



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e  
Hospitalar por Profissionais em Situações  
de Exceção/Catástrofe garantindo a  
Continuidade de Cuidados**

Tânia Alves da Silva

Leiria, setembro de 2019



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e  
Hospitalar por Profissionais em Situações  
de Exceção/Catástrofe garantindo a  
Continuidade de Cuidados**

Dissertação

Tânia Alves da Silva, N° 5160024

**Unidade Curricular:** Dissertação

**Professora Orientadora:** Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, setembro de 2019

*Tudo é encontrar qualquer coisa. Mesmo perder é achar o estado de ter essa coisa perdida.*

*Nada se perde; só se encontra qualquer coisa.*

Bernardo Soares, in “Livro do Desassossego”,

Heterónimo de Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

Terminado este grande desafio, quero agradecer a todas as pessoas que me apoiaram e partilharam comigo este tumultuoso e difícil caminho. Só com elas é que foi possível chegar ao fim com a concretização desta dissertação.

Agradeço à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, (orientadora desta dissertação) pela sua disponibilidade, preocupação, apoio e dedicação constante. Obrigada por ter abraçado o trabalho como sendo seu e por nunca ter desistido, orientando-me e guiando-me pelo melhor caminho possível.

Ao Professor Doutor Pedro Sousa por alicerçar a ideia inicial.

Aos professores Bráulio Sousa e Paulo Santos que fomentaram o gosto e a procura incessante pelo tema e se disponibilizaram de imediato para a consecução deste trabalho.

Às instituições que contactei (especialmente ao enfermeiro Rui Campos) e que aceitaram o desafio de se predisporem a pedir autorização a peritos na área da catástrofe para participarem no estudo.

Aos peritos que aceitaram e responderam ao questionário, principalmente aos que se mostraram interessados a participar na entrevista.

Aos meus colegas de curso, em especial à Catarina, Cristina e Elsa, por fazerem parte desta ideia inicial e me apoiarem na minha decisão de levar este tema a bom porto. Obrigada ainda pela amizade, compreensão e motivação nos momentos mais complicados.

Aos meus pais e à minha irmã pelo colo, paciência e apoio incondicional.

Por último e não menos importante às minhas estrelas guias, por me iluminarem diariamente.

A todos, o meu sincero obrigada!

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

% - Percentagem

ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

BO - Bloco Operatório

CFT - Care Flight Triage

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

DGS - Direção Geral de Saúde

DGH - Directorate General for Health

DP - Desvio Padrão

et al. - *et alli*, e outros

GPT - Grupo Português de Triagem

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

M - Média

MRMI - Medical Response to Major Incidents

MST - Manchester Triage Scale

n - Amostra

n.º - número

NDMDMHA - National Disaster Management Division Ministry of Home Affairs

NRBQ - Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PEE - Plano de Emergência Externo

PMA - Posto Médico Avançado

SALT - Sort, Assess, Lifesaving interventions and Treatment and/or transport

SAVE - Secondary Assessment of Victim Endpoint

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

START - Simple Triage And Rapid Treatment

STM - Sacco Triage Method

TRTS - Triage Revised Trauma Score

TS - Triage Sieve

## ÍNDICE

|   |             |
|---|-------------|
| <b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>  | <b>viii</b> |
| <b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>   | <b>ix</b>   |
| <b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>  | <b>x</b>    |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>   | <b>xi</b>   |
| <b>RESUMO .....</b>   | <b>xii</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>xiii</b> |
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b>   |
| <b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>   | <b>16</b>   |
| 1.1. TRIAGEM EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE .....   | 16          |
| 1.2. TIPOS DE TRIAGENS.....   | 21          |
| <b>1.2.1. Triagem pré-Hospitalar .....</b>  | <b>22</b>   |
| a) Triagem Primária.....  | 22          |
| b) Triagem Secundária.....  | 23          |
| <b>1.2.2. Triagem hospitalar .....</b>  | <b>23</b>   |
| 1.3. TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO DO PRÉ-HOSPITALAR PARA O HOSPITALAR<br>E PROMOÇÃO DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....   | 25          |
| <b>2. METODOLOGIA.....</b>  | <b>28</b>   |
| 2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS.....  | 28          |
| 2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....   | 29          |
| 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 29          |
| 2.4. INSTRUMENTOS.....  | 31          |
| 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....   | 32          |
| 2.6. TRATAMENTO DOS DADOS .....   | 33          |
| <b>3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>   | <b>34</b>   |
| 3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PERITOS .....   | 34          |
| 3.2. OPINIÃO DE PERITOS RELATIVAMENTE AO SISTEMA DE TRIAGEM NO PRÉ-<br>HOSPITALAR E HOSPITALAR.....   | 35          |
| <b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>   | <b>49</b>   |
| a) <b>Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: formação .</b>  | <b>49</b>   |
| b) <b>Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: recursos e<br/>assistência e Triagem Primária: encaminhamento da vítima .....</b> | <b>50</b>   |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>c) Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: transmissão da informação e Triagem Primária: hospitalar .....</b> | <b>52</b> |
| <b>d) Triagem Primária: pré-hospitalar .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>e) Triagem Secundária: pré-hospitalar .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>f) Triagem Secundária: continuidade de cuidados .....</b>   | <b>55</b> |
| <b>g) Triagem Terciária.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>5. CONCLUSÃO.....</b>   | <b>58</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>APÊNDICES</b>   |           |
| APÊNDICE I - Emails enviados às instituições   |           |
| APÊNDICE II - Questionário em formato digital  |           |
| APÊNDICE III - Guião da Entrevista   |           |
| APÊNDICE IV - Exemplos de protocolo de Entrevista  |           |
| APÊNDICE V - Consentimento Informado para a Entrevista   |           |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabela 1 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: formação” .....</b>                  | <b>36</b> |
| <b>Tabela 2 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: recursos e assistência” .....</b>    | <b>38</b> |
| <b>Tabela 3 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: encaminhamento da vítima” .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>Tabela 4 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: transmissão da informação” .....</b> | <b>41</b> |
| <b>Tabela 5 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: hospitalar” .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>Tabela 6 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: pré-hospitalar” .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>Tabela 7 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Secundária: pré-hospitalar” .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>Tabela 8 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Secundária: continuidade de cuidados” .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>Tabela 9 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Terciária” .....</b>   | <b>47</b> |

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Quadro 1 – Temas e áreas de discussão .....</b> | <b>48</b> |
|--|-----------|

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Gráfico 1 – Distribuição da amostra por categoria profissional.....</b> | <b>34</b> |
|--|-----------|

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Figura 1 – Sistema SALT Triage .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>Figura 2 – Sistema de Triagem START .....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Figura 3 – Etiqueta de Triagem do INEM.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>Figura 4 – Proposta para a abordagem da vítima de uma situação de exceção/catástrofe.</b> | <b>57</b> |

## RESUMO

**Introdução:** A imprevisibilidade, a complexidade e a gravidade das situações de exceção, levantam sérios problemas e dificuldades para a sociedade, pela sua falta de conhecimentos e habilidades, o que implica a não preparação e a ocorrência de erros.

**Metodologia:** Com o intuito de conhecer a opinião de peritos em situações de exceção/catástrofe relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar assegurando a continuidade de cuidados, foi realizado um estudo descritivo com recurso à análise quantitativa (primeira fase do estudo) e qualitativa (segunda fase do estudo), classificando-se por método de triangulação. Na primeira fase responderam vinte elementos ao questionário em formato digital. Quanto à segunda fase do estudo, a amostra foi composta pelos primeiros cinco elementos que após terem respondido ao questionário, aceitaram participar na entrevista.

**Resultados:** A formação e o treino dos profissionais de saúde, foram dos temas mais concordantes e desenvolvidos entre os peritos. Por sua vez, a continuidade de cuidados e a comunicação eficaz, também surgiram como aspetos importantes para a eficácia na abordagem à vítima de uma situação de catástrofe, no entanto ainda com alguns problemas, pela conflituosa relação existente entre os profissionais do pré-hospitalar e hospitalar e vice-versa. A par destes tópicos foi ressaltado o encaminhamento das vítimas como uma medida extremamente importante e complementar, tendo em conta a triagem a adotar na unidade de saúde, consoante a abordagem efetuada no pré-hospitalar. Assim, foi dos temas mais discordantes no questionário, em contrapartida com a entrevista, onde uma elevada percentagem de peritos concordou na revisão da orientação emanada pela Direção Geral de Saúde (DGS), essencialmente na exploração da triagem secundária.

**Conclusão:** Deste estudo depreende-se a necessidade da revisão da norma da DGS, o que permitiria aos profissionais responsáveis pelas unidades de saúde e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), debaterem sobre o tema e uniformizarem um plano de emergência que fosse transversal às duas entidades. Foi ainda consensual entre os peritos confirmar através de futuros estudos se a realidade de Portugal se coaduna com os modelos de triagem adotados pela DGS.

**Palavras-chave:** “Disasters”, “Triage”; “Emergency Care, Prehospital”; “Emergency Service, Hospital” e “Continuity of Care”.

## ABSTRACT

**Introduction:** The unpredictability, complexity and severity of exceptional situations, raise serious problems and difficulties for the society, due to their lack of knowledge and skills, which implies non-preparation and mistakes.

**Methodology:** In order to know the opinion of experts in exceptional / disaster situations regarding the prehospital and hospital triage system that ensures the continuity of care, a descriptive study was conducted using a quantitative (first phase of the study) and a qualitative analysis (second phase of the study), classified as the triangulation method. In the first phase, there were twenty participants answering the digital enquiry. As for the second phase of the study, the sample included the first five participants who, after answering the enquiry, agreed to participate in the interview.

**Results:** The education and training of health professionals were among the most consistent and developed topics amidst the experts. In turn, the continuity of care and effective communication have also emerged as important aspects of efficiency when addressing a disaster victim, nevertheless some problems still occur, due to the conflicting relationship between prehospital and hospital professionals and vice versa. In addition to these topics, the referral of victims was highlighted as an extremely important and complementary measure, taking into account the triage to be adopted in the health unit, according to the approach taken in the prehospital. Thus, it was one of the most controversial topics in the enquiry, in contrast to the interview, where a high percentage of experts agreed on the revision of the guidance issued by the Directorate General for Health (DGH), especially when it comes to the secondary triage.

**Conclusion:** This study shows the need to revise the standard of the DGH, which would allow the professionals who are responsible for health units and the National Institute of Medical Emergency, to discuss the issue and standardize a plan that would be transversal to both entities. It was also agreed among experts to confirm through future studies whether the reality of Portugal is in line with the triage models adopted by the DGH.

**Key words:** “Disaster”, “Triage”; “Emergency Care, Prehospital”; “Emergency Service, Hospital” and “Continuity of Care”.

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Dissertação, inserida no plano curricular do quarto semestre do quinto curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, foi proposto o desenvolvimento de um trabalho de investigação.

Atualmente, a imprevisibilidade, a complexidade e a gravidade de algumas situações de exceção que ocorreram em Portugal, comportam sérios problemas e dificuldades para a sociedade, porque os seus conhecimentos e habilidades nesta área não estão desenvolvidas, o que implica a não preparação e a ocorrência de erros. Exemplo disso foi (e continua a ser) a mortalidade e morbidade elevada de vítimas nos incêndios. As estatísticas comprovam que temperaturas extremas, essencialmente o calor excessivo, tem sido a catástrofe natural que tem originado um maior número de vítimas (Garrido, 2010). Segundo este autor nos primeiros anos do século XXI, Portugal não tem sido exceção na incidência de catástrofes de cariz meteorológico, sendo espectável que esta tendência se repita com mais frequência e com um impacto catastrófico maior, pela dimensão da sua natureza. Assim, num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe de grandes dimensões quer, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, é fundamental que as instituições de saúde e os profissionais do pré-hospitalar estejam devidamente preparados para intervir de forma adequada. Este foi o argumento mais plausível para a execução deste trabalho de investigação, porque o importante é aprender com os erros do passado, mas principalmente, investir na formação, no sentido de não repetir esses mesmos erros, futuramente e de diminuir a mortalidade das vítimas de uma situação de exceção/catástrofe. Com o avançar da pesquisa bibliográfica, foi possível constatar a indiferença que existe, por parte de investigadores e/ou profissionais de saúde sobre o tema, não só pela existência de pouca evidência científica publicada em Portugal, mas também pela controvérsia, entre os peritos, sobre o tema investigado. Kung e Chen (2012) afirmam que em sociedades com experiência em catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, a consciencialização, a preparação e o desenvolvimento de estratégias para diminuir o risco de crises é mais fácil. O que não acontece em sociedades onde as catástrofes não ocorrem com tanta frequência, pois a dificuldade em habilitar as pessoas e persuadi-las da necessidade de medidas que previnam esses incidentes é maior.

Com o intuito de clarificar a abordagem dos profissionais de saúde, no que diz respeito à

triagem das vítimas de catástrofe, assim como aprofundar a importância da continuidade de cuidados e da formação teórica e simulada, para agir perante uma situação de exceção, contrapondo com o preconizado pela orientação da DGS (2010), foi definido para este estudo o seguinte objetivo geral: conhecer a opinião de peritos em situações de exceção/catástrofe relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar assegurando uma prestação de cuidados contínua.

Para atingir este objetivo desenvolveu-se um estudo descritivo realizado em duas fases. Na primeira fase participaram vinte peritos que responderam, em formato digital, a um questionário e na segunda fase participaram cinco dos vinte peritos que participaram na primeira fase e que responderam a uma entrevista semiestruturada. O estudo permitiu a aplicação da triangulação metodológica como um sistema misto, pois associou o método quantitativo e o qualitativo no tratamento de dados. Para a seleção dos elementos da amostra definiram-se os seguintes critérios de inclusão: terem experiência profissional em emergência/urgência; possuírem formação avançada em enfermagem e/ou especialização de pós-licenciatura ou cursos na área da emergência e catástrofe; participação ou formação teórica em planos de catástrofe e preferencialmente com artigos científicos publicados na área da catástrofe, não sendo esta última característica obrigatória para a inclusão dos elementos participantes no estudo.

Quanto à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos: no primeiro capítulo está inserido o enquadramento teórico sobre o tema em estudo, onde se reuniu evidência científica sobre a definição de catástrofe, a importância da triagem em situações de incidentes em massa, a continuidade de cuidados na passagem de informação dos profissionais do pré-hospitalar para o hospitalar e a relevância da formação nesta área; no segundo capítulo encontra-se descrita a metodologia utilizada, onde estará refletido todo o desenho deste estudo: objetivos e concetualização do estudo, questões de investigação, população amostra, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e o tratamento dos dados; no terceiro capítulo destina-se à apresentação e análise dos dados obtidos. A discussão dos resultados é desenvolvida no quarto capítulo. Por último, no quinto capítulo é descrita a conclusão, onde são analisados criticamente o cumprimento dos objetivos propostos e expostas as dificuldades e limitações deste estudo e as sugestões para futuras investigações nesta área.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procura-se fornecer uma visão global da temática investigada, contextualizando-a teoricamente, através de uma exaustiva revisão da literatura de estudos científicos já existentes. Assim, neste capítulo serão abordados conceitos como catástrofe, triagem, triagem primária e secundária a nível do pré-hospitalar e hospitalar, transmissão da informação e continuidade de cuidados e a importância da formação teórica e simulada, no aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde, para agirem eficientemente numa situação de catástrofe.

### 1.1. TRIAGEM EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

Ao aprofundar o tema triagem em catástrofe é imperativo que inicialmente seja desconstruída a palavra “catástrofe”, que em termos teóricos, torna-se difícil pela existência de diversas definições e pela importância que se dá a determinados aspetos que as caracterizam.

Etimologicamente “catástrofe” surge do grego “*katastrophé*” e significa ruína, morte. Segundo a Porto Editora (2003-2019) é definida por um acontecimento desastroso que envolve destruição ou mesmo morte.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2009) definem catástrofe como um acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excepcional de auxílios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida.

O 3º artigo da Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto da Lei de Bases da Proteção Civil (Diário da República, 2015) define catástrofe como um acidente grave ou série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica) suscetíveis de despoletarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, lesando não só as condições de vida, mas também o tecido socioeconómico em áreas ou a nível do território nacional. Oliveira *et al.* (2012) acrescentam ainda que é um acontecimento súbito na maior parte das vezes imprevisível.

De forma a contextualizar é necessário refletir sobre o conceito de acidente grave. Assim, o mesmo artigo supracitado define acidente grave como um acontecimento inusitado com efeitos

limitados no tempo e espaço, suscetível de afetar as pessoas, outros seres vivos e ainda os bens ou o ambiente.

Por sua vez, a OMS (2002) ao classificar a catástrofe quanto ao número de vítimas espelha uma opinião similar e complementar aos dois autores supracitados, pois considera uma catástrofe pequena quando existem até vinte e cinco vítimas, das quais até, dez necessitam de hospitalização; média quando há pelo menos cem vítimas, das quais mais de cinquenta necessitam de hospitalização e por fim é considerada uma catástrofe grande quando existem pelo menos mil vítimas.

Existem ainda autores como Oliveira *et al.* (2012) que distinguem catástrofe ou acidente grave de situação de exceção. Deste modo classificam uma situação de exceção, em contexto de prestação de cuidados de emergência médica, quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, o que condicionará a atuação das equipas de emergência médica. Acrescentam ainda que a nível nacional a declaração de acidente grave ou catástrofe não é frequente, não se verificando o mesmo com a existência de situações de exceção. Oliveira *et al.* (2012) consideram como exemplos de situações de exceção em Portugal os acidentes graves com elevado número de vítimas, incêndios florestais, urbanos ou industriais e intoxicações. Por sua vez, fenómenos naturais como aluviões ou inundações, ondas de calor e vagas de frio são também consideradas como situações de exceção, mas que habitualmente não provocam muitas vítimas.

Falar de situações de catástrofe implica falar de triagem. A palavra “*triagem*” deriva do verbo francês “*trier*”, que significa escolher, classificar, selecionar (Silva, 2009). É um termo com origem na saúde militar. Foi implementada pela primeira vez em 1792, pelo Cirurgião Chefe dos Exércitos de Napoleão, o Barão Dominique Jean Larrey, sendo, por isso, considerado o “*pai da moderna triagem*”. Ao desenvolver este método permitiu que houvesse uma rápida avaliação e categorização dos feridos no campo de batalha e de seguida a evacuação dos que requeriam tratamentos médicos urgentes. A descoberta deste sistema teve impacto na redução da morbimortalidade dos feridos de guerra (Oliveira *et al.*, 2012).

Atualmente, e reportando o sistema de triagem para o contexto clínico, este consiste na separação de doentes, não em função do diagnóstico, mas sim dos sintomas e, conseqüentemente, do prognóstico (Silva, 2009). Por sua vez, Sorensen *et al.* (2011) acrescentam que o processo de triagem numa situação de catástrofe deve basear-se

essencialmente na gravidade da doença/lesão, capacidade de sobrevivência e na capacidade da unidade hospitalar, seguindo princípios e diretrizes instituídos internacionalmente.

Para Oliveira *et al.* (2012) a triagem é também um sistema utilizado por profissionais de saúde com o objetivo da racionalização dos recursos quando estes são limitados proporcionalmente ao número de vítimas a necessitar de cuidados. Jenkins *et al.* (2008) acrescentam que os recursos existentes devem ser utilizados com o objetivo de alcançar o maior bem para o maior número de vítimas.

O processo de triagem em situações de exceção/catástrofe deve ser justo e cumprir os princípios da justiça distributiva, obrigando os profissionais a encarar dilemas éticos (Merin, Miskin & Lin, 2012).

A triagem, no que diz respeito a situações de catástrofe/exceção, tem como principais objetivos, a assistência precoce; a utilização de manobras de *life-saving*; a determinação do nível de urgência; a implementação criteriosa de recursos críticos; a documentação de vítimas; o controlo do fluxo de vítimas; o estabelecimento de áreas de prestação de cuidados ou vigilância e a distribuição dos vários profissionais por essas áreas de assistência para que sejam iniciadas as medidas terapêuticas. Assim, é pressuposto que com a utilização do sistema de triagem se salvem tantas vidas quanto as possíveis, assegurando a melhor prestação de cuidados (Oliveira *et al.*, 2012). Araújo, Campos e Reis (2016) reforçam o descrito anteriormente referindo que os objetivos da triagem de catástrofe são, assegurar a priorização dos cuidados e da evacuação e uma distribuição justa dos recursos, para que os profissionais de saúde façam o máximo pela maioria das vítimas. Assim, o médico deverá encarar a totalidade das vítimas, como se de uma se tratasse, e se tiver que optar por decepar uma parte, fazê-lo para procurar salvar o todo. Por outro lado, existem autores como Jenkins *et al.* (2008) que referem que, a triagem utilizada em situações de catástrofe não foi desenvolvida para atuar junto da vítima mais crítica, mas, principalmente na que mais probabilidade tem de sobreviver.

Merin *et al.* (2012) mencionam que uma taxa de mortalidade elevada pode significar que as vítimas triadas na área de socorro tinham uma baixa probabilidade de sobreviver. Por outro lado, se a taxa de mortalidade for baixa pode indiciar que apenas os gravemente feridos foram admitidos na unidade de saúde, deixando as vítimas emergentes sem tratamento. Badiali, Giugni e Marcis (2017) defendem ainda que as decisões de triagem tomadas podem prejudicar o sucesso da operação de resgate, pois as vítimas graves podem ser triadas como emergentes e sobrecarregarem as unidades de saúde. Bar-Dayyan (2010) já tinha salientado a ideia apresentada

anteriormente quando cita que uma deficiente triagem pode ocorrer quando vítimas emergentes são triadas como graves.

