



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

CATÁSTROFE EXTERNA / EMERGÊNCIA INTERNA

Fernando António Pinto de Figueiredo

Coimbra, maio de 2021



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS

CATÁSTROFE EXTERNA / EMERGÊNCIA INTERNA

Planos de Emergência Hospitalar

Fernando António Pinto de Figueiredo

Orientador: Professora Doutora Elisabete Fonseca, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, maio de 2021

“é provável que algo de improvável um dia possa vir a acontecer.”

Aristoteles

Aos meus filhos e ao meu neto.

AGRADECIMENTOS

Com mais esta etapa neste percurso académico, esta dissertação não seria possível sem o, apoio e incentivo de todos que ao longo da minha vida se cruzaram no meu caminho, pelo que chegou o momento de expressar algumas palavras de agradecimento quer de forma direta ou indiretamente, para que este trabalho chegasse a bom porto.

À Professora Doutora Elisabete Fonseca, agradeço as orientações, o apoio e partilha do saber, essenciais para o enriquecimento deste trabalho.

Aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, aos enfermeiros responsáveis pelos serviços que facilitaram a aplicação dos questionários/entrevistas e à restante equipa que colaborou no estudo e tornou exequível a sua realização.

Aos que privei de companhia e afetos neste tão longo e solitário percurso.

Por fim, e porque os últimos são os primeiros, aos meus pais, Ermelinda e Leonel, simplesmente por existirem e por serem quem são e como são, a eles devo tudo o que sou.

A todos, muito obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CHUC, EPE – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

CMC – Câmara Municipal de Coimbra

CRRNEU – Comissão Para a Reavaliação da Rede de Emergência e Urgência

DGS – Direção Geral de Saúde

DSU – Diretor de Serviço de Urgência

EI – Emergência Interna

EI's – Emergências Internas

GC – Gabinete de Crise

GNR – Guarda Nacional Republicana

HG – Hospital Geral

HP – Hospital Pediátrico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MS – Ministério da Saúde

NRBQ – Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEE – Planos de Emergência Externa

PEH – Plano de Emergência Hospitalar

PEI – Plano de Emergência Interna

Polo HG – Polo Hospital Geral

Polo HUC – Polo Hospitais da Universidade de Coimbra

PSP – Polícia de Segurança Pública

PVIP – Plano Very Important People

SARS COV 2 – Coronavírus de síndrome respiratória aguda grave 2

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

TRTS – Triage Revised Trauma Score

VIP – Very Important People

RESUMO

A probabilidade de ativação de um plano de emergência num hospital é atualmente, mais elevada, pois diferentes eventos tais como ataques terroristas, pandemias, ou sismos, que alteram a resposta normal do serviço de urgência pela desproporção entre as necessidades e os meios disponíveis.

A resposta deve ter como base uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição, materializada no plano de emergência hospitalar, sem o qual e em situação de catástrofe/exceção a resposta pode ser caótica, consistindo também numa ferramenta de avaliação, aprendizagem e melhoria.

Este estudo mostra-se pertinente e atual na medida em que pode ajudar a compreender a importância do plano na gestão dos meios humanos e materiais em situação de catástrofe/exceção, com os objetivos: Analisar os planos de emergência do CHUC; Hospitais da Universidade de Coimbra (Polo HUC) e Hospital Geral (Polo HG); Identificar aspetos essenciais da estrutura dos planos; Explorar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na área do Plano de Emergência/Situação de Exceção; Detetar a importância da divulgação, formação e da revisão do plano; Identificar iniciativas formativas de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais.

Atendendo à natureza do fenómeno a estudar e envolvendo uma entidade bem definida e contextualizada, bem como os objetivos estabelecidos optámos por uma metodologia qualitativa, recorrendo ao estudo de caso, do tipo descritivo, exploratório sem experimentação, com a participação de 23 enfermeiros. A colheita de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas, estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, e salvaguardados todos os princípios éticos e deontológicos. A informação recolhida foi sujeita a análise de conteúdo tendo por base o método de Bardin. Este estudo evidencia a necessidade de melhoria no conhecimento do plano de emergência hospitalar (divulgação, planeamento/organização de formação continua e treino) de modo a haver um suporte mais alargado de conhecimentos no saber avaliar, priorizar na atuação em catástrofe.

Enquanto profissional de saúde, pretende-se contribuir para uma sensibilização dos diferentes responsáveis da importância da temática que não têm hora, nem dia marcado, mas acontecem.

PALAVRAS-CHAVE: Ativação, Catástrofe/Exceção, Plano de Emergência

ABSTRACT

The probability of activating an emergency plan in a hospital is currently higher, since different events such as terrorist attacks, pandemics, or earthquakes change the normal response of the emergency service due to the disproportion between the needs and the available resources.

The response must be based on a coordinated, integrated, effective and efficient action by all professionals of the institution, materialized in the hospital emergency plan, constituting also an assessment, learning and improvement tool, without which the response to the catastrophe/exception can be chaotic.

This study is relevant and current because it can help understand the importance of planning the management of human and material resources in the catastrophe/exceptional situations, with these objectives: Analyze CHUC's emergency plans – University of Coimbra Hospitals (Polo HUC) and the General Hospital (Polo HG); Identify essential aspects of the plan structure; Explore the level of knowledge of nurses in the area of the Emergency Plan/Exceptional Situation; Detect the importance of spreading, training and revising the plan; Identify formation initiatives of prevention, information and awareness of professionals.

Attending the nature of the phenomenon to be studied and involving a well-defined and contextualized entity, as well as the objectives established, we elected a qualitative methodology, using a descriptive, exploratory case study, with the participations of 23 nurses. Data's collection was carried out through semi-structured interviews, safeguarding all ethical and deontological principles. The information was analyzed based on Bardin method.

This study highlights the needs to improve the knowledge of the hospital emergency plan (spreading, planning/organizing continuous training), so that it can exist an extended support in knowledge how to evaluate, prioritize during a catastrophe.

As a health professional it is intended to give awareness to different responsible people for this subject's importance, which does not have a time or a scheduled day, but it happen.

KEYWORDS: Activation, Catastrophe/Exception, Emergency Plan.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pontos importantes na elaboração do plano.....	36
Figura 2 – Tipo de classificação de emergência interna	43
Figura 3 – Nível de atuação/resposta.....	49
Figura 4 – Ações a desenvolver no caso de informação de situação de catástrofe	50
Figura 5 – Ações a desenvolver no caso de informação de situação de catástrofe	52
Figura 6 – Níveis de resposta em catástrofe	52
Figura 7 – Critérios de mobilização de pessoal	54
Figura 8 – Representação esquemática da área temática: Conhecimento do PEH: Categorias e subcategorias	65
Figura 9 – Representação esquemática do tema: Relevância do PEH: Categorias e subcategorias	69
Figura 10 – Representação esquemática do tema: Melhoria de Práticas: Categoria e subcategorias	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos dados dos participantes	63
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1. CATÁSTROFES /SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO	27
1.1. AVALIAÇÃO DE RISCO/CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA	29
1.2. ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE.....	30
2. PLANEAMENTO EM CATÁSTROFE EXTERNA/EMERGÊNCIA INTERNA	33
2.1. PLANOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR	33
2.2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO	35
2.3. OBJETIVOS DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO.....	35
2.4. ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO.....	36
2.5. REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/HOSPITAL	38
2.6. PLANO DE SEGURANÇA INTERNA.....	42
3. GESTÃO EM CATÁSTROFE/SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO	47
4. ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS DE EMERGÊNCIA EXTERNA (HUC- HG) 49	
4.1. PLANO EMERGÊNCIA EXTERNA – HUC	49
4.2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA – HG.....	51
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	55
1.1. TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS.....	55
1.2. LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES.....	56
1.3. PROCEDIMENTOS E TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	57
1.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	59
1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	61

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	65
2.1. CONHECIMENTO DO PEH.....	65
2.2. RELEVÂNCIA DO PEH	68
2.3. MELHORIA DE PRÁTICAS.....	72
CONCLUSÃO	77
BIBLIOGRAFIA	81

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Formulário de caracterização dos participantes

APÊNDICE 2 – Informação ao participante/Consentimento informado

APÊNDICE 3 – Guião da entrevista

APÊNDICE 4 – Resultado esquemático da análise de dados

ANEXOS

ANEXO 1 – Pedido de autorização de realização de estudo de investigação no SU (Polo HUC e Polo HG) do CHUC, EPE

ANEXO 2 – Prioridades

ANEXO 3 – Critérios Cor Branca

ANEXO 4 – Folha de catástrofe (frente)

ANEXO 5 – Folha de catástrofe (verso)

ANEXO 6 – Fluxograma de avaliação primária

ANEXO 7 – Notas explicativa do fluxograma de catástrofe-Avaliação primária

ANEXO 8 – Fluxograma de catástrofe- Avaliação secundária

ANEXO 9 – Notas explicativas do fluxograma de catástrofe-Avaliação secundária

ANEXO 10 – Fluxograma de ativação do plano emergência externa HUC

ANEXO 11 – Modelo 1 registo de emergência e catástrofe

ANEXO 12 – Modelo 2 registo de intervenção do Gabinete de Crise

ANEXO 13 – Áreas criadas segundo nível de resposta (lotação)

ANEXO 14 – Carta de ação Chefe de equipa/Diretor SU

ANEXO 15 – Carta de ação Enfermeiro Coordenador/Enfermeiro Chefe

ANEXO 16 – Carta de ação Gabinete de Crise Nível 1

ANEXO 17 – Fluxograma de ativação do plano de emergência HG

ANEXO 18 – Modelo 1 registo de intervenção

ANEXO 19 – Modelo 2 registo de intervenção do Gabinete de Crise

ANEXO 20 – Áreas criadas segundo nível de resposta (lotação)

ANEXO 21 – Carta de ação chefe de Equipa HG

ANEXO 22 – Carta de ação Enfermeiro Coordenador HG

ANEXO 23 – Carta de ação do enfermeiro nas diversas áreas

ANEXO 24 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do grupo A (N=13)

ANEXO 25 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do grupo B (N=10)

INTRODUÇÃO

Cada vez mais com o mundo em rápida mudança, os perigos com que nos deparamos aumentam, quer sejam de forma natural quer sejam pela intervenção humana, resultando na maior parte das vezes em incidentes com um elevado número de vítimas, e, sendo os hospitais os principais recetores, cria-se rapidamente um desequilíbrio entre necessidades e respostas, impondo uma dinâmica diferente ao funcionamento. Todas as pessoas envolvidas no atendimento a estas situações e de uma forma especial os enfermeiros, enquanto grupo profissional mais relevante, devem ter a noção das alterações que se operam na prestação dos cuidados às vítimas, pelo que sem um planeamento adequado, com estratégias bem delineadas, a prestação de cuidados pode ser caótica.

Sendo a saúde um dos pilares da sociedade, as instituições prestadoras de cuidados devem estar preparadas para dar resposta e recuperar destas situações sem dia nem hora marcada. Reveste-se ainda de maior importância que o estado/entidades reguladoras através de legislação, diretivas e normas, e de acordo com referenciais mais atualizados faça uma avaliação das vulnerabilidades no sentido da identificação clara dos riscos de forma a permitir delinear e realizar intervenções quer tanto a nível organizacional, quer a nível das próprias infraestruturas, quer nas instituições já existentes bem como noutras que venham a ser construídas.

É fundamental uma “cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição...” (Direção Geral da Saúde 2010).

Toda a sociedade espera que as instituições que prestam cuidados de saúde aos doentes que a si acorrem, estejam preparadas para atuarem nas diferentes situações e o façam em tempo útil, de forma eficiente, eficaz humanizada e segura.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2010) a realidade atual do funcionamento das Unidades de Saúde, toca o máximo das suas capacidades ou muito perto, pelo que o Plano de Emergência é uma ferramenta fundamental de avaliação de meios em situação de crise, na forma de definição de regras ou normas de atuação em contexto de catástrofe externa/emergência interna nas unidades de saúde. Todos quantos prestam cuidados no serviço de urgência assim como nos restantes serviços, devem ter

conhecimento do mesmo, de forma que numa mobilização saibam agir em conformidade.

Neste contexto, e tendo em atenção sugestões/propostas pela Comissão, para a Reavaliação da Rede de Emergência e Urgência (CRRNEU) (Relatório de 10-02-2012); e Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde foi determinada a obrigatoriedade de médicos e enfermeiros no atendimento, possuírem formação em Suporte Avançado de Vida (SAV).

A probabilidade de ativação de um plano de emergência num hospital é atualmente, mais elevada, pois diferentes eventos tais como ataques terroristas, pandemias, sismos, concentrações de milhares de pessoas em espetáculos são situações capazes de induzir acidentes de características diversas que têm evidenciado a necessidade de uma resposta pronta e adequada, por parte das diversas entidades com responsabilidade na prestação dos cuidados.

Estes acontecimentos alteram a resposta normal dos serviços pela desproporção entre as necessidades e os meios disponíveis.

Os planos de emergência hospitalar contemplam um conjunto de ações/procedimentos *standardizados* e simplificados, no sentido de mobilizar e rentabilizar recursos, providenciando respostas rápidas e eficazes, ao maior número de vítimas, constituindo também uma ferramenta de avaliação, e com isso aprender e melhorar.

A escolha do tema mostra-se pertinente e atual por reforçar a importância do planeamento na gestão dos meios humanos e materiais na situação de exceção. O hospital no decorrer do seu funcionamento normal pode assumir, outros “papéis”, como seja, o de vítima (emergência interna) ou o de resposta à situação de emergência externa, sendo este o papel que habitualmente a comunidade espera que desempenhe. Em consonância foi delineada a seguinte questão de investigação:

- Como é que o Plano de Emergência Externo/Plano de Emergência Interno (PEE/PEI) contribui para a gestão de uma resposta rápida e eficaz no atendimento pelos enfermeiros ao maior número de vítimas no serviço de urgência, e noutros serviços potencialmente envolvidos?

De acordo com a questão de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- ❖ Analisar os planos de emergência do CHUC; - Hospitais da Universidade de Coimbra (Polo HUC) e Hospital Geral (Polo HG);
- ❖ Identificar aspetos essenciais da estrutura dos planos;

- ❖ Explorar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na área do Plano de Emergência/Situação de Exceção;
- ❖ Detetar a importância da divulgação, formação e da revisão do plano;
- ❖ Identificar iniciativas formativas de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais.

Para dar resposta aos objetivos definidos e atendendo à natureza do fenómeno a investigar, optámos por uma metodologia qualitativa, e pretendendo-se investigar um caso específico, bem delimitado, recorre-se ao estudo de caso pois permite retratar a realidade de forma mais completa, revelar diferentes pontos de vista, fazer uma análise mais detalhada de todo o processo organizacional e de algum modo esclarecer fatores particulares para um melhor entendimento da casualidade sem preocupação sobre a frequência do evento.

Foram salvaguardados os princípios éticos e deontológicos. Este estudo teve parecer favorável do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Anexo 1).

A colheita de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas no período compreendido 6 e 22 de setembro de 2019 tendo sido todas gravadas, (em suporte áudio), com autorização prévia, preservadas em suporte informático e papel (transcrição integral do que foi dito e como foi dito), dada a importância atribuída à preservação de diferentes elementos da mesma.

Este documento encontra-se organizado em três partes. A primeira corresponde à abordagem temática com a contextualização do estudo e dos diferentes conceitos, nomeadamente sobre catástrofes, avaliação de riscos, organizações institucionais e planeamento em catástrofe.

A segunda parte é dedicado à apresentação do caminho escolhido para dar resposta à questão de investigação, seleção e caracterização de participantes, procedimentos formais e éticos inerentes e procedimentos para a colheita e análise dos dados.

Na terceira parte, apresentamos e discutimos os resultados do estudo. Por último apresentamos a conclusão do estudo, expressando limitações do mesmo e contributos pessoais de forma a promover uma prática de atendimento integral a todos quantos ocorrem ao serviço de urgência.

De referir ainda que no presente estudo a pesquisa bibliográfica foi uma constante, quer em livros e dissertações, legislação e outros artigos cujos temas estão relacionados com a temática em estudo disponíveis em vários *sites*, e, completando desta forma com as

referências bibliográficas que serviram como suporte no enquadramento teórico e metodológico.

Durante o desenvolvimento do trabalho nomeadamente na apresentação, análise e discussão dos resultados, omitimos a fonte das tabelas e de algumas figuras em virtude de se tratar sempre da mesma fonte que é o resultado de análise e interpretação das entrevistas realizadas aos participantes do estudo.

A gestão em catástrofe/situação de exceção envolve uma dimensão que requer uma ação coordenada, organizada, só alcançada através do plano de emergência. A capacitação da equipa multidisciplinar só pode ser alcançada com uma divulgação adequada, conhecimento, formação e treino.

Pretendo, de algum modo, com este estudo dar o meu contributo como profissional de saúde, e enfermeiro “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” (Art.º88, Código Deontológico) no serviço de urgência dar visibilidade das dificuldades passivas de modificação no sentido de sensibilizar diferentes responsáveis para a importância desta temática, para situações que não têm hora, nem dia marcado, mas acontecem.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As catástrofes quer sejam naturais (inundação, sismo, seca, etc.) ou outras (ataque terrorista, acidente rodoviário, industrial ou nuclear), demonstram que nenhum país nem ninguém está imune a este tipo de acontecimentos, podendo mesmo interromper o normal funcionamento de instituições/serviços, tais como as unidades de saúde.

Contudo, a gestão em catástrofe/situação de exceção envolve uma dimensão que requer uma participação organizada, multidisciplinar e coordenada dos diferentes intervenientes na prestação dos cuidados, e onde o pior inimigo é o caos. São os enfermeiros, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar com diferentes aptidões e conhecimentos, que assistem as vítimas de catástrofe/situações de exceção, desempenhando um papel preponderante na gestão destas situações nos serviços de urgência.

A preparação e capacitação da equipa multidisciplinar neste tipo de situações é de primordial importância, para os resultados obtidos, dado que se pretende salvar o maior número de vítimas estabelecendo prioridades para um atendimento adequado.

1. CATÁSTROFES /SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

Desde os primórdios, que a Humanidade se tem confrontado com catástrofes quer sejam naturais, ou outras e mais recentemente com o bioterrorismo, levando a perda e/ou dano quer em vidas humanas quer em bens materiais com os inevitáveis reflexos sociais, económicos e do estado das populações.

Em 1755, cerca de sessenta mil pessoas morreram vítimas de um terramoto, de um incendio e de um *tsunami* que atingiram Lisboa (...). Em 1957 erupção do Vulcão dos Capelinhos – Açores (...). Em 1967 Cheias da Região de Lisboa (...). Em 1969 novo sismo sentido em território português, classificado como o mais forte desde 1755 (...). O ataque às Torres Gémeas, Furacão Katrina, e não esquecer os incêndios em Portugal (verão de 2017), deixando transparecer algumas fragilidades quer na prevenção quer na resposta. Estas são apenas algumas das maiores catástrofes/desastres, que resultaram na morte de milhões de pessoas e em perdas materiais incalculáveis e mais recentemente a pandemia provocada pela Coronavírus de síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS COV 2).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2007) “divide os incidentes com vitimas em massa como **naturais** (ocasionado por eventos da natureza como

terramotos, maremotos, enchentes, furacão, desabamentos e todos os outros que excluem a participação do homem) e **antrópicos** (eventos que contam com a participação direta do homem, podendo ser acidentes intencionais ou não) (Malagutti & Martins, 2011, p. 251), estes últimos com crescimento em frequência e impacto.

Etimologicamente a palavra Catástrofe, vem do latim *catastrophē*, que deriva de um vocábulo grego antigo (*καταστρέφειν*) que significa “ruína” ou “abalo”, que encerra em si algo de fatídico, que altera o curso normal, designação que aparece também associada termos similares tais como: acidente, calamidade, cataclismo, sinistro significando uma “desordem” individual ou coletiva, partilhando diferentes graus de negatividade.

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (2006, p. 1), **Catástrofe** define-se, “Acidente grave ou a serie 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”

A catástrofe deve ser vista como um acontecimento imprevisível, que surge de forma brutal provocando choque social, psicológico emocional em toda a comunidade, e deve ser abordada como um acontecimento impar, que pode por vezes ser evitada, ou na sua impossibilidade, serem minimizados os efeitos através da prevenção, gestão e controlo de potenciais riscos o que em saúde assume grande importância na conceção de sistema de preparação e de resposta perante tais situações - planos de emergência.

...o facto de não ser possível ensaiar catástrofes em laboratório, e de que os meios para as atenuar no plano médico só podem ser testados em situações de catástrofe real e mesmo assim profundamente falíveis, não podendo uma boa parte das vezes ser extrapolados para outras situações... Estamos assim confrontados com um problema que é o de termos que estar preparados para situações que nunca são sobreponíveis... (Bandeira, 2008, p. 32).

O conceito de catástrofe encontra-se para além da sua definição “baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer” (Bandeira, 2008, p. 45), o que exige principalmente no momento após a ocorrência, aquando de um notório desequilíbrio entre meios e necessidades, uma liderança, coordenação, destreza, serenidade, disciplina, resistência física e emocional dos múltiplos profissionais envolvidos.

Embora a declaração de catástrofe não seja frequente em território nacional, existem situações de exceção, quando de forma pontual ou sustentada, se verifica um

desequilíbrio entre necessidades verificadas e recursos disponíveis, como por exemplo, acidentes com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/industriais, intoxicações, ondas de calor e vagas de frio.

Em Portugal e de forma a mitigar efeitos a DGS em 2011 apresentou o “Plano de Contingência para Temperaturas Adversas” em 2 módulos distintos (Módulo Calor, período primavera/verão, e Módulo Frio, período outono/inverno).

1.1. AVALIAÇÃO DE RISCO/CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Só com o conhecimento profundo dos limites e fraquezas locais, se pode atenuar ou “prevenir” diversas situações e com o desenvolvimento de uma cultura de gestão de risco e não uma gestão de crise, como as que recentemente temos em memória, podemos ter ações preventivas mais eficientes e de menos custos do que as corretivas, de modo a que os impactos destes eventos, sejam minimizados.

“No âmbito do planeamento de emergência de protecção civil, risco é definido como a probabilidade de ocorrência de um processo (ou acção) perigoso e respectiva estimativa das suas consequências sobre pessoas, bens e ambiente” (Núcleo de Riscos e Alerta, 2009, p.14). Ainda de acordo com o mesmo autor os riscos podem agrupar-se em naturais, tecnológicos e mistos.

Situado na faixa litoral da região centro de Portugal, o concelho de Coimbra ocupando uma área de 319,42 Km², subdivide-se administrativamente em 18 freguesias, que se estendem por 2 unidades morfo-estruturais separadas pelo acidente tectónico Porto-Tomar com significativas diferenças tanto do ponto de vista litológico como do relevo e consequentes declives (Camara Municipal de Coimbra, 2018, pp 9-10), declives esses que contribuem para deslizamentos de massas em vertentes em periodos de maior pluviosidade.

