

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SANDRA MARA MARIN

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM
SITUAÇÃO DE DESASTRES

Porto Alegre
2013

SANDRA MARA MARIN

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM
SITUAÇÃO DE DESASTRES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Marin, Sandra Mara

Competências do enfermo no atendimento hospitalar em situação de desastre / Sandra Mara Marin. -- 2013. 84f.

Orientadora: Dra. Regina Rigatto Witt

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto alegre, BR-RS, 2013.

1. Enfermagem. 2. Desastres. 3. Competências. 4. Atendimento. 5. Hospitalar. I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Título.

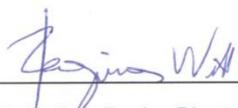
SANDRA MARA MARIN

Competências do Enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2013.

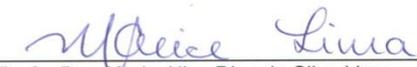
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

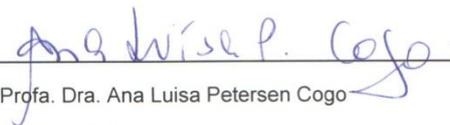
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

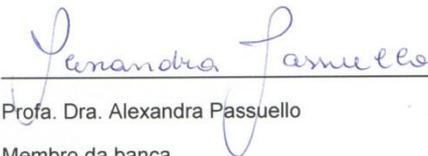
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Alexandra Passuello

Membro da banca

PPGEC/UFRGS

Os desastres podem ser evitados, mas quando isso não é possível precisamos oferecer toda a nossa competência para prestar auxílio as vítimas.

Dedico esta dissertação a todos os jovens e familiares de Santa Maria que sofreram e sofrem por um triste desastre.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, por me fazer crer e nunca desistir, pela luz e inspiração.

Agradeço a minha professora orientadora Regina Rigatto Witt, pela competência, amizade e disponibilidade oferecida ao longo desses 2 anos.

Aos meus filhos, Pedro e Júlia, pelo carinho, amor e força para enfrentar todas as adversidades.

Aos meus pais, Tereza e Antônio, por terem me oportunizado a vida, pelo amor e incentivo ao estudo. A minha família, pois constituem minha rede de vida, por todo carinho e força que cada um me transmitiu, de maneiras diversas, mas todas muito importantes.

Aos membros de minha banca: Profa Dra Maria Alice Dias da Silva Lima, Profa. Dra. Ana Luisa Petersen Cogo e Profa Dra Alexandra Passuello, por aceitarem compor esta e contribuírem para a consolidação desta etapa.

Aos meus amigos, em especial a colega Ivete Moroso pelo apóio a mim conferido desde início desta caminhada e Jucimar Frigo, que foi companheira atuando como observadora na coleta de dados de minha dissertação, o meu muito obrigado.

Aos enfermeiros do HRO, que aceitaram participar como sujeitos da pesquisa meu especial agradecimento pela disponibilidade em compartilhar suas experiências de trabalho.

Enfim, muito obrigado a todos vocês!

*“Nós nos transformamos naquilo que praticamos com frequência. A perfeição, portanto, não é um ato isolado. É um hábito”
(Aristóteles).*

RESUMO

Em situação de desastres, o atendimento às vítimas dependerá muito da atuação sincronizada de uma equipe multidisciplinar, na qual o enfermeiro tem papel essencial. Espera-se que os profissionais de saúde estejam preparados para o enfrentamento desta situação. Para isto, têm se desenvolvido internacionalmente competências profissionais, sendo que não há na literatura descrição de quais são aquelas necessárias para o enfermeiro no hospital. Foi realizada uma investigação com o objetivo de identificar as competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres. Pesquisa de caráter qualitativo com utilização de grupo focal como técnica de coleta de dados. Os sujeitos foram 11 enfermeiros que atuam há mais de 2 anos em um hospital do Oeste Catarinense, instituição de alta complexidade que atua como referência de atendimento a vítimas de Desastres. A análise dos dados foi realizada com a utilização da análise temática. Para a padronização dos enunciados, foi adotado um formato que consistente com um verbo e substantivo, partindo do entendimento de que a competência é indissociável da ação. Foram identificados 17 competências e classificadas conforme as fases ou aspectos globais das ações de redução dos desastres conforme preconizado pela defesa civil e pela Organização Mundial de Saúde de preparação e resposta. Para cada fase, as competências foram classificadas em áreas de domínio, sendo que na de Preparação os domínios foram, gerencias e Educacionais. Na fase de Resposta os domínios foram gerencias, de atenção a saúde e de comunicação. As competências construídas servem de base para a realização da assistência prestada pelos enfermeiros no atendimento hospitalar em situação de desastres e para preparação das equipes, com resultados que poderão ser capazes de prover melhores respostas na assistência, na formação e regulação dos profissionais de saúde e também no campo científico.

Palavras Chaves: Enfermagem em Emergência. Desastres. Competências.

ABSTRACT

In disaster situations, care for victims depend greatly on the synchronized activity of a multidisciplinary team, in which the nurse plays an essential role. It is expected that health professionals are prepared to face this situation. For this, they have developed professional skills internationally, and no description in the literature of which are necessary for those nurses in the hospital. An investigation was conducted with the objective of identifying the competencies of nurses in hospital care in situations of disaster. Qualitative research study using focus group as data collection technique. The subjects were 11 nurses working for more than 2 years in a hospital in the West Catarinense, highly complex institution that acts as a reference service to victims of disasters. Data analysis was performed using thematic analysis. For the standardization of the statements, we adopted a format that is consistent with a verb and noun, based on the understanding that competence is inseparable from action. 17 competencies were identified and classified as phases or aspects of the global stock of disaster reduction as recommended by civil defense and by the World Health Preparedness and Response. For each phase, the skills were classified in domain areas, and in the preparation of the fields were, managerial and educational. In response phase domains were managerial, health care and communications. The skills built the basis for the realization of care provided by nurses in hospital care in situations of disasters and preparedness teams, with results that may be able to provide better answers in assisting in the formation and regulation of health professionals and also in the scientific field.

Keywords: Emergency Nursing. Disaster. Competencies.

RESUMEN

En situaciones de desastre, la atención a las víctimas dependen en gran medida de la actividad sincronizada de un equipo multidisciplinario, en el que la enfermera tiene un papel esencial. Se espera que los profesionales de la salud están preparados para enfrentar esta situación. Para ello, se han desarrollado las habilidades profesionales a nivel internacional, y no hay una descripción en la literatura de las cuales son necesarias para las enfermeras en el hospital. Se realizó una investigación con el objetivo de identificar las competencias de las enfermeras en la atención hospitalaria en situaciones de desastre. Estudio de investigación cualitativa mediante grupos focales como técnica de recolección de datos. Los sujetos fueron 11 enfermeras que trabajan desde hace más de 2 años en un hospital en el oeste catarinense, institución muy compleja que actúa como un servicio de referencia para víctimas de desastres. El análisis de datos se realizó mediante el análisis temático. Para la estandarización de los estados, hemos adoptado un formato que sea compatible con un verbo y un sustantivo, basado en el entendimiento de que la competencia es inseparable de la acción. 17 competencias fueron identificados y clasificados como fases o aspectos de la acción global de la reducción de desastres a lo recomendado por la defensa civil y la preparación para Mundial de la Salud y la respuesta. Para cada fase, las competencias se clasifican en las zonas de dominio, y en la preparación de los campos eran, de gestión y educativa. En los dominios de la fase de respuesta fueron de cuidado de gestión, salud y comunicaciones. Las habilidades que construyó la base para la realización de la atención prestada por las enfermeras en la atención hospitalaria en situaciones de desastres y los equipos de preparación, con resultados que pueden ser capaces de ofrecer mejores respuestas para ayudar en la formación y la regulación de los profesionales de la salud y también en el campo científico.

Palabras clave: Emergencia de enfermería. Catástrofe. Habilidades.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização profissional e educacional dos participantes.	422
Quadro 2 - Competências do enfermeiro da fase de preparação no atendimento hospitalar em situação de desastres.	444
Quadro 3 - Competências do enfermeiro da fase de resposta no atendimento hospitalar em situação de desastres.	455

LISTA DE SIGLAS

AMOSC	Associação dos Municípios do Oeste Catarinense
APH	Atendimentos Pré Hospitalar
APH	Política Nacional de Humanização
CCIH	Comissão de controle Infecção Hospitalar
CENAD	Centro Nacional de Gerenciamento de Risco e Desastres
CENADEM	Centro Nacional de Monitoramento e Alerta de Desastres Nacionais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMDEC	Coordenadorias Municipais de Defesa Civil
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRED	Center for research on the epidemiology of Desasters
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ECP	Estado de Calamidade Pública
EM-DAT	Banco de Dados de Emergência Eventos
GF	Grupo Focal
ICN	Internacional Council of Nurses
ISDR	Estratégia Internacional para Redução de Desastres
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
SAMU	Serviço Atendimento Médico de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE	Situação de Emergência
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINDEC	Sistema Nacional de Defesa Civil
START	Simple Triage and Rapid Treatment
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento intensivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 DESASTRES.....	20
2.1.1 Gestão de desastres	22
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA NO BRASIL	24
2.3 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	27
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	32
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	32
3.3 LOCAL DO ESTUDO	33
3.5 GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS.....	34
3.5.1 Etapas definidoras da estrutura do grupo focal	35
3.5.2 Desenvolvimento das sessões	36
3.5.2.1 Primeira sessão.....	36
3.5.2.2 Segunda sessão.....	37
3.5.2.3 Terceira sessão	38
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS.....	42
4.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO	42
4.1 FASE DE PREPARAÇÃO NO ATENDIMENTO AOS DESASTRES.....	45
4.1.1 Competências no atendimento hospitalar gerenciais na fase de preparação	45
4.1.2 Competências no atendimento hospitalar educacionais na fase de preparação	52
4.2 FASE DE RESPOSTA NO ATENDIMENTO AOS DESASTRES	55
4.2.1 Competências no atendimento hospitalar gerenciais na fase de resposta	56
4.2.2 Competência no atendimento hospitalar na atenção a saúde na fase de resposta	59
4.2.3 Competências no atendimento hospitalar na comunicação na fase de resposta	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62

REFERÊNCIAS.....	65
Apêndice A - Convite.....	71
Apêndice B - Dados de caracterização	72
Apêndice C - Competência dos enfermeiros obtidos no primeiro encontro.....	73
Apêndice D - Competência dos enfermeiros obtidos no segundo encontro.....	74
Anexo A - Plataforma Brasil - Ministério da Saúde.....	76
Anexo B - Autorização hospitalar de realização da pesquisa.....	77
Anexo C - Termo de consentimento livre esclarecido	78

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos observamos a ocorrência do aumento no número de desastres, tanto em quantidade como também em intensidade, em vários locais do mundo. Esses desastres vêm acontecendo com grande frequência deixando milhares de pessoas desabrigadas, muitas vezes destruindo até cidades inteiras, sem que conheçamos a real gravidade dos fatos (BRASIL, 2010a).