Durante uma situação de exceção as vítimas são triadas ao longo de vários pontos, desde o pré-hospitalar até ao nível hospitalar. Nesses diversos momentos a triagem deve ser classificada como primária, secundária e/ou terciária. A triagem primária ocorre no local do incidente e é realizada baseando-se em critérios muito simples. Por sua vez, a secundária ocorre a nível hospitalar e deve ser realizada por profissionais de saúde especializados, pois o que se pretende é que se trie de forma mais precisa e se encaminhe o mais rapidamente possível para as áreas de tratamento específicas de acordo com a intervenção. A triagem terciária deve ser realizada por cirurgiões e/ou intensivistas (Christian, Farmer & Young, 2002). Estes autores acrescentam ainda que, no local do incidente ou em hospitais quando as vítimas são triadas pela primeira vez os profissionais devem recorrer a protocolos de triagem primária e/ou secundária. A triagem terciária deve se aplicada a todas as vítimas que necessitam de cuidados intensivos.

Jenkins *et al.* (2008) classificam os sistemas de triagem em primária e secundária e enumeram para cada uma delas alguns instrumentos. Os sistemas como “*Simple Triage And Rapid Treatment*” (START), “*Triage Sieve*” (TS), “*Care Flight Triage*” (CFT) e “*Sacco Triage Method*” (STM) são instrumentos utilizados para a triagem primária, pois priorizam as vítimas na área de socorro, para que posteriormente sejam evacuadas e transportadas para unidades de saúde definitivas. Por sua vez, “*Secondary Assessment of Victim Endpoint (SAVE) Triage*” e “*Triage Sort*” são instrumentos de triagem secundária, pois estabelecem a prioridade de cuidados que as vítimas devem receber em contexto hospitalar. Existem ainda autores como Oliveira *et al.* (2012) que numa situação de catástrofe dividem a triagem pré-hospitalar em dois momentos distintos: a triagem primária, utilizada na área de socorro e a triagem secundária, no Posto Médico Avançado (PMA). Definem ainda como instrumento de triagem secundária o “*Triage Revised Trauma Score*” (TRTS).

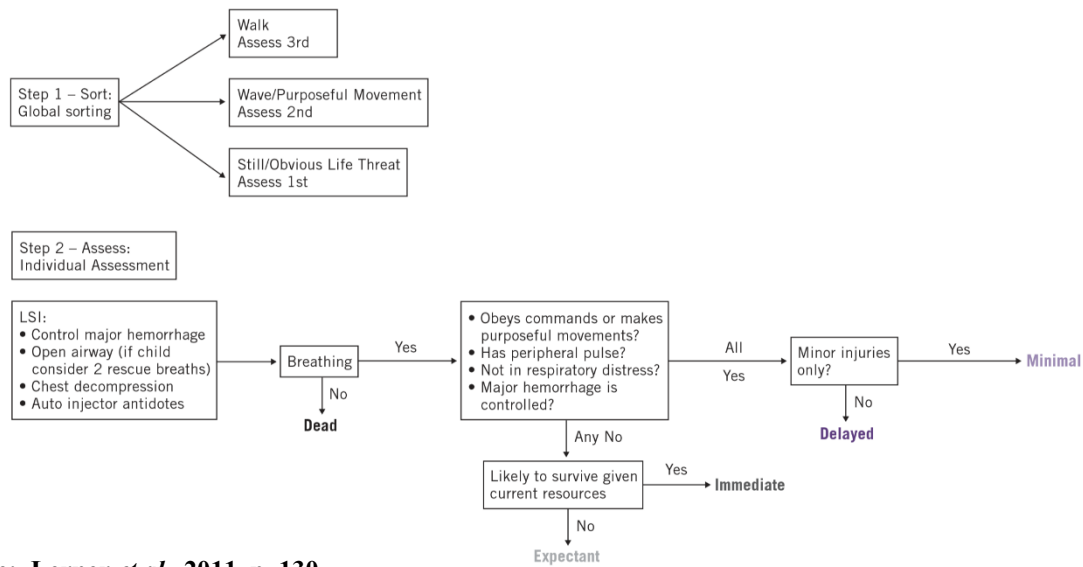
Todos os sistemas de triagem primária referidos anteriormente (exceto o STM) são algoritmos que classificam as vítimas em quatro categorias: falecido ou expectante (preto); emergente (vermelho); grave (amarelo) e não grave (verde). O sistema START é o instrumento mais adotado a nível mundial em contexto pré-hospitalar (Jenkins *et al.*, 2008).

Contudo, estes sistemas não incorporam requisitos para se atuar em acidentes em massa causados por contaminação por agentes Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos (NRBQ), o que só por si não facilitará uma resposta adequada (Ibidem).

As aparentes falhas do START e dos outros sistemas de triagem instigaram a criação de um novo sistema. Vários cenários de catástrofe foram usados para investigar se os algoritmos de triagem aplicados (identificaram onze sistemas de triagem, dois, dos quais, eram específicos para as vítimas pediátricas e concluíram que todos se baseavam em quatro/cinco categorias com critérios de avaliação simples) estariam a direcionar, com precisão, as vítimas estabelecendo o correto tratamento, de acordo com a sua prioridade. Desta forma, o Centers for Disease Control and Prevention na Atlanta, Georgia, em 2008, através de um grupo de investigadores desenvolveu um sistema de triagem baseado em evidência científica e na opinião consensual de todos os participantes. Para além de incorporar todos os sistemas de triagem até aí existentes, foi criado um com o intuito de unificar todo o processo de uma triagem primária tornando-o mais abrangente (Lerner *et al.*, 2008). Este protocolo ficou denominado por “Sort, Assess, Lifesaving interventions and Treatment and/or transport (SALT) Triage” e foi redefinido por Lerner *et al.* (2011).

O sistema SALT Triage é similar ao processo instituído pelos sistemas de triagem já existentes. A principal diferença é a inclusão de uma outra categoria denominada por “Expectant”, representada pela cor cinza, como se pode consultar na figura 1. Esta categoria pretende ser baseada nos recursos e a sua definição pode e deve mudar dependendo da magnitude do incidente, dos recursos disponíveis (se não forem suficientes, esta categoria deve ser suprimida, o que permitirá concentrar todos os recursos às vítimas potencialmente recuperáveis e que sobreviverão) e do nível de formação do profissional. Outra das vantagens é a possibilidade de ser usada em todos os incidentes perigosos e de ser aplicada não só em adultos, mas também em crianças. São descritas pelos autores, quatro pontos chave para na utilização deste sistema: classificação global de vítimas usando comandos de voz; intervenções de *life-saving* [“Control major hemorrhage; Open airway (if child consider 2 rescue breaths); Chest decompression; Auto injector antidotes” (Lerner *et al.*, 2011, p. 130)] que rapidamente são aplicadas e têm um impacto profundo na sobrevivência; avaliação individual e atribuição de uma categoria prioritária e determinação do tratamento e/ou transporte.

**Figura 1 – Sistema SALT Triage**



Fonte: Lerner *et al.*, 2011, p. 130

Estudos recentes investigaram a precisão do sistema SALT Triage comparativamente ao sistema de triagem START. Fink, Rega e Sexton (2018) enumeraram algumas lacunas no sistema de triagem START como ainda não ter sido totalmente validado, por um estudo científico completo e prospetivo, durante uma real catástrofe; requerer um segundo algoritmo que aborde a população pediátrica; não abordar vítimas vivas, com lesões graves e com uma taxa de sobrevivência pequena e apenas permitir a aplicação de duas intervenções médicas (permeabilização da via aérea e controlo de hemorragia). Embora a SALT Triage ainda não tenha sido investigada com a profundidade que deveria, tanto Lee *et al.* (2016) como Fink *et al.* (2018) descrevem algumas vantagens para a sua utilização: foi projetado como uma ferramenta para todos os perigos; tem um algoritmo que abrange todas as idades; ameaças do século XXI podem ser mais eficientemente tratadas por um sistema que acrescenta novas intervenções médicas; acrescenta uma nova categoria “Expectant”, representada pela cor cinza. Salientam ainda a importância de permitir cuidados paliativos às vítimas vivas, mas com baixa taxa de sobrevivência, sem desperdiçar recursos limitados, o que diminui questões éticas, não abordadas pela START.

## 1.2. TIPOS DE TRIAGENS

De seguida desenvolvem-se as diversas tipologias de triagem de acordo com o local de abordagem da vítima de uma situação de exceção/catástrofe.

### 1.2.1. Triagem pré-Hospitalar

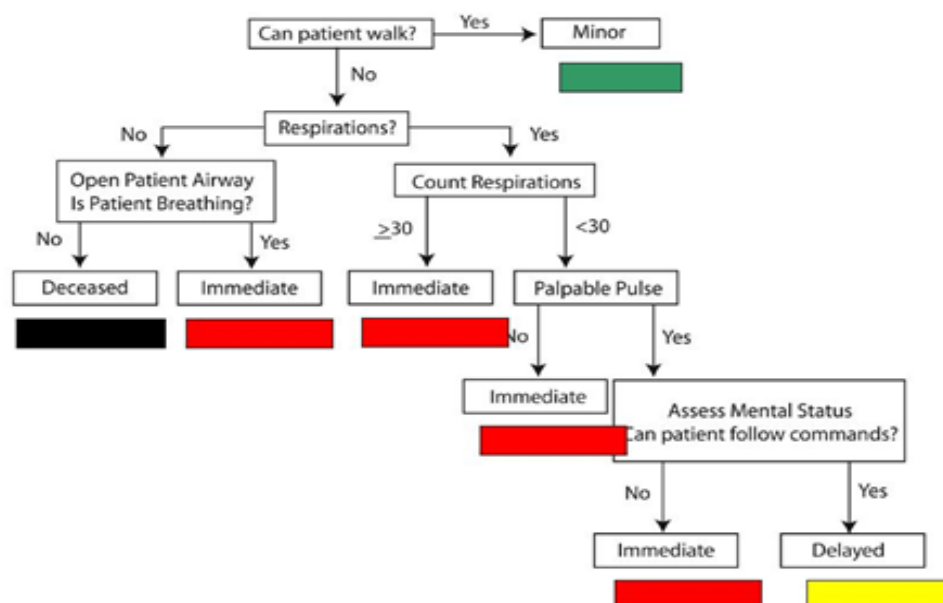
A abordagem da vítima de uma situação de exceção/catástrofe, em ambiente pré-hospitalar, tem em conta a triagem primária e a triagem secundária.

#### a) Triagem Primária

Em Portugal o sistema de triagem primária instituído numa situação de exceção/catástrofe é o sistema START.

A triagem START é definida como um sistema de triagem simples para a obtenção de um rápido tratamento. É projetado em 1983 por Hoag Hospital and Newport Beach Fire Department, na Califórnia, para ser utilizado por socorristas com habilidades básicas de primeiros socorros (Clarkson & Williams, 2019). Oliveira *et al.* (2012) têm a mesma opinião quando referem que o método START é utilizado com o objetivo de triar de forma rápida um grande número de vítimas, utilizando discriminadores simples como demonstra a figura 2: Vítima anda? Encontra-se ferida?; Respira? Qual a Frequência Respiratória?; O pulso é palpável? Qual a Frequência Cardíaca?; Preenchimento Capilar? (se superior a 2 segundos a vítima é considerada como prioridade de cor vermelha se inferior a 2 segundos, procedesse à avaliação do estado mental) e Qual o seu Estado Mental? A vítima cumpre ordens simples?.

Figura 2 – Sistema de Triagem START



Fonte: Orientação nº007/2010 da DGS, 2010, p. 28

## b) Triage Secundária

É importante também refletir sobre a importância e os objetivos de uma triagem secundária realizada pelo PMA.

O PMA é ativado numa situação em que existe um elevado número de vítimas (Rocha, 2003). O mesmo autor define PMA como uma estrutura intermédia entre o local do incidente e a unidade de saúde onde se realizará o tratamento definitivo e onde é efetuada a categorização das vítimas através do estabelecimento de prioridades, com o objetivo de se otimizar recursos existentes e aumentar a probabilidade de sobrevivência. Para além deste aspeto o PMA permite que profissionais de saúde especializados prestem cuidados precoces, necessários à estabilização da vítima (como o controlo da via aérea e da respiração com proteção cervical; estabilização cardio-circulatória; disfunção neurológica; exposição com controlo da temperatura; imobilização das fraturas; sedação e analgesia).

Assim, e de acordo com a fonte supracitada, o PMA tem como objetivo principal a avaliação e o tratamento de patologias, orientando as vítimas para o local de tratamento definitivo ou permitindo que tenham alta diretamente do PMA. Pretende-se com isto, não colapsar os serviços de urgência das unidades de saúde, procedendo-se à condução das vítimas para estes locais apenas quando necessário e já devidamente orientadas.

### 1.2.2. Triage hospitalar

O sistema Manchester Triage Scale (MST), sistema implementado nos serviços de urgência a nível nacional, tem como objetivo priorizar os doentes consoante a gravidade clínica. Assim, foram implementados, em 1994, cinquenta e dois fluxogramas que dão resposta à queixa apresentada pelo doente (Grupo Português de Triage (GPT), 2015). Dois dos fluxogramas incorporados neste sistema foram desenvolvidos para aplicar numa situação de catástrofe, são eles denominados por Catástrofe – Avaliação Primária e Catástrofe – Avaliação Secundária (Diogo, 2007). O fluxograma para a avaliação da triagem primária tem como objetivo, numa situação que envolva múltiplas vítimas, salvar tantas quanto possível, assegurando a melhor prestação de cuidados (GPT, 2010). Este fluxograma assegura a rápida triagem (não devem ser ultrapassados quinze segundos por cada vítima/triagem), de um elevado número de vítimas que recorram à unidade de saúde ao mesmo tempo e são utilizados discriminadores simples, selecionando em primeiro lugar as vítimas menos graves (Ibidem). Por sua vez, e de acordo

com a mesma fonte, o fluxograma correspondente à triagem secundária, numa situação de catástrofe é usado para reavaliar rapidamente um grande número de vítimas, que já foram observadas na triagem primária. O instrumento preconizado é o TRTS, que se baseia em três discriminadores: estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica.

Do mesmo modo, a Orientação nº007/2010 da DGS (2010) preconiza que a ordem de atendimento das vítimas deve ter em conta os critérios de categorização de medicina em catástrofe de forma a beneficiarem tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade. Esta fonte sugere que se atue numa avaliação primária de acordo com o sistema de triagem START modificado em quatro categorias correspondendo a quatro cores (verde – vítima não grave; amarela – vítima grave; vermelha – vítima emergente e preta/negra- irreversíveis e falecidos). Este sistema de triagem deve ter em conta, os discriminadores referidos anteriormente no subcapítulo triagem primária.

Deve ainda ser considerado pela instituição dois tipos de vítimas: as socorridas e transportadas pelo INEM e que serão acolhidas na sala de Reanimação e Bloco Operatório (BO), que são as mais graves (vermelho), e as vítimas que chegam ao serviço de urgência por outros meios e que na sua maioria são consideradas de urgência relativa ou *minor* (amarelo e/ou verde). Para a identificação das vítimas ser-lhes-á colocada uma pulseira ou etiqueta de cor correspondente à área de tratamento/prioridade, assim como o nome e o número de identificação, se possível (Orientação nº007/2010 da DGS, 2010).

Contudo existem autores como Valentim, Paes e Carvalho (2014), que referem que a aplicação do sistema de triagem utilizado a nível do pré-hospitalar, não permitirá uma continuidade adequada no meio hospitalar, colocando em causa o melhor atendimento às vítimas. Dando resposta a esta lacuna a OMS (2006) refere que o processo de triagem é um processo contínuo e, por isso, deve ser repetido à chegada ao hospital por profissionais de saúde treinados nas técnicas de triagem. Num outro estudo, a OMS (2007) menciona que sistemas eficazes de atendimento a emergências em situações de catástrofe são o sucesso das unidades de saúde na prevenção da mortalidade e morbidade.

A maioria dos sistemas de triagem iniciam o processo identificando as vítimas que andam e que se encontram com ferimentos ligeiros. No entanto, vários estudos demonstraram que essas vítimas podem ter lesões que necessitam de tratamento imediato ou tardio (Lerner *et al.*, 2008). Bar-Dayan (2010) é da mesma opinião quando menciona que os sistemas de triagem primária são algoritmos fáceis de aprender, ensinar e reter e por isso vantajosos para uma abordagem

inicial, pois permitem uma rápida atuação. No entanto, eles podem ser utilizados perigosamente em vítimas submetidas a uma segunda triagem com o mesmo sistema. Creel (1998) citado por Bar-Dayan (2010) cita que entre cinco a quinze por cento das vítimas com sinais vitais estáveis e sem lesões anatómicas aparentes na triagem primária, mais tarde ficam instáveis por lesões graves comprovadas posteriormente em exames complementares de diagnóstico. Acrescenta ainda que a imprecisão da triagem ocorre, principalmente, quando as vítimas de prioridade 3 (verdes) e 2 (amarelas) têm lesões graves que necessitam de uma atuação emergente. Assim no estudo efetuado por Bar-Dayan (2010) é sugerida a utilização do sistema de triagem “-PLUS”, que complementar os pontos fortes dos instrumentos já existentes, não substituindo nenhum dos algoritmos de triagem primária.

Desta forma, conclui-se as unidades de saúde são um importante elo na cadeia de resposta a situações de exceção. Deste modo, é essencial avaliar se estão devidamente preparadas para atuar eficazmente numa catástrofe (Nekoie-Moghadam *et al.*, 2016). Quanto à triagem hospitalar numa situação de catástrofe deve ser efetuada tendo por base um protocolo que funcione, pois será essencial ao atendimento da vítima (Sorensen *et al.*, 2011). O National Disaster Management Division Ministry of Home Affairs (NDMDMHA) (2002) realça as ideias previamente descritas, referindo que a preparação de uma unidade de saúde para intervir numa situação de exceção permite uma resposta eficaz e conseqüentemente minimiza os danos, assim como a perda de vidas.

### 1.3. TRANSMISSÃO DA INFORMAÇÃO DO PRÉ-HOSPITALAR PARA O HOSPITALAR E PROMOÇÃO DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A Orientação nº007/2010 da DGS (2010, p.28), na Ficha 10 - “Organização e acolhimento das vítimas - Serviço de Urgência” começa por retratar que as “vítimas devem beneficiar tanto quanto possível, de cuidados de saúde de qualidade, idênticos aos dispensados em tempo normal”. Acrescenta ainda que a “ordem de atendimento das vítimas deve ter em conta os critérios de categorização de medicina de catástrofe”.

Rocha (2003) refere que a cadeia de socorro, numa situação de catástrofe, tem início no local do incidente e o fim na unidade de saúde. Leiva (2008) tem a mesma opinião quando descreve que a resposta de uma unidade de saúde a um fluxo massivo e inesperado de vítimas em situações de exceção e catástrofe deve estar intimamente relacionada com a resposta das

equipas pré-hospitalares, de tal forma que deve haver um continuum entre a prestação de cuidados efetuada desde a área de salvamento e resgate até à unidade hospitalar. Deste modo, a Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2012) afirma que uma comunicação eficaz e precisa entre os profissionais do pré-hospitalar e do hospitalar é essencial para garantir a continuidade de cuidados. Bruce e Suserud (2005) defendem que é no primeiro contacto entre estas duas entidades (a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multiprofissional do serviço de urgência) que são transmitidas todas as informações relacionadas com o estado clínico da vítima.

Oliveira *et al.* (2012) preconizam a utilização da etiqueta de triagem (figura 3) no pré-hospitalar, permitindo a operacionalização dos instrumentos de triagem primária e/ou secundária. Acrescentam que esta etiqueta possibilita o registo da evolução da vítima e os cuidados prestados; controla a assistência à vítima e impede esforços duplicados; controla a cadeia de evacuação, quanto à prioridade e hospital de destino e permite o registo de dados pessoais, dados clínicos e tratamentos/intervenções efetuadas no pré-hospitalar. Desta forma, a etiqueta de triagem deverá acompanhar sempre a vítima, pois é uma excelente forma de garantir a continuidade de cuidados à chegada ao hospital (Ibidem).

**Figura 3 – Etiqueta de Triagem do INEM**



**Fonte:** Oliveira *et al.*, 2012, p. 23

A OMS (2009) assegura que a comunicação eficaz entre uma equipa de saúde é particularmente crítica num serviço de urgência, deste modo autores como Suján e Spurgeon (2013) defendam que a transmissão da informação entre o pré-hospitalar e o hospitalar depende de vários aspetos, entre os quais a intervenção dos profissionais durante o transporte, pelo agravamento do estado clínico da vítima. Jenkin, Abelson-Michell e Cooper (2007) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar o processo de transmissão de informação entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa de um serviço de urgência e concluíram o descrito anteriormente: o agravamento do estado clínico da vítima, o que requer uma rápida intervenção e as medidas

terapêuticas praticadas pela equipa do pré-hospitalar são aspetos importantíssimos, pois permitem a continuidade de cuidados.

Nekoie-Moghadam *et al.* (2016) enumeram algumas lacunas como a definição exata das funções e responsabilidades, a dificuldade numa comunicação eficaz, a falta de planeamento, a ausência de formação e treino, que levam o hospital a não se encontrar preparado para atuar numa situação de catástrofe. Por sua vez, a OMS (2007) valoriza a formação e o treino dos profissionais de saúde nas unidades de saúde, para atuarem numa situação de exceção, como um dos principais objetivos a contemplar num plano de emergência. O disposto na alínea e) do 22º artigo do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto prevê que a unidade de saúde deve promover exercícios de treino periodicamente e que o Plano de Emergência Externo (PEE) deve ser do conhecimento de todos os profissionais de saúde. Por sua vez, Silva, Campos e Reis (2015) mencionam que um plano de emergência, pode ser muito bem elaborado, mas se não for verificado e testado, através da formação e simulação frequente, menor é a probabilidade de identificar aspetos a melhorar e, conseqüentemente, menos eficiente será a resposta a uma situação real em caso de catástrofe ou emergência multivítimas. Salientam ainda, a importância do simulacro para testar e validar o PEE, especialmente se houver uma baixa incidência de catástrofes. Desta forma, se a unidade de saúde promover este tipo de exercícios, com maior frequência, colmatará a escassez de experiências reais neste tipo de situações.