No âmbito desta região e a nível do planeamento de emergência são considerados os seguintes riscos:

Inundações - pela precipitação repentina e de elevada intensidade ou pela descarga não controlada/rotura de barragens (existente na bacia hidrográfica do rio Mondego), fazendo aumentar o caudal dos cursos de água, provocando inundações das áreas circunvizinhas geralmente de forma muito rápida, podendo conduzir a perdas quer de vidas quer de bens, pelo que a sua prevenção e mitigação são de grande importância.

Rodovias (Autoestrada 1, Itinerário Principal 3) - Elevada possibilidade de ocorrência de grandes acidentes com choques violentos em cadeia, devido à circulação intensa de veículos com pessoas e diversos tipos de mercadorias.

Linha ferroviária (linha do Norte), com situações de descarrilamentos, colisões entre comboios, com viaturas, pessoas, ou outro tipo quer sejam de causa humana ou técnica.

Espaços desportivos e de entretenimento, pela possibilidade do colapso de superfícies comerciais, salas de espetáculos e outros, tais como jogos de futebol, Queima das Fitas, Festas da Rainha Santa com pontos de acesso restritos, sem segurança contra incêndios, sem cuidados de saúde no local, culminando por vezes em desastres.

Mancha florestal - atualmente a ocupação florestal tem predominância no eucalipto que associado à orografia pode ser fator preponderante na progressão de incêndios. (Câmara Municipal de Coimbra, 2018, p 11), com elevados danos económicos, e humanos.

De uma forma geral, a perceção e gestão de risco, é dificultada pelo facto de as pessoas associarem a noção de risco com a noção do próprio evento que causa ameaça ou perigo de modo que o risco torna-se numa noção humana, existindo se houver pessoas que o entendam, sendo de primordial importância que as entidades intervenientes, bem como a sociedade em geral estejam sensibilizadas e atentas, à probabilidade (mensurável) de um perigo se materializar num desastre grave ou catástrofe, estabelecendo o ponto de partida para uma abordagem eficaz.

A avaliação de riscos, é a base para a prevenção de catástrofes/situações de exceção, devendo ser feita de forma cuidada adequada à realidade, de forma a garantir uma identificação dos riscos relevantes, definir prioridades de intervenção medidas de prevenção adequadas e, avaliação em intervalos regulares, de forma a ter-se uma estrutura que possa responder de forma coordenada, disciplinada e eficiente ao conjunto de eventos.

1.2. ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

É com cada vez mais frequência que assistimos a catástrofes com efeitos dramáticos para as pessoas, para as famílias e para as comunidades. Estas situações sem hora nem dia marcado vão ocorrer, e só com ações de previsão e prevenção que proporcionem uma preparação organizacional e antecipação da emergência, de forma a capacitar e preparar para o impacto destes eventos, os planos de emergência para atuação, são de primordial importância.

Na ocorrência destas situações, as ações desenvolvidas estão em “harmonia com os planos de emergência previamente elaborados, com o objetivo de promover a unidade de direção nas ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios alocar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adotar” (Oliveira, et al., 2012, p. 27).

PROTEÇÃO CIVIL

Aprovada pela Assembleia da República, a Lei nº 27/2006 de 3 de julho (Lei de Bases da Proteção Civil) definindo no seu artigo 1º:

A proteção civil é a atividade desenvolvida pelo Estado, regiões autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas privadas com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidentes grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorrem.

Ainda no âmbito desta lei e no seu artigo 46º refere que são agentes de proteção civil:

a) Os corpos de bombeiros; b) As forças de segurança; c) As forças armadas; d) Autoridade marítima; e) O Instituto Nacional de Emergência Médica I.P. (INEM I.P.) e demais serviços de saúde; f) Os sapadores florestais.

A Cruz Vermelha Portuguesa goza de um estatuto próprio, em cooperação com os demais agentes de proteção civil quer nos domínios da intervenção, apoio, socorro e assistência sanitária e social.

Com estrutura organizativa a nível nacional, regional distrital e municipal, a articulação operacional é feita através do Sistema Integrado de Operações de proteção e Socorro (SIOPS), definido pelo Decreto-Lei nº 134/2006, de 25 de julho como “conjunto de estruturas, normas e procedimentos que asseguram que todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respetiva dependência hierárquica e funcional”.

INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A nível de instituições de saúde é de salientar o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC, EPE) criado pelo Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 de março, e no seu artigo 1:

São criados, com a natureza de entidades públicas empresariais (...) b) Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. (CHUC, EPE.), por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E., do Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (Decreto-Lei 30, 2011, p 2).

O CHUC tem a sua atividade em vários polos, Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Hospital Geral (HG), Maternidade Daniel de Matos (MDM), Maternidade Bissaya Barreto (MBB), Hospital de Sobral Cid (HSC) e Hospital Pediátrico (HP).

Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC, polo A) compreende 3 blocos:

- Bloco Central (maioria das valências, internamento e Urgência Polivalente);
- Edifício São Jerónimo (Ambulatório, Patologia Clínica);
- Bloco de Celas (enfermarias de ortopedia, Cirurgia Maxilo-facial, Unidade de Queimados e outros).

Hospital Geral (HG) compreende essencialmente Consulta Externa, internamento e Serviço de Urgência.

Estes 2 polos abrangem uma população na ordem dos 2.231.346 de habitantes (CHUC, 2018, p.22), sem prejuízo do princípio de liberdade de escolha no acesso à rede nacional de cuidados de saúde consagrado na Lei nº95/2019

As Maternidades Bissaya Barreto e Dr. Daniel de Matos (integram a Rede de Referência Materno-Infantil) constituem simultaneamente hospitais de apoio perinatal e perinatal diferenciado, abrangendo uma população de cerca de 2.074.449 de habitantes (CHUC, 2018, p 23).

Hospital Pediátrico (HP), a sua área de influência abrange toda a Região Centro, no atendimento da criança, definida no artigo 1º: “ todo o ser humano com menos de 18 anos ...” (UNICEF. 2019, p.8), com vista à realização plena deste artigo foi alargada a idade no atendimento, “O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos 17 anos e 364 dias” (Despacho nº 9871/2010).

É também referência nacional para patologias específicas na criança.

Quanto à Psiquiatria e Saúde Mental o Hospital Sobral Cid (HSC) e o Serviço De Psiquiatria integram a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental.

É missão do CHUC “a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, criação de conhecimento e de inovação, constituindo-se como referência nacional e internacional” (CHUC, 2018, p 16).

2. PLANEAMENTO EM CATÁSTROFE EXTERNA/EMERGÊNCIA INTERNA

A capacidade dos hospitais para as situações de catástrofe, apenas é conseguida através de uma avaliação do seu estado e vulnerabilidades. No apoio para esta análise a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou em 2010 o documento intitulado “Safe Hospitals in Emergencies and Disasters” onde se encontram definidos diferentes níveis de indicadores (estruturais, não estruturais e funcionais) representativos do estado da organização, procurando desta maneira contribuir para a elaboração de procedimentos eficazes, simples e aplicáveis em diferentes unidades de saúde.

Sendo a saúde um dos pilares da sociedade é esperado que as instituições prestadoras de cuidados de saúde estejam preparadas para tratar de forma humanizada, eficiente, atempada e segura, os doentes que a elas acorrem, e recuperar de possíveis situações de emergência que possam surgir, tarefa esta, não só das organizações, mas também do Estado através de mecanismos como legislação, diretivas, normas, etc.

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as diversas instituições do Sistema Nacional de Saúde, realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários... (Direção Geral da Saúde, 2010, p.1).

A realidade atual do funcionamento das unidades de saúde, situa-se muito perto do máximo das capacidades, é da maior importância a elaboração de um Plano de Emergência, tornando-se uma “ferramenta” quer para a definição de regras, normas de atuação, quer na avaliação face a situações de crise.

2.1. PLANOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

No sentido de melhoria de respostas a tais situações, é determinante a existência de um Plano de Emergência Hospitalar (PEH), “ enquanto conjunto de procedimentos e ações a realizar ordenadamente perante uma situação catastrófica” (Malagutti & Martins, 2011, p. 289), sendo a sua elaboração da responsabilidade da Comissão de Catástrofe, em estreita colaboração com outras entidades, (Proteção Civil, Bombeiros, INEM, etc.). Segundo Malagutti & Martins (2011) deve haver uma interligação entre o

pré-hospitalar e instituição de saúde, com informação da natureza da ocorrência, extensão de danos, número aproximado de vítimas necessários para a ativação.

Atualmente a implementação de Planos de Emergência nas Unidades de Saúde, está regulamentada através da Orientação nº 007/2010 emanada pela DGS, no âmbito das suas funções e através do - Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Em linhas gerais, “irá fornecer algumas orientações sobre áreas-chave ... que devem ser atempadamente contemplados e alvo de reflexão e planeamento e que, por questões didáticas e de organização da informação, foram agrupados em:

- Fichas Temáticas (Identificação e avaliação de riscos / Risco nuclear e químico (NRBQ) / Plano específico de Emergência Interna contra incêndios.
- Fichas de Preparação (Organização e gestão / Recursos humanos / Prestação de cuidados / Recursos gerais (Direção Geral da Saúde, 2010, p. 1).

É ainda de extrema importância que os profissionais envolvidos neste processo estejam providos de competências (com formação e treino) sejam conhecedores do seu papel “ em situação de grande tensão, e não deve haver lugar para improvisação, hesitação ou dúvida” (Direção Geral da Saúde 2010, p. 2).

As Unidades de Saúde em conjunto com agentes da proteção civil devem fazer a análise de risco tendo em conta o tipo de acidentes suscetíveis de acontecerem, na sua área de influência, no planeamento da sua capacidade de resposta em catástrofe de forma integrada num plano regional e nacional.

A entidade responsável pelo plano é o Conselho de Administração, “entidade que tem o poder para aprovar, modificar, autorizar aquisições logísticas, entre outras” (Malagutti & Martins, 2011, p. 273).

O planeamento implica a existência de uma equipa pluridisciplinar - Comissão de Catástrofe - a designar pelo Conselho de Administração, para o desenvolvimento do mesmo pelas diferentes etapas (elaboração, aprovação, validação e revisão).

Segundo Alves (2004), citado por (Malagutti & Martins, 2011, p. 273) “A Comissão de Catástrofe deverá criar o Gabinete de Crise, estabelecendo a sua composição e funções. (...), em caso de acidente grave ou catástrofe, é o verdadeiro organismo que comanda o hospital”.

O PEH é constituído por dois documentos - Plano de Emergência Externa (PEE) e Plano de Emergência Interna (PEI), complementares mas com funções distintas, onde no PEE

o evento ocorrido é externo à Unidade de Saúde, e PEI quando o evento ocorrido é dentro da Unidade de Saúde, ou sendo fora também a atinja.

2.2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

O PEE consiste “ num conjunto de ações a realizar com o objetivo de garantir uma eficaz resposta com redução da morbidade e mortalidade” (...) se trata de organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias à resposta, antecipando os cenários suscetíveis de desencadear um acidente grave ou catástrofe” (Malagutti & Martins, 2011, pp. 267-268), atendendo a que neste contexto existe uma ocorrência extraordinária de doentes.

2.3. OBJETIVOS DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

O Plano de Emergência Externo tem como objetivo principal, dar a conhecer aos profissionais da Unidade de Saúde, informação de uma forma organizada e coordenada, das ações a desenvolver e dos meios disponíveis em caso de ativação, de forma a dar a melhor resposta ao maior número de vítimas. Ainda segundo Malagutti & Martins (2011, p. 272) pretende-se também atingir objetivos mais específicos como:

- Proporcionar as condições e os meios indispensáveis para responder eficazmente às necessidades de cuidados de saúde das vítimas de catástrofe;
- Definir orientações relativas ao modo de alerta, mobilização e atuação dos vários profissionais e estruturas de apoio;
- Definir a unidade de direção, coordenação no sentido de maior eficácia e rapidez de intervenção;
- Inventariar meios e recursos disponíveis para responder a uma situação de catástrofe;
- Responder de forma rápida e eficaz ao maior número de vítimas face à ocorrência inesperada;
- Defender modelos organizativos das atividades a desenvolver.

Cada vez mais, quer pelo comportamento humano, ou por causas naturais os perigos de catástrofe resultantes criam rapidamente desequilíbrios, daí a importância do planeamento cuidadoso para uma resposta que procura “ máximo benefício para o maior número de sobreviventes” (Malagutti & Martins, 2011, p 267).

2.4. ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO

Segundo (Malagutti & Martins, 2011), o processo de planeamento desenvolve-se em quatro etapas:

- Elaboração (iniciando um diagnóstico de situação, inventariação dos recursos disponíveis, fixação de objetivos, etc.);

Figura 1 – Pontos importantes na elaboração do plano

Identificar acidentes com possibilidade de ocorrerem local/regionalmente
Levantamento das necessidades específicas
Inventariar meios e recursos (humanos e equipamentos) disponíveis
Calcular os recursos adicionais necessários para determinado acidente
Conhecer a capacidade de aprovisionamento e os meios para obter recursos

Fonte: Almeida e Sousa (2012): A resposta de medicina intensiva em situações de múltiplas vítimas e catástrofe

- Aprovação - cabe ao Conselho de Administração a aprovação, tendo em conta o pedido de parecer à Autoridade Nacional de Proteção Civil, Instituto Nacional de Emergência Médica, ou outras entidades que se entendam necessárias.
- Validação segundo Mendes C, & Sacadura (2009) citado por Mallaguti & Martins (2011, p. 282)

(...) corresponde à realização de treinos e exercícios, de diferentes tipos e de complexidade variada, de modo a verificar a funcionalidade do plano, a manter a prontidão e a eficiência de todas as entidades intervenientes e a garantir a manutenção da eficácia do plano (...).

A ocorrência de catástrofe é rara, pelo que *a simulação e o treino, recorrendo a exercícios previamente programados, criam condições não só para preparar os intervenientes para atuarem numa situação real de catástrofe, mas também validar, testar e consolidar o plano elaborado.* (Malagutti & Martins, 2011, p. 282).

- Revisão, a realizar com uma periodicidade máxima 3 anos (Decreto-Lei nº 254/2007 artigo 17º) é caracterizada por alterações consideradas pertinentes resultantes de simulações do plano ou de outras situações. Alterações essas segundo Malagutti & Martins (2011), que podem ser de vária ordem como modificações na estrutura física, conhecimentos técnicos, meios e recursos disponíveis, envolvente externa e ainda quadro legislativo.

Em síntese, um plano de emergência deverá ter sempre uma dimensão proactiva e não estática e inalterável (Malagutti & Martins, 2011, p. 284).

Na ativação do plano deve haver informação relativamente à natureza da ocorrência da extensão dos danos, número aproximado de vítimas, riscos para a equipa e registada, constituindo um histórico para o processo de ativação/desativação, na fundamentação de quem tem competência de decisão.

É da competência do Diretor de Serviço de Urgência (DSU), ou na ausência deste, o Chefe de Equipa de Serviço, fundamentar a tomada de decisão e desencadear os procedimentos pré-definidos em fases para ativação:

Fase alerta – Inicia-se com a comunicação do incidente ao SU, identificando-se o tipo de acidente, sua localização, número de vítimas, gravidade das lesões e riscos para a equipa, registada em impresso próprio e comunicada ao Diretor de Serviço/Chefe de Equipa.

Fase alarme – Em reunião pelos elementos que integram o Gabinete de Crise, é feita a avaliação e determinado o nível de resposta ao incidente.

Nível 1 (Prevenção) – mobiliza os meios permanentemente disponíveis, com interferência mínima no funcionamento do serviço.

Nível 2 (Mobilização) – “prepara o hospital para a admissão de um número elevado de vítimas e que conta com os meios disponíveis em situações especiais” (Malagutti & Martins, 2011, p. 275). A autoridade para o ativar é do Gabinete de Crise (GC) (centro único de decisão e coordenação) em exercício.

Nível 3 – resposta com os recursos disponíveis para grandes emergências (fase de catástrofe externa e interna), extensão extra hospitalar e comunitária com solicitação de recursos externos (centros de saúde, e outros locais existentes na comunidade).

O plano deve ser preferencialmente ativado de forma gradual e sequencial por níveis, (acionado o nível seguinte quando esgotadas as capacidades e recursos).

Fase de execução – Após avaliação, e definido o nível de resposta, são dadas as instruções para operacionalização de procedimentos e protocolos específicos.

“Toda a cadeia de responsabilidade, comando e controle deve estar definida e assume-se que em situação de catástrofe, as hierarquias possam ser colapsadas, ou seja, sofram alterações relativamente às instituídas” (Malagutti & Martins, 2011, p. 275).

Devem ser protocolados procedimentos que permitam delimitar uma área de segurança na área circundante e acessos, em colaboração com as autoridades, de forma a manter livres circuitos de chegada e evacuação, definidos quais os meios a utilizar e critérios

de convocação de profissionais quanto à transmissão da informação quer internamente quer externamente.

Deve ser da responsabilidade médica, a divulgação da informação para as famílias, de forma regular e em local adequado, e para a comunicação social de uma forma pré-formatada. “É pertinente a leitura de comunicados, de forma regular que permitam atualizar a situação, respeitando a privacidade e sigilo profissional” (Malagutti & Martins, 2011, p. 276).

É da maior importância implementar medidas de forma a possibilitar a libertação de espaços para a prestação de cuidados às vítimas e também “poderá haver necessidade de alterar a dinâmica quotidiana da atividade cirúrgica, privilegiando cirurgias emergentes – life saving-“ (Malagutti & Martins, 2011, p. 280).

A organização dos serviços de apoio a equipa de logística deve direccionar a sua atividade no sentido das necessidades das vítimas, bem como dos profissionais envolvidos.

A declaração formal do final da situação cabe ao Gabinete de Crise, implicando o retorno à atividade normal, e transmitida a todos os serviços acionados. “Será certamente importante aproveitar esse espaço para dar reforço positivo aos profissionais, agradecendo o empenho e esforço desenvolvidos por todos” (Malagutti & Martins, 2011, p. 281). Impõe-se que seja feito um balanço e análise das atividades desenvolvidas por meio de uma auditoria (critérios previamente definidos) com o objetivo de melhorar a qualidade da resposta nestas situações e de algum modo contribuir para uma reformulação do plano.

2.5. REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/HOSPITAL

A preparação do serviço de urgência é fundamental na resposta bem como da restante instituição hospitalar. Muito embora seja o serviço de urgência o primeiro a sentir a pressão da situação com a sua dinâmica normal ser afetada, tornando-se premente que haja um ajustamento para uma resposta eficaz e organizada, o que implica “a definição de normas de esvaziamento do serviço, bem como a reafectação de espaços, tendo em conta critérios de gravidade, número de vítimas e patologias envolvidas” (Malagutti & Martins, 2011, p. 277), ou seja a operacionalização.

As unidades de prestação de cuidados de saúde apresentam um *layout* organizado por funções ou *layout* funcional, pois os equipamentos e recursos humanos com competências similares estão agrupados e localizados na mesma área. O utente desloca-se de área em área, consoante a sequência necessária

para a prestação dos cuidados de saúde em causa (Carvalho & Ramos, 2016, p. 291).

A comunicação/informação via CODU/comunicação social, transmitida ao Diretor do SU/Chefe de Equipa ou Gabinete de Crise (caso tenha sido convocado) será registada, analisada, e utilizada na fundamentação na tomada de decisão ativação/gestão do nível de resposta, implicando desde logo a preparação do serviço a diferentes níveis como (reafectação de áreas (identificadas de forma visível), método de triagem, pessoal, segurança, registos).

Zona de Triagem: Porta de entrada das vítimas, espaço amplo e acessível, de preferência entrada do serviço de urgência, onde se inicia a triagem/identificação com colocação de pulseira com número de identificação sequencial (utilizada em todos os exames complementares de diagnóstico necessários) e encaminhamento de acordo com o tratamento/prioridade atribuída, *“vários peritos sugerem a existência de – bolsas de catástrofe-que contenham todo o material necessário à triagem, identificação das vítimas e impressos necessários à realização de exames complementares de diagnóstico, processo clínico e recolha de espólio* (Malagutti & Martins, 2011, p. 277).

Nesta zona devem estar profissionais experientes, na priorização das vítimas, tendo em conta critérios de categorização de medicina de catástrofe com a utilização de fluxograma específico para a situação de catástrofe, que encaminham para as respetivas zonas criadas.

- Vermelha - Zona de Reanimação/Emergência, destinada às vítimas com risco imediato de vida, dotada de recursos materiais/equipamentos necessários a manobras de suporte avançado de vida, bem como de profissionais com experiência na área da emergência, como garantia para uma resposta eficaz e com qualidade às vítimas.
- Amarela - Zona Urgente – destinada às vítimas classificadas urgentes, dotada com recursos humanos e materiais necessários para a resposta a estas vítimas.
- Verde - Zona Não Urgente – destinada às vítimas não urgentes, com situações que não exigem tratamento imediato, dotada com recursos humanos e materiais necessários.
- Zona Negra: destina-se a vítimas com lesões incompatíveis com a vida, (falecimentos) pode ainda haver *“A zona cinzenta destina-se a vítimas que apresentam mau prognóstico, ou seja, com uma possibilidade de recuperação muito escassa. A criação desta zona só deverá acontecer em situação de nível 3”* (Malagutti & Martins, 2011, p. 278).

Existem vários métodos de triagem (Canadian Triage & Acute Scale, Australasian Triage Scale, Sistema de Triagem de Manchester (até ao momento sem evidência científica para afirmação de qual o melhor).

Segundo o Ministério da Saúde pelo Despacho nº 10319, de 2014 é reconhecida a obrigatoriedade de implementação de um sistema de triagem de prioridades nos Serviços de Urgência, qualquer que seja o nível. Esse sistema de triagem deve permitir distinguir graus de prioridade com critérios pré-estabelecidos de tempo até à primeira observação médica

O sistema adotado em Portugal é a Triagem de Manchester, criada pelo Manchester Triage Group, em 1994, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros na triagem de doentes, com a atribuição de uma cor (de acordo com uma avaliação de prioridade clínica de tratamento).

Através do protocolo (ao qual a maioria dos hospitais aderiu), entre o Grupo Português de Triagem e o Ministério da Saúde celebrado em 12 de novembro de 2010, é reconhecida a importância desta metodologia (Sistema de Triagem de Manchester) na gestão dos cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar.

Este foi o método adotado pela maioria dos hospitais portugueses, permitindo através da informação inicial – queixa inicial de apresentação – a seleção do fluxograma (existem cinquenta e dois, dois dos quais são relativos à situação de catástrofe), que englobam as situações previsíveis. Cada fluxograma contém várias questões, designados discriminadores gerais ou específicos, (quadros de sinais e sintomas permitindo a realizar uma distinção de doente para doente) com definição exata dos termos utilizados permitindo a inclusão numa das cinco prioridades, quando é encontrado o discriminador relevante - grau mais elevado de resposta positiva ou que não se consegue negar. O enfermeiro deve ser experiente para poder realizar a triagem de forma competente e responsável na sua tomada de decisão.

“Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem ... as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (OE 2011, pp 5-6)

Na situação de funcionamento normal do serviço de urgência, este método leva à atribuição de uma cor, prioridade e tempo para primeira observação (Anexo 2)

De referir ainda que a utilização incorreta dos serviços de urgência como porta administrativa, e execução de outras atividades não urgentes, estimulam a incorreta utilização dos serviços sendo um problema, e perante o qual o Grupo Português de Triage propôs aos autores ingleses que estas situações fossem identificadas - **cor branca**, com critérios próprios (Anexo 3).

Em situação de catástrofe toda a dinâmica de triagem é alterada, os registos são em folha própria - FOLHA DE CATÁSTROFE (Anexo 4 e 5), através do qual permite o conhecimento da evolução da situação, tanto para a equipa médica como de enfermagem, e utilizando-se para triagem apenas os **Fluxogramas de Catástrofe**:

Avaliação Primária, (Anexo 6), nota explicativa (Anexo 7), a triagem deve ser realizada por profissionais experientes (médico e enfermeiro), procedendo à priorização por meio das categorias de emergente (**VERMELHO**), urgente (**AMARELO**), não urgente (**VERDE**) e falecido (PRETO) e encaminhados para a respectiva zona consoante a prioridade atribuída, registo feito em folha.

Avaliação Secundária (Anexo 8), como processo dinâmico que é, as vítimas já triadas são observadas em períodos de tempo regulares, e reclassificada a prioridade (caso a situação se altere) utilizando o Triage Revised Trauma Score (TRTS) baseado na codificação das variáveis: estado de consciência (0-4) frequência respiratória (0-4) e pressão arterial sistólica (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12 (Anexo 9), desta forma as vítimas podendo ter que “circular” pelas zonas criadas.

A cada vítima é atribuída uma “Bolsa de Catástrofe/Kit de Catástrofe” com numeração sequencial com material necessário para a triagem, identificação, impressos de exames complementares de diagnóstico etc.

É da máxima importância, a redistribuição da equipa diária de acordo com as novas áreas, bem como uma alocação de recursos humanos (número de profissionais necessários e respetivas categorias) pelas respetivas áreas, alternando períodos de descanso e atividade, dada a imprevisibilidade da duração do plano, sendo a sua convocação feita pelos meios previamente definidos.

Tendo em conta as áreas definidas, torna-se necessário uma distribuição de recursos quer materiais quer humanos necessários, a sua substituição ao longo do tempo de duração, a distribuição dos profissionais por posto de trabalho munidos de - carta de ação - o que permite a sistematização das atividades a desenvolver, devendo “estar

estruturados por designação, responsabilidade, ação imediata e ação subsequente” (Malagutti & Martins, 2011, p. 279).

O contato com outras áreas da instituição deve fazer-se com vista a uma coordenação com os restantes serviços (internamento) do hospital de forma a uma recondução de doentes para as áreas de internamento permitindo dessa forma uma desobstrução funcional do serviço, (bloco operatório) equacionando-se a interrupção do seu funcionamento normal.

2.6. PLANO DE SEGURANÇA INTERNA

São múltiplas as situações que podem comprometer qualquer unidade de saúde, e só com um planeamento específico se consegue melhorar a resposta a qualquer incidente que possa comprometer a capacidade de funcionamento, a segurança quer da estrutura física, dos seus profissionais, dos doentes ou visitantes.

Num hospital, o risco de incêndio é a situação com maior probabilidade de acontecer, face aos múltiplos fatores de ignição e propagação (equipamentos elétricos, eletrónicos e eletromecânicos, rede de gases medicinais e outros materiais). Assim e face a este risco elevado foi recomendada a criação do Plano de Segurança Interna (PEI) contra Incêndios, legislado através do Decreto-Lei nº 220/2008, de 12 de Dezembro, que estabelece o novo Regime Jurídico de Segurança contra Incêndios em Edifícios, revogado pelo Decreto-lei nº 224/2015, de 9 de Outubro e da Portaria nº 1532/2008, de 29 de Dezembro que aprova Regulamento Técnico de Segurança Contra Incêndios em Edifícios como parte integrante do Plano de Segurança Hospitalar com obrigatoriedade desde 1 de janeiro de 2009.

De acordo com o Decreto-Lei nº220/2008 o Plano de Segurança Interno é constituído por Plano de Prevenção, Plano de Emergência Interno e pelos Registos de Segurança. Ainda de acordo com a Portaria nº1532/2008, todos os funcionários, colaboradores, pessoas que exerçam atividades profissionais superiores a 30 dias devem possuir formação em segurança contra incêndios

Na emergência interna e de uma forma global segundo (Malagutti & Martins, 2011, pp. 294-295) podemos também considerar quatro fases de desenvolvimento:

- Prevenção – visa o conhecimento aos profissionais e colaboradores dos riscos associados, formação para os riscos, atuação em situação;
- Detecção – informação de modo pessoal, ou modo automático (detetores etc.) incluindo a identificação e classificação do nível de emergência;

- Intervenção – fase de ativação do plano e organização da resposta adequada à situação detetada.
- Normalização – comporta todas as medidas que permitam o restabelecimento do normal funcionamento da unidade.

Nem todas as situações que se afastam do normal justificam a ativação. O PEI reúne um conjunto de ações para dar uma resposta “o mais célere possível, otimizar a redução da morbimortalidade que o evento pode provocar nos doentes e profissionais, bem como reduzir o impacto na estrutura, operacionalidade e prestação da unidade de saúde” (Malagutti & Martins, 2011, p. 289), promovendo desta forma uma resposta até à chegada dos serviços de socorro exteriores (Bombeiros, Proteção Civil e outros).

Podemos afirmar que o PEI integra objetivos como: identificação de riscos; organizar ações; garantir que a unidade de saúde mantenha a sua atividade, organizar eventual evacuação, sensibilização do pessoal da importância de prevenção dos riscos, etc.

Para Malagutti & Martins (2011), Emergência Interna (EI) é o evento que ocorre na própria unidade de saúde podendo ser classificada em 3 tipos:

Princípio ou Ameaça de Emergência (Nível 1);

Emergência Parcial (Nível 2);

Emergência Geral. (Nível 3).

Figura 2 - Tipo de classificação de emergência interna

Tipo	Níveis	Atuação	Efeitos	Local
Ameaça de Emergência	Nível 1 – incidente avaliado controlado, dominado de forma simples e rápida com os meios do próprio hospital.	Profissionais de um piso ou zona	Limitados ao local	Local
Emergência Parcial	Nível 2 – incidente que requer atuação de equipas especiais do hospital e ajuda exterior. Pode haver necessidade de evacuação de doentes para local seguro.	Equipas de emergência do hospital e agentes externos ao socorro	Limitados a um compartimento de fogo ou piso	Piso
Emergência Geral	Nível 3 – incidente que requer atuação de todos os meios humanos e proteção do hospital e da intervenção dos agentes externos de salvamento e socorro; poderá conduzir a evacuação, isolamento e/ou transferência de doentes	Equipas de emergência do hospital e agentes externos ao socorro	Todo o hospital	Hospital

Fonte: (Malagutti & Martins, 2011)

Na elaboração do plano deve haver uma participação ativa de outras entidades como a Proteção Civil, Bombeiros, Emergência Médica, Empresa de Eletricidade, Águas, Comunicações.

São considerados fatores chave na maximização da sua operacionalidade a simplicidade, a flexibilidade, a coordenação, a liderança e comunicação.

“O PEI integra três importantes documentos: Catálogo de Riscos, Catálogo de Recursos e Planos de Emergência” (Malagutti & Martins, 2011, p. 291).

- “Catálogo de Riscos” – pela informação disponível (arquitetura dos edifícios, plantas, observação local) faz uma análise de risco tendo em particular atenção locais específicos como central de esterilização, central de gases entre outros, “de modo que, para cada risco, possa classificar-se cada local com uma gradação crescente progressiva (p.ex. de “A” a “(D) (R10). (...) com maior atenção e preocupação são designados de locais perigosos (ex. central de gases medicinais, central de esterilização, depósito de nafta etc.)” (Malagutti & Martins, 2011, p. 292).

Procura-se também pela análise de risco que estas áreas sejam dotadas de meios de intervenção e proteção, são exemplo, extintores, sistema de deteção e alarme, e vigilância humana.

- “Catálogo de recursos” onde constam os diferentes recursos (humanos e materiais) necessários, definição de equipas funções a desempenhar etc.

- “Planos de Emergência” onde constam as diferentes ações/respostas planeadas para as diferentes situações, procedimentos de evacuação dos edifícios ou áreas.

Deverá estar de forma explícita no PEI “a estrutura de comando e controle, procedimentos, ações e fluxo de informação perante as EI´s” (Malagutti & Martins, 2011, p. 296), a sua divulgação e distribuição deve ser promovida pela Comissão de Catástrofe.

De uma forma geral, na ocorrência de uma situação que configure pelo menos uma EI é informado o Delegado de Segurança (ou substituto) que convoca o Grupo de Crise (GC), que reúne em local pré-definido, agindo de acordo com o nível de EI. Para cada representante no GC o PEI tem “cartas de ação” que contém instruções específicas.

Depois de ativado o PEI, todas as ações desenvolvidas devem ser devidamente monitorizados pelo G C. “Todos devem conhecer o seu papel e responsabilidade perante tal emergência, bem com atuar em conformidade” (Malagutti & Martins, 2011, p. 298), possibilitando fazer face a uma eventual situação de crise respondendo de

forma eficaz e segura antes da chegada de serviços públicos (Bombeiros, Proteção Civil...).

Cabe a elaboração deste plano a um grupo alargado “com colaboração dos responsáveis dos Serviços de Instalação e Equipamentos, do Serviço Operacional de Segurança assim como a colaboração do serviço Nacional de Bombeiros” (Gomes & Oliveira, 2010, p. 77), sendo a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) a entidade responsável pela sua apreciação.

3. GESTÃO EM CATÁSTROFE/SITUAÇÃO DE EXCEÇÃO

Na gestão em sentido lato, bem como na saúde é da maior importância participar com abordagens pedagógicas, dirigidas a todos os profissionais que trabalham na área ou seja “que pretendam melhorá-la e contribuir para o seu *up-grade* nas várias instituições em que se inserem e aos mais variados níveis” (Carvalho & Ramos, 2016, p. 111).

Sendo o SU, um serviço hospitalar com características muito próprias que em muito influenciam a organização do trabalho bem como a gestão na busca de meios de forma a “garantir a disponibilidade e qualidade quer nos recursos materiais e de infraestrutura que permitam à equipe atuar no atendimento às situações de urgência” (Santos, 2011, p. 696) quer na coordenação e articulação com os serviços e restantes membros da equipa multiprofissional bem como na intermediação com as famílias dos doentes, numa conciliação com objetivos organizacionais e na promoção de cuidados de maior qualidade.

Segundo Malagutti & Martins (2011) a inexistência de planeamento condiciona a gestão quer do serviço quer do próprio sistema de saúde na resposta a uma situação de catástrofe.

Na prestação e gestão de cuidados “O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências ... Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe” (OE, 2011 pp 13-15).

“O desafio da resposta está relacionado com a capacidade de ativação rápida e implementação dos planos e protocolos desenhados, onde a coordenação e mobilização rápida dos recursos humanos e materiais são elementos essenciais” (Malagutti & Martins, 2011, p. 284), ou seja uma gestão de diferentes níveis.

4. ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PLANOS DE EMERGÊNCIA EXTERNA (HUC-HG)

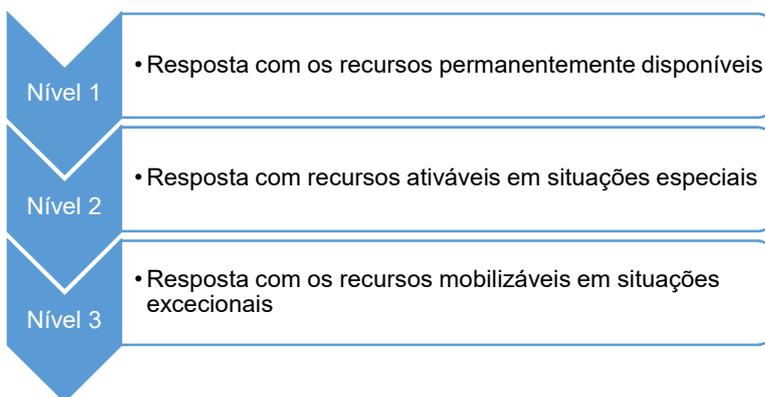
Os planos de emergência hospitalar pretendem descrever o conjunto de ações a realizar ordenadamente em situação de exceção, a que o hospital necessita de responder da forma mais adequada e atempadamente.

Pretende-se com este item e a partir dos respetivos documentos, analisar e representar de forma condensada e simplificada as informações pertinentes nesta temática.

4.1. PLANO EMERGÊNCIA EXTERNA – HUC

O objetivo geral do PEE é “assegurar, por parte do CHUC-HUC, EPE, uma atuação eficaz, em caso de afluxo maciço de vítimas ao Serviço de Urgência A, no sentido de minimizar a morbilidade e mortalidade” (Fonseca & Leitão, 2017, p. 3), o seu conhecimento global representa um conhecimento acrescido numa resposta adequada num contexto de afluxo de multivítimas por trauma e/ou patologia médica na situação de exceção. A atuação desenvolve-se em 3 níveis (Figura 3).

Figura 3 - Nível de atuação/resposta



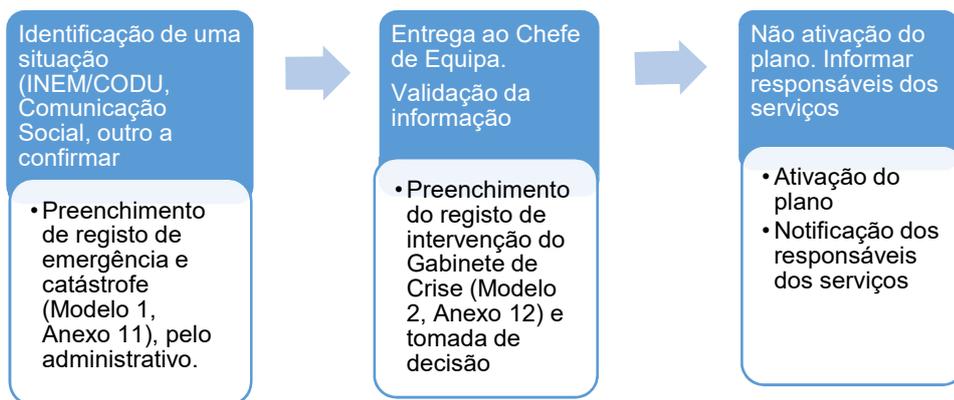
Fonte: (Fonseca & Leitão, 2017)

A ativação do PEE (Anexo 10) é feita pelo Chefe de Equipa/Diretor do SU/Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Coordenador no GC.

A situação de catástrofe leva a uma organização distinta no que respeita a recursos humanos, espaços físicos e procedimentos.

Com a ativação do PEE pelo GC, registada de forma a permitir a fundamentação das tomadas de decisão, constituindo ainda um histórico no processo de ativação, determina que **todos** os procedimentos (Figura 4), de triagem sejam executados.

Figura 4 - Ações a desenvolver no caso de informação de situação de catástrofe



Fonte: (Fonseca & Leitão, 2017)

Apenas são utilizados os Fluxogramas de Catástrofe (Avaliação Primária/Avaliação Secundária) do protocolo de Triagem de Manchester. As vítimas são identificadas de forma sumária, atribuído um Kit (existem 200) com numeração que se encontram guardados no “Armário de Emergência Externa), a disponibilizar pelo Enfermeiro Coordenador, após decisão de ativação de PEE. O registo completo será feito, logo que possível pelo administrativo/secretariado clínico destacados para as diferentes áreas.

GABINETE DE CRISE - É o organismo de comando do hospital em situação de Emergência Externa, localizado no gabinete do Diretor de SU no SU (Piso -1), em situação de Nível 1, sala de reuniões do CA (Piso 0) em situação de Nível 2 e 3. Organismo da responsabilidade do Conselho de Administração ou na sua ausência o Diretor Clínico. O organismo executor do PEE é o Gabinete de Gestão de Emergência.

Neste contexto de ativação do PEE, (de um dos polos ou do seu conjunto) e decorrendo da avaliação do Gabinete de Crise da necessidade de ajuste de orientação pré-hospitalar, devendo para o efeito contactar-se o INEM/CODU para esse ajuste na triagem e encaminhamento.

A triagem é realizada à entrada do serviço de urgência por uma equipa, constituída por médico e enfermeiro, onde são identificados e atribuído Kit composto (pulseira de identificação, autocolante de cor de triagem, folha individual de registo de Avaliação Primária e Avaliação Secundária, processo clínico sumário, etiquetas autocolantes numeradas, requisições de exames complementar de diagnóstico...), observados para determinar a prioridade assistencial (vermelho, amarelo verde e preto) e encaminhados para as respetivas áreas, com lotação de acordo com o nível de ativação do plano (Anexo 13), onde será realizada a Avaliação Secundária, e ocupadas de acordo com o nível de ativação do plano.

São também definidas outras áreas:

- Acolhimento de familiares das vítimas para informação e prestação de apoio psicológico ou outro, onde poderão estar presentes diversos profissionais (credenciados) de apoio, devendo em todos os momentos ser preservado o direito à privacidade e segredo profissional. O atendimento em privado deve ser feito no local designado para o efeito (Área do Serviço Social, situado no Piso 0) pelo Gabinete de Informação a Familiares e Acompanhantes.
- Acolhimento à comunicação Social, concentrado no Gabinete de Relações Públicas (Piso 0, Átrio dos Auditórios Nível 3), que fará periodicamente a leitura de comunicados relativos à situação emitidos e validados pelo Gabinete de Crise. Não é permitida a sua entrada nas áreas clínicas.
- Área de acolhimento a autoridades, não é permitido acesso às áreas clínicas exceto se acompanhados por responsáveis do Gabinete de Crise, ativado no Nível 2. Localiza-se na sala de Gabinete de Crise (Piso 0).

Qualquer divulgação de informação clínica deve ser verificada e validada pelo Gabinete de Crise.

No PEE é importante a normalização de procedimentos e de registos, pelo que as chamadas “Cartas de Ação” (Anexo 14, 15 e 16) são em si mesmo facilitadoras para o desempenho e sinergias eficazes numa situação de múltiplas vítimas, estando desenhadas segundo os níveis de intervenção, permitindo mais eficácia e eficiência na execução do plano, pelo que uma leitura mais atenta, bem como uma discussão/reflexão periódica geram uma mais-valia.

A segurança e fluidez do trânsito nos limites externos do hospital é da competência das forças de Ordem Pública, e dentro dos limites pelo pessoal de segurança interno de acordo com o seu plano setorial.

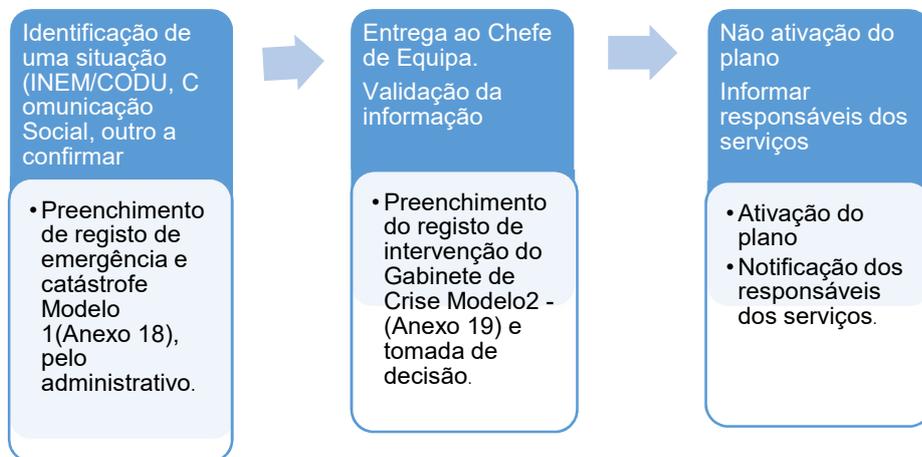
Na recuperação pós-catástrofe, impõe-se um momento de avaliação sobre o acontecimento, identificando os fatores positivos e negativos, tendo por objetivo melhorar a qualidade da resposta hospitalar, aproveitando ainda esse espaço para dar um reforço positivo aos profissionais.

4.2. PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA – HG

O HG (SU) faz parte integrante do CHUC, com um horário de funcionamento próprio, pretendendo-se que o PEE seja uma “ferramenta” de atuação em caso de situação de catástrofe. A ativação do PEE (Anexo 17) é feita pelo Chefe de Equipa/Diretor do SU/Gabinete de Crise, e registada de forma a permitir a fundamentação das tomadas

de decisão, constituindo ainda um histórico no processo de ativação, determina que **todos** os procedimentos (Figura 5), de triagem sejam executados

Figura 5 - Ações a desenvolver no caso de informação de situação de catástrofe

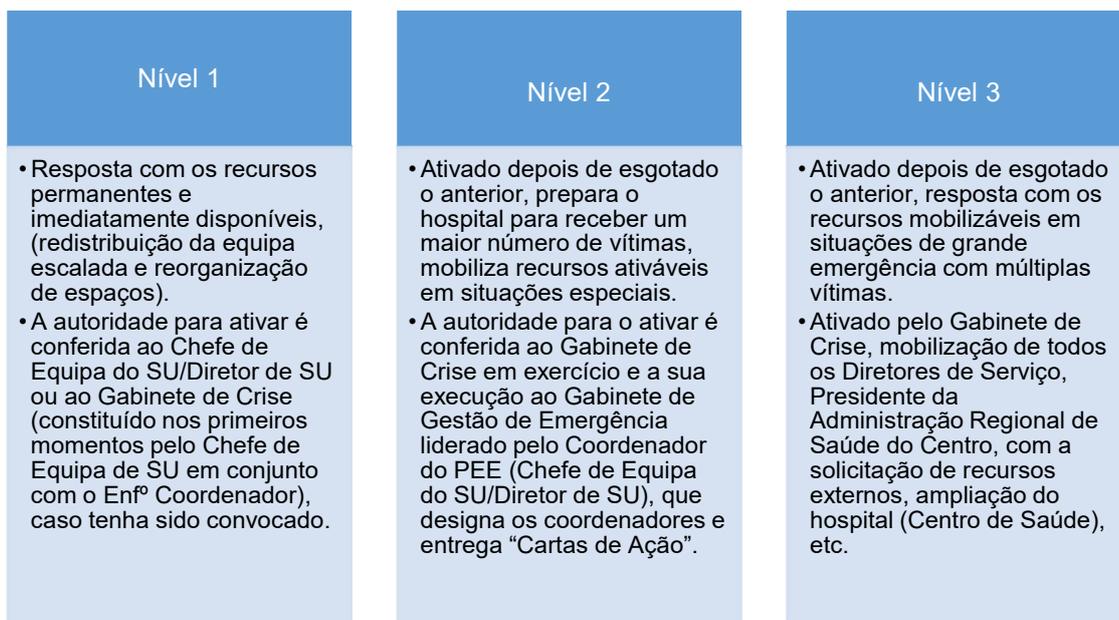


Fonte: (Frade & Mesquita, 2017)

O comando do Gabinete de Crise é da responsabilidade do Coordenador do PEE.