Responsáveis por expressivos danos e perdas, de caráter social, econômico e ambiental, os desastres naturais têm tido uma recorrência e impactos cada vez mais intensos, o que os cientistas sugerem já ser resultado das mudanças climáticas globais (TOMINAGA et al., 2009).

O aumento da ocorrência de desastres demonstra a importância do preparo para tais eventos, contribuindo para que os efeitos destes não sejam tão devastadores, cuidando e criando medidas de preservação do meio ambiente e preparando as equipes que auxiliam nestas situações.

Os Desastres são considerados o resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais. A intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e a vulnerabilidade do meio onde ele ocorrer (BRASIL, 2007b).

Quanto à intensidade dos desastres pode ser definida em termos concretos ou a partir da proporção entre as necessidades de recursos e as possibilidades dos meios disponíveis na área afetada, para dar resposta integral ao problema. Em relação à intensidade, os desastres são classificados em acidentes, desastres de médio porte; desastres de grande porte; desastres de muito grande porte. Pela sua evolução, são classificados em súbita ou de evolução aguda; gradual ou de evolução crônica ou desastres por somação de efeitos parciais. De acordo com a origem ou as causas primárias/agente causador, os desastres podem ser naturais, humanos (antropogênicos) e mistos, que se caracterizam por ocorrer quando as ações ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e/ou agravar desastres naturais (BRASIL, 1999).

No Brasil, a análise das portarias de Situação de Emergência e Estado de Calamidades Públicas emitidas durante o período compreendido entre 1º de janeiro

e 16 de junho de 2010 indica um recorde em desastres naturais nos últimos tempos. Ao todo, foram reconhecidos pela defesa civil, neste período de seis meses, 1.635 desastres naturais em municípios brasileiros, uma quantidade maior que todos do ano de 2009, que chegou a 1.389 (BRASIL, 2010b).

Os Estados que mais tiveram desastres naturais decretados em 2010 foram: Santa Catarina (380), Rio Grande do Sul (286), Bahia (177) e Minas Gerais (166). A distribuição dos tipos de eventos por região mostra que o Sul lidera na emissão de portarias relacionadas aos eventos hidrológicos como as enxurrada, inundações, enchentes e alagamentos (BRASIL, 2010b).

Entre alguns eventos ocorridos na região Oeste catarinense podemos citar, o de 7 de setembro de 2009 em que ocorreu um tornado, com formação de ventos de 333 km/h e 421 Km/h. O Serviço Meteorológico Nacional concluiu que foi um tornado de F4 na escala Fujita (de 0 a 5) que avalia a intensidade dos ventos e os danos causados por ele. A faixa de destruição chegou a mil metros de largura e uma extensão de 15 km. A defesa civil de Santa Catarina avaliou que 867 famílias foram atingidas com menor ou maior impacto. Houve 7 óbitos e mais de 100 pessoas feridas que foram encaminhadas a unidades hospitalares da região (FONTANA, 2009).

No Brasil, além dos eventos hidrológicos, temos epidemias, pragas e desastres de natureza tecnológicas, causados pelo homem, o país detecta o 1º lugar mundial em acidentes de trânsito e rodoviários e em acidentes de trabalho (BRASIL, 2007a).

Os desastres antropogênicos, ou seja, provocados pelas ações ou omissões humanas e ou relacionados pela atuação do próprio homem, enquanto agente e autor. Esses desastres podem produzir situações capazes de gerar grandes danos à natureza, ao habitat humano e ao próprio homem, enquanto espécie (BRASIL, 2007b).

Desastres desta natureza ocorreram nesta região em 2007, quando na descida da serra da BR 282, um choque entre ônibus e caminhão e, posteriormente durante o socorro destes, quando um segundo caminhão desgovernado atingiu carros, bombeiros, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e pessoas que ajudavam no resgate das vítimas, resultando em 27 óbitos e mais de 90 pessoas feridas (JORNAL DIÁRIO CATARINENSE, 2007).

Em outra ocasião, em março de 2011, um acidente envolvendo uma carreta e um ônibus causou mais de 26 óbitos e 15 feridos, na BR-282, no km 639 da rodovia, em localizada no Oeste Catarinense próximo a cidade de Descanso, entre os municípios de São Miguel do Oeste e Maravilha. Um ônibus subia a serra e no sentido contrário, uma carreta Bitrem (dupla), que caiu em uma curva e deslizou cerca de 50 metros antes de colidir frontalmente com o ônibus. Os feridos dos dois acidentes foram encaminhados a 5 hospitais de toda região (JORNAL DIÁRIO CATARINENSE, 2011).

Situações como estas revelam que em relação à intensidade, origem e evolução dos desastres, os que mais abalam os serviços de socorro são os de evolução súbita que levam a necessidade de maior atuação dos profissionais, devido à ação de fatores inesperados em relação ao local de ocorrência e a população envolvida, bem como a sua recepção nos serviços de emergência.

Na área da saúde, o atendimento em situações de desastres coloca o desafio aos serviços de atendimento de emergências e as instituições hospitalares, para estar mais bem qualificados, para atender as populações afetadas.

De acordo com dados fornecidos pelo índice de seguridade dos hospitais, realizado pelos Estados-Membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 67% dos 18.000 hospitais da América do Sul estão localizados em áreas de risco de desastres naturais.

São várias as consequências de um desastre para a estrutura hospitalar. Perturbação funcional é a principal causa da falta de serviço dos hospitais depois de um desastre, pois apenas uma pequena proporção de hospitais deixa de funcionar por causa de danos estruturais. Embora as medidas necessárias para evitar o colapso das funções exijam um investimento significativamente mais baixo, ainda representam um importante desafio na técnica, política e de gestão (OMS/OPAS, 2008).

Nas últimas décadas, cerca de 24 milhões de pessoas nas Américas ficaram sem cuidados de saúde durante meses, às vezes anos, devido aos danos causados diretamente por um desastre. Em média, um hospital que não funciona na região devido a comprometimento de sua estrutura funcional, pode deixar 200.000 pessoas

sem atendimento, sendo que a perda dos serviços de emergência durante desastres diminui significativamente o potencial de salvar vidas (OMS/OPAS, 2008).

Com a implementação da política de "hospital seguro em desastres" a OPAS/OMS pretende assegurar que as instalações de hospital em um desastre, não só conservem sua estrutura física, mas que também continuem a trabalhar de forma eficaz e contínua, com a possibilidade para aumentar sua capacidade de atenção, incentivando a utilização ótima dos recursos existentes e contando simultaneamente com pessoal bem treinado para fornecer suporte de qualidade. Com esta avaliação pretende-se, proteger a vida dos pacientes, dos visitantes e dos profissionais das instituições; proteger os equipamentos e as instalações e o funcionamento dos estabelecimento de saúde em caso de desastres (OMS/OPAS, 2008).

Nesse sentido, faz-se necessário o planejamento do cuidado e desenvolvimento de plano de contingência que contemplem estas diversas alterações ocorridas em nosso meio. Na Conferência Geral sobre Desastres, ocorrida em 2007, o problema mais importante detectado foi a falta de recursos humanos preparados e treinados para administrar e aplicar os recursos existentes (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, faz-se necessário que estes profissionais desenvolvam competências a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar nesta situação de crise, de modo a garantir um atendimento qualificado e prioritário. Estas competências contribuem para a defesa da vida humana, com possibilidade de redução dos gastos de atendimento médico-hospitalares e de saúde pública. O atendimento às vítimas dependerá muito da atuação sincronizada de uma equipe multidisciplinar, na qual o enfermeiro tem papel essencial.

A atuação da Defesa Civil em desastres é composta de um ciclo de quatro ações de: Prevenção que é constituída por um conjunto de ações que tem a finalidade de minimizar desastres pela avaliação e redução das ameaças e/ou vulnerabilidades. Preparação é constituída por um conjunto de ações que compreende o desenvolvimento de recursos humanos e materiais na comunidade para minimizar os efeitos dos desastres e otimizar as ações das duas outras atividades do ciclo: resposta e reconstrução. Resposta e preparação estão muito próximas, algumas vezes acabam se sobrepondo. Contudo, o mais importante aqui é dar assistência às populações atingidas e reabilitar o cenário dos desastres para

restabelecer as condições de normalidade. Reconstrução nessa ação, a Defesa Civil busca agir de forma a mitigar os efeitos e impacto quando o evento adverso se manifestar outra vez (LOPES et al., 2009).

Os serviços de socorro e apoio em situação de desastres têm como finalidade restabelecer em sua plenitude os serviços públicos essenciais, a economia da área atingida, o moral e o bem-estar da população, para que a população atingida possa retomar sua vida da forma mais adequada possível.

Aliado ao trabalho da defesa civil, o Sistema Único de Saúde tem importante papel no atendimento às vítimas. Neste âmbito, a portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituiu a Rede de Atenção às Urgências. Sua composição compreende a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e atenção domiciliar. O Componente Hospitalar está constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

Nas localidades onde é elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, são criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuam principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência. A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constitui da mesma forma, medida essencial. Tais leitos devem ser criados na própria unidade hospitalar que possua setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda, destinados a dar o devido suporte às referidas unidades (BRASIL, 2001a).

