecimento pela submissão

MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>

1 de abril de 2022 às 13:37

Responder a: MILLENIUM <millenium@sc.ipv.pt>

Para: Daniel Rodrigues dos Santos Costa <danielcosta113@gmail.com>

Daniel Rodrigues dos Santos Costa,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA PREPARAÇÃO NA RESPOSTA HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE" à revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/26887>

Nome de utilizador: daniel_costa

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

MILLENIUM