A situação de catástrofe leva a uma organização distinta no que respeita a recursos humanos, espaços físicos e procedimentos, desenvolvendo-se a sua atuação em 3 níveis.

Figura 6 - Níveis de resposta em catástrofe



Fonte: (Frade & Mesquita, 2017)

Classificação/distribuição das vítimas por níveis e áreas

As vítimas serão triadas de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, através dos fluxogramas de catástrofe – Avaliação Primária, (Anexo 6 e 7).

A triagem em Nível 1 é feita à entrada do serviço de urgência (Gabinete de Triagem 1 e 2) por uma equipa constituída por 2 médicos, 2 enfermeiros, e 1 Assistente Operacional.

No Nível 2 e 3 “todas as aplicações informáticas devem ser suspensas. Os registos clínicos com descrição dos exames complementares devem ser transcritos para o sistema informático (Alert®) quando possível” (Frade & Mesquita, 2017, p. 33). A triagem realiza-se na Sala de Acompanhantes do SU com 2 médicos, 2 enfermeiros, 1 AO e 1 administrativo acompanhado pela distribuição de “Kits de Catástrofe” facultados para as equipas de triagem, pelo Enfermeiro Coordenador, logo que o Nível 2 seja acionado.

Existem 80 Kits de catástrofe prontos a serem utilizados no Armário de Catástrofe, situado no Gabinete de Triagem 2 do SU, e são constituídos por envelopes numerados/codificados que contém etiqueta, pulseira, requisições de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, folhas de registo de catástrofe e saco de espólio.

As vítimas são encaminhadas de acordo com a prioridade assistencial com os mesmos códigos de cor (vermelha, amarelo e verde) para as diversas áreas criadas para o efeito, (Anexo 20) onde se realiza a Avaliação Secundária e registo em folha própria, (Anexo 8 e 9).

Serviços de Apoio e Logística

Deverão disponibilizar de um modo permanente os bens e serviços necessários ao adequado funcionamento, quer em situação normal ou de catástrofe, estando definidas as orientações nos seus planos setoriais.

Acolhimento de familiares das vítimas para informação e prestação de apoio psicológico ou outro, onde poderão estar presentes diversos profissionais (credenciados) de apoio, devendo em todos os momentos ser preservado o direito à privacidade e segredo profissional. O atendimento em privado deve ser feito no local designado para o efeito (Auditório do HG Departamento de Formação Contínua)

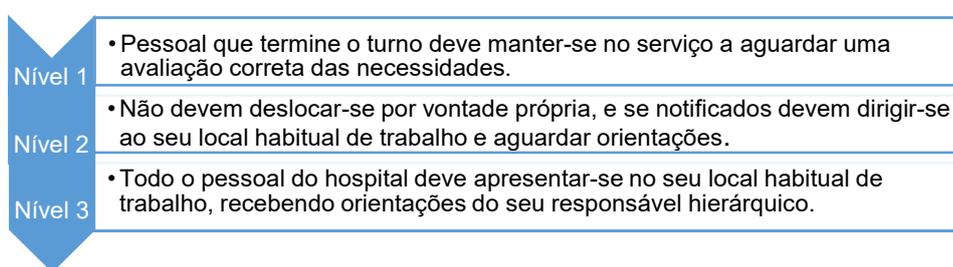
O acesso às áreas clínicas por parte de pessoas estranhas está proibido, exceto se acompanhados por responsáveis do Gabinete de Crise, ativado no Nível 2, localiza-se na sala de GC (Piso -3). Qualquer divulgação de informação clínica deve ser emitida, verificada e validada pelo GC.

A segurança e fluidez do trânsito nos limites externos do hospital é da competência das forças de Ordem Pública, e dentro dos limites pelo pessoal de segurança interno de acordo com o seu plano setorial.

Mobilização do Pessoal

Deve ser feita de forma a obedecer a determinados critérios reconhecidos quer pelo pessoal de serviço, quer pelo restante pessoal da instituição de forma a evitar a vinda ou permanência de pessoal que não seja estritamente necessário ao nível que está definido.

Figura 7 - Critérios de mobilização de pessoal



Fonte: (Frade & Mesquita, 2017)

No PEE é importante a normalização de procedimentos e de registos, pelo que as chamadas “Cartas de Ação” (Anexo 21, 22 e 23) são em si mesmo facilitadoras no desempenho e criam sinergias eficazes, estando desenhadas segundo os diferentes níveis de intervenção, permitindo uma maior eficácia e eficiência, pelo que uma leitura mais atenta e momentos de discussão/reflexão periódica, devem ser incentivados.

Na recuperação pós-catástrofe impõe-se um momento de avaliação sobre o acontecimento, identificando os fatores positivos e negativos, tendo por objetivo melhorar a qualidade da resposta hospitalar existente, aproveitando ainda esse espaço para dar um reforço positivo aos profissionais.

Plano Very Important People (PVIP) – Na admissão (em qualquer um dos polos) de doente ou vítima Very Important People (VIP), “ o Gabinete de Crise tem de ativar o respetivo plano o qual se encontra em dossier próprio no Gabinete de Crise...” (Frade & Mesquita, 2017, p. 51)

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A metodologia constitui a linha orientadora em todo o processo, onde procuramos fazer de forma sistematizada e detalhada uma descrição dos princípios, métodos e técnicas que permitem realizar o trabalho de investigação.

A ciência não é a única fonte de conhecimento, pois este pode ser adquirido de maneiras diferentes tais como pelo senso comum, (experiência de todos os dias) religioso, (revelações) literário, científico (através do método científico), etc.

De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional ... Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos (Fortin, 2009, p. 17).

Neste contexto, dedicamos este capítulo à apresentação da sequência dos passos seguidos nos diferentes momentos da pesquisa. Apresentamos a caracterização do tipo e o método de pesquisa, bem como a questão de investigação, a seleção dos participantes e amostragem, procedimentos formais e éticos, o instrumento de recolha e técnicas de tratamento de dados. Utilizámos a entrevista como instrumento de colheita de dados tendo em vista a questão de investigação levantada e os objetivos definidos. “A entrevista é um óptimo instrumento para captar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm sobre a realidade” (Meirinhos & Osório 2010, p.62)

1.1. TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A pesquisa científica permite estudar um assunto, utilizando o método científico, o qual tem por base a execução de investigações controladas e sistemáticas, que apresentam a sua essência numa realidade objetiva.

Assim considera-se que a questão de investigação “é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin, 2009, p 51). Desta forma, e atendendo à questão de investigação – **“Como é que o Plano Emergência Externo/Plano Emergência Interno contribui para a gestão de uma resposta rápida e eficaz no atendimento pelos enfermeiros ao maior número de**

vítimas no serviço de urgência, e noutros serviços potencialmente envolvidos?”

bem como os objetivos estabelecidos, a opção metodológica que considerámos mais apropriada foi a utilização do método de investigação qualitativa, pois permite uma observação minuciosa da operacionalização de atividades, procedimentos e interações.

Atendendo à natureza do fenómeno a estudar e envolvendo uma entidade bem definida e contextualizada - CHUC – SU (Polos HUC e HG), ouvindo em voz ativa os seus protagonistas, em torno de um número de questões, recorre-se ao estudo de caso do tipo descritivo, exploratório sem experimentação, onde se procura retratar a realidade, revelando diferentes pontos de vista sobre a problemática em estudo.

“O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um individuo, de uma família, de um grupo ou de uma organização” (Fortin, 2009, p. 165), sobre uma situação, na busca de dados, não importando a frequência de sua ocorrência.

Segundo Yin (1994) citado por (Coutinho, 2010, p.335), *“É a estratégia de investigação mais adequada quando queremos saber o “como” e o porquê de acontecimentos atuais sobre os quais o investigadores têm pouco ou nenhum controlo”*, utilizando pesquisa documental, observação de participantes e entrevista na obtenção de informação diversa, fazer comparações de dados recorrendo “ (...) à triangulação como estratégia de validação, na medida em que torna possível a combinação de metodologias para o estudo do mesmo fenómeno” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 60)

No sentido de responder à questão de investigação, e encaminhar a pesquisa definiram-se os seguintes objetivos:

- ❖ Analisar os planos de emergência do CHUC; - Hospitais da Universidade de Coimbra (Polo HUC) e Hospital Geral (Polo HG);
- ❖ Identificar aspetos essenciais da estrutura dos planos;
- ❖ Explorar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na área do Plano de Emergência/Situação de Exceção;
- ❖ Detetar a importância da divulgação, formação e da revisão do plano;
- ❖ Identificar iniciativas formativas de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais.

1.2. LOCAL DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Os cenários do objeto de estudo foram o CHUC, SU (Polos HUC e HG) localizados na região centro do país, embora os polos funcionem como parte integrante da organização têm especialidades e horários de funcionamento diferentes. Estes polos estão organizados em diferentes áreas clínicas.

No estudo qualitativo são designados por participantes os indivíduos que fornecem a informação através dos seus relatos pessoais, vivências e sentimentos dada a sua relevância para a compreensão do fenómeno o que lhes permite que sejam parte ativa no próprio estudo a ocorrer naquele contexto.

Foi considerado como universo de análise, a equipa de enfermagem dos serviços de urgência nos turnos manhã e tarde, definindo-se como grupo A (os enfermeiros participantes do serviço de urgência polo HUC) e grupo B (os enfermeiros participantes do serviço de urgência do polo HG), que após informação/consentimento demonstraram recetividade para participar no estudo, dentro dos critérios definidos pela investigação.

Não foi designado um número de participantes, mas deve-se “ incluir tantos sujeitos quantos necessários para atingir a <saturação> dos dados” (Fortin, 2009, p. 156), ou seja a inclusão de mais participantes, nada acrescenta de novo aos dados já obtidos, (na avaliação do pesquisador).

Com base no contexto deste estudo de caso foram determinados os seguintes critérios para a constituição da amostra:

- Critério de inclusão, todos os enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência (polo HUC e polo HG).
- Critério de exclusão, os enfermeiros com tempo de serviço em urgência inferior a três anos.

Tendo em consideração o método de seleção e o tipo de estudo, os conhecimentos resultantes não podem ser generalizados aplicando-se apenas à população estudada.

1.3. PROCEDIMENTOS E TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

No início de cada entrevista e de modo a caracterizar os participantes, foi distribuído um formulário, sem identificação pessoal, onde constam apenas dados pessoais como sexo, idade, habilitações académicas/formativas, função e tempo de serviço, (Apêndice 1).

Sendo a entrevista um modo particular de comunicação entre o investigador e os participantes, proporcionando uma colheita de dados, optou-se assim pela realização de entrevista semiestruturada, com questões direcionadas para a investigação, respeitando o tempo dos participantes no desenvolvimento de um discurso livre, natural e relevante para a compreensão do fenómeno. Procurámos desta forma que os participantes pudessem exprimir o que lhes é realmente importante.

Como instrumento para recolha de dados, elaborámos um guião de entrevista (Apêndice 3), tendo em conta orientações teórico-metodológicas com o objetivo de colher informação em consonância com os objetivos definidos.

O guião da entrevista está organizado em três fases:

- Introdutória - procedeu-se ao contacto com os participantes, explicando a investigação, os seus objetivos, métodos de colheita de dados e análise, com o compromisso de respeitar integralmente os princípios éticos numa investigação, como o consentimento informado, e garantido o anonimato de todos os participantes, a possibilidade de desistir do mesmo a qualquer momento (Apêndice 2);
- Narrativa – constituída por um conjunto de 18 perguntas consideradas pertinente para a recolha de informação relacionada com conhecimentos (plano de emergência, gestão de meios humanos, materiais e formação);
- Encerramento – reforçando o anonimato e confidencialidade dos dados e o agradecimento pela colaboração e disponibilidade.

Apesar de alguns autores defenderem a realização da entrevista pré-teste, com o objetivo de verificar a eficácia e valor do guião, esta não foi realizada, uma vez que consegue dar respostas aos objetivos e o primeiro participante concordou com o teor de toda a entrevista e referindo ter compreendido todas as questões, tendo servido de validação da mesma.

Atendendo a que o uso de guião, facilita a condução da entrevista pela forma coerente de abordagem dos diferentes aspetos do tema, considerando-se o seu uso uma técnica facilitadora, sobressaindo a "... melhoria da comparatividade e da estruturação dos dados, pelo uso corrente do guião da entrevista" (Flick, 2013, p. 95)

As entrevistas decorreram de 6 a 22 de setembro de 2019, com o investigador, munido do guião da entrevista e gravador de áudio, que após breves instruções no sentido da clarificação em relação a objetivos do estudo, ao carácter voluntário da participação, do anonimato e da confidencialidade das informações recolhidas deu início às mesmas, em local à escolha dos participantes desde que providos de ambiente adequado à sua realização.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos participantes e preservadas, quer em suporte áudio quer informático de forma a permitir o acesso sempre que necessário.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição do que foi dito e como foi dito, de forma a assegurar o registo das pausas/hesitações, redigindo um discurso capaz, com pontuação e supressão de elementos inúteis, de forma a uma narrativa de fidelidade do discurso.

Sem tempo estimado para a aplicação da entrevista, mas com uma duração média de 45 minutos, o tempo dependeu da fluidez do discurso do participante e da necessidade do aprofundar das respostas.

Após a realização de 13 entrevistas no polo HUC e 10 no polo HG percecionámos que a saturação da variabilidade de informação estava alcançada sem o surgimento de novos argumentos às questões apresentadas, “momento da colheita de dados a partir da qual o investigador não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas” (Fortin, 2009, p. 156).

1.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A fase de análise dos dados é um momento crucial de qualquer pesquisa. No universo das pesquisas qualitativas, a escolha do método e técnicas de análise de dados deve proporcionar um olhar multifacetado dos mesmos.

Nesta fase procedeu-se a uma análise de conteúdo, segundo ” (Bardin, 2013, p. 44) é definida como “ um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos os objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”

Bardin (2011) indica que este método se desenvolve em etapas organizadas por três fases:

- Pré-análise (fase de organização) - sistematização da informação inicial a ser analisada, estabelecer indicadores para a interpretação das informações colhidas, conduzida mediante as seguintes tarefas: Leitura flutuante, Corpus de análise e Formulação e reformulação de objetivos sempre que necessário.

Após audição e transcrição de todo o material recolhido, constituindo o corpus de análise, procedeu-se a uma leitura global, compreensiva de modo a interiorizar melhor todos os conteúdos abordados nas mensagens veiculadas pelos participantes, organizando pela repetição de temas com mais frequência recortados do texto, com uma enumeração as unidades de registo por ordem, ao longo das entrevistas.

- Exploração de material (codificação e categorização) construção de indicadores, fase de análise propriamente dita. Consiste “essencialmente em operações de

codificação, decomposição ou enumeração em função das regras previamente formuladas” (Bardin, 2013, p. 127)

Nesta fase procedeu-se à seleção das unidades de codificação com a escolha das unidades de registo, enumeração, classificação e agregação em razão das características comuns (sentidos das palavras, hesitações etc). Seguiu-se a categorização, reunindo correlacionando e ordenando a informação, num quadro de colunas anotando-se e marcando-se semelhanças, constituindo blocos que expressavam determinadas categorias (falas retiradas das entrevistas que referiam por exemplo situação de catástrofe, revisão, reflexão), tornando-as mais “claras e apropriadas ao objetivo do estudo”. (Câmara, 2013, p. 186)

Para Bardin (2011) citado por Câmara (2013, p. 186) as categorias devem possuir os atributos: exclusão mútua – cada elemento só pode existir numa categoria; homogeneidade – haver apenas uma dimensão de análise, a existirem outros níveis deve haver separação em diferentes categorias; pertinência – deve estar patente as intenções do investigador, objetivos da pesquisa, características da mensagem, etc; objetividade e fidelidade, pela clareza e sem distorções do analista; produtividade – se os resultados obtidos forem produtivos em inferências, novas hipóteses.

Deste modo, emergiram 3 áreas temáticas com as respetivas categorias e subcategorias identificadas:

- a) CONHECIMENTO DO PEH – explorar nível de conhecimento dos participantes, tendo emergido as categorias e subcategorias:
Conhecimento Genérico - (PEH, Situação de Catástrofe);
Conhecimento Específico - (Gabinete de Crise, Sistema de Triagem, Importância da Revisão);
- b) RELEVÂNCIA DO PEH – onde emergiram as categorias e subcategorias:
Nível Organizacional - (Benefícios da Gestão, Reflexão);
Nível de Cuidados - (Organização dos Cuidados, Capacitação da Ação);
- c) MELHORIA DAS PRÁTICAS – onde emergiu a categoria e subcategorias:
Formação (Formação prévia, Importância da Formação, Sugestões de Melhoria dos participantes).

Relativamente ao tratamento dos resultados inferência e interpretação (informações fornecidas pela análise) dos conteúdos contidos na colheita de dados, “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (Bardin, 2013, p. 127)

Procedeu-se aqui e de uma forma mais compreensível a análise das respostas bem como a sua interpretação de conteúdos.

1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

As questões éticas e formais assumem uma atenção muito especial, na investigação, e atendendo que a recolha de dados decorre numa instituição, esta deve estar devidamente autorizada, dando forma ao cumprimento aos requisitos, foram formulados os seguintes pedidos:

- Pedido formal de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Anexo 1).
- Pedido formal à Unidade de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (integrava o pedido anterior).

No seguimento deste processo, foi facultada informação aos participantes sobre o investigador, a investigação, (identificação do estudo, objetivos, importância na participação) a necessidade de gravação áudio, e a possibilidade de em qualquer momento se retirar, sem que daí advenha qualquer prejuízo. A participação será formalizada através da assinatura do consentimento informado (Apêndice 2), guardado separadamente dos dados colhidos de forma a não haver ligação aos dados disponibilizados pelos participantes. A participação será de forma livre e voluntária, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas.

A confidencialidade das entrevistas foi reforçada pela garantia de que nenhuma informação seria divulgada ou acessível a terceiros, e ainda com a atribuição de designações anónimas dos participantes, ou seja, procedeu-se a uma identificação de acordo com o grupo (A ou B) e em cada grupo uma codificação ordinal, designando o primeiro participante do grupo A como A1, do grupo B como B1 e assim sucessivamente.

No decurso deste processo, foram também contactados de forma presencial os enfermeiros gestores de cada polo dos serviços de urgência, tendo de imediato mostrado a sua disponibilização e apoio.

Outro aspeto acordado com os participantes foi a partilha dos resultados obtidos, através do relatório final, para obtenção do feedback da participação no estudo, na forma de apresentação em formação em serviço se essa fosse a vontade dos responsáveis.

Todos os procedimentos éticos descritos são considerados em todo o processo de investigação.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à caracterização dos participantes, o grupo A (Anexo 24) é constituído por sete participantes do sexo feminino e seis participantes do sexo masculino, três com idades compreendidas entre 31-40 anos e dez com idade superior a 40 anos. Relativamente ao tempo de serviço em urgência, um com um tempo compreendido entre 4-9, três com tempo compreendido entre 10-14 e nove com tempo igual ou superior a 15 anos.

Quanto a habilitações académicas oito possuem mestrado e cinco licenciatura, em que oito exercem funções de enfermeiro, e cinco exercem funções de coordenação.

O grupo B (Anexo 25) é constituído por seis participantes do sexo feminino e quatro participantes do sexo masculino, três com idades compreendidas entre 31-40 anos e sete com mais de 40 anos. Relativamente ao tempo de serviço em urgência um com tempo compreendido entre 4-9 anos, dois com tempo compreendido entre que varia entre os 10-14 anos e sete com tempo igual ou superior a 15 anos.

Quanto à sua formação académica quatro possuem mestrado e seis licenciaturas, em que cinco exercem funções de enfermeiro, e cinco exercem funções de coordenação.

Tabela 1 - Resumo dos dados dos participantes

N=23	Sexo		Idade		Habilitações literárias		Função		Tempo de SU		
	M	F	31-40	>40	Mestrado	Licenciatura	Coord	Enf	4-9	10-14	≥15
Polo A	6	7	3	10	8	5	5	8	1	3	9
Polo B	4	6	3	7	5	5	5	5	1	2	7

Apesar de não ser objetivo deste estudo, é de salientar a relevância de nos dois grupos o tempo de serviço em urgência é maioritariamente ≥ 15 anos, bem como o predomínio da área de especialização médico-cirúrgica (Anexo 24 e 25).

De forma a facilitar a organização dos conteúdos que pertencem a cada tema apresentamos (Apêndice 4) as diferentes áreas temáticas identificadas bem como as respetivas categorias e subcategorias.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise e interpretação de resultados são de importância primordial na transmissão de aspetos importantes e intrínsecos do conteúdo das mensagens.

“ Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto” (Fortin, 2009, p. 330).

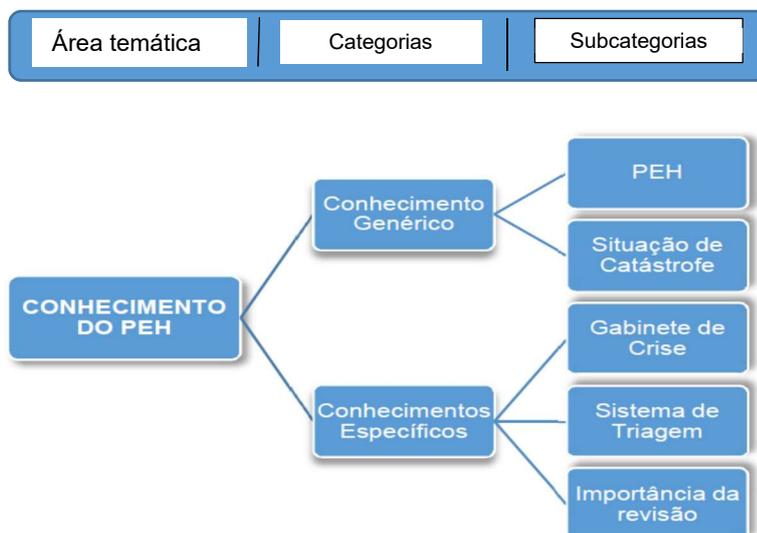
As figuras apresentadas sumariam a informação e são de construção própria pelo que são omitidas as fontes.

2.1. CONHECIMENTO DO PEH

Esta área temática surgiu como primeira abordagem para entender que conhecimento os participantes têm do plano, conhecimento que se supõe ser adquirido pelos profissionais individualmente em situações de emergência, da existência de normas e padrões claros específicos como parte integrante numa prática profissional que se quer segura, “considerando a pessoa, a situação e o contexto ponderando a melhor forma de o fazer e a sua concretização dentro de um quadro ético “ (Queirós, 2016, p 1),

Neste contexto foram identificadas duas categorias e respetivas subcategorias centradas no conhecimento (figura 8).