Em uma situação de desastre, os danos humanos são dimensionados e ponderados em função do nível de pessoas afetadas pelos desastres, cabendo ao hospital atender feridos graves, leves e enfermos. Como uma mesma pessoa pode sofrer mais de um tipo de dano, o número de pessoas afetadas é sempre menor do que a soma de danos humanos (BRASIL, 2006).

Para que ocorra o direcionamento das vítimas em situação de desastres naturais e antropogênicos e garantir uma resposta sistêmica, o centro de comunicações da Defesa Civil, quando alertado, assume o comando das operações do atendimento pré-hospitalar e da mobilização hospitalar e a admissão dos pacientes nas unidades de emergência, assegurando o fluxo rápido das vítimas para as instituições hospitalares responsáveis pela continuidade do atendimento emergencial (BRASIL, 2007a).

Segundo o Manual Médico da Defesa Civil, para que ocorra o melhor atendimento para o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível, são necessários três princípios básicos no atendimento dessas situações que são fundamentais: a triagem, tratamento e transporte. Para que estes três princípios básicos sejam plenamente atendidos é necessário que haja comando, comunicação e controle, que são pontos capitais, indispensáveis para o sucesso do atendimento (BRASIL, 2007c).

Neste contexto, Morton e Fontaine (2011 p. 102) “salientam a importância da avaliação global da situação de desastres, no que se refere à segurança do profissional, da equipe de emergência e das vítimas, em qualquer situação de resgate”.

A elaboração de um plano de ação para situações de desastres no atendimento a múltiplas vítimas pré-hospitalares ajuda a amenizar o caos do local dos desastres e evitar transferi-lo para o hospital, o que é muito comum em eventos dessa magnitude. A organização no atendimento aos pacientes por prioridade qualifica a assistência prestada.

Nas instituições de saúde a maior parte do quadro de pessoal pertence à enfermagem. A Resolução COFEN nº 293/2004, fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Instituições de Saúde, sendo que mais de 50% dos profissionais destas instituições são formados pelos profissionais de enfermagem, cabendo ao enfermeiro proporcionar condições para que ocorra o envolvimento da equipe de enfermagem e assim executem sua função da melhor maneira possível, contribuindo para a qualidade da assistência prestada (COREN, 2009).

De acordo com Morton e Fontaine (2011, p.213), na ocorrência de um desastre, o papel da enfermagem nos cuidados críticos é fundamental. Os autores

ressaltam a dependência deste em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis para prestar o atendimento às vítimas, sendo necessário muitas vezes serem locados de outras unidades do hospital para as unidades de emergência.

A atuação do enfermeiro necessita de muita organização, percepção e responsabilidade a todo o momento, durante a prestação da assistência aos pacientes, por isso o enfermeiro deve estar ciente de suas competências, principalmente em situações inusitadas como em desastres com grande número de vítimas que chegam ao hospital, para que, por meio de sua atuação juntamente com a equipe multidisciplinar possa desenvolver a assistência da forma mais integral possível.

Referenciais de enfermagem para o atendimento em situação de desastres incluem documentos que relacionam competências profissionais para todos os profissionais de Saúde Pública (GEBBIE, 2001; COLUMBIA OF UNIVERSITY, 2002), Competências em Saúde Mental para o atendimento em Situações de Emergência (IOWA DEPARTMENT OF HEALTH, 2006) e Competências dos Trabalhadores de Saúde para o Treinamento em Desastres (HSU et al., 2006). Na área da Enfermagem estão relacionadas Competências Essenciais para o preparo de Enfermeiros para o Atendimento de Emergências e Desastres, desenvolvidas em investigações (GEBBIE; QURESHI, 2002, e WEINER, 2006) e em um referencial da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008). O Conselho Internacional de Enfermeiros desenvolveu um referencial de Competências da Enfermagem em Desastres (WHO, ICN, 2009).

De uma forma geral, estes estudos e documentos enfocam o envolvimento dos profissionais de saúde na gestão de desastres no âmbito extra-hospitalar, com foco na saúde pública, porém nenhum trata das competências necessárias aos profissionais de saúde que atuam no hospital para onde são levadas as vítimas dos desastres. Assim existe a necessidade de definir quais são estas competências, para qualificar o atendimento as vítimas no processo de atendimento pós-desastres.

Por possuir uma experiência de mais de 10 anos na assistência hospitalar em unidades de alta complexidade e residir em um município que é referência em saúde na região, surgiu à ideia de aliar esta experiência com o conhecimento dos profissionais do Hospital Regional do Oeste, que trabalham diariamente no

enfrentamento de situações de emergência e várias situações de desastres ocorridos na região. A partir desta abordagem, buscou-se desenvolver as competências necessárias para a melhor atuação e qualificação do trabalho do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres, que possam servir de base para a atuação e para capacitações dos enfermeiros atuantes e futuros profissionais.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem, nas definições das competências do enfermeiro, há uma ampla concordância no desempenho do papel de enfermagem a certos padrões que são fundamentais para a sua prática, sendo um deles a disponibilidade e gerenciamento do cuidado, que compreende a provisão de um ambiente seguro de cuidados, por meio do uso da garantia da qualidade e da estratégia no gerenciamento do risco, a aplicação do conhecimento de práticas de trabalho multiprofissional e a delegação e a supervisão das equipes de enfermagem (HARPER; HARTWICK, 2003).

O Conselho Nacional de Educação entende competência como sendo “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz em atividades necessárias pela natureza do trabalho” (BRASIL, 2001a, p.). A competência também está relacionada ao preparo para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade e complexidade em uma dada situação concreta e em um determinado contexto cultural (SILVA, 2009).

Em situação de desastres súbitos, fica evidente a complexidade e imprevisibilidade da situação no atendimento de emergência, na qual o enfermeiro deve desempenhar estas habilidades, destrezas, compreensões e atitudes, aliadas ao conhecimento subjacente para obter desempenho profissional esperado. Estas competências devem subsidiar o planejamento e o atendimento das vítimas.

Frente a esta problemática e à ausência de estudos ou de documentos que relacionem as competências necessárias ao enfermeiro para o atendimento hospitalar em situação de desastres, foi realizada esta investigação, cujo objetivo é Identificar quais são as competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentada uma revisão utilizando referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento da pesquisa, estruturados nos seguintes tópicos: Desastres, Gestão de Desastres, Política Nacional de Urgência no Brasil e Competências Profissionais.

2.1 DESASTRES

O aumento de ocorrência de desastres naturais e antropogênicos, combinados com outros tipos de calamidades representa uma ameaça para o desenvolvimento sustentável de uma população. A perda de vidas humanas, os elevados custos de reconstrução e a perda dos ganhos do desenvolvimento demonstram a necessidade da adoção de medidas com vistas à redução do risco de desastres e mitigação das sequelas à população afetada (BRASIL, 2007c).

Alguns conceitos são utilizados para explicar os desastres tais como eventos de riscos, danos ou prejuízos potenciais, expressos em termos de probabilidade estatística de ocorrência e de intensidade ou grandeza das consequências previsíveis. A vulnerabilidade é condição intrínseca ao corpo ou sistema receptor que, em interação com a magnitude do evento ou acidente, caracteriza os efeitos adversos, medidos em termos de intensidade dos danos prováveis.

A intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e o grau de vulnerabilidade do sistema receptor afetado onde este normalmente o fator preponderante para a intensificação de um desastre de forma aguda. Para a defesa civil os desastres são classificados quanto à intensidade que pode ser estabelecida em termos absolutos ou em termos relativos. Baseia-se na relação existente entre: a necessidade de recursos para o restabelecimento da situação de normalidade; a disponibilidade desses recursos no município afetado e nos demais escalões do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC) (BRASIL, 2006).

O Estado de Calamidade Pública é o reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, provocada por desastres, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à incolumidade ou à vida de seus integrantes

(BRASIL, 2007) A instrução normativa nº 1, de 24 de agosto de 2012 estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências (BRASIL, 2012)

O dano seria à medida que define a intensidade ou severidade da lesão resultante de um acidente ou evento adverso. Os Danos humanos são dimensionados e ponderados em função do nível de pessoas afetadas pelos desastres, cabendo especificar o número de óbitos, feridos graves, feridos leves, enfermos, desaparecidos, desalojados, desabrigados, deslocados. Em longo prazo, também pode ser dimensionado o número de pessoas incapacitadas temporariamente e definitivamente (BRASIL, 1999).

De acordo com a origem ou as causas primárias/agente causador, os desastres podem ser naturais, ou seja, causados por fenômenos da natureza, cuja maioria dos casos independe das intervenções do homem. Incluem-se nesta categoria os terremotos, os maremotos, os furacões, etc. Podem ser caracterizados como o resultado do crescimento urbano desordenado, das migrações internas e do fenômeno da urbanização acelerada e sem planejamento (BRASIL,2012). Desastres, humanos (antropogênicos) são divididos em relação a natureza tecnológicos, sociais e biológicos e os desastres mistos se caracterizam por ocorrer quando as ações ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e/ou agravar desastres naturais (BRASIL, 2012).

O Brasil apresenta características de desastres mais frequentes em cada região, porém, vem passando por um processo de reconfiguração. Por região, os desastres mais comuns atualmente são: Região Norte: incêndios florestais e inundações; Nordeste: secas e inundações; Centro-Oeste: incêndios florestais; Sudeste: deslizamento e inundações; e Região Sul: estiagem, inundações, vendavais tipo tornados, granizo, deslizamentos (BRASIL, 2007a).