## 2. METODOLOGIA

Um processo de investigação científica permite a resolução de problemas, a aquisição de conhecimentos e é uma forma organizada e sistemática, para encontrar respostas a questões que necessitem de investigação (Fortin, 2009).

Fortin (2009) define metodologia como um conjunto de técnicas orientadoras para a consecução do processo de investigação científica. Assim, é apresentado neste capítulo a Metodologia deste estudo, composta pelos subcapítulos Concetualização do Estudo e Objetivos, Tipo de Estudo, Questões de Investigação, População e Amostra, Instrumento de Colheita de Dados, Procedimentos Formais e Éticos, Tratamento de Dados.

### 2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Após uma intensa e difícil revisão da literatura mostrou-se imperativo a investigação na área da catástrofe, pelo facto de não ser um tema muito explorado em Portugal.

A imprevisibilidade em situações de exceção ou catástrofe provocadas pelo ser humano ou por fenómenos naturais, obriga permanentemente os profissionais a estarem preparados para a sua ocorrência, mesmo que nunca venham a acontecer. As diversas equipas de saúde, principalmente a do pré-hospitalar e os profissionais que exercem funções nas urgências das unidades de saúde devem estar preparados para responder eficazmente a estas situações, garantindo uma continuidade de cuidados eficiente. Neste sentido, as unidades de saúde devem ter PEE atualizados, pois estes tornam-se uma importante ferramenta na organização da resposta à emergência externa (Almeida & Sousa, 2012).

Para este estudo foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Conhecer a opinião de peritos em situações de exceção/catástrofe relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar assegurando uma prestação de cuidados contínua.

Para elucidar esta reflexão propõe-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer na opinião dos peritos quais são as recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe na área da formação, recursos e assistência e transmissão da informação.
- Conhecer a opinião dos peritos quanto à triagem primária na área do pré-hospitalar, encaminhamento da vítima e hospitalar numa situação de catástrofe.

- Conhecer a opinião dos peritos quanto à triagem secundária na área pré-hospitalar e continuidade de cuidados numa situação de catástrofe.
- Conhecer a opinião dos peritos quanto à triagem terciária numa situação de catástrofe.

Face aos objetivos classifica-se este estudo como descritivo com recurso à análise quantitativa (primeira fase do estudo) e qualitativa (segunda fase do estudo). Poder-se-á classificar este estudo como método de triangulação, pois permitirá investigar uma temática com a utilização de dois sistemas de tratamento de dados diferentes (Flick, 2012). Clark e Cresswell (2013) também abordam a triangulação metodológica como um sistema misto, pois combina métodos qualitativos e quantitativos, como a entrevista e o questionário, assegurando a melhor compreensão do tema pesquisado.

## 2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Subjacente aos objetivos delineados, foi formulada a seguinte questão de investigação: qual é a opinião de peritos em situações de exceção/catástrofe relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar a fim de assegurar uma prestação de cuidados contínua?. A par desta questão foi ainda possível definir outras:

- Qual é a opinião dos peritos sobre as recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe na área da formação, recursos e assistência e transmissão da informação?
- Qual é a opinião dos peritos quanto à triagem primária na área do pré-hospitalar, encaminhamento da vítima e hospitalar numa situação de catástrofe.
- Qual é a opinião dos peritos quanto à triagem secundária na área pré-hospitalar e continuidade de cuidados numa situação de catástrofe.
- Qual é a opinião dos peritos quanto à triagem terciária numa situação de catástrofe.

## 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2009) define população como um conjunto de indivíduos/elementos que possuem características semelhantes/comuns, definidas por critérios de inclusão ou exclusão determinados pelo investigador e, conseqüentemente, a amostra deve representar a população alvo.

No presente estudo de investigação a população alvo, tanto da primeira como da segunda fase são peritos na área da catástrofe.

Desta forma, a amostra é constituída tendo em conta o nível de especialização dos peritos na área da emergência/catástrofe. Foram ainda definidos, para integrar participantes na amostra, os seguintes critérios de inclusão: terem experiência profissional em emergência/urgência; possuírem formação avançada em enfermagem e/ou especialização de pós-licenciatura ou cursos na área da emergência e catástrofe; participação ou formação teórica em planos de catástrofe e preferencialmente com artigos científicos publicados na área da catástrofe, não sendo esta última característica obrigatória para a inclusão dos elementos participantes no estudo.

Manizade e Mason (2011) corroboram a ideia apresentada anteriormente referindo que num estudo desta natureza os participantes devem ser selecionados tendo por base, a especialização e a formação na área em estudo, com conhecimentos revelantes sobre o problema, desempenharem funções ou terem desenvolvido atividades (como publicações) relacionadas com o objeto de estudo.

Para o recrutamento dos participantes que fizeram parte do estudo foi aplicada o método “efeito bola de neve”. Inicialmente foram contactados elementos representantes de instituições que exercem funções na área da catástrofe/emergência hospitalar e solicitado o contacto de peritos nessa área (APÊNDICE I). Esses dirigentes após pedirem consentimento aos peritos enviaram por correio eletrónico os seus contactos. Esta técnica é uma forma de Amostragem Não Probabilística e inserir-se na Amostragem Intencional (Fortin, 2009), permitindo ao investigador selecionar conscientemente os peritos que participaram no estudo, através de critérios de inclusão/exclusão (Ibidem).

Este trabalho de investigação envolveu assim a participação de vinte elementos na primeira fase. Quanto à segunda fase do estudo, a amostra foi composta pelos primeiros cinco elementos que após terem respondido ao questionário, aceitaram participar na entrevista. Esta técnica é uma forma de amostragem não probabilística acidental (Fortin, 2009).

## 2.4. INSTRUMENTOS

Para a consecução deste trabalho foi necessário proceder à elaboração de um instrumento de colheita de dados que melhor se adaptasse ao tipo de estudo a realizar e tendo em conta a revisão da literatura efetuada sobre o tema.

**Para a fase 1** optou-se por colher dados através de um questionário em formato digital (APÊNDICE II) constituído por:

- a) Dados sociodemográficos: idade, género, categoria profissional, formação e experiência na área da catástrofe e a publicação de artigos/trabalhos científicos no mesmo âmbito. Estes dados servem igualmente para a confirmação dos critérios de inclusão.
- b) Opinião de profissionais com formação avançada em emergência e/ou catástrofe sobre a importância da formação simulada, para agir numa situação de exceção. Este é constituído por vinte e sete afirmações, agrupadas em quatro secções onde são abordadas questões relacionadas com o sistema de triagem do pré-hospitalar e hospitalar utilizado numa situação de exceção/catástrofe, assegurando uma prestação de cuidados contínua.

Da primeira secção – “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe” fazem parte treze afirmações. A segunda secção – “Triagem Primária” é constituída por seis afirmações, assim como da terceira secção – “Triagem Secundária” fazem parte mais seis afirmações. Da quarta e última secção – “Triagem Terciária” correspondem duas afirmações.

Para cada uma das vinte e sete afirmações, foi solicitado aos peritos, através da escala Likert que manifestassem o grau de concordância em cinco níveis (Discordo Totalmente, Discordo, Nem Concordo Nem Discordo, Concordo e Concordo Totalmente) em relação a cada uma. Foram ainda convidados a tecer considerações/sugestões em cada uma das afirmações.

**Para a Fase 2** optou-se por realizar uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE III) como instrumento de colheita de dados, o que permitiu ao investigador seguir um conjunto de questões previamente definidas e um número adicional de questões que o ajudaram a direcionar a discussão para o assunto que lhe interessava ou com o objetivo de esclarecer o que não ficava claro (Fortin, 2009), principalmente no que diz respeito à orientação da DGS (o que está preconizado, riscos e melhorias), sobre a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar e sobre a importância da formação simulada, para agir numa situação de catástrofe. A entrevista foi constituída por uma questão norteadora formulada de acordo com os objetivos deste trabalho de investigação:

- Qual a sua opinião em relação ao que se encontra preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que diz respeito à triagem em ambiente hospitalar das vítimas de uma situação de exceção/catástrofe?

A par desta questão foram ainda realizadas mais duas questões com o objetivo de aprofundar/esclarecer a primeira:

- Tendo em conta o que está implementado, acha que existem riscos no atendimento à vítima de uma situação de exceção/catástrofe?

- Do que está preconizado na norma da DGS acha que poderiam ser feitas melhorias?

Dado que o estudo vai para além do que está instituído na orientação da DGS, foram incluídas outras duas perguntas para clarificar alguns temas pertinentes na área da catástrofe:

- O que pensa sobre a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de exceção/catástrofe?

- Existem recomendações sobre a necessidade de formação e simulacros nas unidades de saúde com o objetivo de preparar os profissionais de saúde para uma eventual situação de exceção. Qual a sua opinião sobre este assunto? As instituições têm esta preocupação?

As entrevistas foram gravadas com gravador digital. De acordo com Machado (2010), a utilização do gravador é recomendada quando a entrevista é a principal técnica de recolha de dados, de forma a não se perder informações importantes para o estudo.

Posteriormente à realização da entrevista, transcreveu-se cada uma (APÊNDICE IV) e fez-se uma breve análise das respostas de modo a verificar se iam ao encontro das questões de investigação.

## 2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Um estudo de investigação, de acordo com Fortin (2009), tem que respeitar aspetos éticos. Assim, no presente trabalho de investigação, procurou-se respeitar os princípios éticos de forma a proteger os direitos dos peritos que participaram na investigação.

O “direito à autodeterminação”; o “direito ao anonimato e à confidencialidade” e o “direito a um tratamento justo e equitativo” (Fortin, 2009, p. 116-119) inerentes aos processos de investigação constituem pontos fulcrais no presente estudo. Neste sentido, estes valores foram

salvaguardados na colheita e tratamento de dados, garantindo que nenhum dos dados analisados e descritos se associa aos peritos que os disponibilizou. A utilização desses dados destinou-se somente a fins científicos.

Recorreu-se ao Consentimento “Livre e Esclarecido” (Fortin, 2009, p. 120), onde os participantes foram devidamente informados da finalidade, objetivo, âmbito e benefícios do estudo (APÊNDICE V). No primeiro estudo, aceitaram participar eletronicamente; no segundo estudo, após serem informados e esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, os peritos assinaram o Consentimento Informado em suporte papel.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e abril de 2019.

## 2.6. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados recolhidos na primeira fase do estudo foram submetidos a tratamento estatístico, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), como forma de proceder a apresentação, interpretação e discussão dos resultados recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente frequências relativas e absolutas e medidas de tendência central e de dispersão, como a média e o desvio padrão respetivamente.

Quanto à segunda fase do estudo, após a colheita de dados através do método de entrevistas formais, semiestruturadas e individuais, foi transcrita toda a informação da gravação para suporte informático, respeitando a sua informação.

De entre os diferentes tipos de análise de conteúdo, o presente estudo insere-se na análise temática categorial (Quivy & Campenhoudt, 1992), que permite descobrir o sentido e significado que compõe a comunicação (Bardin, 2004).

Na apresentação e análise dos resultados os peritos entrevistados, são identificados com a letra E, seguida do número da entrevista (E<sub>1</sub>). A este código foi associado o género do entrevistado; masculino com a letra M e feminino com a letra F, por exemplo E<sub>1M</sub>, significará entrevista número um a perito do género masculino.

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após o delineamento dos objetivos e com o intuito de os alcançar, ostentam-se neste capítulo os resultados da análise dos dados obtidos.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PERITOS

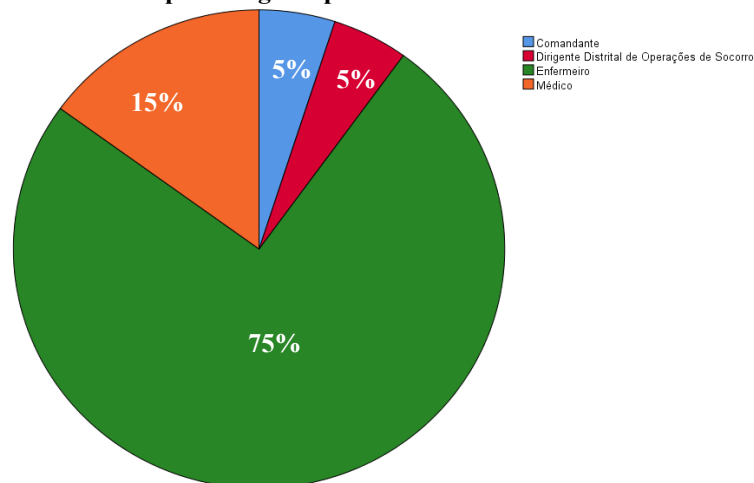
Na primeira fase do estudo fizeram parte vinte peritos na área da catástrofe, quinze são enfermeiros, três médicos, um comandante e um dirigente distrital de operações de socorro, como demonstra o gráfico 1. Dezanove têm formação (pós-graduação, mestrado, Medical Response to Major Incidents (MRMI), Curso de Emergência e Catástrofe para Enfermeiros Militares, outros cursos) na área, exceto um perito que não tem formação específica em catástrofe, mas tem sete anos de experiência.

Por sua vez, dezassete dos peritos têm mais de cinco anos de experiência profissional na área da catástrofe, um tem três anos e dois apenas têm dois anos de experiência. Os anos de experiência variam assim, entre os dois e os vinte e cinco anos, com uma média de  $10,45 \pm 6,70$  anos. Apenas um já publicou artigos/trabalhos científicos no âmbito da catástrofe.

Dos vinte participantes incluídos neste estudo dezassete são do género masculino e três do género feminino, com uma média (M) de idades de  $42,75 \pm 9,58$  anos.

No que concerne à categoria profissional dos peritos, pode-se verificar no seguinte gráfico, que a moda é ser enfermeiro.

**Gráfico 1 – Distribuição da amostra por categoria profissional**



Na segunda fase do estudo participaram cinco peritos, quatro do sexo masculino e um do feminino. Todos enfermeiros, três a exercer funções em ambiente hospitalar, no serviço de urgência; um com experiência hospitalar e pré-hospitalar, inclusive em situações de catástrofe e ainda com formação na área; por fim o quinto elemento exerce, de momento, funções na docência, mas com vasta experiência na área, não só em Portugal, mas também em missões realizadas no estrangeiro.

### 3.2. OPINIÃO DE PERITOS RELATIVAMENTE AO SISTEMA DE TRIAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR

De seguida analisam-se os resultados do estudo quantitativo e qualitativo. A análise será efetuada em simultâneo e sempre que se justifique os indicadores poderão ser comentados não sequencialmente.

Após a soma da percentagem do nível de concordância positiva verificou-se que, 100% dos peritos concordam com as afirmações “A existência de um plano de emergência externo atualizado é essencial para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe.”; “A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da formação e treino dos profissionais de saúde.” e “As unidades de saúde devem realizar periodicamente simulacros para a avaliação da eficácia da atuação numa situação de catástrofe.”. Relativamente à afirmação “No plano de emergência da unidade de saúde deve estar contemplado a formação e o treino dos profissionais de saúde.” dezanove dos peritos analisaram-na com um nível de concordância de 95%, como se confirma na tabela 1.

Com o intuito de enaltecer e aprofundar os resultados anteriormente descritos, quanto à formação e ao treino dos profissionais de saúde, foram analisadas as respostas às entrevistas. Assim, observou-se que um dos aspetos que emergiu do discurso dos entrevistados é a necessidade de existir um plano de emergência externo específico para atuar eficazmente numa situação de catástrofe, como também é demonstrado pelo nível de concordância previamente analisado:

*“(...) não há um plano de emergência que seja transversal a todos os hospitais, tem que ser específico àquela região. E os enfermeiros, depois nos hospitais terão essa formação. Formação (...) específica para aquela área que o hospital dê resposta (...)” - E<sub>1M</sub>.*

**Tabela 1 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: formação”**

| Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: formação   | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|--|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 1.A existência de um plano de emergência externo atualizado é essencial para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe.      | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 2 (10)            | 18 (90)                      |
| 2.No plano de emergência da unidade de saúde deve estar contemplado a formação e o treino dos profissionais de saúde.                | 0 (0)                        | 0 (0)             | 1 (5)                              | 2 (10)            | 17 (85)                      |
| 3.A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da formação e treino dos profissionais de saúde.                         | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 6 (30)            | 14 (70)                      |
| 4.As unidades de saúde devem realizar periodicamente simulacros para a avaliação da eficácia da atuação numa situação de catástrofe. | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 3 (15)            | 17 (85)                      |

Relativamente à afirmação sobre a eficácia da atuação numa situação de catástrofe depender da formação e treino dos profissionais de saúde, os entrevistados exemplificam como deve ser o plano e a sua operacionalização, nomeadamente a quem deve ser dirigida a formação e como deve ser realizada, como se verifica pelos discursos a seguir:

*“(...) é pela via da simulação que se consegue ter alguma experiência na catástrofe (...)”* - E<sub>2M</sub>.

*“(...) os simulacros seriam (...) fundamentais de serem realizados (...)”* - E<sub>4F</sub>.

*“É fundamental que se façam exercícios de simulacros, exercícios de preparação (...)”* - E<sub>5M</sub>.

Expõem ainda que a transmissão de conhecimentos nesta área deve ser facultada a todos os profissionais de saúde:

*“(...) não é só as pessoas que estão na triagem que têm que ter essa formação, mas são todos os enfermeiros, todos os médicos, todos os auxiliares de ação médica, tudo isto deve estar de facto em estrita articulação e, é esse o plano de emergência que deve de estar a funcionar (...)”* - E<sub>1M</sub>.

*“(...) na instituição tem que ser formação dada a todas as pessoas (...)”* - E<sub>4F</sub>.

Por sua vez, a formação não deve ser só simulada, mas é essencial a existência de uma formação teórica prévia:

*“(...) a formação em termos teóricos, também é muito importante, porque nós não podemos partir para um simulacro se as pessoas não tiverem uma formação teórica inicial (...)”* - E<sub>4F</sub>.

*“(...) não são só as instituições hospitalares que têm que ter essa preocupação. As unidades de ensino têm que começar a ter essa preocupação. Começar a ter unidades curriculares*

*direcionadas, não é para a área de emergência, é para a área da catástrofe, porque a área da catástrofe tem modos de operacionalização completamente diferentes (...)*” - E<sub>1M</sub>.

Pode-se ainda constatar no discurso de alguns entrevistados (com a exceção de um, quando refere que *“Parece-me que exista essa preocupação por parte das unidades de saúde (...)*” - E<sub>3M</sub>) a falta de formação e treino como uma das grandes lacunas nesta área:

*“(...) se acontecer uma catástrofe (...) vai ser muito complicado (...) porque nós, profissionais de saúde, não estamos preparados. (...) não temos formação e vai ser caótico (...)*” - E<sub>1M</sub>.

Com o intuito de realçar a falta de formação dos profissionais de saúde sobre os modelos de triagem instituídos numa situação de catástrofe, emergiu do discurso do entrevistado E<sub>1M</sub> o facto destes modelos, por serem concebidos com base em evidência científica e em realidades diferentes das nacionais, poderem não ser adaptáveis à realidade de Portugal. Esta lacuna, segundo a sua opinião, seria colmatada com a formação simulada:

*“Os modelos estão feitos, estão bem feitos, estão bem executados existem comissões nomeadamente na triagem de Manchester que estão constantemente em atualização daqueles fluxogramas. Agora, eu acho que as coisas estão bem feitas, falta é de facto passar esta mensagem, dar este conhecimento aos profissionais de saúde, pô-los em execução, porque se calhar, se nós colocarmos estes modelos em execução há realidades nacionais que não se coadunam com aquelas formas de se fazer (...)*” - E<sub>1M</sub>.

*“E o hospital até pode ter um excelente plano de emergência e se depois não promove exercícios de treino, se não promove (...) não desenvolvem competências. Isso é que é o grande problema!”* - E<sub>1M</sub>.

O que acaba por dar resposta à afirmação que explora a periodicidade dos simulacros:

*“(...) esta formação deve ser contínua (...)*” - E<sub>1M</sub>.

*“(...) a única forma de ter pessoal treinado é fazer simulacros. Eu acho que deveria haver muito mais, mas ainda não estamos nessa fase, embora a lei o obrigue (...)*” - E<sub>2M</sub>.

*“(...) deviam ser feitos com alguma regularidade (...)*” - E<sub>4F</sub>.