Figura 8 - Representação esquemática da área temática: Conhecimento do PEH: Categorias e subcategorias



Conhecimento Genérico

PEH

A análise permitiu-nos informação sobre o grau de conhecimento, dos participantes, onde os resultados mostram que a maioria (16) denota falta de conhecimento do mesmo “...plano, li aquilo na vertical ... só de leitura do documento na vertical” (A5), “sei que existe mas não sei mais nada” (B7), “Não tenho conhecimento nenhum do plano de emergência interna nem externa” (B8).

Para outros participantes (4) os conhecimentos que referem que foram adquiridos em formação em serviço “... do curso de formação aqui no serviço” (A1), “...tive formação na área de catástrofe e fizemos um simulacro...” (A8).

De referir ainda que apenas (3) tem algum conhecimento que advém de participação em ações formativas “...até alguma de forma aprofundada participei na execução dele em termos de serviço, em termos de urgência e depois em reuniões em termos de hospital (CHUC), pelo que considero que tenho conhecimento...” (B4), “...participei, colaborei na sua elaboração” (A4), “...participei no delinear inicial do plano” (A13).

Situação de Catástrofe

De uma maneira geral os resultados mostram um conhecimento muito generalizado associando-o ao conceito de múltiplas vítimas (12), “É uma situação de exceção em que há uma situação de múltiplas vítimas” (A1), “Situação em que existe um elevado número de vítimas relacionadas com a ocorrência” (A9), “É uma situação em que o numero de vitimas com alguma gravidade superior à resposta que o serviço consegue dar”. (B7).

Para outros, é relevante a associação que fazem à escassez de recursos (8), “... em que os recursos são insuficientes para o número de pessoas que querem usufruir, digamos dos cuidados”. (A7), “... supostamente é aquela em que as necessidades excedem os recursos ...” (B9), “...os meios são insuficientes para, para a situação em que os meios humanos e físicos se tornam incapazes de dar o que os doentes ou os utentes precisam...” (A4).

De notar também a associação (3) à vivência que tem do dia-a-dia no serviço “...é o SO (risos) ou o corredor...” (B3), “...é todos os dias (risos) é verdade, aqui a nossa urgência é sempre catástrofe...” (A8), “... (risos) situação atípica com multivítimas, mas nós vivemos permanentemente em catástrofe nesta urgência. Atualmente já não temos estrutura física para o número de vítimas que temos” (A11).

A análise permitiu-nos encontrar informação acerca do grau de conhecimento dos diferentes participantes e estes resultados denotam de uma forma geral um baixo nível de conhecimento.

Conhecimento Específico

Gabinete de Crise

Segundo Alves, citado por (Malagutti & Martins, 2011) “...em caso de acidente grave ou catástrofe é o verdadeiro organismo de comando do hospital.”

Apenas alguns dos participantes (6) indicam algum conhecimento (principalmente os coordenadores, pela função que desempenham), “...é ativado com a catástrofe tem, tem uma fase inicial é constituído pelo coordenador, pelo chefe de equipa ...” (B9), “...é criado no momento em que é ativado um plano de catástrofe e que depois daí serão emanadas algumas orientações sobre depois as estratégias a adotar dentro do próprio serviço...” (A12).

Para outros entrevistados o conhecimento parece ínfimo ou inexistente, utilizando resposta em monossílabos, do “Sim” (3), transparecendo na expressão facial e no tom de voz, alguma insegurança na resposta, outros (9) respondem de forma categórica “Não”.

Os restantes entrevistados referem “...já soube mas não tenho presente” (B5), “...não conheço assim de cor não conheço, mas sei os contactos” (A7).

Sistema de Triagem

Foi determinado pelo Ministério da Saúde (2014), que todos os serviços de urgência, qualquer que fosse o nível, devia existir um sistema de triagem de forma a atribuir graus de prioridade, com critérios preestabelecidos até à primeira observação médica.

Da parte dos participantes percebe-se um conhecimento, que advém da formação do Protocolo de Triagem de Manchester, formação essa, que é requisito para fazer triagem dos doentes. Dos participantes (5) são capazes de alguma forma identificar o sistema, “sistema de Triagem de Manchester adaptada ... triagem primária, triagem secundária...”, (B1), “Conheço... (risos) é um sistema que altera o sistema normal de triagem para um sistema de triagem de catástrofe ...” (B10), “...sei que há, existe triagem de manchester que é adaptada...em função de intervenção em catástrofe...” (A12).

Outros revelam um conhecimento vago, “Vagamente” (A11), “...lembro-me dele não tenho completamente presente...” (B5), “...tenho uma ideia... sistema de triagem de

Manchester, adaptado à catástrofe não é, sim, sim” (B7), os restantes (9) respondem simplesmente “Sim“, o que nos leva a ajuizar de um conhecimento muito vago.

Importância da Revisão

Existe por parte da maioria dos participantes desconhecimento sobre a periodicidade da revisão. Desconhecem (13) a periodicidade, outros revelam incerteza da periodicidade, “...dois em dois anos, mas não tenho a certeza” (B1), “Se não estou em erro de três em três anos” (A12), “...deveria ser feita de dois em dois anos...estava no que eu li... Agora não sei como é efetivamente ele está a ser feito agora ... tema muito importante e que muitas vezes não é levado a sério...” (A13). Um participante remete a revisão para as alterações estruturais, “... sempre que haja alteração estrutural...” (B4), “Porque os contextos vão sendo diferentes, as necessidades vão sendo diferentes dos serviços em termos de reestruturação do serviço de urgência e da forma como os hospitais se coordenam entre si penso que é fundamental estar sempre a haver atualização.” (A12)

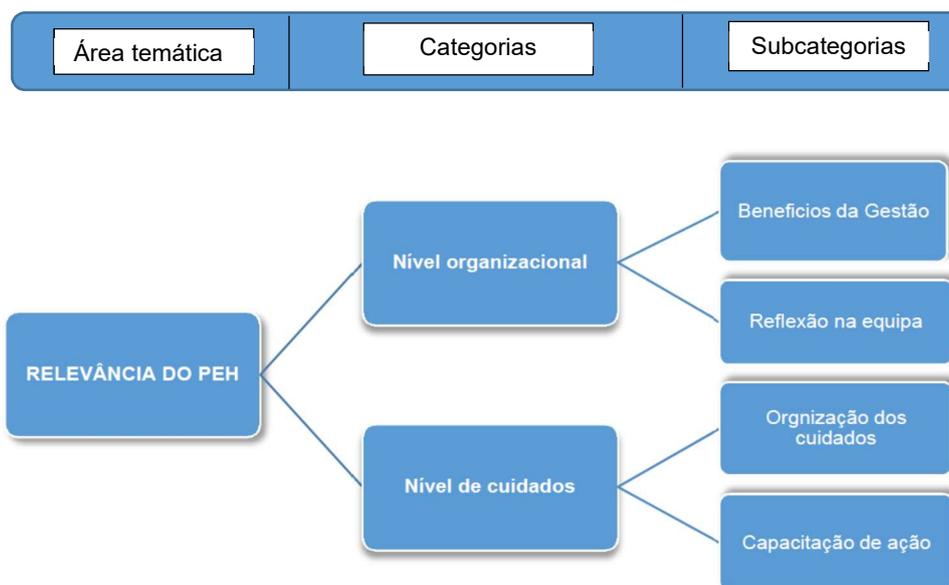
No que diz respeito à revisão é notória a importância dada para o desempenho de cada um e nos benefícios dos doentes, e atualização profissional, “...para nos mantermos atualizados ...” (B3), “...perante as situações temos de estar atualizados...” (A3), “...para nós mantermos essas coisas presentes, como estava a dizer agora já não vejo isso há muito tempo e não tenho bem presente e sinto falta disso” (B5), “ Para melhor desempenho” (A11), “Para o plano não falhar mesmo, isso é importantíssimo.” (A6).

A legislação portuguesa através do Decreto-Lei nº 254/2007, artigo 17º prevê uma periodicidade máxima de três anos. Também (Malagutti & Martins, 2011, pp. 298-299), referem que “ A análise, o aperfeiçoamento e revisão ... têm de ser realizados periodicamente, atendendo às múltiplas modificações na sociedade e no meio ambiente, às disponibilidades económicas, às alterações das infraestruturas e dotações de novas tecnologias, ao desempenho e disponibilidades de recursos humanos...”.

2.2. RELEVÂNCIA DO PEH

Desta área temática e pela importância que lhe é conferida o planeamento é fundamental na resposta à situação de catástrofe, segundo Malagutti & Martins (2011), a sua inexistência causa grandes dificuldades quer a nível hospitalar quer do próprio sistema de saúde na resposta perante um cenário complexo que modifica a estrutura organizativa de prestação de cuidados., tendo sido reconhecidas duas categorias e respetivas subcategorias centradas na importância (figura 9).

Figura 9 - Representação esquemática do tema: Relevância do PEH: Categorias e subcategorias



Nível organizacional

Reflexão na Equipa

Ponto bastante importante como estímulo, promoção de conhecimento, e partilha na equipa. Os participantes referem que só em determinadas situações a reflexão na equipa se faz (7), e mesmo alguns verbalizam raramente (1) ou mesmo a sua inexistência (15).

“Na altura, na altura do Papa, só quando supostamente nos vamos precaver de haver essas situações...” (B3), *“...quando há um momento de crise ... há reuniões mas de uma forma muito leve...”* (A9), *“ Pois, é uma boa pergunta a forma não tem sido bem feita... mas neste momento a forma que ela é feita é simplesmente de vez em quando alertando os mais jovens e não só para a existência dos planos... mas deveria ser melhor.”* (B4), *“...acho que a gente só pensa nisso quando temos as catástrofes...”* (A8). *“De que forma é atualmente, de forma nenhuma não se faz reflexão nenhuma”* (B10), *“ Acho que não há, não há não temos reflexão nenhuma...”* (A13).

Benefícios na gestão

A existência e aplicação do plano relacionado com uma capacidade rápida e implementação só tem vantagens na gestão pois permite uma mais adequada coordenação e mobilização de recursos humanos.

É notória por parte de (17) entrevistados os benefícios, mas sem qualquer especificação, "Sim", os restantes atribuem valor na organização da situação como resposta mais adequada.

"...organizar melhor a situação que supostamente será uma situação mais desorganizada ou ligeiramente caótica até." (B1), *"...muito bom termos uma linha de orientação e que seja igual para todos..."* (B3), *"...os meios são escassos tem de haver uma organização diferente para tentar responder aquela situação de exceção..."* (B10).

Nível de cuidados

Sendo o SU o local privilegiado de atendimento a vítimas de catástrofe/situação de exceção, o seu funcionamento é alterado no sentido de reorganização para uma resposta eficaz, *"... bem como a reafecção de espaço, tendo em conta critérios de gravidade, número de vítimas e patologias envolvidas"* (Malagutti & Martins, 2011, p. 277).

Organização dos cuidados

Com influência na, distribuição de tarefas, *"... são uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados"* (A1). *"... o coordenador é que faz a distribuição"* (A1), na organização e gestão de recursos, em que os participantes (8) principalmente com funções de coordenação apontam a importância do plano, *"...vou buscar o plano...depois vai ter que se reorganizar o serviço em função do número de vítimas...em função do número de doentes e em função do tipo de catástrofe."* (B2), *"...organizar consoante a informação que nos é transmitida há uma reorganização, reformulação nível das pessoas a nível das áreas de serviço onde as pessoas são atendidas..."* (A9), *"...tenho que informar os superiores, e depois começar a distribuir tarefas de acordo com as características, dos seus elementos disponíveis no momento ou até se necessário começar a chamar mais gente, dependendo da avaliação inicial"* (B1).

Outros (5) referem a sua importância na utilização como linha orientadora e promotora dos cuidados com utilização das cartas de ação *"... muito bom termos uma linha de orientação e que seja igual para todos"* (B3), das "cartas de ação", *"...há cartas de ação para cada interveniente no processo"* (A4), tendo em conta prioridades (7) *"... atender à pessoa que no momento apresenta maior grau de prioridade para o seu atendimento tentar definir prioridades"* (A12)

De referir ainda que um dos participantes refere que noções do plano por vezes são utilizadas no dia-a-dia, *"...ele é pensado muitas vezes e alguns dos seus instrumentos são utilizados para salvaguardar a falta de macas, acessos de doentes acima da média..."* (A13).

O ambiente de trabalho sofre por vezes modificações, acompanhando o avanço tecnológico este com mais velocidade, do que a capacidade de adaptação dos intervenientes, tornando-se um desafio e mesmo criando situações de grande tensão como é o caso de catástrofe/situação de exceção.

Capacitação para a ação

Os profissionais de saúde devem possuir um corpo de conhecimentos, além de voltados para o atendimento do ser humano, o conhecimento técnico-científico na com qualidade e segurança tanto para os profissionais como para os doentes.

“ O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outros”.(Ordem dos Enfermeiros. 2012, p. 14)

De uma forma geral os participantes reconhecem a sua preparação, embora com algumas hesitações (nunca viveram uma situação em que tenha sido ativado o plano), não sabendo bem como vai ser a sua reação no atendimento de acordo com as necessidades do doente.

A catástrofe/situação de exceção devido à sua imprevisibilidade é geradora de insegurança sendo manifestada no discurso dos participantes (3) respondem categoricamente que não se sentem capacitados, outros (9) nota-se hesitação, “...acho que não... é uma situação sempre imprevista...” (B10), mas a maior parte (11) sentem insegurança, “... a gente nunca se se deve sentir preparado...temos o mínimo de preparação” (B1), “... Não a cem por cento...” (A7), “...alguma insegurança mas acho que sim que me sinto preparada.” (A4), “ Eu acho que nunca nos podemos sentir preparados para atuar numa situação de catástrofe, devemos desenvolver capacidades e ter meios...” (A12), “ Agora depois disto (entrevista) um bocadinho mais complicado acho que vou mesmo ler o plano que me enviaram.” (A11).

A insegurança na ação pode levar a um deficiente desempenho, com erros que podem ter consequências graves nos doentes. A qualidade e segurança têm sido reconhecidos como pontos importantes, a OMS (2008) citada por Paulino (2014, p. 6), afirma: “ um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde de quem mais precisa de cuidados preventivos e curativos, de forma segura ...” que se querem também competentes.

“A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.” (OE 2012, p. 11)

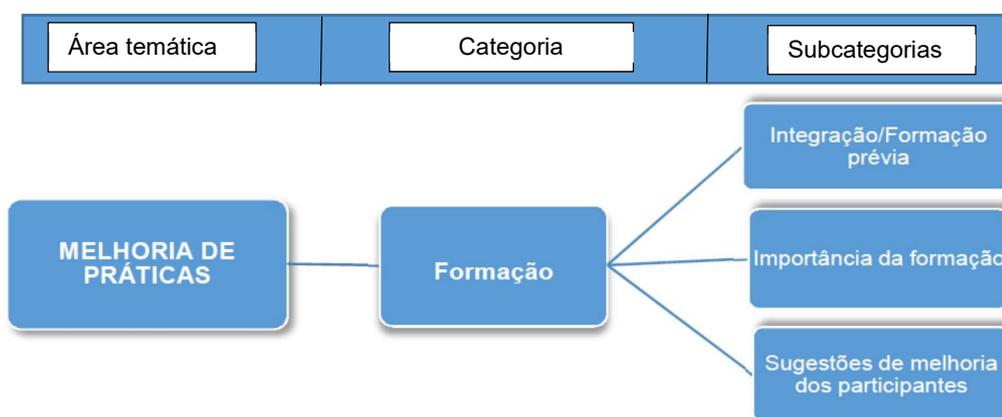
2.3. MELHORIA DE PRÁTICAS

A prestação de cuidados exige atualização constante de conhecimentos. De acordo com Chiavenato citado por Malagutti & Martins 2011, é a educação profissional que prepara a pessoa para a vida profissional com etapas interdependentes e distintas: prepara-o para a profissão; aperfeiçoa-o para uma carreira dentro da profissão; e adapta-o para um cargo ou função.

A formação deverá oferecer atualização, alargar conhecimentos teóricos, capacitação profissional e segurança nas práticas, conhecer diferentes papéis de responsabilidade, “ a prática educativa é de fundamental importância na enfermagem, tanto para o paciente quanto para o profissional” (Vargas & Luz 2010, p. 26), contribuindo para uma melhoria do nível da cultura institucional na diminuição de incidentes de segurança, “...havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde (Despacho nº1400-A/2015, p. 2)

Desta forma é reforçada a pertinência desta categoria e respectivas subcategorias conforme apresentado de forma esquemática (figura 10).

Figura 10 - Representação esquemática do tema: Melhoria de Práticas: Categoria e subcategorias



“ O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (OE, 2009, p 77)

Integração/Formação prévia

A integração é um período essencial de aprendizagem aos enfermeiros recém-chegados ao SU, devendo ser considerada com um programa bem definido e estruturado de valorização pessoal e profissional, através de um Manual de Integração

do serviço como instrumento de comunicação e orientação aos recém-chegados, promovendo o conhecimento, estimulando a eficiência e melhoria das práticas.

“... a integração no Serviço de Urgência visa dotar os enfermeiros com competências necessárias (tanto a nível dos conhecimentos científicos como dos comportamentos) no exercício da profissão... é determinante no sucesso da adaptação do indivíduo à organização e conseqüentemente no seu desempenho profissional...” (Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves, 2010),

Os resultados mostram que (16) dos entrevistados revelam neste ponto ausência ou mesmo formação aquando da integração, “ *Na minha integração formação zero*” (B1), “ *Em termos de plano de catástrofe, nenhuma*” (A2), “ *...Pelo menos no momento em que eu fiz a integração, em que eu fiz a integração não, não fazia qualquer parte do processo de integração.*” (A12) “ *... Já foi há muito tempo (risos) nem as pessoas estavam sensibilizadas se hoje se fala pouco há 20 anos atrás ainda muito menos aliás todos os dias era uma catástrofe*” (B9), “ *... no meu tempo não se falava sobre isso, “...quando eu fui integrada no serviço não havia plano de emergência externa, não tive integração eu comecei a trabalhar...”*” (A4).

É referido que houve apresentação ou breve informação (5), “ *... falámos vagamente quando demos o Protocolo de Triagem de Manchester ...*” (B8), “ *Foi no curso de triagem que tivemos uma abordagem de cerca de meia hora uma hora do plano de emergência ... no fluxograma de catástrofe...*” (B2), “ *... Por acaso na altura eu tive como tivemos aquele congresso na altura fez-se um simulacro a que eu assisti ...*” (B3), “ *... momentos que foi necessário atualização do plano, foi sempre a apresentação*”. (A9).

Aspeto muito importante, como sabemos na vida profissional ao qual não era dada a devida atenção, mas houve uma evolução tornando-se uma preocupação, “ *no plano de integração que é realizado agora é um plano bem delineado de integração, isso é um dos pontos a abordar e até há uma visita pelos locais onde temos armários com material onde temos os documentos para, para colocar a situação de exceção em prática*” (A13).

Segundo Santos et al (1999:12) citado por Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves (2010) “cabe ao enfermeiro chefe a responsabilidade de planear e orientar o processo de integração dos enfermeiros, que deverá ser coadjuvado por um enfermeiro a designar”.

Importância da formação

Para Oliveira e Queirós (2015), citado por Costa & Gaspar (2017, p. 53) a formação inicial não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis ao longo da vida profissional, pelo que a formação contínua em enfermagem deve ajudar a desenvolver

atitudes de análise e resolução de problemas e de pensamento crítico sobre os valores e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem.

A formação é um pilar importante na prestação de cuidados. Esta deve transcorrer criando momentos de aprendizagem atendendo à sua periodicidade/atualização sem por em causa o normal funcionamento, permitindo capacitação, e atuação responsável em conformidade “... tendo em conta potenciais situações de emergência ... para que a sua atuação seja efetiva, eficaz e com qualidade”. (Malagutti & Martins, 2011, p. 282)

“À Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência compete designadamente: e) Promover a formação e o treino dos profissionais do CHUC em conformidade com os planos de emergência.” (Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de, s.d.).

Todos os participantes são unânimes quanto à importância da formação sobre o plano de uma forma dita “regular” no sentido da melhoria na atuação em catástrofe/situação de exceção, com “... *eficácia e eficiência de todos os cuidados*” (A5), “ *O grande benefício é as pessoas no momento em as coisas aconteçam não ficarem desorientadas e em stress e conseguirem fazer as coisas de forma agilizada e sistematizada tal como o plano...*” (B4), “ *Precisamente em situações de exceção conseguimos trabalhar todos com um objetivo comum*” (A11), “... *este tema é um tema que até me é muito querido a catástrofe que eu acho que nós devíamos estar todos preparados e a equipa deveria estar toda preparada e acho que a formação nos está a fazer muita falta neste momento*” (A6).

Não nos podemos esquecer que uma formação de qualidade contribui para processos mais seguros na prestação de cuidados e que as organizações e os seus responsáveis devem promover a aprendizagem e formação contínua, voltada para a qualidade e segurança. “O enfermeiro adopta uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados, (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A OMS através da campanha “World Disasters Reduction Campaign on Safe Hospitals (2008-2009), veio alertar governantes e organizações relativamente a: “Melhorar a capacidade de gestão de emergência organizativa tanto na perspetiva organizativa como na preparação dos profissionais”.

Sugestões de melhoria dos participantes

Na análise das respostas dos entrevistados sobressaiu a importância da formação nesta área. Verifica-se que (10) dos entrevistados vêm como importante que a formação seja feita através de simulações/jogos “... *reuniões periódicas e o sistema de role-play*

...entre todos os intervenientes que prestam cuidados... todos temos que aprender com o plano de catástrofe... (A4), *“...fazer exercícios mais vezes fazer situações de exceção, fazer simulacros...”* (A13), *“... Sessões de apresentação periódicas... treino e simulação efetiva...”* (A2), *“... fazer jogos de mesa e situações que... ajudassem que as pessoas percebam... jogos de mesa com uma tarde a conversar sobre isso pelo menos para as pessoas terem conhecimento do plano...”* (B4).

Através da divulgação/treino, *“... divulgação devia ser feita a todos os intervenientes do serviço de urgência ... treinar que é coisa que não fazemos ...acho que a formação nos está a fazer muita falta neste momento...”* (A6), *“Reforçar aqui gostava de o saber dizer para não ferir ninguém, reforça que que todos temos que aprender com o plano de emergência e catástrofe. Nós podemos saber muito do ponto de vista técnico ou científico mas um plano de catástrofe é obedecermos a uma voz de comando e que essa voz de comando saiba exatamente a sua carta de ação que cada um corresponda à sua carta de ação”* (A4), *“... Quanto mais treino mais fácil será numa situação real”*. (B1), *“... divulgação, resumo de todo o plano para não estar aquele maço de folhas....criar um fluxograma de fácil leitura e de fácil interpretação”*. (A5), *“...apresentações mais periódicas...para haver um refresh de tudo aquilo que vai decorrendo ...reeducação das pessoas através da formação contínua...existência de simulacros que é coisa que nunca foi tentada nunca foi feita...”* (A9).