Os registros do Centro Colaborador da OMS para a Pesquisa sobre a Epidemiologia dos Desastres (CRED) vêm mantendo um banco de dados das emergências e eventos ambientais adversos (EM-DAT). Ele foi criado com o apoio

inicial da OMS e do Governo belga. O objetivo principal do banco de dados é servir aos propósitos da ação humanitária em nível nacional e internacional. É uma iniciativa destinada a racionalizar a tomada de decisões para a preparação de desastres, bem como fornecer uma base objetiva para avaliação da vulnerabilidade e definição de prioridades. São registrados no EM-DAT aqueles desastres que caracterizam eventos de magnitude internacional.

No EM-DAT constam 89 eventos para o Brasil, no período de 1980 a 2003, enquanto somente no Estado de Santa Catarina foram computados 3.373 desastres naturais no mesmo período. Estes foram registrados pela Defesa Civil de Santa Catarina como ocorrências que levaram os municípios a decretarem Situação de Emergência (SE) ou Estado de Calamidade Pública (ECP), conforme os critérios do EM-DAT. Portanto, se forem considerados também os acidentes que envolvem danos menores, estes números podem ser muito maiores (TOMINAGA et al., 2009).

A partir da constatação de que o número de desastres pode ser ainda maior que os registrados, crescem a importância de mudança cultural relacionada ao senso de percepção de risco. A percepção de risco é diretamente proporcional ao grau de desenvolvimento social de uma determinada comunidade ou grupo populacional, tem como consequência o intenso processo de urbanização verificado no país nas últimas décadas, que levou ao crescimento desordenado das cidades em áreas impróprias à ocupação, levando a desastres de proporções inesperáveis (BRASIL, 2010b).

2.1.1 Gestão de desastres

No Brasil o gerenciamento de desastres é considerado de responsabilidade da organização sistêmica da defesa civil, pelo Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) reorganizado em agosto de 1993. O grande desafio da Defesa Civil no Brasil é de minimizar os danos humanos, materiais e ambientais e os consequentes prejuízos econômicos e sociais resultantes da ocorrência de desastres.

A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil nº 12.608 foi publicada no Diário Oficial da União nº 70, de 11 de abril de 2012 e orienta que o gerenciamento de riscos e de desastres deve ser focado nas ações de prevenção, mitigação,

preparação, resposta e recuperação e demais políticas setoriais, com o propósito de garantir a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012).

A defesa civil tem como objetivo a redução dos desastres, que abrange os aspectos globais como a prevenção; preparação para emergências e resposta aos desastres. Ela prevê um conjunto de ações preventivas, de socorro, de assistência à população afetada, reabilitadoras e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar danos dos desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social e atuar na iminência ou situação de desastres (BRASIL, 2007a).

O SINPDEC atua sob a forma de uma estrutura matricial, articulando os três níveis de governo, em interação com os órgãos setoriais e com a comunidade. Tem responsabilidade de: planejar e promover a defesa permanente contra os desastres naturais, antropogênicos e mistos, de maior prevalência no país (BRASIL, 2006a). Propõe o desenvolvimento de uma ação organizada de forma integrada e global, a fim de multiplicar e potencializar os resultados de maneira muito mais eficiente¹ e eficaz² do que a simples soma das ações dos componentes do sistema (LOPES et al., 2009).

As Coordenadorias Municipais de Defesa Civil (COMDECs) atuam em nível local, ou seja, diretamente no município onde ocorrem os desastres. Ao incrementar o senso de percepção de risco e o comprometimento por parte das autoridades públicas, por meio da criação e operacionalização de Coordenadorias Municipais de Defesa Civil, e de um planejamento mais eficiente das ações a serem realizadas busca a redução de ocorrência de mortes inesperadas (BRASIL, 2006a). O COMDEC conta com a participação das equipes das Secretarias Municipais envolvidas no atendimento aos cidadãos em situação de risco e vítimas de desastres.

Ainda faz parte das ações do COMDEC a garantia de abrigo, assistência médica e segurança alimentar dos cidadãos vítimas de desastres e participa da elaboração do Plano de Contingência dá um protocolo de aperfeiçoamento e implantação de outras ações para aumento da capacidade de

¹ Eficiência: capacidade de minimizar o uso de recursos para alcançar as metas definidas, isto é, a capacidade de otimizar o uso de recursos. (LACOMBE, 2004)

² Eficácia: capacidade de determinar metas corretas e medidas certas para alcançá-las; grau em que a organização atinge resultados válidos. (LACOMBE, 2004)

resposta às situações de risco e desastres, além de ações preventivas para minimizá-las (BRASIL, 2007c).

Na estrutura do Sistema Nacional de Defesa Civil, destaca-se a criação do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), sob a coordenação técnica da Secretaria Nacional de Desastres. O CENAD tem como objetivo possibilitar, por intermédio do emprego de um sistema informatizado, o gerenciamento de ações preventivas e de resposta, bem como a mobilização de recursos humanos, materiais e equipamentos, no sentido de evitar ou reduzir danos e prejuízos à sociedade, coordenando as informações de risco de desastres e monitorizando os parâmetros dos eventos adversos, diuturnamente, permitindo o geoprocessamento de dados via satélite (BRASIL, 2007b).

O seu funcionamento tem como base o estabelecimento de parcerias com os Órgãos Estaduais de Defesa Civil e o Centro Nacional de Monitoramento e Alerta de Desastres Nacionais (CENADEM) que disponham de recursos humanos, materiais e institucionais apropriados, bem como de informações úteis ao desenvolvimento das atividades do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC) (BRASIL, 2007b).

Internacionalmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) criaram um secretariado em Genebra, de modo a impulsionar a estratégia internacional para Redução de Desastres (ISDR). A missão destas é de promover no âmbito do desenvolvimento sustentável uma maior consciência da importância da redução de desastres, de modo a tornar as comunidades mais resilientes ao risco natural (RODRIGUES, 2010).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA NO BRASIL

A Política Nacional de Urgências foi reformulada pela portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 sob a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

No Art. 2º desta portaria, as diretrizes da rede de atenção às urgências e o Inciso XII fomenta a coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais

e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos (BRASIL, 2011).

Esta portaria reorganiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamenta o funcionamento dos Hospitais com os seguintes objetivos: organizar a atenção às urgências nos hospitais, que deve atender a demanda espontânea, referencia para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade, garantir a retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos; leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção às urgências e garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia) em articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2011).

O seu Art. 9º refere que a Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergências para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. O Art. 11º determina que o Componente Hospitalar seja constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

Os componentes hospitalares devem estar integrados à Rede de Atenção às Urgências, e atender além das diretrizes básicas do SUS de universalidade, equidade e integralidade, também a humanização; neste âmbito, há a exigência do acolhimento com classificação de risco; a regionalização com acesso regulado e a atenção multiprofissional, baseada na gestão de linhas de cuidado.

São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências, aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos: instituições hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas, que desempenhem um papel de referência regional, realizando, no mínimo, 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Disponibilidade de no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); instituições de referência regional para a Rede de Atenção às Urgências e habilitadas em uma das seguintes

linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria ou traumatologia e ortopedia (BRASIL, 2011).

Em conformidade com a Política Nacional de Urgências, a Política Nacional de Humanização, outra estratégia lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, por meio do atendimento Pré- Hospitalar (APH), tem como objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Tem como um de seus princípios o acolhimento, que é o modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os Serviços de Saúde, ouvindo suas queixas e assumindo uma postura capaz de escutar e acolher. No atendimento às urgências, o acolhimento com Classificação de Risco não está sendo desenvolvido com o objetivo de organizar a demanda dos usuários que chegam à procura de atendimento, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança (BRASIL, 2004).

Também existem nos sistemas de urgência alguns protocolos de triagem que dispõem sobre a prioridade no atendimento e têm sido aplicados em situação de desastres. No Brasil um dos mais utilizados é a técnica de S.T.A.R.T. é abreviação de *Simple Triage and Rapid Treatment* (Triagem Simples e Rápido Tratamento) que é aplicado na cena dos desastres. Este processo de triagem deve ser utilizado quando os recursos de pessoal e de material forem insuficientes frente a um acidente. Utilizado em muitos países avalia as condições fisiológicas do paciente em três fatores que são: respiração, circulação sanguínea e nível de consciência. Através de um fluxograma que prioriza o atendimento por cores seguindo a ordem, vermelha (prioridade 1) vítimas que apresentam risco imediato de vida, amarela (prioridade 2) vítimas que não apresentam risco de vida imediato, verde (prioridade 3) vítimas com capacidade para andar; e preta (prioridade 4) vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver, sendo que em alguns países, há uma variação quanto as cores utilizadas para identificar os críticos inviáveis e os óbitos (TEIXEIRA; OLCERENKO, 2011).

Outra técnica de triagem é a MANCHESTER, desenvolvido em Manchester no Reino Unido, em 1997. Desde então é adotado como norma em hospitais de diversos países, como Suécia, Portugal, Canadá e Japão. No Brasil está aumentando a quantidade de serviços que utilizam esse protocolo. Trata-se de um

instrumento estruturado, do tipo fluxograma, em que o profissional identifica a queixa principal do usuário, aplica o instrumento seguindo as respostas afirmativas das questões e dos discriminadores do fluxograma. Além de indicar a prioridade clínica, utiliza uma classificação de gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência (Hospitalar). Este método permite uma rápida identificação dos doentes mais graves que são atendidos primeiro e não, necessariamente, por ordem de chegada. O grau de gravidade é representado por 5 cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, que corresponde a um tempo de espera estimado, sendo que o paciente passa a ser submetido a observação médica (DIOGO, 2007).

Nas situações de desastres, estes protocolos permitem aos profissionais obter um mapeamento da situação individual e coletiva das vítimas. Porém, muitas vezes não há uma padronização na sua utilização, o que dificulta o estabelecimento de prioridades e o atendimento das vítimas.

2.3 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

As competências servem como base para a investigação, baseadas em evidências práticas e desenvolvimento de padrões. Elas também são ferramentas importantes nas descrições de trabalho e programas de orientação profissional. O mais importante é para um indivíduo a capacidade de utilizar as competências para autoavaliação de conhecimentos e habilidades, identificando limitações e buscando conhecimentos que permitam que um indivíduo possa tomar decisões adequadas sobre as suas atribuições de trabalho de maneira a contribuir para a qualidade da assistência (ICN, 2006)

A competência é definida como uma combinação complexa de conhecimentos, atitudes e habilidades demonstradas por indivíduos que são críticos para o funcionamento efetivo e eficiente de uma organização (BRASIL, 2001b).