Embora na afirmação “No plano de emergência da unidade de saúde deve estar contemplado a formação e o treino dos profissionais de saúde.” não tenha havido cem por cento de concordância entre os peritos, verificou-se nas entrevistas que:

*“Os planos de emergência externos, as unidades de saúde têm que o ter, pelo menos a lei assim o obriga. Se cumprirem o que está na lei, regularmente têm que fazer simulacros, ou seja tem que existir formação pelo menos prática desse tipo de situações. É diferente o que está na lei, daquilo que se faz, é um facto (...)” - E<sub>2M</sub>.*

Na seguinte tabela (tabela 2) está exposto o grau de concordância dos peritos, no que diz respeito aos recursos não só, humanos, como materiais, assim como alguns aspetos que propiciam a eficácia da atuação numa situação de catástrofe. Com base nesses resultados, verificou-se que os vinte peritos classificaram a afirmação “A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da definição exata das funções e responsabilidades da equipa multiprofissional.” com um nível de concordância de 100%. O mesmo se comprovou no discurso dos peritos entrevistados quando enaltecem algumas das situações que poderão pôr em causa essa eficácia:

*“(...) quando houve alguns exercícios em 2006, que envolviam o país inteiro esses problemas foram referenciados na altura: falha na comunicação, falhas na parte da triagem e depois com articulação com os hospitais. E até agora nada foi feito!” - E<sub>1M</sub>.*

*“Numa situação de catástrofe, o nível de stress, às vezes a falta de preparação das pessoas, (...) o risco é sempre acrescido (...)” - E<sub>4F</sub>.*

**Tabela 2 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: recursos e assistência”**

| Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: recursos e assistência  | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|---|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 5.A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da definição exata das funções e responsabilidades da equipa multiprofissional.                       | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 6 (30)            | 14 (70)                      |
| 6.O encaminhamento da vítima numa situação de exceção/catástrofe deve ser baseado na capacidade da unidade hospitalar.  | 1 (5)                        | 0 (0)             | 1 (5)                              | 8 (40)            | 10 (50)                      |
| 7.O processo de triagem numa situação de exceção deve ser contínuo.   | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 6 (30)            | 14 (70)                      |
| 8.A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a implementação criteriosa de recursos críticos, a documentação e o controlo do fluxo de vítimas.       | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 7 (35)            | 13 (65)                      |
| 9.A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a determinação do nível de urgência, a assistência precoce e a utilização de manobras de “life-saving”. | 0 (0)                        | 0 (0)             | 0 (0)                              | 7 (35)            | 13 (65)                      |

Quanto à afirmação “O encaminhamento da vítima numa situação de exceção/catástrofe deve ser baseado na capacidade da unidade hospitalar.” constatou-se que existiu uma maior discrepância nas opiniões dos peritos, pois apenas 90% concordam com a mesma. Esta afirmação equipara-se a uma das afirmações investigadas na categoria “Triage Primária: encaminhamento da vítima”, onde foi questionado se “Na triagem START devem ser

priorizadas as vítimas na área de socorro, para que posteriormente sejam evacuadas e transportadas para unidades de saúde definitivas.”. Dos vinte peritos investigados, dezassete, 85%, concordam com a afirmação, como se comprova com a tabela 3.

**Tabela 3 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: encaminhamento da vítima”**

| Triagem Primária: encaminhamento da vítima   | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|--|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 16.Na triagem START devem ser priorizadas as vítimas na área de socorro, para que posteriormente sejam evacuadas e transportadas para unidades de saúde definitivas. | 0 (0)                        | 3 (15)            | 0 (0)                              | 10 (50)           | 7 (35)                       |

Nas entrevistas constata-se que o encaminhamento das vítimas depende não só da capacidade da unidade de saúde, mas da priorização da vítima, que é feita no local do incidente:

*“(…) é feita a avaliação na altura e o encaminhamento, se nós tivermos capacidade de resposta para a quantidade de vítimas, acho que os riscos aí são minimizados pela abordagem que a equipa faz (…)” - E<sub>5M</sub>.*

Relativamente às restantes afirmações analisadas na tabela 2, “O processo de triagem numa situação de exceção deve ser contínuo.” e “A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a implementação criteriosa de recursos críticos, a documentação e o controlo do fluxo de vítimas.”, 100% dos peritos concordam com as mesmas.

Após se cruzarem os dados, comprovou-se que efetivamente o processo de triagem deve ser contínuo do pré-hospitalar para o hospitalar:

*“(…) o pré-hospitalar serve para que depois o hospital dê continuidade aos cuidados que foram prestados inicialmente (…)” - E<sub>1M</sub>.*

*“A meu ver, o INEM optou por isto na área da emergência pré-hospitalar e os hospitais devem dar continuidade àquela triagem que foi feita no teatro de operações.” - E<sub>1M</sub>.*

A importância da utilização correta do documento de identificação da vítima surge no discurso como um dos aspetos a valorizar na continuidade de cuidados:

*“A identificação do doente e a transição de cuidados são feitas através de documento individual que, quando corretamente colocado, permite a continuidade de cuidados bem como a rastreabilidade do doente no circuito.” - E<sub>3M</sub>.*

O conteúdo transmitido e o tempo em que é feita essa transmissão surgem como indicações imprescindíveis, para garantir a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de catástrofe:

*“(...) o objetivo é que haja continuidade de cuidados e que a informação seja passada, sendo que tem que ser passada de forma sucinta, porque o período é curto.” - E<sub>4F</sub>.*

Quanto àquilo que na realidade é feito, os peritos manifestaram-se e declararam que, por vezes, a continuidade de cuidados surge como uma lacuna na prestação de cuidados:

*“De forma geral, acho que existe continuidade de cuidados (...) Os mecanismos, na minha opinião, ainda não são os melhores.” - E<sub>2M</sub>.*

*“A continuidade de cuidados é uma luta (...)” - E<sub>5M</sub>.*

É sugerido no discurso dos peritos que esta falha devia ser discutida entre os profissionais envolvidos numa situação de catástrofe, com a finalidade de ultrapassar as entropias neste processo:

*“(...) às vezes, poderá haver aqui algumas entropias nesse processo e acho que isso poderia ser objeto de discussão e nesse aspeto otimizar todo o percurso e a continuidade da questão, a perceção do cuidado ser uma continuidade e não haver um break na fase que se recebe o doente (...)” - E<sub>5M</sub>.*

Também existiu consenso entre os peritos na afirmação “A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a determinação do nível de urgência, a assistência precoce e a utilização de manobras de “life-saving””, como se conclui após a análise da tabela 2 e que se reflete na opinião dos peritos entrevistados:

*“(...) são técnicas de life-saving é para salvar a vida da pessoa, mas as pessoas confundem o que é emergência pré-hospitalar. A emergência pré-hospitalar é para aplicar técnicas de life-saving, não é para se tratar definitivamente a pessoa. O hospital está lá para depois fazer esse trabalho.” - E<sub>1M</sub>.*

Após a análise da tabela 4 constatou-se que não houve consenso entre os peritos nas quatro afirmações.

**Tabela 4 – Distribuição dos resultados sobre “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: transmissão da informação”**

| Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: transmissão da informação  | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|--|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 10.No processo de triagem deve existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.   | 0 (0)                        | 1 (5)             | 1 (5)                              | 3 (15)            | 15 (75)                      |
| 11.A unidade de saúde deve triar de forma diferente as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica das vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios. | 3 (15)                       | 10 (50)           | 0 (0)                              | 4 (20)            | 3 (15)                       |
| 12.A unidade de saúde deve triar as vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios através da triagem primária.  | 1 (5)                        | 3 (15)            | 1 (5)                              | 9 (45)            | 6 (30)                       |
| 13.A unidade de saúde deve triar as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica através da triagem secundária.   | 2 (10)                       | 6 (30)            | 0 (0)                              | 8 (40)            | 4 (20)                       |

No item dez, 90% dos peritos concordam com a afirmação.

A importância de comunicar eficazmente, não só num processo de triagem, mas entre os profissionais responsáveis pela equipa do pré-hospitalar e hospitalar na formulação dos planos de emergência, foi um dos aspetos que também emergiu do discurso dos entrevistados:

*“(…) é importante que os hospitais estejam em estreita conexão e que falem a mesma linguagem (…)” - E<sub>1M</sub>.*

*“(…) poderia haver uma articulação, se falassem todos a mesma linguagem era capaz de ser mais homogéneo.” - E<sub>5M</sub>.*

Acrescentam ainda que esta articulação não é evidente:

*“Efetivamente há necessidade desta articulação entre unidades de saúde e INEM, tem que haver aqui uma maior proximidade e não: ‘Eu estou na área do pré-hospitalar e os hospitais cada um com as suas administrações que se resolvam!’.” - E<sub>1M</sub>.*

*“Eu acho que se houvesse uma melhor articulação, ou seja, se todo o percurso desde do registo do incidente, desde o início da situação, fosse igual, fosse homogéneo desde o pré até ao intra-hospitalar, acho que minimizava alguns dos potenciais erros e riscos que pode ocorrer neste percurso e se calhar os profissionais direcionavam esforços mais, ou seja, otimizavam mais o tempo, porque as coisas eram mais ou menos fluídas.” - E<sub>5M</sub>.*

Um dos entrevistados engrandece a importância de todos os profissionais, envolventes numa situação de catástrofe, debaterem a forma de atuação nestas situações, adaptando, posteriormente, a cada unidade de saúde e à sua especificidade:

*“Era fundamental que todos, unidades de saúde, INEM, se juntassem e houvesse, digamos, um curso que fosse transversal a todos. E depois os hospitais, de acordo com a sua especificidade contextual, de região, podiam adaptar em função disso. A forma de elaborar um plano de emergência, está lá na proteção civil, depois era adaptar.”* - E<sub>1M</sub>.

Na afirmação onze, treze (65%) dos peritos discordam com a afirmação e sete (35%) concordam com a pertinência da mesma. Por sua vez, na afirmação doze, 20% discordam com a afirmação, 5% nem concordam nem discordam e 75% concordam com a pertinência da mesma.

Estas duas afirmações são complementadas pelos itens dezassete, dezoito e dezanove da categoria “Triagem Primária: hospitalar” como se pode consultar na tabela 5.

Da análise destas afirmações conclui-se que no item dezassete, treze dos peritos classificaram-na com um nível de concordância de 65%, 10% nem concordam nem discordam com a afirmação e 25% discordam com a mesma. Na afirmação dezoito 10% dos peritos discordam com a mesma, 10% nem concordam nem discordam e 80% concordam com a pertinência da mesma. Por sua vez, no item dezanove 75% dos peritos destacaram-na com um nível de concordância elevado, quando comparado com a opinião dos restantes peritos, 20% que manifestaram nem concordar nem discordar e 5% discordaram com a afirmação em análise.

**Tabela 5 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: hospitalar”**

| Triagem Primária: hospitalar   | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|--|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 17.A triagem hospitalar numa situação de catástrofe deve ser efetuada tendo por base o protocolo START.              | 2 (10)                       | 3 (15)            | 2 (10)                             | 9 (45)            | 4 (20)                       |
| 18.A atuação da unidade de saúde no atendimento à vítima de catástrofe deve ter em conta o sistema de triagem START. | 0 (0)                        | 2 (10)            | 2 (10)                             | 11 (55)           | 5 (25)                       |
| 19.A triagem START pode também ser utilizada no hospital quando a vítima é triada pela primeira vez.                 | 0 (0)                        | 1 (5)             | 4 (20)                             | 8 (40)            | 7 (35)                       |

Contrapondo estas afirmações, com a onze (“A unidade de saúde deve triar de forma diferente as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica das vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios.”) e doze (“A unidade de saúde deve triar as vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios através da triagem primária.”), pretende-se aprofundar a abordagem hospitalar à vítima, numa situação de catástrofe, tendo em conta se foi ou não triada no local do incidente e se se recorreu à triagem primária ou se foi necessário

encaminhar a vítima para profissionais especializados que a triaram recorrendo à triagem secundária. Este paradigma surge no discurso dos entrevistados:

*“O INEM instituiu o modelo START na área da emergência pré-hospitalar (..) e nos hospitais, por norma quando se tem que fazer uma primeira triagem, triagem primária, utiliza-se a triagem START (...)”* - E<sub>1M</sub>.

*“(...) os doentes como nós dizemos já chegam às instituições entre aspas limpinhos, ou seja, já vêm triados do local, é claro que há sempre aqueles que aparecem pelo próprio pé, ou pelo próprio transporte e isso aí, já dá espaço às unidades de saúde (...)”* - E<sub>5M</sub>.

Da análise da afirmação “A unidade de saúde deve triar as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica através da triagem secundária.” averiguou-se que doze peritos, consideram a afirmação com um nível de concordância de 60%, e oito (40%) são da opinião contrária, discordando com a afirmação em análise. A opinião dos entrevistados, quando refletiram sobre este tema, foi ao encontro da pertinência desta afirmação, acrescentando que o preconizado a nível hospitalar é a triagem de Manchester e o que se deve verificar na triagem secundária é a aplicação da “*Triage Revised Trauma Score*”, o que não é assegurado na orientação da DGS:

*“(...) o que está implementado é, (...) START, mas nos hospitais na triagem secundária tem que ser a TRTS, que é o que está normalizado pelo Manchester.”* - E<sub>1M</sub>.

*“(...) aquilo que está definido pela Direção Geral de Saúde devia ser revisto, porque (...) existe a triagem de Manchester para situações de catástrofe, que tem um algoritmo próprio, que poderia ser aquilo que se preconiza à entrada de uma urgência e não fazer novamente a triagem START (...)”* - E<sub>2M</sub>.

As restantes afirmações expostas na categoria “Triage Primária: pré-hospitalar” são apresentadas na tabela 6. Ao dissecar estas duas afirmações constatou-se que, na catorze existe um nível de concordância entre os peritos de 85%, enquanto que na quinze apenas existe 60%. A restante percentagem é distribuída no “Nem Concordo Nem Discordo” (30%) e no “Discordo” (10%).

**Tabela 6 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Primária: pré-hospitalar”**

| Triagem Primária: pré-hospitalar  | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|---|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 14.A triagem “ <i>Simple Triage And Rapid Treatment</i> ” (START) deve iniciar o processo identificando as vítimas que andam e as que se encontram com ferimentos ligeiros. | 1 (5)                        | 1 (5)             | 1 (5)                              | 10 (50)           | 7 (35)                       |
| 15.Na triagem START devem ser triadas as vítimas no local do incidente.   | 0 (0)                        | 2 (10)            | 6 (30)                             | 3 (15)            | 9 (45)                       |

Foi obtido do discurso dos entrevistados a menção à importância destas afirmações para a perceção da triagem primária:

*“(...) a triagem START tem uma forma muito mais rápida e não tem tanta coisa para se poder interpretar, os parâmetros são mais simples (...)” - E<sub>1M</sub>.*

*“(...) triagem START, que é um modelo anglo-saxónico, que é mais fácil de aplicar e que pode ser mais facilmente interpretado por pessoas nomeadamente, da área da proteção civil e estamos a falar de bombeiros (...)” - E<sub>1M</sub>.*

Na categoria “Triagem Secundária: pré-hospitalar” foram obtidos os seguintes dados, como se comprova com a análise da tabela 7: à afirmação “Se existir o Posto Médico Avançado, as vítimas devem ser triadas recorrendo à triagem secundária.” corresponde um nível de concordância entre os peritos de 80%. Três dos peritos (15%) discordam com a afirmação. Relativamente à triagem secundária utilizada no Posto Médico Avançado ser baseada na escala “*Triage Revised Trauma Score*”, 80% dos peritos concordam com a afirmação, 15% nem concordam nem discordam e 5% discordam.

**Tabela 7 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Secundária: pré-hospitalar”**

| Triagem Secundária: pré-hospitalar   | Discordo Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo Totalmente<br>n (%) |
|--|------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------|
| 20.Se existir o Posto Médico Avançado, as vítimas devem ser triadas recorrendo à triagem secundária.                             | 0 (0)                        | 3 (15)            | 1 (5)                              | 10 (50)           | 6 (30)                       |
| 21.O processo de triagem secundário utilizado no Posto Médico Avançado deve ser o “ <i>Triage Revised Trauma Score</i> ” (TRTS). | 0 (0)                        | 1 (5)             | 3 (15)                             | 13 (65)           | 3 (15)                       |

De seguida é analisada a melhor abordagem que a unidade de saúde deve adotar, garantindo a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar e, conseqüentemente, assegurar a eficácia nos cuidados prestados.

A afirmação “Numa situação de exceção deve ser tido em conta a continuidade de cuidados ao atendimento à vítima desde o pré-hospitalar até ao hospitalar.”, já superficialmente discutida e analisada previamente, remete para a relevância do tema continuidade de cuidados no

atendimento da vítima de catástrofe. Assim, é possível observar na tabela 8 que 90% dos peritos concordam com a afirmação.

**Tabela 8 – Distribuição dos resultados sobre “Triagem Secundária: continuidade de cuidados”**

| <b>Triagem Secundária: continuidade de cuidados</b>  | <b>Discordo Totalmente<br/>n (%)</b> | <b>Discordo<br/>n (%)</b> | <b>Nem Concordo<br/>Nem Discordo<br/>n (%)</b> | <b>Concordo<br/>n (%)</b> | <b>Concordo Totalmente<br/>n (%)</b> |
|--|--------------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|--------------------------------------|
| 22. Numa situação de exceção deve ser tido em conta a continuidade de cuidados ao atendimento à vítima desde o pré-hospitalar até ao hospitalar.             | 0 (0)                                | 0 (0)                     | 2 (10)   | 8 (40)                    | 10 (50)                              |
| 23. Em situações que tenha sido aplicada a triagem secundária a nível do pré-hospitalar, a abordagem a nível hospitalar não deve iniciar pela triagem START. | 1 (5)                                | 4 (20)                    | 2 (10)   | 7 (35)                    | 6 (30)                               |
| 24. Os instrumentos de triagem secundária estabelecem a prioridade de cuidados que as vítimas devem receber em contexto hospitalar.                          | 0 (0)                                | 1 (5)                     | 2 (10)   | 12 (60)                   | 5 (25)                               |
| 25. A triagem secundária deve triar de forma mais precisa as vítimas e encaminhá-las o mais rapidamente possível para as áreas de tratamento específicas.    | 0 (0)                                | 0 (0)                     | 2 (10)   | 9 (45)                    | 9 (45)                               |

Com a análise das entrevistas também se comprovou a pertinência do item vinte e dois:

*“(…) é importante que essas pessoas que fazem essa triagem saibam avaliar o grau de prioridade daquela pessoa, para que efetivamente a pessoa possa chegar com vida ainda ao hospital e depois deem continuidade e façam a avaliação secundária, mas que deem continuidade àquele trabalho feito (…)” - E<sub>1M</sub>.*

Foi ainda repostado pelos peritos entrevistados a quezília que existe entre as entidades pertencentes ao pré-hospitalar e ao hospitalar, o que compromete a eficiência dos cuidados prestados e conseqüentemente, a continuidade de cuidados:

*“Atualmente, eu penso que ainda há alguma quezília, alguns conflitos entre as pessoas que realizam o pré-hospitalar e as pessoas que trabalham em meio hospitalar. As pessoas não conseguem ainda trabalhar como uma equipa única (…)” - E<sub>4F</sub>.*

*“(…) se isto fosse uniforme era capaz de ser mais simples. Isso deverá ser objeto de melhoria, até poderá criar algumas entropias e por isso, deverá ser objeto de olhar crítico (…)” - E<sub>5M</sub>.*

No seguimento deste tema e da sua relevância os vinte peritos do estudo quantitativo foram questionados se não fazia sentido a abordagem hospitalar da vítima de catástrofe (após ter sido aplicada a triagem secundária a nível do pré-hospitalar) iniciar por outra triagem e não pela triagem primária. Assim, 65% dos peritos concordam com a afirmação, 25% discordam e 10% nem concordam nem discordam. Embora nesta afirmação não tenha havido cem por cento de concordância entre os peritos, verificou-se nas entrevistas que:

*“(...) acho que estamos a fazer duas vezes a mesma coisa e que com isso podemos perder dados... podemos perder dados da própria vítima, da evolução do estado da vítima. Numa fase muito inicial, a triagem START faz todo o sentido.” - E<sub>2M</sub>.*

Enaltecem ainda a importância da análise que os profissionais de saúde do hospitalar deveriam efetuar às etiquetas de triagem, provenientes do pré-hospitalar, com o intuito de não se perder informação e de haver ganhos na prestação de cuidados:

*“(...) as etiquetas têm a triagem START, mas também têm a triagem secundária, ou seja, se tudo for feito corretamente, se houver disponível todo o material, nomeadamente as etiquetas, a informação de certa forma não se perde. (...) se nós já temos avaliação, inclusive de sinais vitais, de forma numérica, de forma quantitativa não faz sentido estarmos a fazer, agora novamente uma triagem primária, depois de ter passado num PMA, depois de ter tido uma avaliação de um profissional diferenciado.” - E<sub>2M</sub>.*

Uma vez mais, emerge do discurso dos entrevistados a referência à formação dos profissionais de saúde como uma mais valia, na abordagem hospitalar da vítima de catástrofe:

*“(...) é importantíssimo que todos saibam (...) qual o sistema de triagem que é instituído no contexto pré-hospitalar, quando chega ao serviço de urgência e depois quando é a triagem secundária, porque uma pessoa que venha de um hospital de campanha montado, pode até já vir com a triagem secundária já feita e pode ser feita invariavelmente as vezes que forem necessárias e a pessoa tem que saber, tem que dominar aquele fluxograma, digamos assim de Manchester e não da START, porque a START já, já foi (...)” - E<sub>1M</sub>.*

Quando refletem sobre o que é preconizado na orientação da DGS sobre o tema, concluem que há perda de informação e, por conseguinte, não há uma evolução eficiente na prestação de cuidados:

*“(...) à chegada ao hospital estar a refazer isso, a única lógica que posso ver é que estamos a garantir que as pessoas mantêm o mesmo estado, mas se nós já estivéssemos a fazer outra coisa teria muito mais lógica, portanto haveria uma evolução, naquilo que seria a prestação de cuidados, havia um aumento em termos de cuidados.” - E<sub>2M</sub>.*

Na afirmação “Os instrumentos de triagem secundária estabelecem a prioridade de cuidados que as vítimas devem receber em contexto hospitalar.” o nível de concordância entre os peritos foi de 85% e na afirmação “A triagem secundária deve triar de forma mais precisa as vítimas e

encaminhá-las o mais rapidamente possível para as áreas de tratamento específicas.” existiu um consenso de 90%.