De acordo com Malagutti & Martins (2011, p 233), parece haver unanimidade na área de formação *“ As duas principais metas para uma atuação eficaz em desastres são, treinamento contínuo a nível institucional e treinamento académico fornecido por uma diversidade de instituições a nível de graduação e nível médio, ou por meio da educação permanente”*

Os resultados do estudo, em articulação com melhores meios de comunicação podem concorrer para o estabelecimento de planos de formação melhor estruturados e atualizados como forma de conhecimento.

CONCLUSÃO

Cientes da escassez de estudos sobre a temática e a verificação, muito pontual deste fenómeno, elegemos este trabalho, como a nossa oportunidade de intervenção neste campo e acreditamos que vai suscitar reflexões profundas e discussões proveitosas dos profissionais de saúde, principalmente os que trabalham no SU.

Embora tivéssemos partido muito receosos para esta pesquisa, sentimo-nos amplamente compensados pela oportunidade que nos proporcionou de conhecer e refletir sobre um tema que pode ser inquietante para toda a comunidade em geral, mas sobretudo para as instituições de saúde e para os profissionais. A sua realização tornou-se muito gratificante por nos permitir estudar esta problemática emergente e a grande aceitação das pessoas que conosco colaboraram foi um verdadeiro incentivo, mostrando-se muito interessados em conhecer os resultados do estudo.

Podemos afirmar que os objetivos por nós definidos foram alcançados. Ficamos seriamente preocupados com os resultados obtidos, pois demonstram como são “débeis” os conhecimentos que a equipa tem do funcionamento do plano e do papel a desempenhar devendo para tal ocorrer uma mudança de atitude por parte de quem tem responsabilidade de gestão.

A revisão da literatura sobre possíveis catástrofes, na zona centro proporcionou-nos um conhecimento importante, mas ... afinal de contas o que nos veio abalar e afetar os cuidados de saúde, em plena primavera de 2020, foi a pandemia por COVID-19.

A ocorrência de uma catástrofe/situação de exceção, numa unidade de saúde implica uma resposta complexa, eficiente e rápida com medidas que visem minimizar riscos para com os doentes que ocorrem, bem como para os profissionais que prestam os cuidados, podendo ter consequências devastadoras se não existirem condições de preparação.

A gestão de cuidados em catástrofe/situação de exceção requer um conjunto de protocolos designados por – Plano de Emergência – como uma estrutura de comando bem definida, atribuição de papéis e responsabilidade aos que venham a intervir com resposta de forma adequada, devendo para isso receber formação específica no sentido de estarem capacitados com as competências necessárias à função que irão desempenhar durante o período.

Com base nos resultados obtidos e tendo como ponto de partida a questão levantada para o estudo, podemos afirmar que em relação à elaboração do PEH, verificamos que foram cumpridas as indicações relativamente ao protocolo de execução, mas relativamente à divulgação/formação este item não está a ser devidamente observado, situação bem expressiva pela narrativa dos entrevistados.

Para os enfermeiros destes dois serviços, é notório que a divulgação/formação e treino são componentes importantes e necessários no desenvolvimento de conhecimentos e competências dos profissionais, recebem destaque “pensar rápido, ter agilidade e capacidade de resolver problemas emergentes”. Permitiu ainda colocar em evidência que a nível da formação existe um défice bastante grande, depreende-se ainda que o plano, não é por si só, garantia de segurança e eficácia, precisa de ser difundido, testado e verificado através simulacros para capacitação de atuação em situação de catástrofe.

Considera-se esta temática bastante importante no contexto atual, com necessidade de aprofundamento, para uma gestão de estruturas que melhor sirvam os doentes e profissionais, devendo existir uma adenda ao plano (a nível institucional em geral e serviço de urgência em particular), devido ao facto de os planos de uma maneira geral estão “voltados” para os desastres, situações de trauma, não estando ainda despertos para as situações de bioterrorismo, ou situação de pandemia com a que estamos a viver.

Toda a situação de catástrofe requer competência profissional, ou seja, conhecimento, habilidades e atitudes próprias na execução, sendo de importância crucial que os diferentes profissionais possuam treino e desenvolvimento profissional de uma forma constante. “...é a educação profissional que aperfeiçoa o homem para uma carreira dentro de uma profissão ...” (Malagutti & Martins, 2011, p. 223). Verificamos que este nível é deficitário desde a integração e continuidade no serviço.

Limitações – este estudo apenas aplicado aos enfermeiros, não sendo contemplados outros grupos de profissionais de saúde, não fica de algum modo completo, (sugerimos a consecução do estudo alargado aos outros grupos profissionais) o que permitiria uma análise e compreensão mais profunda da situação que de algum modo poderia reforçar as narrativas expressas pelos enfermeiros.

Relativamente à utilidade deste estudo ele serve como base para a perceção de dificuldades passíveis de modificação, e ao propor a apresentação dos resultados nos serviços poderá concorrer para um “despertar e consciencializar” da importância de um tema como este, pois só profissionais com formação adequada são capazes de uma atuação eficiente e eficaz, concorrendo para uma valorização institucional enquanto prestadores de cuidados de saúde na sociedade.

Impõe-se a questão, como os responsáveis pela gestão poderiam contribuir para o treinamento/desenvolvimento dos profissionais tanto no curto prazo como no desenvolvimento, ou mais direcionado para ampliar futuras responsabilidades.

Este envolvimento dos responsáveis pela gestão passará porventura no processo de integração dos profissionais, que segundo Frederico (2011) citado por (Macedo, 2012, p. 25) é entendida como a admissão do indivíduo na instituição/serviço e a sua orientação no ambiente laboral, abrangendo a comunicação de conhecimentos quanto à organização e sociedade institucional, à especificidade da função a desempenhar e ao próprio desenvolvimento de competências.

Para melhor compreensão, sugere-se um levantamento de necessidades através da observação, das reclamações, ou das ocorrências problemas/indesejáveis. Este planeamento, tem de considerar as aptidões individuais e programação constante e atualizada; com uma implementação, considerando aspetos de ordem técnica ou de operacionalização (local, horário, tempo despendido, número de participantes, recursos audiovisuais). Também de acordo com a disponibilidade dos recursos estruturais e didáticos, (orientações em horário de serviço possuem carácter obrigatório, e eventos fora do horário sejam de carácter facultativo); e uma avaliação, ponto importante na determinação da efetividade do desenvolvimento e desempenho profissional.

“ Enfermeiros de todas as especialidades necessitam de saber avaliar, priorizar, dar suporte e atuar efetivamente em situações de desastre...” (Malagutti & Martins, 2011, p. 232).

Ao finalizarmos esta etapa, sentimos que muito aprendemos, principalmente na aplicação dos princípios teóricos na prática da investigação científica. Foi longa com algumas angústias e muitas incertezas, principalmente pelo trabalho solitário em que culminou.

Temos aprendido, ao longo do nosso percurso, que o enfermeiro não se pode acomodar! Queremos e acreditamos em caminhos que nos ajudem a evoluir e a aprofundar a nossa identidade e a cuidar com excelência dos que de nós necessitam. Na enfermagem em geral, mas nos serviços de urgência em particular, precisamos de enfermeiros dinâmicos, motivados, interessados, assertivos e proactivos e que sejam sensíveis às questões da gestão dos cuidados e à formação em serviço.

A formação pertinente e atualizada com métodos e estratégias adequadas, tem de ser uma “bandeira” de qualquer serviço de urgência, pois estas situações não têm data nem hora marcada.

Queremos finalizar com o testemunho de um participante sobre da importância da apresentação do estudo e da sua utilidade prática na formação em serviço:

“... toda a formação tem benefícios e uma das coisas é apresentares o trabalho aqui, eu não sei qual é o feedback dos colegas acho que não deve ser muito diferente, e isso é uma coisa importante tu apresentares os resultados aqui no serviço, a ter uma formação em serviço para as pessoas terem a noção que nós não temos formação nenhuma e que é importante se nós todos dizemos que realmente achamos que é importante porque não fazer formação nessa área”.(A10)

BIBLIOGRAFIA

- Almeida e Sousa. J. P. (2012). A resposta da medicina intensiva em situação de múltiplas vítimas e catástrofe. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp 37-43. Recuperado de www.actamedicaportuguesa.com
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe-de exemplificação à iatroética*: Editora da Universidade do Porto.
- Bardin, L (2013): *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70
- Câmara Municipal de Coimbra (2018). *Plano municipal de defesa da floresta contra incêndios de Coimbra*. Recuperado de https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2018/06/038.-Edital-38_2018.pdf
- Câmara Municipal de Coimbra. (2015). *Plano especial de emergência para cheias e inundações no concelho de Coimbra*. Recuperado de <http://planos.prociv.pt/Documents/131535149406278290.pdf>
- Câmara, R.H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (2),179-191. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Carvalho, J. C., & Ramos, T. (2014). *Logística na saúde*. Lisboa, Portugal: Edições
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (s.d.). *Comissão de catástrofe e planeamento hospitalar de emergência*. Recuperado de <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/orgaos-de-apoio-tecnico/comissao-de-catastrofe-e-planeamento-hospitalar-de-emergencia.php>
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2018). *Relatório e contas 2018*. Recuperado de [https://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2018/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20Ano%202018%20CHUC%20\(Reformulado%20Mar%C3%A7o%202020\).pdf](https://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2018/Relat%C3%B3rio%20e%20Contas%20Ano%202018%20CHUC%20(Reformulado%20Mar%C3%A7o%202020).pdf)
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU). (2012). *Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Costa, A., Gaspar. P.J.S. (2017). *Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência*. Recuperado de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2880/1/cap-3.pdf>

Coutinho, C. P. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2ª ed.) Coimbra: Almedina.

Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro de 2011. Diário da República nº 249/2011 – I Série. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/124/2011/12/29/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 134/2006 de 25 de julho de 2006. Diário da República nº 142/2006 – I Série. Ministério da Administração Interna. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/134/2006/07/25/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 220/2008 de 12 de novembro de 2008. Diário da República nº 220/2008 – I Série. Ministério da Administração Interna. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/220/2008/11/12/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 247/2007 de 27 de junho de 2007. Diário da República nº 122/2007 - I Série. Ministério da Administração Interna. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2007/06/27/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 254/2007 de 12 de julho de 2007. Diário da República nº 133/2007 – I Série. Ministério do Ambiente do Ordenamento e do Desenvolvimento Regional. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/254/2007/07/12/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 281/2007 de 7 de agosto de 2007. Diário da República nº 151/2007. - I Série. Ministério da Defesa Nacional. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2007/08/07/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de março de 2011. Diário da República nº 43/2011 - I Série, nº 43. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/30/2011/03/02/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro de 2012. Diário da República nº 32/2012 - I Série. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/34/2012/02/14/p/dre/pt/html>

Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto de 2014. Diário da República, nº 153/2014. - II Série. Ministério da Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Recuperado de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

- Despacho nº 1057/2015 de 2 de fevereiro de 2015. Diário da República nº 22/2015 - II Série. Ministério da Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Recuperado de <https://dre.pt/home/-/dre/66396673/details/2/maximized?serie=II&dreId=66396637>
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Diário da República nº 28/2015 1º Suplemento - II Série. Ministério da Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Recuperado de https://dre.pt/home/-/dre/66463210/details/maximized?p_auth=meA2nnkZ&serie=II
- Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho de 2010. Diário da República nº 112/2010 - II Série. Ministério da Saúde (2010). Recuperado de <https://dre.tretas.org/dre/275684/despacho-9871-2010-de-11-de-junho>
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação nº 007/2010. Guia de geral para a elaboração de um plano de emergência das unidades de saúde*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Fernandes, A.P., Geraldes, J. P., Batista, M. P., & Alves, P. M. (2010). Integração de enfermeiros no serviço de urgência geral. *Sinais Vitais-Enfermagem em Revista*, (92) pp 51-55. Recuperado de <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revistas/revista-sinais-vitais/24-revistas-2010-e-2012/507-revista-no-92-setembro-2010?showall=1&limitstart=>
- Flick, U. (2013). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor Projetos e Edições Lda.
- Fonseca, I., Leitão, J. (2017). *Plano de emergência externa dos hospitais da universidade de Coimbra*.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (5ª Edição). Loures: Luso Ciência.- Edições Técnicas e Científicas, Lda. (Obra original publicada em 1996).
- Frade, M. J., Mesquita. C. (2017). *Plano de emergência externa do hospital geral*. Coimbra.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual de serviço* (2ª ed.) Amadora.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual do formador* (2ª ed.). Amadora.

- Lei nº 27/2006 de 3 de julho de 2006. Diário da República nº 126/2006 - I Série. Assembleia da República. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/27/2006/07/03/p/dre/pt/html>
- Lei nº 53/2007 de 31 de agosto de 2007. Diário da República nº 168/2007 - I Série. Assembleia da República. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/53/2007/08/31/p/dre/pt/html>
- Lei nº 63/2007 de 6 de novembro de 2007. Diário da República nº 213/2007 - I Série. Assembleia da República. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/63/2007/11/06/p/dre/pt/html>
- Lei nº 95/2019 de 4 de setembro de 2019. Diário da República nº 169/2019 - I Série. Assembleia da República. (2019) Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de educação e Psicologia]. Recuperado de <https://ria.ua.pt/handle/10773/9956>
- Malagutti, W., Martins, J. C. (2011). *Catástrofe: Atuação multidisciplinar em emergências*. São Paulo, Brasil: Editora Martinari
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de educação*, 2 (2), pp49-65. Recuperado de <http://eduser.ipb.pt>
- Mendes, C., Coelho, C. & Sacadura, P. (2009). *Cadernos técnicos Prociv 7- Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos: diretiva "seveso II"*. Recuperado de <http://www.prociv.pt/bk/cadernos/7.pdf>
- Miranda, C. M. (2015). *Preparação dos enfermeiros para o exercício de docência: contributo e supervisão clínica em enfermagem* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/10400.26/9755>
- Núcleo de Riscos e Alerta (2009). *Prociv #9. Cadernos técnicos: Guia para a caracterização do risco no âmbito da elaboração de planos de emergência de proteção civil*. Recuperado de http://www.prociv.pt/bk/Documents/CTP9_www.pdf
- Oliveira, M. S., Meira, M., Valente, M., Catarino, R., Cunha, S.B., & Borges, B. (2012). *Situação de exceção* (Manual de TAS). (ed. INEM), Lisboa. Recuperado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto – Nova redação conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Safe hospitals in emergencies and disasters: Structural, non-structural and functional indicators*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>
- Paulino, A. S. (2014). *Promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16314>
- Portaria nº 1532/2008 de 29 de dezembro de 2008. Diário da República: I Série, nº 250. Ministério da Administração Interna Recuperado de http://www.prociv.pt/bk/SEGCINCENDEDEF/Documentos/Portaria_n.1532_2008_RT_SCIE.pdf
- Pozzebon, M., & Freitas, H. M. (1998). Pela aplicabilidade- Com um maior rigor científico dos estudos de casos em sistemas de informação. *Revista de Administração Contemporânea*, p 2. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1415-65551998000200009>.
- Queirós, P. J. P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Esc Anna Nery*. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/eann/v20n3/1414-8145-eann-20-03-20160079.pdf>
- Santos, J. L. (2011). Gerenciamento do cuidado: Ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp 695-702. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. (2015). Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação técnica de análise dos dados qualitativos *Qualitas Revista Electrónica*, pp. 1-14. Recuperado de <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>

Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades – Triagem de manchester* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>

UNICEF. (Edição revista 2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Edição Comité Português para a UNICEF recuperado de https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Vargas, M.A.O., Luz, A.M.H. (2010). Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: É preciso pensar sobre isso e aquilo. *Revista em Foco*, (1), pp.23-27. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Formulário de caracterização dos participantes

V MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS

CATÁSTROFE EXTERNA/EMERGÊNCIA INTERNA

Planos de Emergência Hospitalar

Caro (a) colega:

Serve o presente documento para obtenção da caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros participantes.

Todos os dados inerentes e que lhe dizem respeito serão guardados de forma confidencial sendo destruídos após a análise de dados, no final do estudo e nenhuma informação pessoal será divulgada.

Caso não aceite o preenchimento não lhe advém qualquer prejuízo.

ENTREVISTA Nº

Data:

Marcar com X no

Sexo:

M F

Local de trabalho Polo A Polo B

Idade:

Até 30 Anos 31-40 Anos Mais de 40 anos

Habilitações Académicas:

Doutoramento	<input type="checkbox"/>	Área	<input type="text"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>		
Pós-Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Área	<input type="text"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Área	<input type="text"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>	Área	<input type="text"/>

Função que exerce no Serviço de Urgência:

Enfermeiro		Enfermeiro Coordenador		Gestor	
------------	--	------------------------	--	--------	--

Tempo total de exercício profissional:

≤3 anos		4 a 9 anos		10 a 14 anos		≥15 anos	
---------	--	------------	--	--------------	--	----------	--

Tempo de exercício profissional em Serviço de Urgência:

4 a 9 anos		10 a 14 anos		≥ 15 anos	
------------	--	--------------	--	-----------	--

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE 2 - Informação ao participante/Consentimento informado

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE/ CONSENTIMENTO INFORMADO

Fernando António Pinto de Figueiredo, enfermeiro, a exercer funções no Serviço de Urgência (Polo HG) a realizar um estudo relativo à dissertação sobre CATÁSTROFE EXTERNA/EMERGÊNCIA INTERNA – Planos de Emergência Hospitalar, do V Mestrado na Área de Especialização Gestão de Unidade de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação da Sr^a Professora Doutora Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca.

Foi delineada a seguinte questão de investigação:

- Como é que o Plano de Emergência Externa/Plano de Emergência Interna contribui para a gestão de uma resposta rápida e eficaz no atendimento pelos enfermeiros ao maior número de vítimas no serviço de urgência, e noutros serviços potencialmente envolvidos?

De acordo com a questão de investigação, definimos os seguintes objetivos:

- ▶ Analisar os planos de emergência do CHUC; - Polo Hospitais da Universidade de Coimbra (Polo HUC) e Polo Hospital Geral (Polo HG),
- ▶ Identificar aspetos essenciais da sua estrutura;
- ▶ Conhecer as várias fases de ativação;
- ▶ Aprofundar conhecimentos na gestão de meios técnicos e humanos;
- ▶ Desenvolver competências na área de intervenção em situações de exceção.
- ▶ Conhecer a periodicidade de revisão dos planos e formas de divulgação;
- ▶ Identificar iniciativas formativas de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais;
- ▶ Identificar iniciativas formativas de prevenção, informação e sensibilização dos profissionais;

Pretende-se que a recolha de dados seja efetuada por entrevista individualizada (guia em anexo), aos enfermeiros, e consulta do Plano de Emergência do Serviço de Urgência (Polo HUC e Polo HG), do CHUC, EPE.

Papel dos Participantes: A sua colaboração neste estudo consiste na participação na entrevista gravada em suporte áudio, se autorizada, respondendo de acordo com a sua experiência/vivência.

De salientar que a sua participação será voluntária e em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida), pode desistir de

colaborar neste estudo, sem que daí resultem quaisquer prejuízos. A sua identidade não será referenciada em qualquer documento integrante do estudo.

Assim solicito que, de forma livre e informada expresse o consentimento para a sua participação.

Após ter tomado conhecimento do estudo, ter sido apresentado, e explicados todos os procedimentos eu _____, declaro que é de livre vontade participar no estudo acima identificado. Fui informado (a) que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo, que tenho o direito de, agora e durante o seu desenvolvimento, colocar qualquer questão sobre a investigação ou métodos utilizados, sem que daí advenha qualquer prejuízo para mim.

A entrevista será gravada em suporte áudio, e cuidadosamente guardada. Será transcrita para suporte de papel, e analisada pelo investigador, e no final da investigação eliminada. De forma alguma os dados recolhidos serão colocadas à disposição de terceiros.

Nenhuma informação que me identifique será incluída na transcrição da entrevista, podendo aceder à mesma caso assim o expresse, podendo ainda no final aceder aos resultados através da consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou por contacto com o investigador. A minha participação é voluntária.

Declaro ter compreendido o que me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento. Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto obtendo para todas elas resposta esclarecedora.

Pelo presente documento que assino, declaro o meu consentimento informado, disponibilizando-me para participar no estudo acima identificado.

Data: ____/____/____

O Entrevistado: _____

O Investigador: _____

Contactos do investigador: tlm 968051606; ou endereço eletrónico: fapf52@gmail.com

APÊNDICE 3 - Guião da entrevista

V MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS

CATÁSTROFE EXTERNA/EMERGÊNCIA INTERNA

Planos de Emergência Hospitalar

GUIÃO DA ENTREVISTA

Objetivos:

- ✓ Caracterizar a equipa de enfermagem;
- ✓ Identificar o grau de conhecimento relativamente ao Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna;
- ✓ Conhecer a periodicidade de revisão dos planos;
- ✓ Conhecer formas de divulgação dos planos;
- ✓ Identificar iniciativas formativas e treinamento.
- ✓ Analisar a importância do Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna na gestão nas situações de exceção;

1 – Fase Introdutória

- Apresentação do entrevistador;
- Explicação do propósito da entrevista;
- Preenchimento do consentimento informado;
- Informação sobre os objetivos do estudo;
- Garantir a confidencialidade da informação recolhida;
- Informar sobre a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento;
- Solicitação do preenchimento do formulário de caracterização do entrevistado.