Em relação à enfermagem, essas habilidades de prestar serviços profissionais específicos quando utilizadas na prática, na educação e na regulação, podem ajudar a definir o seu papel e fornecer evidências do cuidado prestado (WHO, 2003).

A concepção do trabalho por competências é fortemente utilizada quando na abordagem de adoção do modelo de competências, integrando a formação da força

de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, possibilitando a flexibilidade do mercado de trabalho e a unificação do sistema da qualificação profissional (DELUIZ, 2001).

Dar conta destas diferentes atribuições durante o processo de trabalho parece ser uma tarefa difícil para o enfermeiro, pois ele é solicitado a exercer competências como a atenção a saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente que demandam não só um conhecimento específico da enfermagem, mas também de outras áreas do conhecimento.

Com as rápidas mudanças na tecnologia, no campo da saúde, nos hospitais, nas alterações sócio econômicas e as exigências crescentes da sociedade por uma assistência melhor, a enfermagem necessita atualizar-se para acompanhar esse desenvolvimento. Entretanto, essas mudanças têm contribuído para que os enfermeiros continuem incertos quanto ao que lhe compete, na sua prática.

Dentre as atividades exclusivas do enfermeiro estão o desempenho da “direção de órgão de enfermagem das instituições de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem”. Além destas, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem (PIRES, 2010), constituem atividades essenciais no atendimento de enfermagem hospitalar em situação de desastres súbito, para as quais são necessárias diversas competências.

Segundo as diretrizes curriculares, as competências para o exercício de Enfermagem, devem ter como base o rigor científico e intelectual e ser pautadas em princípios éticos. As instituições de ensino devem formar profissionais capazes de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001a).

Nas profissões de saúde, o termo “Competência” é usado para descrever o conhecimento que permite a um praticante realizar atividades de forma consistente de uma maneira segura, sendo o principal determinante do desempenho. Existe um consenso geral em enfermagem que “competência” reflete o seguinte: Conhecimento, compreensão e julgamento, uma gama de habilidades, cognitiva,

técnica ou psicomotora, interpessoais e uma série de atributos pessoais e atitudes (ALEXANDER; RUNCIMAN, 2003).

Ao abordar o atendimento a desastres, observa-se a complexidade do atendimento, que exige dos enfermeiros um conjunto de competências. Estes devem ser capazes de trabalhar, em uma multiplicidade de ações e prestar cuidados de saúde de uma forma integral, com garantia de uma força de trabalho pronta para responder nestas situações, sendo as competências, fatores essenciais para o desempenho e qualidade da assistência prestada.

Através do conhecimento de suas competências, os enfermeiros dos serviços de saúde direcionam suas atividades diárias reduzindo o tempo de respostas às situações de emergências. Com isto, há o entendimento de que é necessária a capacitação contínua dos profissionais para o atendimento de urgências, cujos programas têm sido baseados em competências. O Centro Regional de Saúde de Peterborough desenvolveu um Programa de Capacitação Baseado em sete competências dos enfermeiros para serviços de emergência (HARPER; HARTWICK, 2003).

- Demonstrar a conscientização das atuais leis federais, estaduais e municipais e as normas que regem a emergência desde a entrada dos pacientes aos cuidados de emergência,
- Sintetizar e integrar informações sobre operações de emergência do departamento de sistemas e conhecimentos relevantes para o atendimento de emergência,
- Realizar avaliação através de anamnese, avaliação física, revisão de registros e comunicação com a família e equipe de saúde,
- Organizar o cuidado e priorizar as urgências de acordo com os problemas do paciente,
- Desenvolver e manter um plano individualizado de cuidados para cada paciente de acordo com resultados da avaliação e colaboração com a equipe de saúde,
- Incorporar habilidade, conhecimento e julgamento de enfermagem, quando respondendo a sustentação da vida e situações críticas,

- Demonstrar habilidade, conhecimento e julgamento na gestão dos doentes necessitando de dispositivos médicos e equipamento especializado.

Especificamente em relação ao atendimento aos desastres, a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros (WHO; ICN, 2009), preconizam que os enfermeiros devem possuir a base da prática de enfermagem para o desempenho no atendimento a desastres, estando preparados para este atendimento. Para isto, foram estabelecidas as seguintes competências (WHO; ICN, 2009):

- Facilitar a implantação de enfermeiros nas emergências a nível global;
- Criar consistência no atendimento prestado;
- Facilitar a comunicação;
- Construir confiança;
- Facilitar uma abordagem mais profissional;
- Promover e compartilhar informações;
- Permitir uma abordagem unificada;
- Aumentar a capacidade de enfermeiros para trabalhar efetivamente dentro da estrutura organizacional;
- Auxiliar os enfermeiros a funcionar como membros da multidisciplinar equipe.

Nos Estados Unidos, uma série de iniciativas foram desenvolvidas para a identificação de competências para o atendimento em situação de desastres. A Universidade de Columbia possui um Centro de Preparação para a Saúde Pública que desenvolveu uma relação de competências para profissionais que trabalham no hospital. Ela está baseada no entendimento de que a capacidade de um hospital, para responder a uma emergência depende de ter profissionais que conhecem o que fazer, e tem as habilidades necessárias; deve ser capaz de (COLUMBIA UNIVERSITY, 2002):

- Localizar e usar a seção do hospital plano de emergência de resposta que se aplica a sua posição;
- Descrever a sua função de resposta de emergência e ser capaz de demonstrá-lo durante treinos ou emergências reais;

- Demonstrar o uso de qualquer equipamento (como equipamento de proteção individual ou especial, equipamentos de comunicação) exigido pelo seu papel de resposta de emergência;
- Descrever a sua responsabilidade para a comunicação com ou referindo pedidos de informações de outros profissionais, pacientes e famílias, mídia, público em geral ou a sua própria família, e demonstrar essas responsabilidades durante brocas ou emergências reais;
- Demonstrar a capacidade de procurar ajuda através da cadeia de comando durante a emergência em situações de desastres;
- Demonstrar a capacidade de resolver problemas que surgem, realizando seu papel durante as situações de emergência.

Sua utilização foi preconizada para os enfermeiros que trabalham em serviços de emergência, tendo este referencial servido de modelo para o desenvolvimento de competências essenciais para enfermeiros (GEBBIE; QURESHI, 2002), tendo sido adicionadas as seguintes competências:

- Verifique se há um plano escrito para grandes categorias de emergências;
- Garantir que todas as partes do plano de emergência são praticados regularmente;
- Assegurar que as lacunas identificadas em conhecimentos ou habilidades são preenchidas.

As competências profissionais são privilegiadas na medida em que as situações de trabalho sofrem as fortes exigências do posto, da divisão das tarefas e, portanto, reproduzem-se dia após dia.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, apresenta-se o percurso metodológico que se delineou para a investigação, conforme descrito nos seguintes tópicos: Caracterização do estudo, cenário, local de estudo e sujeitos participantes, Grupo Focal (GF) como técnica de coleta de dados, organização e análise de dados e considerações quanto aos aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Caracterização do Estudo

A pesquisa foi de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. Esta modalidade dá profundidade aos fatos, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas. Oferece um ponto de vista recente, natural e holístico dos fenômenos, assim como flexibilidade (SAMPLIERI et al., 2006).

3.2 Cenário do Estudo

Este estudo foi realizado no município de Chapecó situado na grande região do oeste catarinense, com 94 anos de emancipação, localizado a 630 km de Florianópolis e fazendo fronteira com o RS. Conta com uma população de 185 mil habitantes, e com uma área geográfica de 630 km² com relevo montanhoso e altitude de 670 m do nível do mar (PREFEITURA DE CHAPECÓ, 2011).

A região Oeste possui o maior número de municípios (118) e apresentou nos últimos 24 anos o maior número de desastres naturais e tecnológicos em relação aos outros tipos de desastres, sendo de 1.519 registros. Deste total, 596 referem-se às inundações, sendo que 440 estão relacionados às inundações graduais e 156 as inundações bruscas. Cerca de 20 municípios apresentam mais de 10 registros de inundações, sendo os mais afetados: Caçador, Águas de Chapecó e Ouro, com 15 registros cada sendo os desastres antropogênicos de natureza tecnológicos são os que possuem maior incidência.

Essa região também foi a mais afetada pelas estiagens, com um total de 396 registros, sendo que destes, 287 registros de vendavais, 199 de granizo, 26 de

escorregamentos e 15 de tornados dos 43 registrados em todo Estado nos últimos 20 anos.

Somando todos os desastres, na região oeste, os 5 municípios mais afetados foram: Xanxerê (39), Chapecó (38), Anchieta (36), Palma Sola (32) e São José do Cedro (31) (BRASIL, 2007c).

3.3 Local do estudo

O local de realização do estudo foi o Hospital Regional do Oeste (HRO), localizado no município de Chapecó, estado de Santa Catarina. O Hospital conta com 296 leitos, sendo classificado como um hospital de grande porte. A escolha do HRO para realização da pesquisa foi devido a este ser referência para o atendimento de desastres de toda região Oeste e possuir estrutura e equipes capacitadas em receber as vítimas.

O HRO atende a 92 municípios da Região Oeste, 26 municípios do Paraná e Rio Grande do Sul, sendo que sua localização geográfica facilita a oferta dos serviços. Apresentou nos indicadores de 2010, um total de 1.693 internações no ano, com uma taxa de ocupação de 84%. Possuem 18 unidades de atendimento em clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia, clínica traumatológica, ambulatório, neurologia, oncologia, quimioterapia, radioterapia, maternidade, obstetrícia, centro cirúrgico, central de material e esterilização (CME), unidade de emergência, unidade de tratamento intensivo (UTI) geral, UTI neonatal, serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), enfermagem do trabalho, com um total de 58 enfermeiros que atuam nestas unidades. Além disso, o HRO possui todos os serviços necessários para atendimento de alta complexidade (HRO, 2011).