Estas afirmações complementam-se com as entrevistas dando resposta ao que deveria ser revisto na orientação da DGS, assim como algumas estratégias que solucionariam algumas entropias existentes ao longo de todo este processo:

*“Não percebi muito bem, porque é que fizeram a norma utilizando novamente a triagem START, mas acho que poder-se-ia utilizar ou uma triagem secundária (...)” - E<sub>2M</sub>.*

*“(...) o que as pessoas se baseiam tem haver com os critérios da triagem de Manchester, que (...) é a TRTS a escala revista de trauma que não está preconizado na norma (...) se calhar seria um aspeto que poderia ser acrescentado, a continuidade (...) a re-triagem dos doentes (...)” - E<sub>4F</sub>.*

Como se observa nos testemunhos, de seguida transcritos, emergiu ainda a necessidade de na orientação emanada pela DGS haver referência à triagem secundária:

*“(...) a triagem secundária, será a triagem de Manchester, vão utilizar aqueles tais três discriminadores específicos, que é o TRTS, que depois vai vos dar uma triagem muito mais abrangente.” - E<sub>1M</sub>.*

*“(...) as urgências polivalentes têm postos de triagem onde têm os algoritmos da triagem de Manchester para situações de catástrofe, portanto, poder-se-ia implementar esse tipo de triagem à entrada do hospital.” - E<sub>2M</sub>.*

Finalmente, na tabela 9 pode-se verificar que não houve consenso entre os peritos nos itens vinte e seis e vinte e sete. Após análise da afirmação “A triagem terciária deve ser aplicada a todas as vítimas que necessitam de cuidados intensivos.” conclui-se que catorze peritos (70%) concordam com a pertinência da mesma, três peritos (15%) nem concordam nem discordam e os restantes peritos (três – 15%) discordam com a afirmação. Por sua vez na afirmação “A triagem terciária deve ser realizada por cirurgiões e/ou intensivistas.” ainda existe maior discrepância no nível de concordância entre os peritos. Nove (45%) concordam com a afirmação, sete (35%) não concordam nem discordam e quatro (20%) discordam.

**Tabela 9 – Distribuição dos resultados sobre “Triage Terciária”**

| Triagem Terciária  | Discordo<br>Totalmente<br>n (%) | Discordo<br>n (%) | Nem Concordo<br>Nem Discordo<br>n (%) | Concordo<br>n (%) | Concordo<br>Totalmente<br>n (%) |
|--|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| 26.A triagem terciária deve ser aplicada a todas as vítimas que necessitam de cuidados intensivos. | 0 (0)                           | 3 (15)            | 3 (15)                                | 9 (45)            | 5 (25)                          |
| 27.A triagem terciária deve ser realizada por cirurgiões e/ou intensivistas.                       | 0 (0)                           | 4 (20)            | 7 (35)                                | 7 (35)            | 2 (10)                          |

Após a análise dos resultados, foi possível desconstruir três dos quatro grandes temas em áreas, “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe”; “Triagem Primária” e “Triagem Secundária” e “Triagem Terciária”, o que permitiu uma melhor compreensão dos mesmos, como se pode verificar no seguinte quadro (Quadro 1):

**Quadro 1 – Temas e áreas de discussão**

| <b>Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe</b> | <b>Triagem Primária</b>  | <b>Triagem Secundária</b> | <b>Triagem Terciária</b> |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Formação  | Pré-hospitalar           | Pré-hospitalar            |                          |
| Recursos e assistência  | Encaminhamento da vítima | Continuidade de cuidados  |                          |
| Transmissão da informação   | Hospitalar               |                           |                          |

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se interpretar e discutir os resultados de investigação obtidos, tendo em consideração a evidência científica publicada por autores fidedignos e utilizada para a realização do enquadramento teórico.

Para dar resposta aos objetivos propostos, para a consecução deste trabalho de investigação, de seguida, proceder-se-á à discussão dos resultados tendo por base os resultados e os objetivos.

##### **a) Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: formação**

A eficácia da atuação dos profissionais de saúde numa situação de catástrofe a nível hospitalar depende de um PEE atualizado, foi uma das afirmações unânimes, positivamente, entre os peritos questionados. A mesma opinião, têm Silva *et al.* (2015) quando afirmam que um plano de emergência deve ser verificado e testado, através da promoção de exercícios de treino regulares, o que permitirá a identificação de lacunas, aumentando a eficácia da resposta a uma situação real. Com todo este processo, surge a necessidade de as unidades de saúde elaborarem e divulgarem o plano de emergência pelos profissionais de saúde, permitindo a melhoria contínua do PEE.

Após a análise concordante dos peritos, na afirmação sobre a importância de estar contemplada, no plano de emergência da unidade de saúde, a formação teórica e simulada dos profissionais de saúde na área da catástrofe e ao contrapor com evidência científica emanada pela OMS (2007) onde são enaltecidas a formação e o treino dos profissionais de saúde nesta área, como pontos cruciais que deverão estar presentes na elaboração de um PEE, conclui-se que existe harmonia entre todas as apreciações. Relativamente a este tema, os elementos participantes na entrevista mencionam no seu discurso que, a formação não deve ser apenas teórica, mas é essencial que haja uma preocupação pelas instituições na transmissão de competências práticas, através da simulação. Um dos entrevistados realça, ainda, a importância desta formação ter início nas unidades de ensino, com unidades curriculares direcionadas para esta área, o que vai ao encontro do recomendado pelo CIE, quando afirma que todos os enfermeiros devem estar habilitados e ser competentes na prestação de cuidados à vítima de uma situação de catástrofe (Alfred *et al.*, 2014). Desta forma, a OMS e o CIE (2009) desenvolveram competências, com o intuito de enaltecer o papel dos enfermeiros, promovendo programas especializados de educação e treino. Por sua vez, os Estados Unidos da América, a partir de 2012 começaram a

incluir nos cursos de enfermagem uma formação, intitulada por “*American Red Cross Disaster Health and Sheltering Course*”, no sentido de proporcionar aos estudantes de enfermagem a aquisição de competências na resposta a uma situação de catástrofe, consciencializando-os para o seu papel nestas situações e auxiliando-os, fornecendo-lhes recursos facilitadores nas dinâmicas simuladas em sala de aula (Alfred *et al.*, 2014). O entrevistado E<sub>2M</sub> acrescenta que a experiência na área da catástrofe é enriquecida pela via da simulação.

Quanto à formação e ao treino dos profissionais ser essencial para atuar numa situação de catástrofe, os peritos concordam positivamente. O que é comprovado com a opinião de Nekoie-Moghadam *et al.* (2016). O autor afirma no seu estudo que uma das lacunas que leva à unidade de saúde, e conseqüentemente, aos profissionais de saúde não estarem preparados para atuar numa situação de catástrofe, é a falta de formação teórica e simulada. O mesmo se constatou no discurso dos entrevistados, quando referem o caos que será, se ocorrer uma situação de catástrofe, pela falta de formação dos profissionais de saúde. No discurso dos peritos emerge ainda a necessidade de a formação ser transmitida a todos os profissionais de saúde.

Para colmatar esta falha, a alínea e) do disposto no 22º artigo do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto prevê que o serviço de urgência de cada unidade de saúde deve elaborar um plano de catástrofe e este deve ser do conhecimento de todos os profissionais. Elucida ainda para a importância de realizar formação e exercícios de simulação periódica, o que vai ao encontro da opinião dos peritos quando lhes foi questionado se a atuação numa situação de catástrofe também dependia da periodicidade na realização de simulacros. Legalmente está estipulado a essência da formação e a frequência em que deve ser feita, contudo, atualmente, ainda é considerado pelos peritos o não cumprimento da mesma, como uma das lacunas. Silva *et al.* (2015) concordam, quando enaltecem a escassez de formação na área.

### **b) Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: recursos e assistência e Triage Primária: encaminhamento da vítima**

Nekoie-Moghadam *et al.* (2016) enumeraram algumas lacunas, como a definição exata das funções e responsabilidades da equipa multiprofissional, que não permitem à unidade de saúde uma preparação adequada para a prestação de cuidados às vítimas de uma situação de catástrofe. Os peritos, que fizeram parte deste trabalho de investigação, também concordaram com esta

afirmação quando mencionaram que o risco acresce, quando não está estipulado a quem compete cada uma das funções, o que provocará momentos de *stress*.

Outra das áreas abordadas neste estudo foi o encaminhamento da vítima em secções distintas, nas “Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe” e na “Triage Primária”. Na primeira, foi questionado se o encaminhamento da vítima dependia da capacidade da unidade hospitalar e na segunda afirmação se com a triagem START, as vítimas são priorizadas e evacuadas da área de socorro para unidades de saúde definitivas. Para responder a esta problemática Jenkins *et al.* (2008) referem-se a alguns dos instrumentos utilizados para a triagem primária, como sistemas que priorizam e evacuam a vítima da área de socorro, para que, posteriormente, seja transportada para unidades definitivas. Sorensen *et al.* (2011) são da mesma opinião quando afirmam que o processo de triagem se baseia não só na gravidade das lesões, mas também na capacidade do hospital para prestar os cuidados à vítima. Os peritos questionados foram concordantes com estas afirmações. Por sua vez, Rocha (2003) enriquecem a ideia explanada anteriormente, acrescentando que através deste processo pretende-se orientar a vítima para os serviços de urgência, apenas quando estritamente necessário, não colapsando estes locais.

Todo este processo desde o pré-hospitalar até ao hospitalar deve ser contínuo. Tanto no questionário como nas entrevistas sobressaiu este conceito. Contudo, a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar surge na opinião dos peritos entrevistados, como uma das lacunas na prestação de cuidados. É sugerido por este perito que esta falha deveria ser discutida entre os profissionais envolvidos para ultrapassar todas as dificuldades que possam existir. Para Valentim *et al.* (2014) esta lacuna na continuidade de cuidados deve-se à aplicação a nível hospitalar, do sistema de triagem utilizado no pré-hospitalar, o que poderá pôr em causa o melhor atendimento às vítimas. A OMS (2006) sugere que, para este processo ser contínuo, a primeira abordagem à vítima na unidade de saúde, tenha em conta a última triagem efetuada no pré-hospitalar, com o intuito desta ser repetida. Em 2007, num outro estudo, a OMS acrescenta que sistemas eficazes de atendimento são o êxito dos hospitais na prevenção da mortalidade e morbidade numa situação de catástrofe.

Do discurso dos peritos entrevistados surge ainda a importância da correta utilização do documento de identificação e o conteúdo transmitido e o tempo em que é feito, como aspetos imprescindíveis para garantir a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de catástrofe.

Nas afirmações sobre o que o deve ter em conta um sistema de triagem para a aumentar a eficácia da atuação numa situação de catástrofe os peritos concordaram na implementação criteriosa de recursos críticos, na documentação, no controlo do fluxo de vítimas, na determinação do nível de urgência, na assistência precoce e na utilização de manobras de *life-saving*, como principais objetivos a implementar. Oliveira *et al.* (2012) acrescentam a criação de áreas para a prestação de cuidados e a distribuição dos profissionais pelas mesmas, como medidas a adotar num processo de triagem. Na opinião dos entrevistados as técnicas de *life-saving* surgem com o objetivo de salvar a vida da vítima e, por isso, devem ser aplicadas na emergência pré-hospitalar.

### **c) Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe: transmissão da informação e Triage Primária: hospitalar**

Quando questionados sobre a importância de existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, os peritos na sua grande maioria concordaram com esse facto. Das entrevistas emergiram opiniões, não só em relação ao processo de triagem, mas também, evidenciam a importância de uma comunicação eficaz entre os profissionais responsáveis pela equipa do pré-hospitalar e hospitalar na formulação dos planos de emergência.

No entanto, surge ainda nas entrevistas a falta desta articulação como uma das lacunas, o que propiciará à ocorrência de erros ao longo de todo o percurso do pré-hospitalar até ao hospitalar. Nekoie-Moghadam *et al.* (2016) também descreveram que a transmissão da informação, e consequentemente, a importância de comunicar eficazmente, surgia como uma das lacunas a nível hospitalar, na abordagem à vítima.

No que concerne à perceção dos peritos sobre a abordagem hospitalar da vítima socorrida por profissionais diferenciados do INEM ser efetuada, utilizando um protocolo diferente, das vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios, houve maior discrepância entre as opiniões. Nas entrevistas verificou-se maior unanimidade, relativamente a este tema. O mesmo se confirmou com a afirmação que questionava o nível de concordância dos peritos sobre o sistema de triagem primário e a sua aplicação às vítimas que recorrem ao serviço de urgência por outros meios. Os peritos entrevistados diferenciaram dois tipos de vítimas, o que consequentemente, implicará uma abordagem a nível hospitalar diferente. Mencionaram as vítimas que chegam às unidades de saúde com procedimentos efetuados ao nível do pré-

hospitalar, quando são sujeitos à triagem efetuada por profissionais de saúde diferenciados e aquelas que aparecem na unidade de saúde em transporte próprio e que não chegaram a ser triadas no local do incidente. O que vai ao encontro da Orientação nº007/2010 da DGS (2010) que prevê que a unidade de saúde considere dois tipos de vítimas: as socorridas e transportadas por profissionais do INEM e as que recorrem ao serviço de urgência por outros meios. Christian *et al.* (2002) acrescentam que em hospitais, quando as vítimas são triadas pela primeira vez deve-se recorrer a protocolos de triagem primária e/ou secundária, consoante o praticado no pré-hospitalar. Contraindo estas considerações com a área estudada sobre a “Triage Primária: hospitalar” foi possível aprofundar a abordagem hospitalar à vítima, numa situação de catástrofe, tendo em conta a prestação de cuidados efetuada no local do incidente. Para isso, foram questionados os peritos sobre que sistema deve ter em conta a triagem hospitalar numa situação de catástrofe, quando as vítimas recorrem ao serviço de urgência sem uma primeira abordagem no pré-hospitalar e se a atuação no atendimento à vítima de catástrofe deve cingir-se ao sistema de triagem START, o que vai ao encontro com o exposto pela DGS (2010) que sugere a aplicação desse sistema numa primeira avaliação à vítima e ao sugerido pelos entrevistados. Quando questionados sobre a aplicação da triagem secundária no hospital em vítimas socorridas pelo PMA, por uma equipa multidisciplinar diferenciada, para garantir uma comunicação eficaz e, implicitamente a eficiência na prestação de cuidados, as respostas não são unânimes no questionário efetuado em formato digital, o mesmo não se reflete nas entrevistas, onde é mencionado a aplicação da “*Triage Revised Trauma Score*”, como um método preconizado pela triagem de Manchester. Diogo (2007) quando faz referência ao sistema de triagem de Manchester, cita dois dos fluxogramas incluídos nesse sistema e que foram desenvolvidos para aplicar numa situação de catástrofe: Catástrofe – Avaliação Primária e Catástrofe – Avaliação Secundária. O GPT (2010) quando se refere ao fluxograma que corresponde à triagem secundária, em situações que envolvam múltiplas vítimas, menciona o instrumento TRTS como um método de triagem que permite uma rápida reavaliação das vítimas que já foram submetidas a uma triagem primária. Os peritos entrevistados acrescentam, ainda, que este sistema de triagem secundária não é assegurado pela orientação da DGS e por isso, sugerem a revisão do que foi definido por este serviço central do Ministério da Saúde, utilizando a triagem secundária, prevista pelo sistema de triagem de Manchester à entrada de um serviço de urgência e não proceder de novo à triagem primária, quando já foram efetivados procedimentos, após uma triagem secundária no pré-hospitalar.

#### **d) Triagem Primária: pré-hospitalar**

Direcionando agora a discussão dos resultados para a triagem primária efetuada em contexto pré-hospitalar, foi analisado a concordância dos peritos sobre o sistema de triagem START, que é o método mais adotado a nível mundial.

Existem vários autores a enumerarem lacunas deste instrumento de triagem. Jenkins *et al.* (2008) afirma que o método START não permite atuar, eficazmente em catástrofes causadas pela contaminação por agentes NRBQ. Fink *et al.* (2018) revelam que este instrumento ainda não foi totalmente avaliado e validado em condições reais; exige o conhecimento e a aplicação prática de um segundo sistema de triagem direcionado para a população pediátrica, *JumpStart Pediatric Triage*; não aborda vítimas vivas, com lesões graves e com uma baixa probabilidade de sobreviver e apenas permite a aplicação de duas atitudes médicas (permeabilização da via aérea e controlo de hemorragia).

As respostas à afirmação sobre se a triagem START deve iniciar o processo identificando as vítimas que andam e as que se encontram com lesões ligeiras, não foram consensuais entre os peritos. No entanto, Oliveira *et al.* (2012) afirmam que o método START deve ser utilizado com o intuito de triar de forma rápida, usando discriminadores simples como: Vítima anda? Encontra-se ferida?. Lerner *et al.* (2008) e Bar-Dayán (2010) acreditam que este sistema pode ser usado perigosamente, pois as vítimas podem ter lesões que necessitam de tratamento imediato ou tardio. É ainda mencionado por Bar-Dayán (2010) que uma grande percentagem de vítimas com sinais vitais estáveis e sem lesões aparentes, mais tarde, o seu estado de saúde fica instável por lesões graves comprovadas por exames complementares de diagnóstico.

A opinião dos peritos também foi discordante, relativamente à afirmação sobre se a triagem START deve triar as vítimas no local do incidente se as condições de segurança estiverem asseguradas. Christian *et al.* (2002) referem que a triagem primária deve ser aplicada no local do incidente e acrescentam que esta se baseia em critérios simples, o que vai ao encontro do que foi descrito no parágrafo anterior e à opinião dos peritos entrevistados.

#### **e) Triagem Secundária: pré-hospitalar**

A triagem secundária realizada a nível do pré-hospitalar foi uma das áreas questionadas aos peritos. Oliveira *et al.* (2012) defendem que a triagem pré-hospitalar numa situação de catástrofe, deve subdividir-se em triagem primária e secundária, sendo que esta última decorrerá

no PMA, é realizada por profissionais diferenciados e onde são prestados cuidados essenciais à estabilização da vítima, segundo Rocha (2003). A opinião dos peritos relativamente a este tema, não foi concordante, no entanto, quando lhes foi pedido para analisarem a afirmação que elucidava para a ideia que o instrumento de triagem secundário utilizado no PMA deveria ser o TRTS, os resultados foram mais consensuais. Os autores supramencionados também definiram o TRTS como método de eleição para a triagem secundária.

#### **f) Triagem Secundária: continuidade de cuidados**

Por ser um tema de extrema relevância, a continuidade de cuidados no atendimento da vítima de catástrofe desde o pré-hospitalar até ao hospitalar foi de novo abordado e investigado. Após serem analisados os dados dos participantes neste trabalho de investigação, conclui-se que as respostas dos mesmos, em ambos os estudos, foram, na sua grande maioria, concordantes positivamente, sobre a pertinência do tema. Rocha (2003) e Leiva (2008) são da mesma opinião afirmando que a cadeia de socorro, em situações de exceção e catástrofe, deve ter início no local do incidente e término na unidade hospitalar, permitindo a continuidade na prestação de cuidados. Desta forma, Jenkin *et al.* (2007) enumeraram alguns aspetos importantes como o agravamento do estado clínico da vítima e as medidas terapêuticas praticadas pela equipa do pré-hospitalar para garantir a continuidade de cuidados. Valentim *et al.* (2014) quando se dirigem ao processo de triagem numa situação de catástrofe, referem que a utilização do instrumento de triagem aplicado no pré-hospitalar, a nível hospitalar, põe em causa o atendimento às vítimas e, conseqüentemente, impede a adequada continuidade de cuidados.

Os peritos entrevistados alertam para o que atualmente existe entre as entidades do pré-hospitalar e hospitalar. Efetivamente e segundo as suas declarações, existem quezílias, comprometendo a continuidade de cuidados e a eficiência dos cuidados prestados. No entanto, a ACSQHC (2012) afirma que para assegurar a continuidade de cuidados, é necessário o estabelecimento de uma comunicação eficaz e precisa entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multiprofissional do serviço de urgência.

No seguimento deste tema, não houve unanimidade entre os peritos questionados, sobre qual o instrumento de triagem a aplicar a nível hospitalar, ou seja, se foi aplicada a triagem secundária a nível do pré-hospitalar pelo INEM, a abordagem a nível hospitalar deveria dar continuidade à prestação de cuidados, iniciando a triagem pelo protocolo TRTS. Estes dados surgem em

sentido contrário aos descritos por Rocha (2003) quando enaltece a importância do PMA, referindo que neste posto são prestados não só, cuidados precoces, como o tratamento de patologias, por profissionais especializados e, posteriormente, são orientadas as vítimas para as unidades de saúde. Os peritos entrevistados não concordam com a aplicação da triagem START a nível hospitalar, quando foi aplicada a triagem secundária a nível do pré-hospitalar, pois afirmam que ao estar a utilizar um sistema de triagem primário nestas situações podem-se perder dados da vítima, assim como a evolução do seu estado de saúde. Enaltecem ainda a importância das etiquetas de triagem, para garantir a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar, mencionando como uma das lacunas da orientação da DGS, a utilização do instrumento de triagem START a nível hospitalar, em todas as vítimas, justificando que após a passagem das mesmas pelo PMA, com avaliação quantitativa de sinais vitais, não faz sentido a implementação desse sistema. Outro dos entrevistados conclui que ao triar a vítima a nível hospitalar com a triagem primária – START, após terem sido prestados cuidados personalizados e diferenciados no PMA, haverá perda de informação e ineficácia na prestação de cuidados. Uma vez mais, emerge do discurso dos entrevistados a relevância da triagem de Manchester a nível hospitalar e o conhecimento do fluxograma da triagem primária ou secundária, por parte dos profissionais, para aplicarem o mais adequado consoante o efetuado no pré-hospitalar. Estes testemunhos vão ao encontro das afirmações dos autores supracitados.