2 – Fase Narrativa

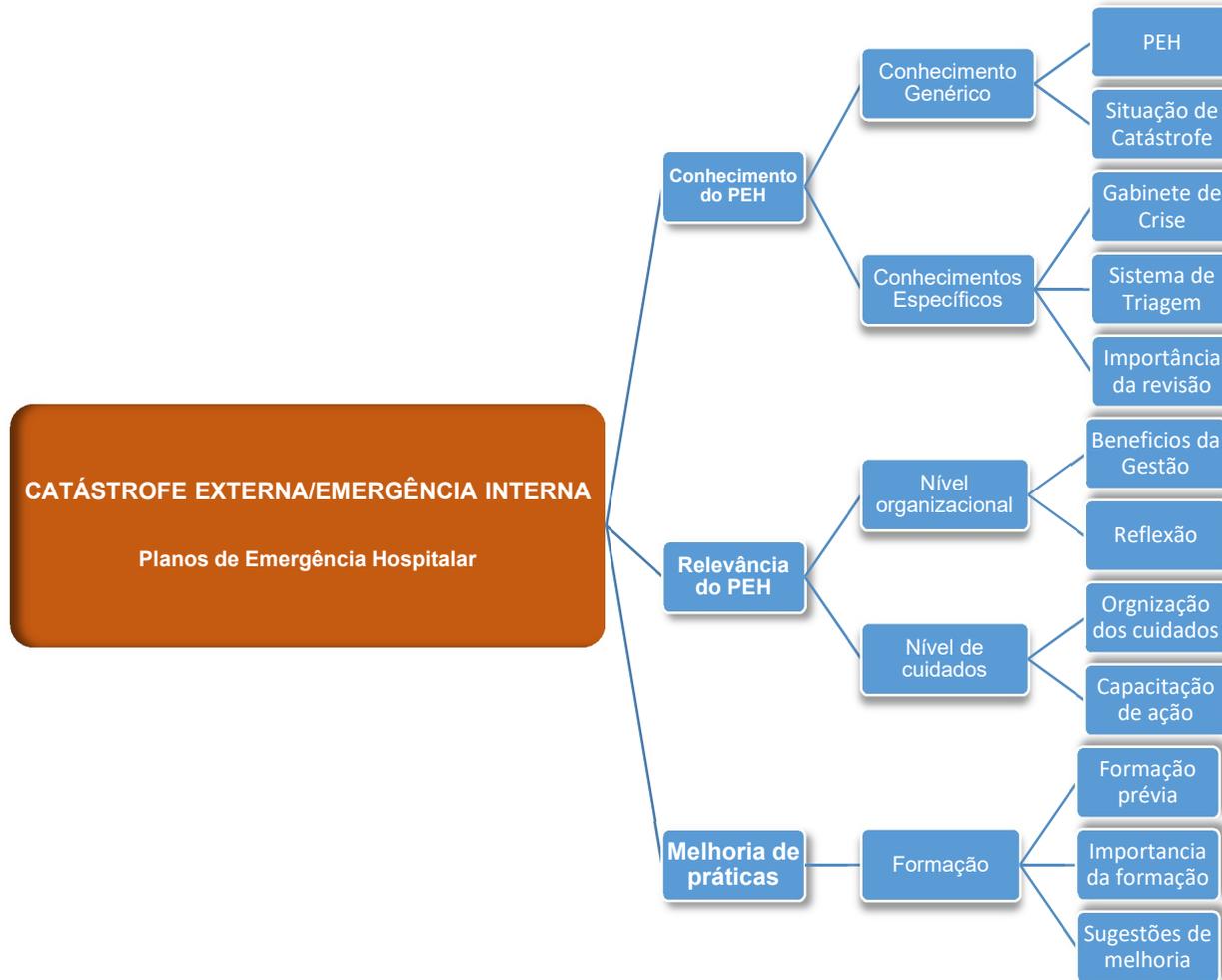
1. Identificar o grau de conhecimento relativamente ao Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna
 - 1.1. Que conhecimento tem do Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna do Serviço de Urgência?
 - 1.2. Sabe como funciona o gabinete de crise?
 - 1.3. Como tomou conhecimento do mesmo e que contributos pode oferecer à sua prestação de cuidados?
 - 1.4. Que importância tem na sua prestação de cuidados?
 - 1.5. Conhece o sistema de triagem preconizado no Plano Emergência Externa?

2. Conhecer a periodicidade de revisão dos planos;
 - 2.1. Sabe com que periodicidade deve ser feita a revisão do plano?
 - 2.2. Porque é importante a revisão e a atualização?
3. Conhecer formas de divulgação dos planos
 - 3.1. Que tipo de informação lhe foi dada aquando da integração no serviço?
 - 3.2. Que propostas ou recomendações introduziria na sua divulgação?
4. Identificar iniciativas formativas e treinamento
 - 4.1. De que forma é promovido no Serviço de Urgência uma reflexão sobre Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna?
 - 4.2. Que benefícios identifica na formação e treinamento do plano para o atendimento em situações de exceção?
 - 4.3. Com que periodicidade deve ser planeada a formação em serviço na área da triagem de catástrofe?
5. Analisar a importância do Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna na gestão das situações de exceção;
 - 5.1. O que é para si uma situação de catástrofe?
 - 5.2. Como se organiza em termos de catástrofe?
 - 5.3. Tendo em consideração o seu conhecimento, sente-se preparado para atuar em caso de situação de catástrofe?
 - 5.4. Identifica benefícios na utilização de um Plano Emergência Externa/Plano Emergência Interna em situação de catástrofe?
6. Que proposta ou recomendações deixaria para melhorar a intervenção?
7. Tem mais algum aspeto que queira referir em relação a este tema?

3 – Fase de Encerramento

- 1- Reforçar o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos
- 2- Agradecimento pela disponibilidade e colaboração

APÊNDICE 4 - Resultado esquemático da análise de dados



ANEXOS

ANEXO 2 – Prioridades

TRIAGEM MANCHESTER

COR	PRIORIDADE	TEMPO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Urgente	10 min
AMARELO	Urgente	60 min
VERDE	Pouco Urgente	120 min
AZUL	Não Urgente	240 min

ANEXO 3 – Critérios cor branca

São critérios para atribuição de cor branca:

1. Razões administrativas:

- Doente de outro hospital que necessita de inscrição para execução de exame complementar de diagnóstico por acordo entre instituições (no caso de não ser aberta a inscrição para esta finalidade, o doente não é triado e não é atribuída cor de prioridade).
- Cadáver que necessita de registo administrativo para admissão na casa mortuária.
- Doente chamado para terapêutica não programada (transplante).
- Doente admitido para o internamento para actividade programada, e que utiliza o posto administrativo da urgência para admissão.

2. Razões clínicas:

- Doente referenciado por médico (independentemente do local de referência ou da especialidade) sem situação aguda ou de urgência, seja para a realização de técnica, exame complementar ou acto médico não urgente (por exemplo, doente enviado para reavaliação clínica, remoção ou renovação de imobilizações, etc.).
- Doente referenciado por médico para inclusão em protocolo científico, sem situação aguda ou de urgência.
- Utente que recorre ao serviço de urgência ao abrigo do programa de interrupção voluntária de gravidez.

3. Outras razões:

- Doentes admitidos para reavaliação por referência médica, tendo sido observados anteriormente na urgência, e que actualmente não apresentam situação aguda ou urgente.
- Colheita de sangue para contra prova da detecção de álcool ou drogas – por indicação de autoridade policial.

FOLHA DE CATÁSTROFE

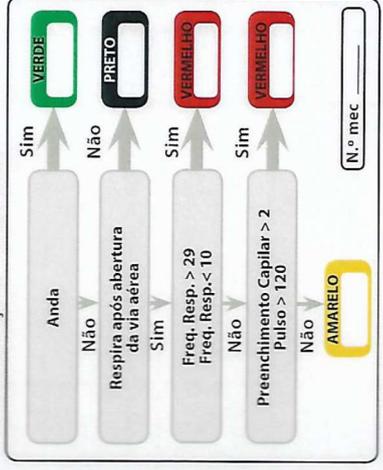
ANEXO 4 – Folha de catástrofe (frente)

Caso n.º _____
 Data ____/____/____ Hora ____:____

2. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Hora	AV	TRTS										
Freq. Resp.												
P.A. Sist.												
Glasgow												
Cor Prioridade	T		T		T		T		T		T	
N.º Mec.												

1. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA



EscaLa TRTS

10 a 29	4
> 29	3
0 = 9	2
1 a 5	1
0	0
≥ 90	4
76 a 89	3
50 a 75	2
1 a 49	1
0	0
10 a 15	4
9 a 12	3
6 a 8	2
4 a 5	1
0	0

Esponânea	4
Voz	3
Dor	2
S/Resposta	1
Orientada	5
Confusa	4
Inapropriada	3
Imparceptível	2
S/Resposta	1
Ordem	6
Localiza	5
Fuga	4
Flexão	3
Extensão	2
S/Resposta	1

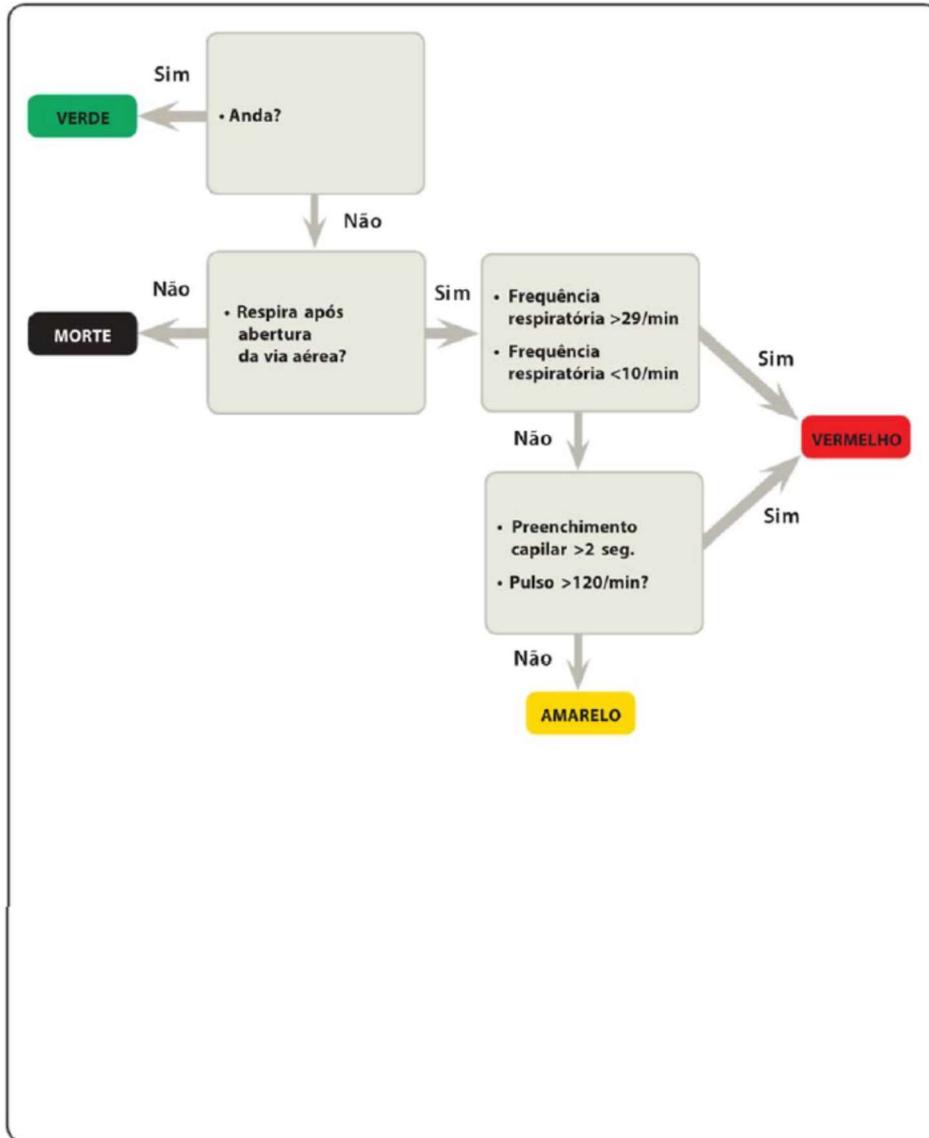
EscaLa de comas de Glasgow



Observações:

ANEXO 6 - Fluxograma de avaliação primária

CATÁSTROFES - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

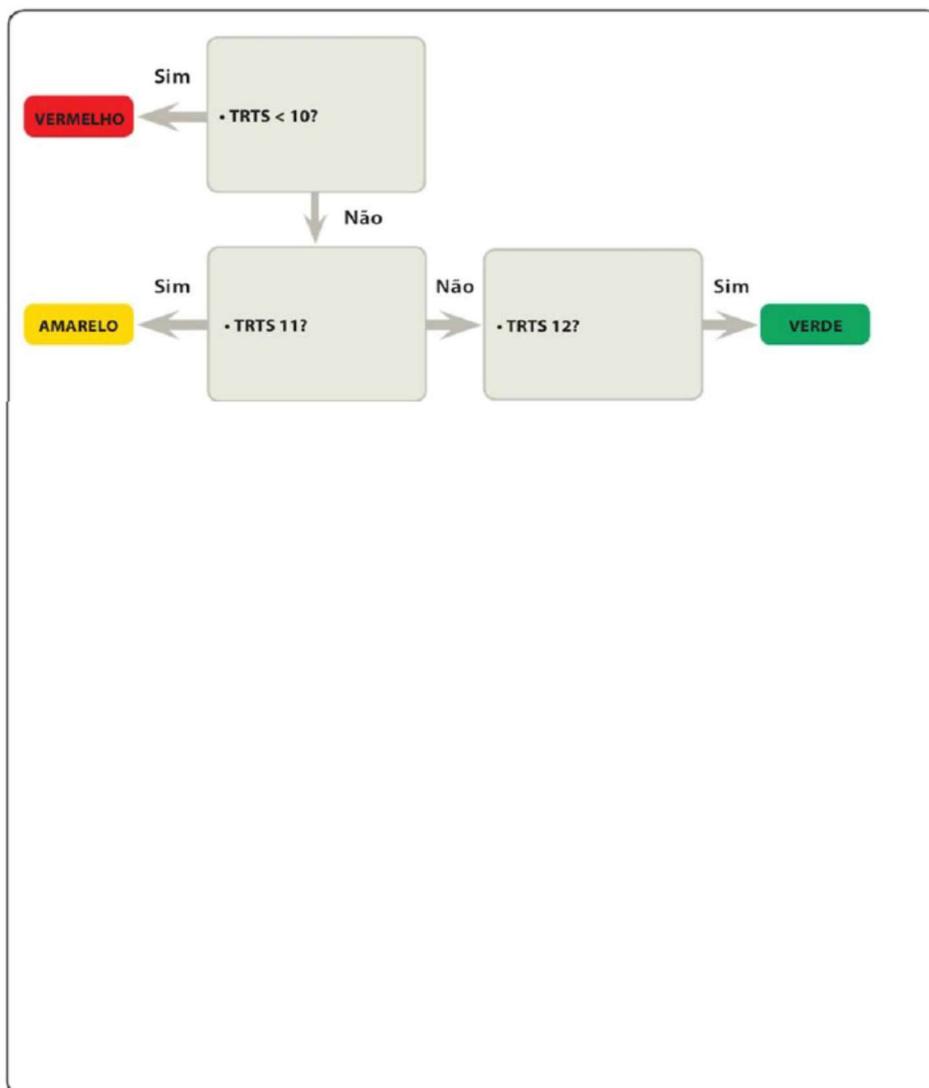


ANEXO 7 - Notas explicativa do fluxograma de catástrofe-Avaliação primária

Avaliação Primária	A triagem primária durante uma catástrofe tem uma metodologia completamente diferente da usada no dia-a-dia dos serviços de urgência. Para atingir o objetivo de, perante uma situação de múltiplas vítimas, que inviabiliza o normal funcionamento do serviço, salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados, segundo os recursos existentes, tem de ser utilizado um método diferente. Em vez de selecionar os doentes mais graves, selecionam-se os menos graves.
	Em vez de usar discriminadores gerais e específicos, são usados discriminadores muito simples para realizar uma divisão grosseira dos doentes em três categorias.
	Este fluxograma descreve o primeiro método de triagem a ser usado em situação de catástrofe (ocorrência com múltiplas vítimas).
	Está desenhado para permitir não só a imposição da ordem, mas também para assegurar a triagem rápida de um grande número de feridos que cheguem na mesma altura. Não se escolhem os doentes mais graves em primeiro lugar, mas seleciona-se o maior número de doentes que andam (verdes), subcategorizando os doentes de maior gravidade em vermelhos e amarelos. Consideram-se verdes os doentes que andam na medida em que isso significa que o seu ABC (via aérea, ventilação e circulação) se encontra minimamente intacto. Não devem ser gastos mais de 15 segundos por cada dente/triagem.
Discriminadores específicos	Explicação
Avaliação da respiração	Algumas vezes a respiração é irregular. Quando a frequência respiratória é demasiado elevada > 29/min ou muito baixa <10/mino doente é classificado com a prioridade vermelha.
Doente que anda	Num incidente grave em que foi acionado o plano de catástrofe, qualquer doente que possa andar, independentemente do eventual ferimento preenche este critério.
Pulso	Se o tempo de preenchimento capilar não for medido, e se o pulso for superior a 120/min, o doente é classificado com a prioridade vermelha.
Respiração após abertura da via aérea	Em situações de catástrofe, deve ser pesquisada a presença da respiração após as manobras de abertura da via aérea. A ausência de respiração durante 10 segundos apos abertura da via aérea, implica a declaração de óbito (uma competência médica), a não ser que exista a capacidade para proceder à reanimação sem prejuízo no atendimento de doentes com prioridade vermelha.
Tempo de preenchimento capilar	O tempo de preenchimento capilar é o tempo que levam os capilares do leito ungueal a voltarem a encher-se após ter sido aplicada uma pressão de 5 segundos. O tempo normal de preenchimento é até dois segundos. Este sinal não é tão útil se o doente estiver frio. Se for prolongado para além de 2 segundos, o doente é classificado com a prioridade vermelha.

ANEXO 8 - Fluxograma de catástrofe- Avaliação secundária

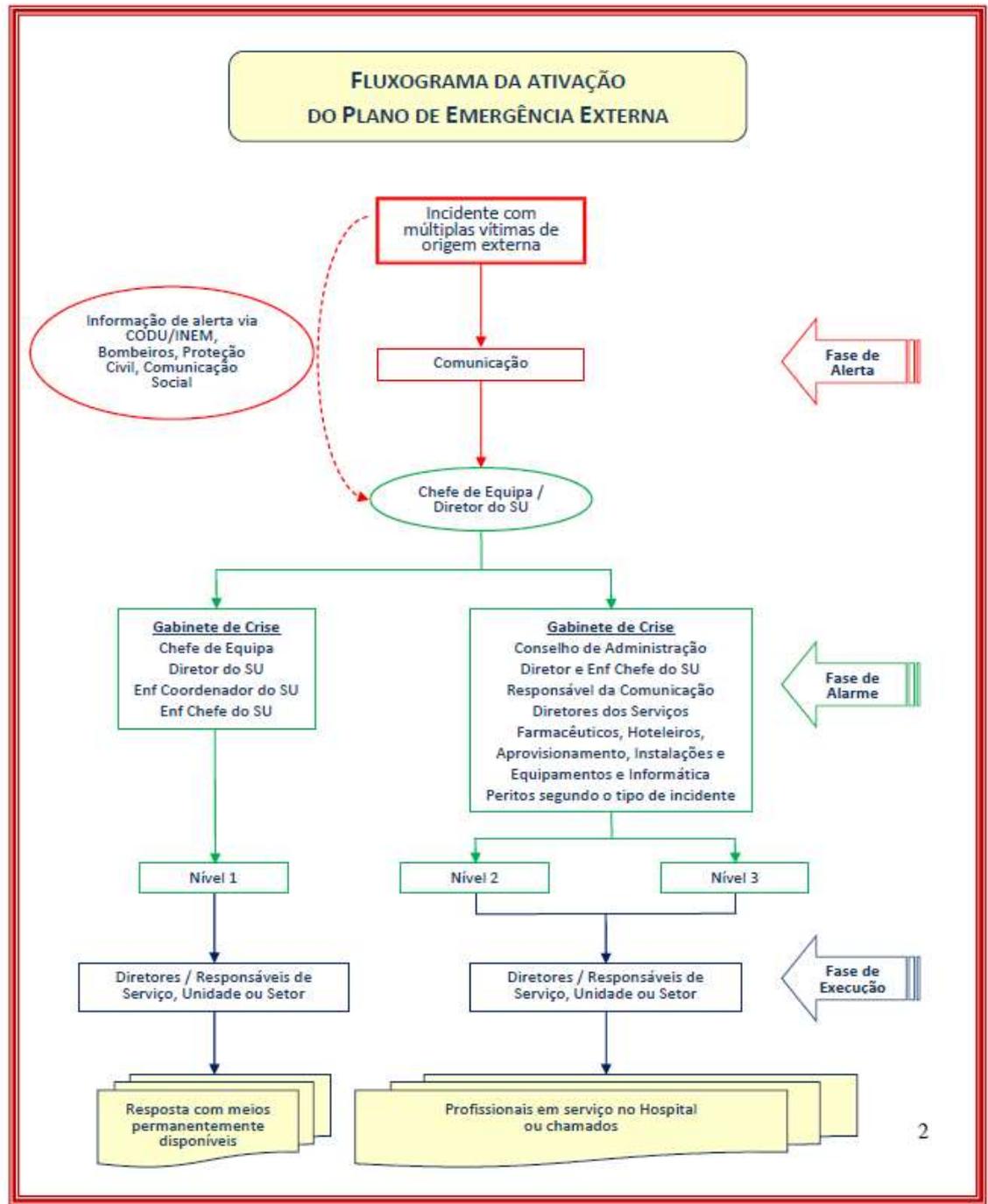
CATÁSTROFES - AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA



ANEXO 9 - Notas explicativas do fluxograma de catástrofe-Avaliação secundária

Avaliação secundária	O fluxograma para a triagem secundária na catástrofe é usado para rapidamente proceder à reavaliação de um grande número de doentes, já inicialmente observados na triagem primária.	
	Triage Revised Trauma Score (TRTS) é uma maneira adequada para triar um grande número de feridos. É baseado na codificação de três variáveis: o estado de consciência, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica.	
	Segundo o TRTS, as prioridades são atribuídas da seguinte forma:	
	Pontuação	1-10 = prioridade 1
		11 = prioridade 2
12 = prioridade 3		
0 = prioridade 4		
Discriminadores específicos	Explicação	
Frequência respiratória	10-29 > 29 6-9 1-5 0	4 3 2 1 0
Pressão sistólica arterial	>= 90 76-89 50-75 1-49 0	4 3 2 1 0
Escala de Coma de Glasgow	13-15 9-12 6-8 4-5 3	4 3 2 1 0
TRTS	A pontuação do TRTS calcula-se utilizando a codificação da frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação total de (0-12). Este sistema de pontuação aparece em muitas das etiquetas de triagem disponíveis no mercado.	

ANEXO 10 - Fluxograma de ativação do plano emergência externa HUC



ANEXO 11 - Modelo 1 registo de emergência e catástrofe

MODELO N.º 1

REGISTO DE EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE *

1. DATA: ____ / ____ / ____

2. Hora: ____ : ____

3. Informação da Situação:

4. Identificação do Informador:

5. Telefone: _____

6. Dados Confirmados?

SIM

NÃO

7. ALERTA!

Diretor do Serviço de Urgência:

Chefe de Equipa da Urgência:

Preenchido pela Secretária de Unidade ou Telefonista (nome e mecanográfico):

ANEXO 12 - Modelo 2 registo de intervenção do Gabinete de Crise

MODELO N.º 2
REGISTO DE INTERVENÇÃO DO GABINETE DE CRISE *

8. Chamada Para:

Interlocutor:

Hora: ____ : ____

9. Dados Confirmados? SIM NÃO

10. Tipo de Catástrofe:

11. Localização:

12. Número de vítimas:

Ligeiras: _____ **Graves:** _____ **Falecidas:** _____

13. Lesões Predominantes:

Traumatizados: _____ **Queimados:** _____ **Afogados:** _____

Esmagamento: _____ **Intoxicados:** _____ **Outros:** _____

CONVOCAR O GABINETE DE CRISE!