3.4 Sujeitos participantes

Os sujeitos da pesquisa compreenderam os enfermeiros que trabalham no HRO tanto em atividades assistenciais quanto administrativas de todos os turnos. O processo de convite ocorreu em três fases: a primeira foi através de uma visita à instituição a fim de apresentar a proposta de estudo à Gerente de Enfermagem e à Administração da Instituição, objetivando sua autorização para a realização da

pesquisa; a segunda por intermédio de convite entregue aos enfermeiros das unidades supracitadas (APÊNDICE A) e a terceira por meio de telefonema, a fim de confirmar a presença no primeiro encontro.

O número de participantes no grupo seguiu os preceitos metodológicos apresentados por Gaskell (2005), o qual menciona que deve oscilar entre um mínimo de seis a um máximo de quinze, escolhidos (as) por apresentarem pelo menos um traço comum.

Os critérios de inclusão consistiram em ser enfermeiro, ter interesse em discutir a temática e que possuíssem mais de 2 anos de trabalho na instituição, além de disponibilidade de horário para comparecer aos encontros. Os participantes foram nomeados mediante lista de adesão voluntária, tendo sido formado um grupo de 11 enfermeiros.

3.5 Grupo focal como técnica de coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio da Técnica de Grupo Focal (GF) que representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Os dados obtidos com o uso do GF são ricos, pois ele possibilita capturar expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas.

Assim,

[...] a interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. As pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações. Descobriu-se que os grupos assumem riscos maiores e mostram uma polarização de atitudes – um movimento para posições mais extremadas. Com base nestes critérios, o grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros (GASKELL, 2005, p. 76).

A utilização do grupo focal para estudar as competências tem sido utilizada, permitindo que os participantes levem em consideração os pontos de vista uns dos outros na formulação de suas respostas e comentem suas próprias experiências,

desenvolvendo assim competências através de seus conhecimentos práticos e científicos (SEVERO et al, 2007).

3.5.1 Etapas definidoras da estrutura do grupo focal

As etapas definidoras da estrutura do Grupo Focal incluem a composição do grupo e a definição do número e do local das sessões.

Em relação à composição do grupo, em linhas gerais, os grupos devem conter um moderador, um observador e os participantes. O moderador é quem conduz a técnica, sendo o catalisador da interação social entre os participantes. O observador tem a função de avaliar a condução da técnica (GASKELL, 2005). Para fins deste estudo, a pesquisadora assumiu o papel de moderadora e uma enfermeira com experiência em emergência e pesquisa o de observadora.

Quanto ao número de sessões, não há padrão rígido no número de sessões. Há casos em que um ou dois encontros, com cada grupo, são suficientes, há outros em que são necessários mais encontros para que os objetivos sejam atingidos, variando de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). Segundo Gaskell, (2005), o período preconizado é de até duas horas, visto que, nesse intervalo de tempo a população mostra-se acessível e interessada em participar. Períodos superiores podem ocasionar cansaço e desgaste mental prejudicando o alcance dos objetivos e dos resultados (WESTPHAL et al., 1996). Neste estudo foram realizadas 3 sessões com duração de até duas horas cada uma.

Segundo Meier e Kudlowiez, (2003) o local deve ser neutro, de fácil acesso e de preferência fora do ambiente de trabalho. Devido ao fato do Hospital Regional do Oeste estar localizado afastado do centro da cidade, visando facilitar o acesso dos participantes, foi escolhido como local para a realização das sessões uma sala de estudos no hospital. A sala de estudos escolhida é isolada dos serviços prestados pelo hospital, e por este motivo sem ruídos e afastada de ocasionais interrupções. A mesma apresenta condições para dispor as cadeiras em círculos, facilitando a interação entre os participantes e a pesquisadora, atendendo ao preconizado por Gaskell, (2005, p. 79) para o ambiente. Os dados foram registrados por meio da

gravação de voz através de gravador MP4, complementados pelas anotações do (a) observador (a).

3.5.2 Desenvolvimento das sessões

3.5.2.1 Primeira sessão

Compareceram à primeira sessão 11 enfermeiros. Este seguiu a seguinte dinâmica:

Na **abertura da sessão**, os participantes foram apresentados à equipe da pesquisa (moderador dos debates e o observador). Estes foram informados dos objetivos e propósitos da pesquisa, assim como do detalhamento acerca da coleta de dados. Foi solicitado o preenchimento de ficha para caracterização dos sujeitos, (APÊNDICE B). A cada participante foi entregue uma fita para identificação com as cores azul, laranja, rosa, pink, amarelo, verde claro, vermelho, verde escuro, roxo.

a) apresentação dos participantes entre si: este momento interativo entre os membros do grupo favoreceu a formação de vínculo e integração, sendo realizado por meio da identificação do nome, experiências e setor onde trabalha.

b) apresentação do projeto de pesquisa: O projeto de pesquisa foi apresentado com apoio de Power Point.

c) esclarecimento sobre a dinâmica de discussão: foram fornecidas informações com vistas ao processo coletivo, privilegiando a escuta e pró-atividade nas discussões. Neste momento foi explanado o papel do moderador, do observador e dos participantes e apresentados o guia de temas que orientou os debates, informando que a reflexão seria individual, mas também coletiva porque ocorreria numa relação de interdependência. Destacou-se a importância de viabilizar a expressão de múltiplos pontos de vista e que não se tratava de compilar respostas certas ou erradas e, que por isso mesmo as controvérsias seriam bem vindas, enriquecendo as discussões.

d) estabelecimento do *setting* grupal (contrato grupal): os detalhes do “contrato de trabalho” focalizaram aspectos relativos a logística e dinâmicas dos encontros, bem como sobre as precauções éticas que envolveram o estudo. Foram feitos acordos quanto aos quesitos mínimos de convivência, envolvendo

pontualidade, assiduidade, saída antecipada e uso de equipamentos como celulares. Também, foi realçado o compromisso multilateral compartilhado em se tratando da premissa básica de manter no grupo o que era do grupo. Além disso, evidenciou-se que o foco de análise de interesse na pesquisa era expressão coletiva e não o enunciado individual e que o uso do gravador tinha a finalidade de retomar fidedignamente o eixo das discussões, sem se ater às particularidades que remetem ao(s) indivíduo(s) (DALL'AGNOL, 1999). Foi informado que sempre que houvesse necessidade, nos encontros seguintes, o *setting* poderia ser retomado para manter o fio condutor inicial. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelas participantes.

e) Encerramento: nesse momento, o moderador propôs acertos e realizou combinações com o grupo para a data do próximo encontro, neste mesmo local e horário para continuar a discussão acerca das competências.

3.5.2.2 Segunda sessão

Compareceram à segunda sessão 10 enfermeiros. Este seguiu a seguinte dinâmica:

a) Início da abordagem: foi exibido um vídeo sobre o Atendimento Hospitalar em Emergências (AMIL, 2010) como disparador para discussão a respeito do atendimento pré-hospitalar e o direcionamento das vítimas ao hospital.

b) Experiências anteriores: foi realizada uma abordagem com os participantes a partir das experiências destes no atendimento a situações de desastres, com a discussão sobre estes atendimentos e direcionamentos.

c) Explicação sobre competências: após houve uma explicação a respeito do conceito de competência e da necessidade de desenvolver um referencial para o atendimento de enfermagem em situação de desastres no hospital. Foi realizada uma apresentação sobre o que são competências, como ocorre à formação de uma competência e os exemplos de competências num contexto geral. Com apresentação dessa explicação em data show.

d) Indicação de competências: cada participante foi motivado a escrever duas competências que considera importantes para o atendimento hospitalar em situação de desastres. Para isto, foi utilizado um formulário (APÊNDICE C). O

enunciado deveria contemplar os seguintes elementos: Verbo que refere-se a ação; Substantivo que é o objeto da ação e Complemento que definiria como deveria ser executada (RAMOS, 2001).

e) Apresentação das Respostas: foi realizada a apresentação e discussão das respostas, tendo como finalidade obter uma lista final de competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres.

f) Encerramento: Encaminhamento das discussões para a próxima sessão.

3.5.2.3 Terceira sessão

Compareceram à terceira sessão 11 enfermeiros. Este seguiu a seguinte dinâmica:

a) Validação das competências: No primeiro momento os participantes foram divididos em 3 grupos, tendo sido entregue para cada participante uma folha impressa com as 29 competências resultantes da análise do material produzido no segundo encontro, com as competências dos referenciais de Harper e Hartwick, (2003) e WHO e ICN (2009) que puderam ser relacionadas com as indicadas pelo grupo. Neste momento houve discussão sobre a manutenção, modificação ou exclusão de cada uma delas.

No segundo momento, cada grupo apresentou o resultado de suas discussões contribuindo com a validação das competências.

b. Encerramento: A validação das competências pelo grupo resultou em 17 competências do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar em situação de desastres.

A seguir foram feitos agradecimentos a todos os participantes do grupo focal, com compromisso de apresentação dos resultados pós-análise.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada a Análise de Conteúdo com Técnica de Análise Temática de acordo com Minayo (2010, p 316).

Análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.[...] Para uma análise de

significados a presença de determinados temas denota estrutura de relevância, valores de referência e modelo de comportamento presente ou subjacentes no discurso.

A matéria-prima da análise de conteúdo constituiu-se de material oriundo de comunicação verbal gravada e anotações do observador. As fontes foram processadas para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência. Desta forma, o corpus de análise consistiu da gravação dos encontros, das anotações do observador e de informações coletadas em instrumento para indicação de competências. As fontes foram processadas para, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência. Utilizou-se análise de Conteúdo do tipo Temática em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A Pré-análise, momento em que foram definidas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, elaborou-se os indicadores que orientaram a compreensão do material e a interpretação fina. A leitura flutuante do material produzido no segundo encontro permitiu a constituição do corpus, e formulação de hipóteses e objetivos. Nesta etapa a fim de valorizar os procedimentos exploratórios, com possibilidade de corrigir os rumos interpretativos e de vislumbrar novas indagações, tomando-se como base o contato da pesquisadora com o material de campo, foram consultados documentos que relacionam competências para o atendimento em situação de emergência e desastres. A partir desta análise, foi construído o instrumento para ser utilizado no terceiro encontro (APÊNDICE D).