Jenkins *et al.* (2008) comprovam com o seu estudo que através da triagem secundária é possível definir em contexto hospitalar, a prioridade de cuidados essenciais à vítima. Por sua vez, Christian *et al.* (2002) acrescentam que a triagem secundária deve ser executada por profissionais especializados, com o objetivo de se triar rigorosamente as vítimas e encaminhá-las para as áreas de tratamento específicas. No entanto, estas constatações são antagónicas à opinião de alguns peritos questionados. Nas entrevistas surge como resposta a este tema a necessidade de a orientação da DGS ser revista e apresentam algumas sugestões, como a aplicação da triagem secundária para aumentar a eficácia no atendimento à vítima, não descurando a continuidade de cuidados que é fundamental numa situação de catástrofe. O facto de a orientação emanada pela DGS não fazer referência à triagem secundária, foi outro dos aspetos que os peritos entrevistados consideraram como lacuna. Dois dos entrevistados referem a utilização do instrumento TRTS, como triagem a adotar por ser mais abrangente.

Desta forma, segundo Nekoie-Moghadam *et al.* (2016), é possível depreender que as unidades de saúde são um elo essencial na resposta a situações de catástrofe e por isso, devem ser alvo

de avaliações frequentes para que estejam devidamente preparadas. O NDMDMHA (2002) enaltece a preparação da unidade de saúde como um aspeto essencial, pois possibilitará uma resposta eficiente, minimizará os danos e diminuirá a mortalidade.

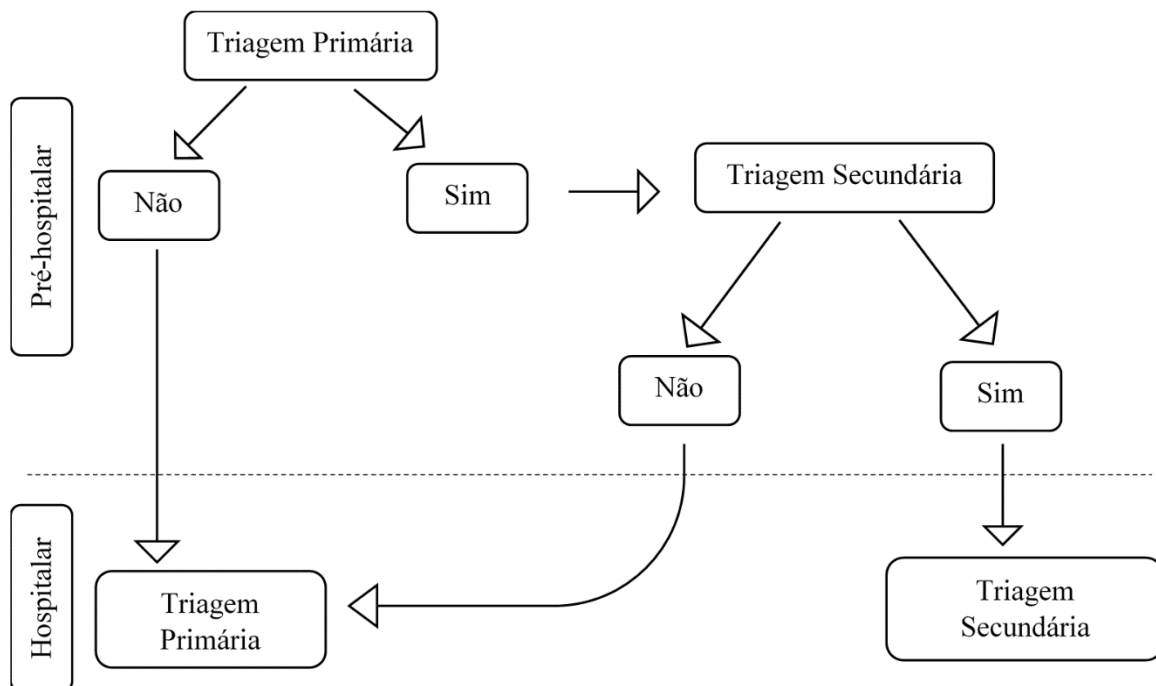
A importância de um instrumento funcional, para o processo de triagem hospitalar é referido por Sorensen *et al.* (2011) como essencial na eficácia do atendimento à vítima de uma situação de catástrofe.

**g) Triagem Terciária**

Por fim, a triagem terciária foi dos temas abordados, mais discordantes entre os peritos, contudo Christian *et al.* (2002) afirmam que a triagem terciária deve ser realizada por uma equipa mais diferenciada, sugerindo os cirurgiões e/ou intensivistas, como profissionais responsáveis pela mesma. Acrescentam que esta triagem deve ser apenas aplicada às vítimas que requerem cuidados intensivos.

Deste modo, e tendo em conta os resultados apresentados pelos peritos e o que se encontra evidenciado na literatura, propõe-se o seguinte esquema (Figura 4) na abordagem das equipas do pré-hospitalar e hospitalar à vítima de uma situação de exceção/catástrofe.

**Figura 4 – Proposta para a abordagem da vítima de uma situação de exceção/catástrofe**



## 5. CONCLUSÃO

Na fase final deste estudo e após a pormenorizada análise dos resultados, não só do questionário efetuado aos peritos em formato digital, mas também com a contraposição do discurso que emergiu da entrevista efetuada a cinco dos peritos, conclui-se a evidência de alguns pontos cruciais que dão resposta aos objetivos que foram definidos para este estudo.

A importância e periodicidade da formação e do treino dos profissionais de saúde na eficácia da atuação numa situação de catástrofe foi um dos temas mais desenvolvidos nas entrevistas e que maior nível de concordância teve entre os peritos que participaram no questionário. Houve ainda uma uniformidade na opinião dos peritos, quando referem que os responsáveis desta área não promovem exercícios aos profissionais de saúde.

A continuidade de cuidados e a comunicação eficaz, também surgem como aspetos importantes para a eficácia na abordagem à vítima de uma situação de catástrofe, mas, atualmente ainda existem alguns problemas com estas temáticas. Segundo a opinião dos peritos existem quezílias entre os profissionais de saúde do pré-hospitalar com os do hospitalar e vice-versa, que prejudicará a prestação de cuidados à vítima. Outra das lacunas que surgiu com este tema foi o encaminhamento das vítimas não só a nível hospitalar, mas também para as áreas de tratamento específicas, e com isso, a triagem inicial que deveria ser adotada na unidade de saúde, consoante a abordagem efetuada no pré-hospitalar. O facto de não estar desenvolvida, pela orientação emanada pela DGS, a triagem secundária, foi um dos pontos explorados nas entrevistas. Os peritos são da opinião que estar a fazer a triagem primária a nível hospitalar, com dados quantitativos, avaliados após uma triagem secundária, efetuada por profissionais diferenciados no pré-hospitalar, podem-se perder dados, e, conseqüentemente, não há uma evolução positiva no estado da vítima e um aumento na prestação de cuidados.

Pode-se depreender, com os dados obtidos, que a revisão da orientação da DGS torna-se perentória e impreterível, na opinião dos entrevistados. Esta ação permitiria aos profissionais responsáveis pelas unidades de saúde e INEM, debaterem o tema e uniformizarem um plano de emergência que fosse transversal às duas entidades, diminuindo as quezílias e o risco no atendimento à vítima.

As principais limitações sentidas no decorrer da investigação prenderam-se com o recrutamento da amostra pela especificidade que lhe está inerente e, conseqüentemente, pelo tempo de demora na resposta ao questionário. Dos quarenta e um contactos obtidos pelos dirigentes das instituições que exercem funções na área da catástrofe/emergência hospitalar apenas se obteve

a resposta de vinte elementos. Quanto à concretização das cinco entrevistas não houve tanta dificuldade, sendo que os peritos se dispuseram de imediato a reunir e foi evidente o interesse de todos no tema e na resolução das entropias existentes.

É do consenso de vários peritos entrevistados que ainda existem muitos procedimentos, na área da catástrofe, que não se coadunam com a nossa realidade. Assim, seria importante a formação simulada dos profissionais de saúde, para detetar se os modelos de triagem preconizados pela DGS se adaptam à especificidade de Portugal. Sugere-se em estudos futuros perceber se os instrumentos de triagem adotados, estão adequados à nossa prestação de cuidados.

Outra das sugestões proposta para futuras investigações seria avaliar a perceção dos peritos sobre o esquema apresentado no quarto capítulo, quanto à melhor abordagem pelas equipas do pré-hospitalar e hospitalar no atendimento/triagem à vítima de uma situação de exceção/catástrofe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfred, D.; Chilton, J. & Connor, D. (2014). *Preparing for disasters: education and management strategies explored*. Nurse Education in Practice, 15(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>.
- Almeida & Sousa, J. P. (2012). *A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe*. Acta Médica Portuguesa – Revista Científica da Ordem dos Médicos, 25(1), 37-43. Retrieved from <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>.
- Araújo, A.; Campos, P. & Reis, A. M. (2016). *O Terramoto no Haiti (12 de janeiro de 2010). Análise na Perspetiva da Medicina de Catástrofe: do Impacto à Atualidade*. Revista Territorium, 23, 65-80. [http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723\\_23\\_6](http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_23_6).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). *Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover*. ISBN Electronic: 9781921983382. Retrieved from [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Standard6\\_Oct\\_2012\\_WEB.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Standard6_Oct_2012_WEB.pdf).
- Badiali, S.; Giugni, A. & Marcis, L. (2017). *Testing the START Triage Protocol: Can It Improve the Ability of Nonmedical Personnel to Better Triage Patients During Disasters and Mass Casualties Incidents?*. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 11(3), 305-309. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.151>.
- Bar-Dayán, Y. (2010). *Editorial Comments: -PLUS Prehospital Mass-Casualty Triage: A Strategy for Addressing Unusual Injury Mechanisms*. Prehospital and Disaster Medicine, 25(3), 237-238. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00008098>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. ISBN: 9789724415062.
- Bruce, B. & Suserud, B. (2005). *The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses*. Nursing in Critical Care, 10 (4), 201-209. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x>.
- Christian, M. D.; Farmer, J. C. & Young, B. P. (2002). *Disaster triage and allocation of scarce resources*. Society of Critical Care Medicine, 13, 1-18. <https://www.sccm.org/getattachment/b5602d58-1816-4702-b0c1-deaf5db43e7/Disaster-Triage-and-Allocation-of-Scare-Resources>.
- Clark, V. L. P. & Cresswell, J. W. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos*. Porto Alegre. Editora Penso. ISBN: 9788565848473.
- Clarkson, L. & Williams, M. (2019). *Mass Casualty Triage*. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083791>.
- Despacho no 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, No 153 (2014). Acedido a 22 de julho de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>.
- Diogo, C. S. (2007). *Impacto da Relação Cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na Requalificação das Urgências do SNS*. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Retrieved from <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/993/1/IRC-Sistema%20Triagem%20Manchester%20na%20requalificação%20das%20urgências%20do%20SNS.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Orientação no 007/2010 de 06/10/2010. Lisboa. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
- Escola Superior de Saúde de Leiria (2018). *Guia de elaboração de trabalhos académicos: Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei*. Retrieved from [https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/GuiadeelaboraçãodetrabalhosacadémicosESSLei2018\\_completo.pdf](https://www.ipleiria.pt/esslei/wp-content/uploads/sites/28/2015/03/GuiadeelaboraçãodetrabalhosacadémicosESSLei2018_completo.pdf)
- Fink, B. N.; Rega, P. P. & Sexton, M. E. (2018). *START versus SALT Triage: Which is Preferred by the 21st Century Health Care Student?*. Prehospital and Disaster Medicine, 33(4), 381-386. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000547>.
- Flick, U. (2012). *Introdução à Metodologia de Pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre. Editora Penso. ISBN: 9788565848084.

- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures. Lusociência. ISBN: 9789728383107.
- Garrido, C. (2010). *O Risco de Ocorrência de Catástrofes Naturais em Portugal*. Universidade Lusíada de Lisboa. *Economia & Empresa*, 11, 15-24. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/lee/article/view/878>.
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no Serviço de Urgência: Protocolo de Triage de Manchester*. Amadora. Edição Grupo Português de Triage. ISBN: 9789899665200.
- Grupo Português de Triage. (2015). *Sistema de Triage de Manchester*. Retrieved from [http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriage.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110).
- Jenkin, A., Abelson-Michell, N. & Cooper, S. (2007). *Patient handover: Time for a change?*. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.aeen.2007.04.004>.
- Jenkins, J. L.; McCarthy, M. L. & Sauer, L. M. (2008). *Mass-Casualty Triage: Time for an Evidence-Based Approach*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1), 3-8. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00005471>.
- Kung, Y. & Chen, S. (2012). *Perception of Earthquake Risk in Taiwan: Effects of Gender and Past Earthquake Experience*. *Risk Analysis*, 32(9), 1535-1546. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2011.01760.x>.
- Lee, C. W. C.; McLeod, S. L. & Aarsen, K. V. (2016). *First Responder Accuracy Using SALT during Mass-casualty Incident Simulation*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(2), 150-154. <https://doi.org/10.1017/S1049023X16000091>.
- Lei no 80/2015 de 3 de agosto da Assembleia da República. Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República: I série, No 149 (2015). Acedido a 27 de outubro de 2018. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/80/2015/08/03/p/dre/pt/html>.
- Leiva, C. Á. (2008). *Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes*. Madrid. Arán Ediciones. ISBN: 9788496881419.
- Lerner, E. B.; Cone, D. C.; Weinstein, E. S.; Schwartz, R. B; Coule, P. L.; Cronin, M.; ... Hunt, R. C. (2011). *Mass Casualty Triage: An Evaluation of the Science and Refinement of a National Guideline*. *Disaster Medicine Public Health Preparedness*, 5(2), 129-137. <https://doi.org/10.1001/dmp.2011.39>.
- Lerner, E. B.; Schwartz, R. B.; Coule, P. L.; Weinstein, E. S.; Cone, D. C.; Hunt, R. C.; ... O'Connor, R. E. (2008). *Mass Casualty Triage: An Evaluation of the Data and Development of a Proposed National Guideline*. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(1), 25-34. <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e318182194e>.
- Machado, T. M. A. (2010). *O Doente Oncológico em Fase terminal: a sua hospitalização no discurso do familiar significativo*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26867/2/Tese%20Tnia%20Machado.pdf>.
- Manizade, A. G. & Mason, M. M. (2011). *Using Delphi methodology to design assessments of teachers' pedagogical content knowledge*. *Educational Studies in Mathematics*, 76(2), 183-207. <http://dx.doi.org/10.1007/s10649-010-9276-z>.
- Merin, O.; Miskin, I. N. & Lin, G. (2012). *Triage in Mass-Casualty Events: The Haitian Experience*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(5), 386-390. <https://doi.org/10.1017/S1049023X11006856>.
- National Disaster Management Division Ministry of Home Affairs. (2002). *Guidelines for hospital emergency preparedness planning*. Retrieved from <http://safehospitals.info/images/stories/3Resources/Guidline%20Final.pdf>.
- Nekoie-Moghadam, M.; Kurland, L. & Moosazadeh, M. (2016). *Tools and Checklists Used for the Evaluation of Hospital Disaster Preparedness: A Systematic Review*. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(5), 781-788. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.30>.
- Oliveira, M. S.; Meira, L. & Valente, M. (2012). *Manual TAS – Situação de Exceção*. ISBN: 9789898646088. Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Organização Mundial de Saúde & Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. ISBN: 9789295065796. Retrieved from [http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn\\_framework.pdf](http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf).

- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Emergency Health Training Programme for Africa*. Panafrican Emergency Training Centre.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *A Mass Casualty Management Trainer's Manual*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204734>.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity*. ISBN: 9789241596053. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43804>.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. ISBN: 9789241598316. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44091>.
- Porto Editora. (2003-2019). Dicionário da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/catastrofe>.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva. ISBN: 9726622751.
- Rocha, I. (2003). *Posto Médico Avançado*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9831/7/5320\\_TM\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9831/7/5320_TM_01_P.pdf).
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from [http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/tese\\_mestrado\\_triagem\\_prioridades%20triagem\\_m\\_manchester\\_v.pdf](http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/tese_mestrado_triagem_prioridades%20triagem_manchester_v.pdf).
- Silva, R.M.; Campos, P. & Reis, A. M. (2015). *Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima*. Revista Territorium, 22, 249-266. [http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723\\_22\\_19](http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19).
- Sorensen, B. S.; Zane, R. D. & Wante, B. E. (2011). *Hospital emergency response checklist: An all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/148214/e95978.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf?ua=1).
- Sujan, M. & Spurgeon, P. (2013). *Safety of Patient Handover in Emergency Care – Results of a Qualitative Study*. In Proceedings of Annual European Safety & Reliability Conference. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/221b/726734fe8550bc5943625ea7ee13124fc4ca.pdf>.
- Valentim, A. L. E.; Paes, G. O. & Carvalho, S. M. (2014) - *Utilizando os serviços de emergência do sistema único de saúde mediante o Simple Triage and Rapid Treatment*. Revista Enfermagem Profissional, 1(1), 194-204.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - Emails enviados às instituições

## Peritos na área de catástrofe

Tânia Silva  
sex, 27/04/2018 16:24  
fernandan@dgs.min-saude.pt



Boa Tarde,

Sou aluna do quinto mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito da dissertação, venho por este meio solicitar a colaboração, na recomendação de peritos na área da catástrofe e os seus contactos (se possível), com a finalidade de participar no estudo que estou a efetuar, com a utilização da Técnica de Delphi.

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,  
Tânia Silva



Fernanda Marçal <fernandan@dgs.min-saude.pt>  
qui, 03/05/2018 09:17  
Você



Bom dia  
Por favor contacte o INEM

Com os melhores cumprimentos  
Fernanda Marçal  
*Secretária no Departamento da Qualidade na Saúde*  
*Secretary at the Department of Quality in Health*  
"No quadro do processo de desmaterialização da DGS, esta mensagem não terá qualquer suporte de papel, pelo que não será enviado ofício."



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



## Peritos na área da catástrofe

Tânia Silva  
sex, 27/04/2018 16:21  
@inem.pt; @inem.pt



Boa Tarde,

Sou aluna do quinto mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito da dissertação, venho por este meio solicitar a colaboração, na recomendação de peritos na área da catástrofe e os seus contactos (se possível), com a finalidade de participar no estudo que estou a efetuar, com a utilização da Técnica de Delphi.

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,  
Tânia Silva

## Peritos na área da Catástrofe

Tânia Silva  
sex, 27/04/2018 16:30  
pnrrc@procv.pt



Boa Tarde,

Sou aluna do quinto mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito da dissertação, venho por este meio solicitar a colaboração, na recomendação de peritos na área da catástrofe e os seus contactos (se possível), com a finalidade de participar no estudo que estou a efetuar, com a utilização da Técnica de Delphi.

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,  
Tânia Silva

## APÊNDICE II - Questionário em formato digital

# A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados

Sou aluna do 5º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito da unidade curricular Dissertação, pretendo elaborar um trabalho de Investigação sobre "A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados".

Deste modo, este questionário destina-se a avaliar a perceção de peritos relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar realizado por profissionais em situações de exceção/catástrofe assegurando uma prestação de cuidados contínua.

Ao preencher o questionário tenha por favor em atenção que:

1. É importante que responda a todas as questões, caso contrário o questionário não poderá ser considerado válido para o tratamento estatístico.
2. Não existem respostas corretas, nem incorretas. Apenas se pretende obter a sua opinião.

Este questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos. O seu preenchimento total terá uma duração aproximada de 15 a 20 minutos.

Agradeço, desde já, a disponibilidade e colaboração que presta a esta investigação. Estarei disponível para responder a quaisquer questões.

Leiria, junho de 2019

Investigador  
Tânia Alves da Silva  
E-mail: tania.a.silv2@gmail.com

## Endereço de email \*

Endereço de email válido

Este formulário está a recolher endereços de email. [Alterar definições](#)

Todos os dados que submeter estão sujeitos às regras gerais de segurança de dados e à nossa política de privacidade. Uma vez que, não perguntamos nomes nem endereços de e-mail neste questionário, o anonimato dos seus dados encontra-se assegurado. Para passar à fase seguinte necessita de aceitar os termos de uso e a política de privacidade. \*

Aceito os termos de uso e a política de privacidade.

## Caracterização pessoal e profissional

Descrição (opcional)

### 1. Género \*

Masculino

Feminino

### 2. Idade (anos) \*

Texto de resposta curta

### 3. Categoria Profissional \*

Texto de resposta curta

### 4. Tem alguma formação na área da catástrofe? \*

Sim

Não

Se respondeu sim à questão anterior, especifique o grau de formação (Mestrado, Pós-graduação, Curso(s),...).

Texto de resposta curta

### 6. Tem experiência na área da catástrofe? \*

Sim

Não

Se respondeu sim à questão anterior, qual o tempo de experiência (em anos).