A Preencher pelo Diretor do Serviço de Urgência ou Chefe de Equipa da Urgência

ANEXO 13 - Áreas criadas segundo nível de resposta (lotação)

ÁREA VERMELHA			
NÍVEL 1	5 vítimas	Sala de Emergência – 5	
NÍVEL 2	12 vítimas	Sala de Emergência (7)	UICD (5)
NÍVEL 3	18 vítimas	Sala de Emergência (7)	UICD (11)

ÁREA AMARELA				
NÍVEL 1	17 vítimas	Área Médica 2 (17)		
NÍVEL 2	63 vítimas	Área Médica 2 (34)	Área Cirúrgica (13)	Sala de Acompanhantes (9) UICD (7)
NÍVEL 3	68 vítimas	Área Médica 2 (34)	Área Cirúrgica (17)	Sala de Acompanhantes (9) Sala de Espera da MFR (8)

ÁREA VERDE				
NÍVEL 1	30 vítimas	Área Médica 1 (30)		
NÍVEL 2	± 75 vítimas	Área Médica 1 (30)	Átrio das Consultas Externas (45)	
NÍVEL 3	± 100 vítimas	Área Médica 1 (30)	Átrio das Consultas Externas (45)	Área de Serviço da MFR (25)

ÁREA PRETA	
NÍVEL 1, 2 ou 3	Átrio junto à Casa Mortuária no Piso -3

ANEXO 14 - Carta de ação Chefe de equipa/Diretor SU

CHUC-HUC	PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE) CHEFE DE EQUIPA ou DIRETOR DO SU-A (quando presente) CARTA DE AÇÃO – NÍVEL 1
----------	---

CARTA DE AÇÃO	
	<ul style="list-style-type: none">• Ativa o PEE após confirmar informação e preencher o Modelo 2 (Registo de Intervenção do Gabinete de Crise);• Reúne com o Internista e Cirurgião, declarando a natureza médica ou cirúrgica da situação;• Decide convocar (ou não) o Gabinete de Crise em conjunto com o Enfermeiro Coordenador do SU-A, para a Sala de Reuniões junto ao Gabinete do Diretor do SU-A (Piso -1);• Notificação telefónica do Diretor do SU-A (se não se encontrar presente);• Manda notificar (pela Secretária Clínica do SU-A) os responsáveis presentes nos HUC dos vários Sectores ou Serviços;• Avalia o pessoal disponível e sua distribuição, nomeia as equipas de triagem e identificação;• Abertura do “Armário de Emergência Externa” onde se encontram os “Kits de Catástrofe”;• Assinala as áreas de informação;• Pondera evacuação de visitantes;• Mantém livres os circuitos de chegada e evacuação;• Informa o Conselho de Administração e a Direção Clínica de entrada em Nível 1.

CHUC-HUC	PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE) CHEFE DE EQUIPA ou DIRETOR DO SU (quando presente) CARTA DE AÇÃO – NÍVEL 2 ou Nível 3
----------	--

CARTA DE AÇÃO	
	<ul style="list-style-type: none">• Nomeação de 2 adjuntos (se necessário) em função da informação recebida na comunicação de catástrofe;• Proceder à distribuição das “Cartas de Ação” existentes no “Armário de Emergência Externa” aos vários intervenientes, cartas que especificam as ações a desenvolver por cada um deles;• Informar quanto ao nível de resposta a adotar de imediato para enfrentar a situação;• Informar o Diretor Clínico e o Conselho de Administração do desencadear do PEE e mantê-los informados da evolução da situação;• Ponderar e decidir sobre a necessidade de suspensão de toda a atividade assistencial programada;• Ponderar e decidir sobre a necessidade de mobilização de doentes (para áreas de expansão do Hospital ou transferências para outros Hospitais);• Ponderar e decidir sobre a necessidade de evacuação de visitantes;• Ponderar e decidir, em função da evolução da situação, sobre a necessidade de convocação de profissionais que não se encontrem de serviço para reforçar as equipas em ação.

ANEXO 15 - Carta de ação Enfermeiro Coordenador/Enfermeiro Chefe

CHUC-HUC	PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE) ENFERMEIRO COORDENADOR DO SU-A ou ENFERMEIRO CHEFE (quando presente) CARTA DE AÇÃO – NÍVEL 1
----------	---

CARTA DE AÇÃO	
	<ul style="list-style-type: none">• Notificação telefónica do Enfermeiro Chefe do SU-A (se não se encontrar presente) e do Enfermeiro Coordenador do CHUC;• Aferição e reavaliação da capacidade máxima de acordo com o nível de catástrofe;• Identificação das respetivas Áreas Assistenciais, por códigos de cores com Placas apropriadas (contidas no “Armário de Emergência Externa”);• Designar os Enfermeiros a destacar para a Triagem (formando equipas de triagem com médico);• Designar pelo menos 2 Assistentes Operacionais para encaminhamento das vítimas da triagem para as áreas respetivas;• Designar pelo menos 3 Enfermeiros (de preferência com experiência em SAV/Cuidados Intensivos) e 1 Assistente Operacional para a Sala de Emergência (ÁREA VERMELHA), aumentando o número de Enfermeiros até 8 e de Assistentes Operacionais até 3, nas áreas vermelhas, de acordo com o nível de catástrofe;• Designar Enfermeiros e Assistentes Operacionais para cada ÁREA AMARELA e ÁREA VERDE em função das necessidades;• Reavaliação periódica da distribuição/redistribuição de Enfermeiros e Assistentes Operacionais;• Destacar 1 Assistente Operacional para a ÁREA PRETA, com a função de rececionar/colaborar no transporte de cadáveres;• Destacar pelo menos 1 Enfermeiro para a ÁREA PRETA, com a função de orientar o transporte e fazer registo em folha própria (Modelo 9).

CHUC-HUC	PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA (PEE) ENFERMEIRO COORDENADOR DO SU ou ENFERMEIRO CHEFE (quando presente) CARTA DE AÇÃO – NÍVEL 2 OU NÍVEL 3
----------	--

CARTA DE AÇÃO	
	<ul style="list-style-type: none">• Aferição das necessidades em RH nas diversas áreas;• Aferição das necessidades iniciais em RH: pelo menos 3 Enfermeiros (de preferência com experiência em SAV/Cuidados Intensivos) e 1 Assistente Operacional para a Sala de Emergência (ÁREA VERMELHA), aumentando o número de Enfermeiros até 8 e de Assistentes Operacionais até 3, nas áreas vermelhas, de acordo com o nível de catástrofe;• Designar Enfermeiros e Assistentes Operacionais para cada ÁREA AMARELA e ÁREA VERDE em função das necessidades;• Reavaliação periódica da distribuição/redistribuição de Enfermeiros e Assistentes Operacionais;• Solicitar um elemento do Serviço Social para a ÁREA VERDE;• Destacar 1 Assistente Operacional para a ÁREA PRETA, com a função de rececionar/colaborar no transporte de cadáveres;• Destacar pelo menos 1 Enfermeiro para a ÁREA PRETA, com a função de orientar o transporte e fazer registo em folha própria (Modelo 9);• Destacar 1 Assistente Operacional para apoio ao Coordenador do Plano de Emergência;• Convocar o GIFA, coordenado por Assistente Social. Elementos a convocar (para o domicílio, se fora do horário normal de trabalho): Assistente Social – 1; Psicólogo – 1; Capelão – 1; Voluntariado – 2;• Convocar outros profissionais dos diversos Serviços se a evolução da situação o exigir.

ANEXO 16 - Carta de ação Gabinete de Crise Nível 1

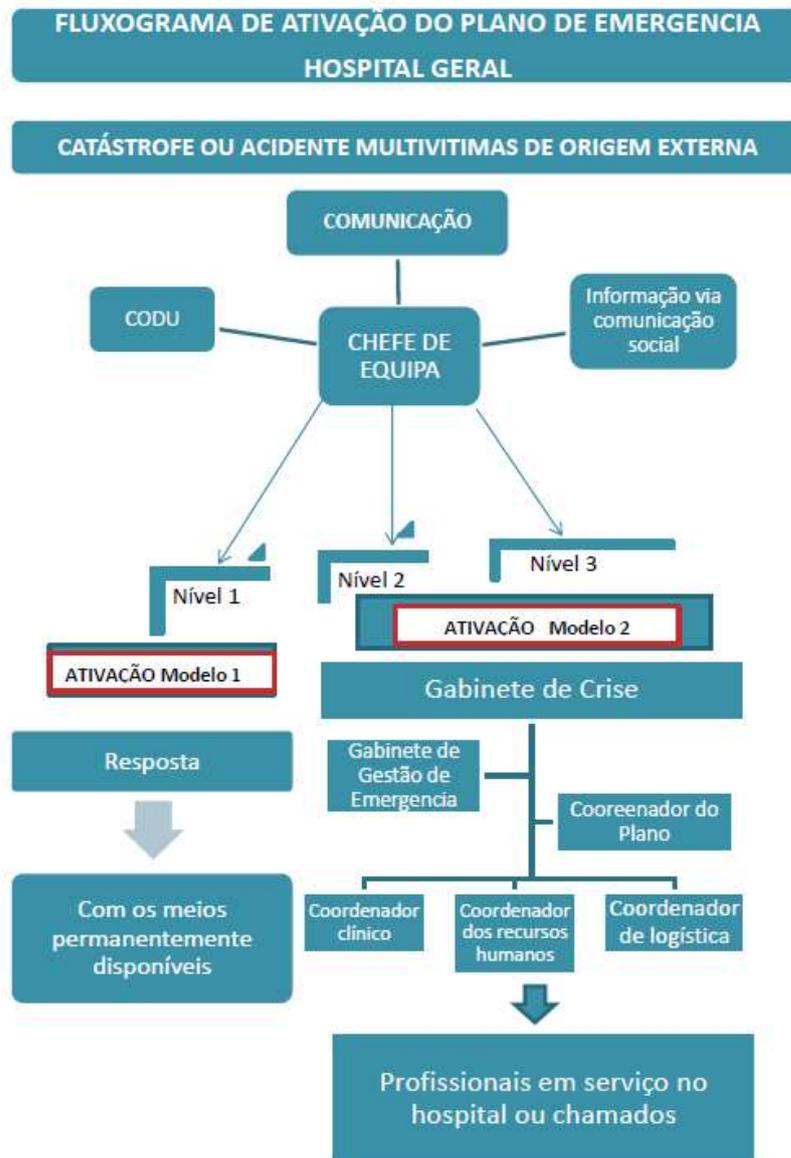
CHUC-HUC	PLANO DE EMERGENCIA EXTERNA (PEE) GABINETE DE CRISE CARTA DE AÇÃO – NÍVEL 1
----------	--

CARTA DE AÇÃO
<ul style="list-style-type: none">No Nível 1, o Gabinete de Crise será constituído pelo Chefe de Equipa do SU-A designado na escala, em conjunto com o Enfermeiro Coordenador do SU-A; são estes elementos que vão determinar a necessidade do acionamento do Plano de Emergência Externa e agir em conformidade;O Diretor do SU-A e o Enfermeiro Chefe do SU-A também integram o Gabinete de Crise quando presentes, libertando o Chefe de Equipa do SU-A e o Enfermeiro Coordenador do SU-A para tarefas mais operacionais;O Gabinete de Crise funciona na Sala de Reuniões contígua ao Gabinete da direção do Serviço de Urgência - A. <p>PROCEDIMENTOS IMEDIATOS DO GABINETE DE CRISE</p> <ul style="list-style-type: none">Proceder à distribuição das "Cartas de Ação" existentes no "Armário de Emergência Externa" aos vários intervenientes, cartas que especificam as ações a desenvolver por cada um deles;Complementar as informações disponíveis junto das entidades extra-hospitalares (INEM/CODU, Proteção Civil, Bombeiros);Assegurar que todos os Serviços implicados sejam avisados do acionamento do PEE, através do contacto dos Médicos de Serviço e dos Enfermeiros de serviço. Em nível 1 este contacto pode ser feito individualmente para os responsáveis de cada Serviço;Decidir da necessidade de contactar os interlocutores da Comissão de Catástrofe para cada Serviço o que, caso necessário, será efetuado pelo secretariado do Gabinete de Crise;Distribuir o pessoal, material e equipamento em função das necessidades;Controlar a execução das ordens dadas.

CHUC-HUC	PLANO DE EMERGENCIA EXTERNA (PEE) GABINETE DE CRISE CARTA DE AÇÃO – NÍVEIS 2 OU 3
----------	--

CARTA DE AÇÃO
<ul style="list-style-type: none">Nos Níveis 2 e 3 1, o Gabinete de Crise será constituído pelo Conselho de Administração, Diretor do SU-A, Enf Chefe do SU-A, Responsável da Comunicação, Diretores dos Serviços Farmacêuticos, Hoteleiros, Aprovisionamento, Instalações e Equipamentos e Informática, para além de Peritos segundo o tipo de incidente; são estes elementos que vão determinar a necessidade do acionamento do Plano de Emergência Externa e agir em conformidade;O Diretor do SU-A e o Enfermeiro Chefe do SU-A também integram o Gabinete de Crise quando presentes, libertando o Chefe de Equipa do SU-A e o Enfermeiro Coordenador do SU-A para tarefas mais operacionais;O Gabinete de Crise funciona na Sala de Reuniões da Administração (piso 0). <p>PROCEDIMENTOS IMEDIATOS DO GABINETE DE CRISE</p> <ul style="list-style-type: none">Proceder à distribuição das "Cartas de Ação" existentes no "Armário de Emergência Externa" aos vários intervenientes, cartas que especificam as ações a desenvolver por cada um deles;Complementar as informações disponíveis junto das entidades extra-hospitalares (INEM/CODU, Proteção Civil, Bombeiros);Assegurar que todos os Serviços implicados sejam avisados do acionamento do PEE, através do contacto dos Médicos de Serviço e dos Enfermeiros de serviço. Em nível 1 este contacto pode ser feito individualmente para os responsáveis de cada Serviço;Decidir da necessidade de contactar os interlocutores da Comissão de Catástrofe para cada Serviço o que, caso necessário, será efetuado pelo secretariado do Gabinete de Crise;Distribuir o pessoal, material e equipamento em função das necessidades;Controlar a execução das ordens dadas.

ANEXO 17 - Fluxograma de ativação do plano de emergência HG



ANEXO 18 - Modelo 1 registo de intervenção

Data: ___ / ___ / ___ HORA: ___ / ___

INFORMAÇÃO DA SITUAÇÃO

.....
.....
.....
.....

IDENTIFICAÇÃO DO INFORMADOR:

.....

TELEFONE.....

DADOS CONFIRMADOS SIM NÃO

ALERTA.....

DIRECTOR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....

CHEFE DE EQUIPA.....

A Preencher pelo Enfermeiro Coordenador

ANEXO 19 - Modelo 2 registo de intervenção do Gabinete de Crise

1 - Chamada para: _____	
2 - Interlocutor: _____	Hora: ____:____
3 - Dados confirmados? Sim	Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - Tipo de Catástrofe: _____	
5 - Localização: _____ Número de Vítimas Ligeiras _____ Graves _____ Falecidas _____	
6- Lesões Predominantes Traumatizados: _____ Queimados _____ Afogados _____ Esmagamento: _____ Intoxicados _____ Outros _____	

CONVOCAR O GABINETE DE CRISE

A Preencher pelo Diretor do serviço de urgência ou Chefe de Equipa de Urgência

ANEXO 20 - Áreas criadas segundo nível de resposta (lotação)

Área Vermelha			
Nível	Localização	Capacidade	Observações
Nível 1	Emergência	3	Possibilidade de ventilação para 5 doentes dos quais dois portáteis
Nível 2 e 3	Sala 3	4	
	Sala de doentes Dependentes	2	
Área Amarela			
Nível	Localização	Capacidade	Observações
Nível 1	Sala 1	7	Todos os setores equipados com oxigénio e aspiração
	Sala 2	7	
Nível 2 e 3	Corredor lado esquerdo	3	
	Corredor lado direito	3	
	Sala de Observações	12	
	Hall Serviço Imagem	5	
	Hall Bloco operatório	8	
Área Verde			
(Esgotada a capacidade do Nível 1, abertura da Consulta Externa, Centro de Saúde de S Martinho do Bispo)			
Nível	Localização	Capacidade	Observações
Nível 1	Sala de utentes não urgentes	20	Com oxigénio e aspiração para 6 utentes
	Sala 4	15	
	Inaloterapia	4	Com monitorização, oxigénio e aspiração para 4 utentes
	Sala de utentes não urgentes dependentes	6	Com monitorização, oxigénio e aspiração para dois utentes
Área Preta			
Área a funcionar como morgue provisória – Sala de Banho Assistido			

ANEXO 21 - Carta de ação chefe de Equipa HG

CARTA DE AÇÃO CHEFE DE EQUIPA

- Ativa o PEE após continuar informação e preencher o Modelo 2 (Registo de Intervenção do Gabinete de Crise);
- Reúne com o Internista e Cirurgião, declarando a natureza médica ou cirúrgica da situação;
- Decide convocar (ou não) o Gabinete de Crise em conjunto com o Enfermeiro Coordenador da Equipa, para o Gabinete de crise.
- Manda notificar (pela Secretária Clínica do SU) os responsáveis presentes no HG dos vários Setores ou Serviços;
- Avalia o pessoal disponível e sua distribuição;
- Ativa as equipas de triagem e identificação;
- Assinala as áreas de informação;
- Pondera evacuação de visitantes;
- Mantém livres os circuitos de chegada e evacuação;

- Informa o Conselho de Administração e a Direção Clínica de entrada em Nível

NÍVEL 2 e 3 - Passa a desempenhar as funções de Coordenador do PEE

- Manda abrir o “Armário de Catástrofe”;
- Designa os Coordenadores (Clínico, de Recursos Humanos e Técnicos e de Logística);
- Nomeia 2 adjuntos se necessário;
- Entrega “Cartas de Ação” a cada um dos Coordenadores;
- Sedia ação do Gabinete de Crise na sala de crise do SU;
- Informa o Conselho de Administração e a Direção Clínica sobre desencadear PEE;
- Pondera suspender atividade assistencial programada;
- Decide “ampliação” do Hospital (para áreas de expansão ou transferências para outros Hospitais);
- Decide, se necessário, convocação de profissionais;
- Início da fase de normalização
- Diligenciar e providenciar a recepção de imediato do doente Vip

ANEXO 22 - Carta de ação Enfermeiro Coordenador HG

CARTA DE ACÇÃO DO ENFERMEIRO COORDENADOR

1 - Confirmar a correta distribuição funcional dos enfermeiros do SU segundo o plano previamente definido;

2- Designar os Enfermeiros a destacar para a Triagem;

3 - Designar Enfermeiros de preferência com experiência em SAV/TRAUMA e 1 AO para a Sala de Emergência (ÁREA VERMELHA), aumentando o número de Enfermeiros de acordo com o nível de catástrofe;

4- Designar Enfermeiros e AO para cada ÁREA AMARELA, VERDE e PRETA em função das necessidades;

5 – Reavaliação periódica distribuição dos Enfermeiros e AO pelas áreas de Prioridades;

6 - Determinar a distribuição do material entretanto requisitado aos serviços do Hospital pelas áreas de distribuição dos utentes e respectivas prioridades;

7 - Sempre que a situação o determinar deverá proceder à chamada do Enfermeiro Chefe do SU;

8 - Convocar profissionais dos diversos Serviços se a evolução da situação o exigir, em coordenação com o Coordenador Clínico;

9 -Providencia alta, transferência dos utentes e respectivo acompanhamento;

10 - Coordena a reposição atempada dos vários tipos de consumo.

11 - Distribui os recursos humanos pelos diversos sectores de acordo com os profissionais de mais experiência nas zonas de maior complexidade.

ANEXO 23 - Carta de ação do enfermeiro nas diversas áreas

CARTA DE AÇÃO COMUM DO ENFERMEIRO NAS DIVERSAS ÁREAS – Vermelha, Amarela e Verde

Trabalha em estreita colaboração com o Enfermeiro Coordenador
Garante que todo o material e equipamentos estão operacionais
Coordena a reposição atempada dos vários artigos de consumo
Colabora na organização dos processos das vítimas
Assegura o devido acondicionamento e identificação do espólio do doente, que deve permanecer junto do mesmo.
Responsabiliza-se por toda a logística da sua área
Antes de mobilizar qualquer doente ao seu local de observação avisa previamente o outro enfermeiro responsável desta zona e procede ao registo da hora e destino do doente.
Presta cuidados às vítimas na sua área;
Orienta e trabalha em estreita colaboração com a AO.
Verifica e confirma a identificação do doente aquando da sua recepção primária ou Sempre que regresse após eventual mobilização para realização de exames ou outros;

ANEXO 24 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do grupo A (N=13)

Participante	Sexo	Idade	Habilitações académicas	Formação profissional		Função	Tempo de exercício total (anos)	Tempo de exercício em SU (anos)
					Área			
A1	F	31-40	Mestrado		Med Cir	Enfermeiro	≥ 15	≥ 15
A2	M	31-40	Mestrado		Med Cir	Enfermeiro	10-14	10-14
A3	F	>40	Mestrado		S Mental	Enfermeiro	≥ 15	≥ 15
A4	F	>40	Mestrado		Med Cir	Coordenador	≥ 15	≥ 15
A5	M	>40	Licenciatura	Pós-gra	Med Cir	Enfermeiro	≥ 15	≥ 15
A6	F	>40	Mestrado		Med Cir	Coordenador	≥ 15	≥ 15
A7	M	>40	Mestrado		Med Cir	Coordenador	≥ 15	4 a 9
A8	F	>40	Mestrado		Med Cir	Coordenador	≥ 15	≥ 15
A9	M	>40	Licenciatura			Enfermeiro	≥ 15	≥ 15
A10	F	>40	Licenciatura			Enfermeiro	≥ 15	10 a 14
A11	M	31-40	Licenciatura	Pós-gra	Med Cir	Enfermeiro	10-14	10-14
A12	F	>40	Licenciatura			Enfermeiro	≥ 15	≥ 15
A13	M	>40	Mestrado		Med Cir	Coordenador	≥ 15	≥ 15

ANEXO 25 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do grupo B (N=10)

Participante	Sexo	Idade	Habilitações acadêmicas	Formação profissional		Função	Tempo de exercício total	Tempo de exercício em SU
					Área			
B1	M	> 40	Mestrado		Médico-cirúrgica	Coord	≥ 15	≥ 15
B2	F	31-40	Mestrado		Médico-cirúrgica	Coord	10-14	10-14
B3	F	> 40	Licenciatura			Enf ^a	≥ 15	≥ 15
B4	F	> 40	Licenciatura	Pós licenciatura	Urgência e Emergência e gestão de Instituições de Saúde	Coord	≥ 15	≥ 15
B5	M	> 40	Licenciatura			Enf ^o	≥ 15	4-9
B6	M	> 40	Mestrado		Reabilitação	Enf ^o	≥ 15	10-14
B7	F	31-40	Licenciatura			Enf ^o	≥ 15	≥ 15
B8	F	31-40	Licenciatura	Outro	Urgência/emergência	Enf ^o	≥ 15	≥ 15
B9	F	> 40	Mestrado		Médico-cirúrgica	Coord	≥ 15	≥ 15
B10	M	> 40	Mestrado		Médico-cirúrgica	Coord	≥ 15	≥ 15