A exploração do material foi realizada no terceiro encontro, quando os enfermeiros do grupo fizeram a validação das competências por meio de discussão sobre a permanência, retirada ou alteração de cada competência. As competências resultantes foram submetidas a uma operação classificatória que visou alcançar os pontos relevantes ou núcleos de compreensão do texto, os quais foram agrupados. A partir desse processo, definiram-se as categorias empíricas por meio da classificação e agregação dos dados.

O tratamento dos resultados obtidos forma a interpretação dos resultados brutos que foram submetidos à análise e permitiu colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propôs interferências e realizou interpretações previstas no seu quadro teórico, com o estabelecimento do referencial de competências almejado.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto contemplou os aspectos éticos descritos na Resolução 196/96 Conselho Nacional Saúde\ Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), onde constam diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme procedimento descrito a seguir:

O projeto foi registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio grande do Sul (COMPESQ/EE) e, posteriormente submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Plataforma Brasil com o parecer CAAE 00950612.0.0000.5347 (ANEXO A). Também foi obtida autorização da instituição hospitalar para a realização da pesquisa (ANEXO B).

Para a realização do Grupo Focal (GF) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado no primeiro dia da coleta de dados e entregue a cada participante, em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisa e outra ao participante (ANEXO C). Deu-se ênfase às informações do TCLE relativas à: dados de identificação do projeto, informações quanto aos objetivos, justificativa e possíveis benefícios do estudo; os procedimentos a serem executados para coleta de dados, referentes à dinâmica grupal e ao uso de gravador durante as sessões de GF. Quanto ao cuidado com os arquivos de gravação, garantiu-se que seriam inutilizados após a conclusão da pesquisa e as transcrições guardadas pelo período de cinco anos após a publicação dos resultados. A pesquisadora colocou--se à disposição das participantes para esclarecimento de dúvidas, em qualquer momento da pesquisa, mediante formas de contato expressas no TCLE.

Aos sujeitos assegurou-se que a pesquisa é isenta de influências que possam interferir no vínculo empregatício dos mesmos, que as informações coletadas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos propostos. Além disso, salientou-se a livre participação na pesquisa e os direitos dos sujeitos de desistirem de participar do estudo a qualquer momento, sem constrangimento ou qualquer prejuízo.

Os riscos da pesquisa relacionados à coleta de dados em grupo focal, no qual o indivíduo pesquisado poderia sentir-se constrangido em responder as questões

foram esclarecidos. Assim, para minimizar a possibilidade de desconforto e estresse, foi enfatizada aos participantes a importância do sigilo das informações que foram trazidas pelo grupo. Foi esclarecido que apenas o pesquisador poderia utilizá-las, mantendo o anonimato dos participantes. Com isso, para apresentação dos resultados, as falas foram identificadas por códigos com cores: Azul, amarelo, vermelho, verde, lilás, laranja, branco, azul claro, rosa, pink, verde claro, conforme ordenamento cronológico na chegada ao encontro e escolha da cor pelo participante.

Foram relacionados os benefícios do estudo que se referem à possibilidade de utilização futura do referencial construído tanto no local do estudo, quanto em outros contextos nos quais se evidenciem situações de desastres, assim como na sua utilização para a educação de profissionais de saúde.

A validação dos dados obtidos foi realizada em cada encontro do GF, nos momentos de síntese, os quais ocorreram no início de cada sessão, retomando-se o fio condutor das discussões anteriores e no final das mesmas, quando se propunha interpretação acerca das ideias emergentes. Após a organização do material de análise, agendou-se momento com os participantes, para apresentar o texto com as falas que se pretendia incluir na composição do relatório final. Mediante este cuidado, obteve-se autorização explícita dos participantes para a publicação das falas contidas na dissertação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterizações dos sujeitos

Os participantes trabalhavam em diferentes setores e serviços do hospital, sendo oriundos de 11 dos 18 serviços de atuação da enfermagem. Eram do sexo feminino em sua maioria (8) e tinham média de idade de 33 anos e a média de tempo de serviço na instituição de 8 anos, sendo que trabalhavam nos 4 turnos de serviços.

Quadro 1 - Caracterização profissional e educacional dos participantes.

Setor de trabalho	Formação complementar
Educação Permanente em Enfermagem	Especialização em Administração em Enfermagem
Seguranças e Medicina do Trabalho	Especialização enfermagem do Trabalho
Unidade de Emergência	Especialização em Oncologia
Gerente do Serviço de Enfermagem	Administração hospitalar e CCIH
Supervisão Geral Noturna unidades de Internação clínica e cirúrgica	Especialização em UTI
Maternidade e Berçário	Especialização Enfermagem do trabalho e Enfermagem Obstétrica
Supervisão noturna Maternidade e Berçário	Mestranda em mestrado profissionalizante UTI
Emergência e Urgência	Especialização UTI e Curso PHTL S
UTI Geral	Especialização em Urgência e Emergência
UTI Geral	Especialização UTI
UTI Neonatal e SCIH	Enfermagem no trabalho e UTI

Fonte: Autora, 2012

4.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

No segundo encontro foram identificadas 29 competências resultantes da análise do material produzido pelos enfermeiros através da ficha de construção das competências, falas gravadas e relatos do observador.

As competências identificadas foram:

1. Gerenciar a equipe de Enfermagem
2. Sistematizar o atendimento com ajuda das equipes de apoio

3. Coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento a desastres
4. Conhecer as atividades desempenhadas por todos na instituição
5. Identificar os membros da equipe de atendimento e delimitar o papel de cada um
6. Organizar as ações de cada membro da equipe por experiência profissional
7. Direcionar as ações da equipe de enfermagem no atendimento
8. Delegar funções para saber o que cada um tem que fazer
9. Identificar os profissionais disponíveis no momento do desastre
10. Trabalho em equipe
11. Demonstrar conhecimento técnico sobre o atendimento as vítimas em desastres
12. Capacitar\treinar as equipes para que cada um saiba sua função
13. Conhecer a classificação de risco
14. Capacitar a equipe para a classificação de risco
15. Classificar os pacientes por risco
16. Organizar a equipe de atendimento as vítimas pela gravidade
17. Construir protocolos para o atendimento em emergência.
18. Conhecer a estrutura e a capacidade da Instituição
19. Otimizar espaços e distribuir os pacientes dentro do hospital
20. Prever materiais e equipamentos
21. Providenciar materiais e equipamentos necessários para o atendimento as vítimas
22. Conhecer os serviços extra-hospitalares (pré-hospitalares) e como são executados
23. Conhecer os serviços de Socorro da Região e os serviços de especialidades
24. Contribuir para distribuição das vítimas nos hospitais evitando a sobrecarga dos serviços
25. Participar do planejamento em Situação de desastres\emergência para os hospitais da região organizando uma rede de atendimento
26. Participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital

27. Planejar as atividades, garantindo a segurança dos pacientes e equipes
28. Desenvolver um processo de comunicação entre todos os envolvidos durante o atendimento das vítimas
29. Receber, organizar e facilitar as informações a respeito das vítimas

No terceiro encontro foi entregue para todos os enfermeiros participantes a lista com as 29 competências encontradas, estes foram divididos em grupos de 3 e 2 enfermeiros para discutirem sobre a permanência, modificação ou exclusão das competências desta lista. Após 30 minutos foi aberta a discussão com o grande grupo, e através de justificativas obteve-se o resultado de 17 competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastre pelo grupo focal.

As competências resultantes foram classificadas conforme as fases ou aspectos globais das ações de redução dos desastres conforme preconizado pela defesa civil (BRASIL, 2010a) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) de preparação e resposta. Para cada fase, as competências foram classificadas em áreas de domínio, sendo que na de Preparação os domínios foram Gerenciais e Educacionais. Na fase de Resposta os domínios foram gerenciais, de atenção a saúde e de comunicação. As competências classificadas nestes domínios estão apresentadas nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Competências do enfermeiro da fase de preparação no atendimento hospitalar em situação de desastres.

Domínio	Competências
Gerencial	1. Conhecer os serviços pré-hospitalares e como são executados
	2. Conhecer os serviços de socorros da região e os serviços de especialidades
	3. Participar do planejamento em situação de desastres com os hospitais da região organizando uma rede de atendimento
	4. Participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital
	5. Construir protocolos para o atendimento em situação de Desastres
	6. Conhecer a estrutura e a capacidade da Instituição e otimizar espaços, distribuindo os pacientes dentro do hospital
	7. Prever e prover materiais e equipamentos necessários para o atendimento às vítimas na situação de desastres
Educacional	1. Desenvolver conhecimento técnico científico sobre o atendimento a vítimas em Desastres
	2. Capacitar\treinar as equipes para que cada um saiba sua função
	3. Capacitar a equipe a realizar a classificação de risco de acordo com a gravidade de cada paciente

Fonte: Autora, 2012

Quadro 3 - Competências do enfermeiro da fase de resposta no atendimento hospitalar em situação de desastres.