Texto de resposta curta

### 8. Publicou artigos/trabalhos científicos no âmbito da catástrofe? \*

Sim

Não

## Recomendações para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe

Descrição (opcional)

1.A existência de um plano de emergência externo atualizado é essencial para a eficácia da atuação numa situação de catástrofe. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

2.No plano de emergência da unidade de saúde deve estar contemplado a formação e o treino dos profissionais de saúde. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

3.A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da formação e treino dos profissionais de saúde. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

4.As unidades de saúde devem realizar periodicamente simulacros para a avaliação da eficácia da atuação numa situação de catástrofe. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

5.A eficácia da atuação numa situação de catástrofe depende da definição exata das funções e responsabilidades da equipa multiprofissional. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

6.O encaminhamento da vítima numa situação de exceção/catástrofe deve ser baseado na capacidade da unidade hospitalar. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

7.O processo de triagem numa situação de exceção deve ser contínuo. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

8.A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a implementação criteriosa de recursos críticos, a documentação e o controlo do fluxo de vítimas. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

9. A triagem numa situação de catástrofe deve ter em conta a determinação do nível de urgência, a assistência precoce e a utilização de manobras de "life-saving". \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

---

13. A unidade de saúde deve triar as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica através da triagem secundária. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

---

10. No processo de triagem deve existir uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

---

11. A unidade de saúde deve triar de forma diferente as vítimas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica das vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

---

12. A unidade de saúde deve triar as vítimas que chegaram ao serviço de urgência por outros meios através da triagem primária. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

---

## Triagem Primária

Descrição (opcional)

14.A triagem "Simple Triage And Rapid Treatment" (START) deve iniciar o processo identificando as vítimas que andam e as que se encontram com ferimentos ligeiros. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

15.Na triagem START devem ser triadas as vítimas no local do incidente. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

16.Na triagem START devem ser priorizadas as vítimas na área de socorro, para que posteriormente sejam evacuadas e transportadas para unidades de saúde definitivas. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

17.A triagem hospitalar numa situação de catástrofe deve ser efetuada tendo por base o protocolo START. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

18.A atuação da unidade de saúde no atendimento à vítima de catástrofe deve ter em conta o sistema de triagem START. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

19.A triagem START pode também ser utilizada no hospital quando a vítima é triada pela primeira vez. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

## Triagem Secundária

Descrição (opcional)

20. Se existir o Posto Médico Avançado, as vítimas devem ser triadas recorrendo à triagem secundária.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

21. O processo de triagem secundário utilizado no Posto Médico Avançado deve ser o "Triage Revised Trauma Score" (TRTS).

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

22. Numa situação de exceção deve ser tido em conta a continuidade de cuidados ao atendimento à vítima desde o pré-hospitalar até ao hospitalar.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

23. Em situações que tenha sido aplicada a triagem secundária a nível do pré-hospitalar, a abordagem a nível hospitalar não deve iniciar pela triagem START.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

24. Os instrumentos de triagem secundária estabelecem a prioridade de cuidados que as vítimas devem receber em contexto hospitalar.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

25. A triagem secundária deve triar de forma mais precisa as vítimas e encaminhá-las o mais rapidamente possível para as áreas de tratamento específicas.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

## Triagem Terciária

Descrição (opcional)

26.A triagem terciária deve ser aplicada a todas as vítimas que necessitam de cuidados intensivos. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Texto de resposta longa

27.A triagem terciária deve ser realizada por cirurgiões e/ou intensivistas. \*

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Nem Concordo Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

### Sugestões/Comentários

Muito Obrigado pela atenção e tempo  
despendido no preenchimento deste  
questionário!

Atenção: este questionário está sujeito ao sigilo estatístico. Os dados individualizados não poderão ser divulgados. A divulgação será global.

### APÊNDICE III - Guião da Entrevista

## **GUIÃO DA ENTREVISTA**

Sou aluna do 5º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e no âmbito da unidade curricular Dissertação, pretendo elaborar um trabalho de Investigação sobre **“A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados”**.

### **Parte I – Legitimação da entrevista**

- Numa primeira fase será desenvolvido um estudo qualitativo onde será elaborada uma entrevista semiestruturada a pessoas com conhecimentos/experiência na área da catástrofe e posteriormente, utilizando o estudo quantitativo do tipo exploratório, através do método de Delphi, serão questionados peritos sobre a avaliação no pré-hospitalar e hospitalar realizada por profissionais em situações de exceção/catástrofe, com o objetivo de explorar o sistema de triagem hospitalar utilizado no atendimento à vítima; a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar e a necessidade de formação dos profissionais de saúde.
- Solicitar a colaboração dos participantes (entrevistados) – Consentimento Informado;
- Assegurar a confidencialidade e anonimato;
- Solicitação da autorização para a gravação da entrevista.

### **Parte II - Questões da entrevista semiestruturada**

1. Qual a sua opinião em relação ao que se encontra preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que diz respeito à triagem em ambiente hospitalar das vítimas de uma situação de exceção/catástrofe?
2. Tendo em conta o que está implementado, acha que existem riscos no atendimento à vítima de uma situação de exceção/catástrofe?
3. O que pensa sobre a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de exceção/catástrofe?
4. Do que está preconizado na norma da DGS acha que poderiam ser feitas melhorias?

**5.** Existem recomendações sobre a necessidade de formação e simulacros nas unidades de saúde com o objetivo de preparar os profissionais de saúde para uma eventual situação de exceção. Qual a sua opinião sobre este assunto? As instituições têm esta preocupação?

#### APÊNDICE IV - Exemplos de protocolo de Entrevista

## ENTREVISTA 1 (E1)

### **1. Qual a sua opinião em relação ao que se encontra preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que diz respeito à triagem em ambiente hospitalar das vítimas de uma situação de exceção/catástrofe?**

Bem, em relação à triagem, neste momento o modelo que está instituído é a Triagem de Manchester, nem todos os hospitais têm ainda atualmente, mas grande maioria dos hospitais a nível nacional é a triagem de sistema de Manchester e que é feita por enfermeiros. A triagem de Manchester tem vários fluxogramas e tem específicos para uma situação de triagem dita normal num contexto de dia a dia e depois tem fluxogramas específicos para área da catástrofe. Se me disser, em termos da triagem e dos fluxogramas, se estão bem feitos, estão, dão resposta àquilo que se pretende. Agora, se me diz que as pessoas que estão a fazer triagem têm essa, digamos competência desenvolvida, esse conhecimento desenvolvido, não sei, porque a maior parte dos hospitais não faz exercícios com frequência para que as pessoas possam efetivamente aplicar esses mesmos fluxogramas, até porque nós sabemos perfeitamente que os fluxogramas estão lá, mas o enfermeiro neste momento pode ter a intuição, até alterar, digamos assim, esses mesmos fluxogramas. Não sei! Julgo que há ainda muito caminho para se percorrer, para efetivamente as pessoas que estejam a fazer triagem num serviço de urgência tenham a capacidade para fazer e para aplicar esses mesmos fluxogramas; terem por base que não são os fluxogramas que se devem centrar única e exclusivamente, mas de facto tenham um noel suficiente para que efetivamente possam fazer toda essa triagem de acordo com a situação de catástrofe, quando estamos a falar de catástrofe, estamos a falar de acidentes catastróficos, de efeitos ilimitados em forma de catástrofe, aqui também temos que esclarecer um bocadinho o que é uma catástrofe, o que é um desastre multivítimas. Um desastre multivítimas pode ser 3 vítimas, não é?! E isso não é necessário ativar esse plano. Agora, estamos a falar de catástrofe onde à partida existe risco evolutivo, e isso é o que define efetivamente uma catástrofe. Nestes contextos, de desastre, de acidente catastrófico de efeitos limitados, não existe esse risco evolutivo, pois são limitados no tempo, naquele espaço e que efetivamente os meios inicialmente poderiam ser suficientes, mas depois rapidamente são. Eu acho que, prende-se essencialmente por aí! Aliás isto vem no âmbito da minha tese de doutoramento eu estive a estudar essas vertentes e de facto a falta de conhecimentos por parte da grande maioria dos enfermeiros nestas áreas é alarmante.

## **2. Então, a norma da DGS preconiza a triagem START numa situação de catástrofe, mas na triagem de Manchester existem dois fluxogramas.**

Exatamente! Neste momento o que é que acontece? Acontece que dada a triagem START, que é um modelo anglo-saxónico, que é mais fácil de aplicar e que pode ser mais facilmente interpretado por pessoas nomeadamente, da área da proteção civil e estamos a falar de bombeiros, não é?! São os bombeiros que às vezes poderão ter que fazer esta triagem. O INEM instituiu o modelo START na área da emergência pré-hospitalar, contudo se for feita esta triagem no meio pré-hospitalar, é feita a triagem START e nos hospitais, por norma quando se tem que fazer uma primeira triagem, triagem primária, utiliza-se a triagem START e a triagem secundária, será a triagem de Manchester, vão utilizar aqueles tais três discriminadores específicos, que é o TRTS, que depois vai vos dar uma triagem muito mais abrangente. É um bocado confuso! É um bocado confuso, porque isto exige que as pessoas que estejam em contexto hospitalar, que depois tenham que utilizar estes dois modelos, tenham que saber estes dois modelos. O que eu tenho verificado também é que a grande maioria dos enfermeiros, não sabe, porque nunca utilizou esta triagem START, não sabe como essa triagem START se executa, como se faz, como é que não se faz, também temos aí um bocadinho dessa situação. A meu ver, o INEM optou por isto na área da emergência pré-hospitalar e os hospitais devem dar continuidade àquela triagem que foi feita no teatro de operações. Mas lá está, aqui neste contexto específico os enfermeiros, não sei se a grande maioria dos enfermeiros tem..., porque isso a DGS foi um bocado por arrasto porque aquilo que o INEM bem ou mal é o coordenador do SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica) e é ele que define toda esta parte da emergência pré-hospitalar, embora esteja enquadrado na DGS, é ele que de facto define estas coisas todas e ele optou pela triagem START. Depois a triagem secundária já será a triagem de Manchester, ou seja, isto leva com que haja aqui um bocadinho de confusão, embora que as cores sejam idênticas, porque a Manchester temos o vermelho prioridade 1, a prioridade 2 que é amarelo e verde que é a prioridade 3 e o cartão morto é escolhido o laranja, azul e o cinzento, que é o cinza que é para aquelas questões mais específicas. A triagem START também é as mesmas cores, só que a triagem START tem uma forma muito mais rápida e não tem tanta coisa para se poder interpretar, os parâmetros são mais simples daí que o INEM tenha optado por isso. Para já isto é um bocadinho confuso. À partida se calhar para os enfermeiros mais novos que estejam no serviço de urgência e que nós sabemos perfeitamente que a maior parte deles que estão a fazer triagem são enfermeiros que têm 4, 5, 6 anos de experiência e que os exercícios

de treino em contexto hospitalar num serviço de urgência não são assim tão frequentes. Aliás, tivemos há pouco tempo com a vinda do papa, porque senão nem isso tínhamos.

### **3. E se calhar, acabou por não ser um simulacro para todos os profissionais, acabou por ser para um grupo restrito.**

Muito bem! Porque é assim nós não nos podemos esquecer que numa situação e isto envolve a triagem que tem que estar em consonância com o plano de emergência que existe no hospital, porque não nos podemos esquecer que não é só fazer triagem porque depois temos que dar resposta àqueles doentes, e aqueles doentes do serviço de urgência que sejam menos graves têm que subir para os serviços e os serviços têm que estar em articulação com o bloco operatório, os cuidados intensivos, ou seja, há aqui uma série de aspetos que têm que estar oleados, digamos assim, para que quando o enfermeiro que está no serviço de urgência possa estar a receber as pessoas. Aliás, não nos podemos esquecer que a triagem dita normal tem que continuar a funcionar, porque as pessoas que recorrem ao hospital que não sofreram com aquela situação... se for uma catástrofe é claro que o hospital pode estar abrangido, pode ter sido atingido e é mais complicado. Vamos supor que é um desastre com multivítimas. O serviço de urgência tem que dar resposta às pessoas que recorrem ao serviço que não estão afetadas àquele incidente em si, por isso o hospital não é só o serviço de urgência, não é só as pessoas que estão na triagem que têm que ter essa formação, mas são todos os enfermeiros, todos os médicos, todos os auxiliares de ação médica, tudo isto deve estar de facto em estrita articulação e é isso o plano de emergência que deve de estar a funcionar, que a maior parte dos profissionais e muitos deles nem conhecem o plano e há alguns hospitais que não o têm.

### **4. Tendo em conta o que está implementado, nesses mesmos planos de emergência, acha que existem riscos no atendimento da vítima de uma situação de exceção/catástrofe? Falou ainda agora na triagem TRTS, mas isso nem sequer está abrangido na norma e dos planos de emergência que consultei só falam na START não falam na TRTS.**

Mas é assim, o que está implementado é, eles falam, só na START, mas nos hospitais na triagem secundária tem que ser a TRTS, que é o que está normalizado pelo Manchester. É como lhe digo, isto prende-se com uma herança cultural que nós temos. Como isto não acontece nada em Portugal... é como lhe digo, foi com a vinda do Papa a maior parte dos hospitais aqui desta

zona tiveram plano de emergência, aliás alguns deles ainda não estão terminados. Ou seja, há aqui uma série de coisas, de aspetos que as normas existem, também a norma pela existência de um plano de emergência é muito antiga, no entanto a maior parte dos hospitais não têm. As normas que estão na DGS são guidelines, digamos assim, mas os hospitais... lá está. E o hospital até pode ter um excelente plano de emergência e se depois não promove exercícios de treino, se não promove que as pessoas possam efetivamente aplicar em ação aqueles conhecimentos não desenvolvem competências. Isso é que é o grande problema! É que nós temos uma herança cultural. Vivemos aqui num país à beira mar... uma herança cultural que direi que é societal e profissional. Porque é que é societal? Porque nós não temos aquela cultura de proteção civil, nós população em geral, sociedade. E profissional, porque nas escolas, eu vou-lhe dizer que das 35 escolas no país, apenas 3 abordavam a área da catástrofe nos seus planos curriculares, por isso diga-me como é que os enfermeiros estão preparados para enfrentar uma situação dessas?! Não estão!

##### **5. O que pensa sobre a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de exceção/catástrofe?**

Eu julgo que é importantíssimo, as pessoas realmente saberem fazer triagem em contexto pré-hospitalar, porque nós sabemos que numa situação de catástrofe os recursos são limitados, os recursos humanos e materiais, e não vai existir recursos suficientes para dar resposta a toda a gente. Como tal, deve ser feita uma triagem, uma triagem o mais abrangente possível. Esta triagem tem outros aspetos que depois podemos explorar um bocadinho, que são aspetos ético legais, porque aqui também o princípio da justiça, o princípio da beneficência, da maleficência, tudo isto são aspetos que têm que estar incluídos nesta parte da triagem, porque como eu disse neste campo especificamente a triagem tem lá um fluxograma, mas... é complicado. É complicado, porque não há muita experiência da pessoa, da intuição da pessoa e é complicado, mas isso só quem já viveu uma situação destas é que percebe. Exercícios de gabinete, é fácil! Uma coisa é estar no terreno, com as dificuldades todas, com situações, umas vezes muito complicadas e de se fazer triagem naqueles locais. E não é de facto fácil! Agora é importante fazer essa triagem, é importante que os hospitais estejam em estreita conexão e que falem a mesma linguagem, porque é feita uma triagem, porque repare uma coisa, pode ocorrer aqui uma situação é montado um hospital de campanha e nesse hospital de campanha já foi feita uma triagem primária e até pode ser feita uma secundária e os outros hospitais que nós temos, os

outros hospitais, que são hospitais físicos podem ter dois papéis ou hospital de base ou hospital de evacuação, dependendo das valências, se foi afetado se não foi afetado, por isso aqui neste aspeto é importantíssimo que todos saibam fazer triagem, importantíssimo que todos saibam qual o sistema de triagem que é instituído no contexto pré-hospitalar, quando chega ao serviço de urgência e depois quando é a triagem secundária, porque uma pessoa que venha de um hospital de campanha montado, pode até já vir com a triagem secundária já feita e pode ser feita invariavelmente as vezes que forem necessárias e a pessoa tem que saber, tem que dominar aquele fluxograma, digamos assim de Manchester e não da START, porque a START já, já foi..., por isso é importantíssimo e felizmente nunca aconteceu nada aqui em Portugal que nós... aliás quando foi aqui de Fátima, houve uma coisa à entrada dos autocarros e que foi aplicado ali o modelo START e estava lá um posto médico avançado que depois recebeu as vítimas, mas não era nada de grave... mas isto para dizer o quê? Que as pessoas têm de facto que ter conhecimentos e, portanto, o pré-hospitalar serve para que depois o hospital dê continuidade aos cuidados que foram prestados inicialmente. Aquilo são técnicas de *life-saving* é para salvar a vida da pessoa, mas as pessoas confundem o que é emergência pré-hospitalar. A emergência pré-hospitalar é para aplicar técnicas de *life-saving*, não é para se tratar definitivamente a pessoa. O hospital está lá para depois fazer esse trabalho. E é importante que essas pessoas que fazem essa triagem saibam avaliar o grau de prioridade daquela pessoa, para que efetivamente a pessoa possa chegar com vida ainda ao hospital e depois deem continuidade e façam a avaliação secundária, mas que deem continuidade àquele trabalho feito, por isso é importantíssimo que todas as pessoas tenham esse conhecimento. Todos! Todos! Todos! Não estamos só a falar dos enfermeiros, médicos também e isto é importante!

**6. Do que está preconizado na norma da DGS acha que poderiam ser feitas melhorias? Eu sei que tem alguma experiência fora do país. Do que está a ser feito cá, acha que poderiam ser feitas melhorias, comparando com os outros países?**

Neste momento, o que nós aplicamos, aplicamos com base em evidência científica que é feita lá fora. Lá fora também se utiliza o método START. Há outros métodos de triagem que são utilizados em alguns países, mas a grande maioria dos países anglo-saxónicos, os americanos é que dominam a maioria, digamos assim, da produção de evidência nestas áreas. Os modelos estão feitos, estão bem feitos, estão bem executados existem comissões nomeadamente na triagem de Manchester que estão constantemente em atualização daqueles fluxogramas. Agora,

eu acho que as coisas estão bem feitas, falta é de facto passar esta mensagem, dar este conhecimento aos profissionais de saúde, pô-los em execução, porque se calhar, se nós colocarmos estes modelos em execução há realidades nacionais que não se coadunam com aquelas formas de se fazer... repare uma coisa, o International Nursing Council (INC) tem as competências do enfermeiro na área da catástrofe delineadas, tem 10 domínios com as várias competências, mas eles dizem depois numa das alíneas deles que aquilo é meramente uma referência, porque nós podemos incluir ou excluir algumas daquelas competências face à realidade contextual do país e é o que acontece com a triagem. Se nós produzíssemos evidência científica, se tivéssemos mais exercícios de treino, podíamos, de facto, detetar que algumas daquelas e agora estou a falar de uma forma empírica, porque nada disto foi feito e é um estudo, que efetivamente, será uma mais valia, é perceber se realmente aquela triagem que é feita se coaduna à nossa realidade, porque nós temos coisas muito específicas nossas. Nós neste momento não temos paramédicos, temos os bombeiros, mas também sabemos que os bombeiros... temos pessoas de extremos a extremos, temos pessoas lá que são licenciadas e outras que não sabem ler nem escrever, nas cooperações. E temos uma realidade completamente diferente dos paramédicos que têm um curso, por exemplo os paramédicos de Israel já são bacharéis, já têm conhecimentos para aplicar e fundamentar o porquê da aplicação disto. Nós aqui, e se calhar isso é um estudo, e essa pergunta que tem, acho que é um ótimo começo para um estudo: perceber se realmente estes modelos que nós temos se coadunam com a nossa realidade. Com a forma como nós temos as coisas operacionalizadas, a forma como nós temos a nossa realidade, tudo isto vai ter influência, se calhar... o modelo pode ou não estar mais ajustado. Neste momento nós fomos buscar conhecimentos lá fora, triagem de Manchester, triagem START, e aplicamos e até fazemos uma coisa foi misturar aqui um bocadinho as duas. Começa-se com a triagem START e depois acaba-se com a triagem de Manchester, mas se calhar devia haver um estudo e esse seria um bom ponto de partida, se calhar não para este estudo, mas para uma tese de doutoramento, quem sabe?! Um bom ponto de partida para deixar lá ver se isto se adapta à nossa realidade. Pode não se adaptar, não é?! Há imensos domínios e competências no INC que não se coaduna com a nossa realidade, porque eles têm furacões, têm kits guardados... estão lá competências que o enfermeiro tem que ter que não se coaduna com a nossa realidade. Por isso, a DGS colocou com base na evidência científica o que é mais utilizado. Agora falta testar, porque nós nunca tivemos uma catástrofe, felizmente, aqui! Temos as cheias de 2010 da Madeira, das enxurradas, mas quer dizer, tivemos ali poucacinhas pessoas que acabaram por perder a vida, não foi nada assim de... Uma catástrofe séria, séria, tivemos a

de 1531 e a de 1755, foram as duas catástrofes que nós tivemos. A de 1531 que morreram perto de 30 mil pessoas, estima-se porque não há documentos que atestem isso, mas estima-se entre as 10 e as 30 mil pessoas. E a outra, de 1755, perto das 100 mil pessoas. Foram as únicas grandes catástrofes que nós tivemos realmente no nosso país. Que se possam denominar de catástrofes, o resto foram tudo acidentes.

**7. Existem recomendações sobre a necessidade de formação e simulacros nas unidades de saúde com o objetivo de preparar os profissionais de saúde para uma eventual situação de exceção. Qual a sua opinião sobre este assunto? As instituições têm ou não esta preocupação?**

Repare numa coisa, não são só as instituições hospitalares que têm que ter essa preocupação. As unidades de ensino têm que começar a ter essa preocupação. Começar a ter unidades curriculares direcionadas, não é para a área de emergência, é para a área da catástrofe, porque a área da catástrofe tem modos de operacionalização completamente diferentes. Enquanto que a área da emergência é uma área em que é fazer tudo para o bem de uma única pessoa, na área da catástrofe é fazer tudo para o coletivo. E os enfermeiros, e como lhe disse, das 35 escolas, na altura em que comecei a fazer o meu estudo, atualmente já existem outras que têm e que vieram posteriormente a incluir esta unidade curricular, nomeadamente a Cruz Vermelha em Lisboa, por aí fora... e até algumas, com base na sensibilização do meu estudo que começaram a pensar neste assunto, isto para dizer o quê?! Que nas escolas este assunto não é abordado. Nós temos neste momento escolas nos Açores e na Madeira, nos Açores com um elevado risco de sismo, devido à localização geográfica das ilhas e que neste momento esta unidade não é abordada por falta de peritos, não existe e como tal foi excluída. Os enfermeiros não desenvolvem esta competência e é muito complicado, depois os estudantes estão formatados para fazer tudo por uma vida só, de repente terem que pensar que têm que fazer tudo, mas é para o bem coletivo, para aqueles que efetivamente, têm maior taxa ou maior probabilidade de sobreviverem e não para aquele coitado que... E neste momento essa formação deve ser iniciada nos contextos de escola e dar continuação nos contextos hospitalares, mais direcionados nos hospitais, mais direcionados para a região que abrangem. Se for uma região que tenha grande atividade industrial, tem que ter planos... vamos supor o Barreiro. O Barreiro que tem a Quimigal, se calhar tem que ter ali uma componente mais virada para esta área dos químicos. Quer dizer, isto depois, por isso é que não há um plano de emergência que seja transversal a

todos os hospitais, tem que ser específico àquela região. E os enfermeiros, depois nos hospitais terão essa formação. Formação que tem que haver no tronco comum, mas depois também seja mais específica para aquela área que o hospital dê resposta. Se é industrial, se é marítima, .... E esta formação deve ser contínua, não pode ser um cursozito feito. Vou-lhe dar um exemplo: há um estudo feito que é a Sandra Ponte que faz nos hospitais civis de Lisboa em que mais de 73 ou 74% dos enfermeiros que trabalhavam no serviço de urgência, nos hospitais civis de Lisboa, não sabiam, não tinham conhecimentos para intervir numa situação de catástrofe, não tinham! Depois haviam 4 que tinham tido uma formação pelo INEM há não sei quantos anos e havia 1 ou 2 que faziam INEM, que tinham participado em alguma missão. Ou seja, dentro daquele mundo, daquele universo haviam 1 ou 2 pessoas que efetivamente sabiam o que deveria ser feito. E nós vimos quando aconteceu o incêndio no hospital São Francisco de Xavier, o que aconteceu?! Foi o caos total e felizmente estava lá uma médica nessa altura que sabia e que conseguiu organizar aquilo, porque se não era o caos total. E foi um incêndio nos cuidados intensivos. Mas acho que deve ser contínua, esta formação deve ser contínua! E é de louvar essa sua vontade de explorar esta área, porque temos muita coisa para desenvolver nesta área, e nós vimos agora nos acontecimentos recentes, a falta de coordenação, a falta de comando, a falta de operacionalização. Aliás, está no relatório, no relatório que foi apresentado à assembleia geral. Todos esses problemas estão lá referenciados! E se acontecer alguma coisa verdadeiramente catastrófica não estamos a falar de situações de desastre ou situações de calamidade, que já não existe esse termo foi retirado da proteção civil, das bases de lei da proteção civil e se acontecer um desastre, se acontecer um acidente catastrófico de efeitos limitados, quer dizer, nós neste momento ainda conseguimos dar resposta, com algumas falhas, mas conseguimos. Mas se acontecer uma catástrofe, uma real catástrofe, vai ser muito complicado, vai ser muito complicado, porque nós, profissionais de saúde, não estamos preparados. Não estamos preparados, não temos formação e vai ser caótico. Aliás, o próprio INEM e até a própria operacionalização, quando nós temos no quadro para o INEM e que não é feito... os operacionais, as viaturas médicas são de quem?! São profissionais do INEM ou são profissionais do quadro do hospital? São do quadro do hospital! Se acontecer alguma coisa para onde é que estes enfermeiros vão? Vão para o teatro de operações ou ficam no hospital, porque o hospital necessita dos profissionais para cuidar dos doentes, que vão recebendo, não é?! Só aqui já temos problemas! Mas continuamos assim, continuamos assim! Isto são imensos problemas!

## **8. A norma da DGS é de 2010 e já não é atualizada desde esse ano.**

Porque não é a DGS, é o INEM. É o INEM, que é o coordenador do SIEM e o coordenador de toda a formação e de tudo o quanto se liga, digamos assim, que tem a ver com a emergência pré-hospitalar, é o INEM. Mas o INEM neste momento dá resposta à emergência pré-hospitalar, mas a parte da catástrofe, aquilo foi esquecido. Foi esquecido! Não há nada desenvolvido... tem coisas muito restritas para fazer face a um acidente de multivítimas, porque se houver uma catástrofe a sério, .... Nós temos 3 hospitais de campanha em Portugal. O INEM tem um hospital de campanha, diga-me quantas pessoas é que estão treinadas a trabalhar num hospital de campanha, que tem uma forma de trabalhar completamente diferente de um hospital normal? Tem uma equipa. Se aquela equipa entrar em *burnout*, acabou-se! Até há bem pouco tempo. Depois temos a Cruz Vermelha, temos o exército, mas quer dizer lá está.... O exército tem uma coisa muito específica para área militar, .... Todos eles neste momento, se calhar as pessoas que estão mais aptas não sei será o INEM, se não será o exército?! Muito possivelmente será o exército, que terá mais capacidade, digamos assim. Mas, o INEM é que é de facto a estrutura que devia ter isto tudo bem feito, porque a DGS vai buscar o que o INEM .... Porque há luz da lei é o INEM que é o coordenador! Isso está na lei!

## **9. Provavelmente, não há uma comunicação adequada entre o INEM e as instituições e com isso, acaba por não haver uma ligação que junte estas duas entidades na realização de um documento.**

Eu chamaria a isso, digamos, um processo de cooperação. O INEM é que devia ter capacidade formativa, de dar formação aos seus elementos em contexto pré-hospitalar e se calhar dar formação, uma formação inicial, à parte dos hospitais, não é?! Eu lembro-me perfeitamente quando houve alguns exercícios em 2006, que envolviam o país inteiro esses problemas foram referenciados na altura: falha na comunicação, falhas na parte da triagem e depois com articulação com os hospitais. E até agora nada foi feito! Era fundamental que todos, unidades de saúde, INEM, se juntassem e houvesse, digamos, um curso que fosse transversal a todos. E depois os hospitais, de acordo com a sua especificidade contextual, de região, podiam adaptar em função disso. A forma de elaborar um plano de emergência, está lá na proteção civil, depois era adaptar. Agora não existe esta articulação, não existe esta articulação entre INEM e as unidades de saúde. Não existe! E o que é emitido nos sites da DGS é aquilo e pronto! Se me diz, se foi alguma vez testado, verdadeiramente no sentido da palavra, cá em Portugal?

Simulacro PT kuak, em 2006 e mais uma coisa qualquer posteriormente... Nada! Ou seja, todos os enfermeiros e médicos formados à posteriori... na área da medicina também não têm esta área da emergência. É tudo muito complicado! Efetivamente há necessidade desta articulação entre unidades de saúde e INEM, tem que haver aqui uma maior proximidade e não: ‘Eu estou na área do pré-hospitalar e os hospitais cada um com as suas administrações que se resolvam!’ Não pode ser assim! E os enfermeiros sendo eles os responsáveis pela triagem têm que ter estes conhecimentos, porque numa situação de catástrofe são eles que vão fazer essa triagem, não vai ser o médico, não vão chamar o médico para irem lá fazer, porque eles também não sabem! E têm que ter esta formação! Fundamental!

**10. Não sei se tem mais alguma informação pertinente para transmitir?**

Não!

**Obrigada pela sua entrevista!**

## **ENTREVISTA 2 (E<sub>2</sub>)**

### **1. Qual a sua opinião em relação ao que se encontra preconizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) no que diz respeito à triagem em ambiente hospitalar das vítimas de uma situação de exceção/catástrofe?**

Qual é a minha opinião?! Bom, a minha opinião relativamente a isso é que, aquilo que está definido pela Direção Geral de Saúde devia ser revisto, porque existe, existe a triagem de Manchester para situações de catástrofe, que tem um algoritmo próprio, que poderia ser aquilo que se preconiza à entrada de uma urgência e não fazer novamente a triagem START e, assim, genericamente, é o que eu tenho a dizer sobre isto.

### **2. Tendo em conta o que está implementado, acha que existem riscos no atendimento à vítima de uma situação de exceção/catástrofe?**

Antes de mais, acho que estamos a fazer duas vezes a mesma coisa e que com isso podemos perder dados... podemos perder dados da própria vítima, da evolução do estado da vítima. Numa fase muito inicial, a triagem START faz todo o sentido. Nós queremos é tirar o mais rapidamente possível o maior número de pessoas daquela situação, certo. Mas depois à chegada ao hospital estar a refazer isso, a única lógica que posso ver é que estamos a garantir que as pessoas mantêm o mesmo estado, mas se nós já estivéssemos a fazer outra coisa teria muito mais lógica, portanto haveria uma evolução, naquilo que seria a prestação de cuidados, havia um aumento em termos de cuidados.

### **3. O que pensa sobre a continuidade de cuidados do pré-hospitalar para o hospitalar numa situação de exceção/catástrofe?**

De forma geral, ela existe! Às vezes, há algumas dificuldades que tem a ver com formações diferentes; que tem a ver com muito daquilo que se faz no pré-hospitalar, não é feito pelo pessoal que está no intra-hospitalar e vice-versa. E há alguma... as realidades são completamente diferentes e a formação, embora esteja disponível a todos, nem todos a têm e como não conhecem a duas vertentes, muitas das vezes, não se compreende muito bem, porque é que veio feito de determinada forma. E estou a pensar, por exemplo, no trauma em que toda

a gente sabe perfeitamente o que é uma imobilização, toda a gente sabe perfeitamente que a imobilização só se deve mexer depois de determinado procedimento, normalmente a avaliação pelo menos imagiológica, mas como não se vê a sintomática toda do trauma, os profissionais à entrada do hospital tendem a desvalorizar um pouco aquilo que os profissionais do pré-hospitalar fizeram, isto ao nível mais básico. Ao nível mais avançado, quando estamos a falar de SIV, quando estamos a falar de VMER, já não é bem a mesma coisa, porque estamos a falar de médicos e enfermeiros, também na SIV o chefe de equipa é enfermeiro e, portanto, há um pouco mais a passagem e a compreensão, porque estamos a falar do mesmo profissional. De forma geral, acho que existe continuidade de cuidados, inclusive de vias verdes, etc., é informação que vai chegando ao hospital. Os mecanismos, na minha opinião, ainda não são os melhores.

**4. Mesmo numa situação de catástrofe, uma vez que, por exemplo, a norma acaba por falar na triagem START, mas se houver uma triagem secundária, no pré-hospitalar, não prevê nessas situações uma continuidade de cuidados, porque só preconiza a START.**

É verdade! É verdade! Mas se nós repararmos nas etiquetas, as etiquetas têm a triagem START, mas também têm a triagem secundária, ou seja, se tudo for feito corretamente, se houver disponível todo o material, nomeadamente as etiquetas, a informação de certa forma não se perde. Embora, na minha opinião, estamos a fazer um retrocesso, se nós já temos avaliação, inclusive de sinais vitais, de forma numérica, de forma quantitativa não faz sentido estarmos a fazer, agora novamente uma triagem primária, depois de ter passado num PMA, depois de ter tido uma avaliação de um profissional diferenciado. Para mim, acho que não faz sentido! Não sei se poderemos dizer que há uma quebra, que há uma quebra na evolução?! Isso, há de certeza, estamos a voltar atrás! Mas se se perde informação?! Se tudo for feito corretamente, não se perde informação, porque ela está escrita.

**5. Do que está preconizado na norma da DGS acha que poderiam ser feitas melhorias? Se sim, quais seriam essas melhorias?**

Eu acho que podem haver melhorias. Claro, tudo o que é escrito é sempre suscetível de ser alterado, não é?!

Não percebi muito bem, porque é que fizeram a norma ou utilizando novamente a triagem START, mas acho que poder-se-ia utilizar ou uma triagem secundária ou uma vez que estamos à chegada do hospital e que existem postos específicos para catástrofe, normalmente os hospitais de maiores dimensões estão preparados para isso, polivalentes, médico-cirúrgicos, normalmente têm um posto ou pelo menos os tags de triagem que tem a triagem secundária, pelo menos, mas... e a grande maioria deles, as urgências polivalentes têm postos de triagem onde têm os algoritmos da triagem de Manchester para situações de catástrofe, portanto, poder-se-ia implementar esse tipo de triagem à entrada do hospital.

**6. Existem recomendações sobre a necessidade de formação e simulacros nas unidades de saúde com o objetivo de preparar os profissionais de saúde para uma eventual situação de exceção. Qual a sua opinião sobre este assunto? As instituições têm esta preocupação?**

Os planos de emergência externos, as unidades de saúde têm que o ter, pelo menos a lei assim o obriga. Se cumprirem o que está na lei, regularmente têm que fazer simulacros, ou seja tem que existir formação pelo menos prática desse tipo de situações. É diferente o que está na lei, daquilo que se faz, é um facto! Mas há, pelo menos em Coimbra, eu tenho acesso a esse tipo de eventos e tem havido alguns eventos. Acho que as coisas são é um pouco circunscritas, porque quando estamos a falar de uma unidade de saúde, ou de uma urgência polivalente, como a de Coimbra, que tem 120, 130 enfermeiros é muito difícil pôr toda a gente a saber, a saber fazer... aliás no simulacro envolver todos os profissionais, porque há turnos e na realidade, também é assim, quando acontece uma catástrofe, vamos ver qual é que é o nível dela, porque se ela conseguir ser resolvida com o pessoal que está de serviço, não se chama mais ninguém; se ela se conseguir resolver com o pessoal que sai do serviço e com próximo pessoal que entra, também não se chama mais ninguém; até ao nível onde se tem que chamar toda a gente, porque não há forma de resolver aquilo sem mãos. Portanto, depende muito do nível da situação, mas de certa forma, eu acho que a lei obriga e tem havido alguma formação. Agora, a catástrofe... nós não temos, em Portugal, assim tanta experiência quanto isso, porque elas não acontecem todos os dias e a única forma de ter pessoal treinado é fazer simulacros. Eu acho que deveria haver muito mais, mas ainda não estamos nessa fase, embora a lei o obrigue.

## **7. E a nível do ensino superior, nos cursos base, acha que deveria haver essa formação?**

Estamos a falar de enfermagem?

## **8. Não só! De todos os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, ...**

Há muito pouca formação. Estar a lançar perguntas, a tentar perceber quais são os porquês, é perigoso! Por várias razões, a primeira, porque eu acho que as escolas não estão preparadas para isso, desde a própria formação dos professores, que fizeram um trabalho profissional nesta área e depois estão na docência, acabam por não ter tanta experiência nestas situações.

Já começa a haver muita simulação, e sinceramente, acho que é pela via da simulação que se consegue ter alguma experiência na catástrofe, porque não acontece todos os dias, como já tinha referido. Mas na realidade não há tanta experiência quanto isso. Financiamentos, para ter as coisas nas escolas não são tantos quanto isso. Por outro lado, é difícil, juntar as entidades todas. Ter bombeiros, ter Cruz Vermelha, ter INEM que praticamente estão no limite da prestação de cuidados do dia-a-dia, tê-los a treinar, completamente fora do ambiente do dia-a-dia, do socorro do dia-a-dia é tudo em esforço, ou seja, faz-se no limite, normalmente. E acho que é um bocadinho por isso.... E depois os currículos também não o obrigam. Pronto, se não o obrigam, se não temos quem dê essa formação passa com grande facilidade!

## **9. Será que é só o pré-hospitalar que tem esse tipo de preocupações, porque quando se contacta a DGS para obter peritos na área da catástrofe, eles encaminham para o INEM.**

Não, não é só o pré-hospitalar. O pré-hospitalar é a primeira linha, não é?! Mas é a tal coisa, a própria DGS tem uma norma para execução de planos de emergência.

E há muita gente fora do INEM a trabalhar esta área!

Eu sei que existem vários grupos de trabalho neste momento constituídos e liderados pela DGS. Um deles tem a ver com eventos em massa, ou seja, grandes concertos, grandes festivais, etc... E há um grupo de trabalho, para trabalhar isto, onde podem acontecer situações em massa. Há um grupo de trabalho também a trabalhar a parte do terrorismo, existe um grupo de trabalho a trabalhar o trauma pré-hospitalar, portanto, são três grupos de trabalho importantes nesta área.

Agora, se calhar olhando bem, as pessoas que estão nesses grupos de trabalho a grande maioria fazem pré-hospitalar e estão ligadas ao INEM, sim!

**10. Deste modo, pergunto se existem profissionais do meio hospitalar ligados a esta área? O que seria importante para que houvesse um entendimento e uma comunicação eficaz entre o pré-hospitalar e o hospitalar.**

Dentro do hospital há várias pessoas, inclusive há cursos de planos de emergência e há pessoas que estão ligadas a isso mesmo estando só no intra-hospitalar. Sei lá, o Dr. António Marques, aquele médico do Porto, ele já fez pré-hospitalar, mas é uma das pessoas que mais tem liderado a parte da catástrofe. E ele tem estado a trabalhar esta área. No HUC a comissão para a criação do plano, pelo menos do plano inicial, praticamente ninguém era do pré-hospitalar, porque faziam os dois e agora está constituída uma nova comissão, porque o plano foi todo reavaliado. E há muita coisa a mudar! E há várias pessoas que estão no intra-hospitalar que fazem pré-hospitalar, alguns que são bombeiros, alguns que são da Cruz Vermelha. Mas se a DGS tivesse um perfil de pessoa, acho que o perfil tinha que incluir também tudo, o intra e o pré, portanto acaba por ser o que vai acontecendo, porque quando dentro do hospital se precisa de fazer qualquer coisa que vem de fora vão-se buscar aquelas pessoas que têm experiência fora, por norma. Pronto, voltámos ao INEM, aos bombeiros ou à Cruz Vermelha, são as entidades que prestam o socorro pré-hospitalar.

**11. Não sei se tem mais alguma informação pertinente para transmitir?**

Eu acho que a DGS, olhando bem para a norma que fez se tivesse alguém com... É, assim, das duas uma, ou consegue explicar o porquê, e existe uma razão óbvia que eu não vejo, ou então, se calhar, é uma boa altura para alterar.

**12. Penso que a justificação é por ser uma triagem mais intuitiva e porque acabam por triar o maior número de vítimas num curto espaço de tempo.**

Isso poderá fazer sentido se tivermos uma situação totalmente abordada por pessoal não diferenciado, que fez uma avaliação muito rápida e que tirou dali as pessoas e que as colocou à frente do hospital. E o hospital precisa de ter a certeza se aquilo faz algum sentido ou não... que eu ponho em questão, porque a triagem START foi mesmo feita para isso, para ser feita por pessoas que não têm conhecimentos muito técnicos, portanto, provavelmente, também não faz sentido, porque o que o hospital deveria fazer é: uma vez que estão ali agora vamos avaliá-los, não é?! Mas, pronto, ter a noção se o transporte alterou ou não alterou a triagem, tudo bem.

Agora, o que não faz sentido, e isso para mim não faz sentido de todo é, se nós colocamos um posto médico avançado com pessoal diferenciado, com experiência e provavelmente aqueles que têm mais experiência no pré-hospitalar mesmo, que é o pessoal do INEM, colocamos lá, à frente, junto às vítimas, para fazer ali uma triagem mais clínica, mais orientada para a pessoa e já não tanto aquela triagem do: vamos tirar de lá o máximo de pessoas possível, mas já mais orientada para: vamos dentro dos que estão pior, vamos salvar o máximo número de pessoas possível fazem uma avaliação que já tem dados, já tem dados objetivos sobre aquela pessoa. Ao colocá-la à porta do hospital, se ela não tem condições ou se a quantidade de pessoas que estão a chegar, o fluxo é tão grande que tem que ser criada uma zona, mesmo para as vítimas graves, ainda antes do hospital, não faz sentido nenhum estar a reavaliar aquelas pessoas com uma triagem START. Provavelmente, o que foi pensado, foi o pessoal sai do PMA, e quando sai do PMA já sai com uma vaga orientada no hospital, portanto aquela pessoa já não passa por aquela avaliação de triagem à porta do hospital e segue diretamente para a vaga que foi orientada pelo PMA, em ligação. Só por aqui! É a única razão que eu vejo para se voltar a fazer uma triagem, é aquelas pessoas não passarem por aquela triagem. Tirando isso não vejo razão nenhuma para parar à porta do hospital para fazer nova triagem.

**13. A triagem de Manchester tem dois fluxogramas. Um para a triagem primária e outro para a triagem secundária, mas na norma nem fazem nomeação à triagem secundária, só fazem referência à primária.**

Exatamente! Pois!

**14. Estando já no hospital instituído uma triagem de Manchester onde já fala numa triagem primária e secundária.**

A única lógica que eu vejo nisto, é o fluxo ser de tal maneira grande que... o fluxo não controlado seja de tal maneira grande, que o hospital decide fazer um tampão antes da triagem e do posto de trabalho de triagem. E quem veio de um PMA já vem mais orientado, já vem... e salta este tampão, é a única lógica que eu vejo nessa norma. Mas isso devia estar escrito! Se a intenção era essa devia estar escrita.

**Obrigada pela sua entrevista!**

APÊNDICE V - Consentimento Informado para a Entrevista

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Sou aluna do 5º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria e pretendo elaborar um trabalho de Investigação, que incide sobre a temática: **“A Triagem realizada no Pré-Hospitalar e Hospitalar por Profissionais em Situações de Exceção/Catástrofe garantindo a Continuidade de Cuidados”**. O trabalho é orientado pelo Professor Doutor Pedro Sousa.

Este documento tem como objetivo conferir o seu consentimento na participação do estudo de investigação.

O objetivo deste projeto de investigação recai sobre a perceção dos peritos relativamente ao sistema de triagem no pré-hospitalar e hospitalar realizado por profissionais em situações de exceção/catástrofe assegurando uma prestação de cuidados contínua.

Ao assinar este documento, declaro que consinto participar no estudo referido, sendo a minha participação voluntária. Tenho, ainda, presente que sou livre de me recusar a responder a qualquer questão. Posso ainda reformular o que referenciei, colocar questões que considere pertinentes e ainda que posso desistir em qualquer momento, sem ocorrência de qualquer problema.

### O ANONIMATO É GARANTIDO

Declaro que li todas as informações supracitadas, compreendo o que me é solicitado, e que me foi fornecida uma cópia do presente documento devidamente assinada pela responsável do referente trabalho de investigação.

---

(Assinatura do entrevistado)