Domínio	Competência
Gerencial	1. Gerenciar e coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento em situação de desastres
	2. Sistematizar o atendimento com ajuda das equipes de apoio
	3. Contribuir para distribuição das vítimas pelos hospitais evitando a sobrecarga dos serviços
	4. Planejar as atividades, garantindo a segurança dos pacientes e equipes.
Atenção à saúde	1. Conhecer e direcionar as ações da equipe de enfermagem no atendimento a situação de desastres
Comunicação	1. Receber, organizar e facilitar as informações a respeito das vítimas dos desastres
	2. Desenvolver um processo de comunicação entre todos os envolvidos durante o atendimento das vítimas

Fonte: Autora, 2012

4.3 FASE DE PREPARAÇÃO NO ATENDIMENTO AOS DESASTRES

A preparação objetiva otimizar as ações preventivas, de resposta aos desastres e de reconstrução, através de projetos de desenvolvimento institucional, de recursos humanos, científico e tecnológico, mudanças culturais, motivação e articulação empresarial, informações e estudos epidemiológicos sobre desastres, monitorização, alerta e alarme, planejamento operacional e de contingência, planejamento de proteção de populações contra riscos de desastres focais, mobilização, aparelhamento e apoio logístico (BRASIL, 2007a). Nesta fase, as competências foram classificadas nos domínios de gerenciais e educacionais.

4.3.1 Competências no atendimento hospitalar gerenciais na fase de preparação

O desenvolvimento das competências gerenciais pode ser uma ferramenta poderosa para transformar a prática dos cuidados no atendimento a situações de desastres, permitindo avaliar e dimensionar os problemas de modo global, construindo relações significativas que permitam ao enfermeiro exercer o seu papel com segurança. Neste contexto, todos os profissionais da saúde devem entender os elementos essenciais de um preparo e resposta efetivos (HSU et al., 2006).

Ao dar entrada no atendimento de emergência hospitalar o paciente é conduzido pelos serviços pré-hospitalares. Atendimento pré-hospitalar (APH) é definido como um serviço operacional e de coordenação para problemas médicos urgentes e que inclui todos os serviços de socorro, assistência médica e transporte ao doente ou ferido fora do hospital e que é uma extensão do tratamento de emergência do hospital.

Os enfermeiros participantes do estudo indicaram a competência **“Conhecer os serviços pré-hospitalares e como são executados”** para o enfermeiro, que deve conhecer as formas como os pacientes recebem os primeiros atendimentos, como funcionam estes serviços e sua atuação como mediador para a sequência dos atendimentos, expressa pelos enfermeiros a seguir:

“...saber sim o que faz a polícia, SAMU, sei lá o exército, que a equipe saiba o que cada um faz lá fora, precisamos informações mais adequadas dos acidentes, saber quem procurar e como podemos atuar juntos...”(verde).

“... sempre falamos de coisas que achamos errado, quando chegam os pacientes conduzidos pelos serviços externos, mas não sabemos por que chegam assim, temos que conhecer os serviços pré-hospitalares também...” (rosa).

No Brasil o atendimento pré-hospitalar é prestado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) responsável pela regulação dos atendimentos de urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência da Região, com apoio do Corpo de Bombeiros. Deve constituir um sistema integrado de serviços médicos de emergência e não meramente uma transferência de pacientes em ambulâncias (BRASIL, 2011).

Nos EUA, como modelo internacional, é a Administração Nacional de Segurança de Tráfego Rodoviário (do inglês, *National Highway Traffic Safety Administration* – NHTSA), órgão integrante do Departamento de Transportes dos EUA (do inglês, Department of Transportation – DOT) que fornece as diretrizes nacionais para o desenvolvimento de cursos de capacitação e atualização em socorro pré-hospitalar (NHTSA, 2007),

Contudo é necessário conhecer os serviços pré-hospitalares, mas também saber quais são e onde estão os serviços de especialidades médicas, que facilitam o

direcionamento e atendimento mais específico dos pacientes que são conduzidos às emergências hospitalares.

Esta competência se torna presente quando os enfermeiros demonstram preocupação no que diz respeito ao conhecimento dos serviços que compõem a rede observada na fala:

“...para realização de um bom trabalho, com qualidade no serviço prestado e obter o reconhecimento profissional e valorização pessoal, devemos saber onde encaminhar o paciente caso não tenhamos lugar aqui”(Pink)

Este conhecimento de como esta rede se articula é uma condição para o desempenho dos enfermeiros frente aos desastres. Sendo assim, para o encaminhamento das vítimas dos desastres, os enfermeiros indicaram que se faz necessário **“Conhecer os serviços de socorro da região e os serviços de especialidades”**.

Na região oeste catarinense, onde o estudo foi realizado, os serviços de especialidade médica são gerenciados pela AMOSC (Associação dos Municípios do Oeste Catarinense) que tem como missão prestar serviços e assessoramento técnico e institucional, visando a excelência da administração pública municipal e o desenvolvimento sustentável que, por meio de uma rede de serviços de saúde especializados compra serviços de saúde dos municípios da região, garantindo atendimento a todas as necessidades de saúde (AMOSC, 2012)

Neste caso, a transferência do paciente grave é de responsabilidade do SAMU como parte do Sistema Regionalizado e Hierarquizado capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar (SAMU, 2012).

“... uma vez estávamos com a UTI cheia, e nos ligaram que chegariam vítimas graves e porque não levar para outro hospital, se sabíamos onde levar, poderíamos encaminhá-los junto com o SAMU, para hospitais da região que também atendem, por que só aqui....”(amarelo).

“... às vezes nos enviam pacientes acidentados que poderíamos encaminhá-los direto para onde tem vaga na região, poderíamos ajudar a eles levar logo para o lugar certo, pois assim vem pra cá e não temos como atendê-las com qualidade, é triste....”(branca)

“... acredito que formar uma rede de planejamento, com serviços extra-hospital e os serviços especializados de toda a região, fará com que todos participem dos atendimentos a vítimas na região...” (azul).

Nos Estados Unidos a rede de comando em emergência foi descrita como uma competência essencial para os enfermeiros que atuam nas emergências em saúde pública (GEBBIE; QURESHI, 2002).

Ao receber as vítimas de um desastre, ocorre o estabelecimento da necessidade de articulações com os diversos serviços de saúde para a complementação dos atendimentos prestados, facilitando o trabalho das equipes das instituições hospitalares. Para isto, os participantes do estudo indicaram a competência **“Participar do planejamento em Situação de Desastres com os hospitais da região organizando uma rede de atendimento”**.

A Rede de Atenção às Urgências propõe reorganizar a atenção hospitalar por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, dos leitos clínicos de retaguarda, dos leitos de longa permanência, dos leitos de cuidados intensivos, de acordo com os critérios estabelecidos em portaria específica e pela reorganização das linhas de cuidados prioritários (BRASIL, 2011), organizados conforme sua natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, podendo acarretar sequelas ou até mesmo a morte (BRASIL, 2003). Observada na fala dos enfermeiros:

“...ficaria mais fácil dividir e saber onde encaminhar os pacientes, às vezes me sinto impotente com o que acontecer com os paciente quando estamos lotados...”(vermelho)

O atendimento em rede e sua cobertura adequada e funcionando com garantia de qualidade, não é apenas necessária, é imprescindível para o sucesso do sistema de saúde. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento em situações de desastres (BRASIL, 2009b).

Contudo, fica evidenciado que as redes quando necessárias no atendimento aos desastres participam do plano de resposta intersetoriais às emergências, bem como dos planos de contingência dos hospitais, integrados em um mecanismo de assistência para os serviços de emergência (WHO, 2008).

Como maneira de poder contribuir para a realização de uma ação interna prévia para o atendimento a situações de desastres, **“Participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital”** foi uma competência indicada pelos enfermeiros:

“... participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital, pois se participamos poderemos dar opiniões e saber o que será feito no hospital caso enfrentarmos estas situações ...” (Pink)

“... nosso hospital precisa ter um plano de contingência, pois se tivermos um desastre será uma correria, se soubermos o que cada um tem que fazer, ficará melhor...” (verde).

O Plano de Contingência tem sido considerado como o conjunto dos procedimentos e as ações para atender as situações de risco e atendimento a emergências em que seja necessária a intervenção para a redução de eventos adversos no sentido de minimizar os seus efeitos (NOGUEIRA, 2002).

Com um plano de ação, o trabalho não é realizado na base da improvisação e nem funciona ao acaso. O desenvolvimento das atividades neste planejamento será converter as prioridades e objetivos comuns em metas específicas para cada indivíduo, em cada situação de desastres (BRASIL, 2010a).

A instituição deve ter um plano de resposta para emergências, sendo que ao enfermeiro cabe garantir que exista um plano escrito para as principais categorias de emergências e identificá-lo e localizá-lo, assim como saber qual parte deste lhe diz respeito antes que a emergência ocorra (GEBBIE; QURESHI, 2002). Compreender o plano de operação de emergência da instituição é uma competência que tem sido preconizada para apoiar e implementar um curso de ação efetivo e coordenado durante o atendimento em desastres, no preparo de enfermeiros (HSU et al., 2006).

Ainda nesta fase de preparação, o grupo indicou a competência **“Construir protocolos para o atendimento em situação de desastres”**. A formulação de protocolos tem sido indicada como um recurso para guiar e padronizar leis e procedimentos que são dispostos para a execução de uma determinada tarefa (BRASIL, 2002). A utilização de protocolos agiliza o trabalho, e isto tem importância no atendimento aos desastres, quando as ações têm que ser desenvolvidas sem demora, ilustrada na fala dos enfermeiros.

“... construir protocolos são importantes, pois somente com eles poderemos executar as atividades sem ter que ligar a todo momento ao diretor clínico...”(azul)

“.... temos que ter protocolos para pegar os pacientes que estão na emergência e encaminhar esses pacientes para outros locais para atender dentro do hospital, e ficar só com os de emergência, a nossa realidade não é diferente de outras emergências do país, cheia de pacientes de outras clínicas, que com protocolos eu não preciso ligar as 3h da manhã para o diretor e falar o que eu faço..... (verde)

Protocolos são estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços. São utilizados para desenvolver critérios mais objetivos, padronização e transparência nas ações dos atendimentos ao cliente (BRASIL, 2002).

Estabelecer protocolos para melhorar a capacidade de atendimento de emergências é uma atividade a ser desenvolvida para o atendimento da competência de identificar e localizar o plano institucional de resposta em emergência esperada dos profissionais no atendimento em emergência nos Estados Unidos (COLUMBIA UNIVERSTY, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu um manual de protocolos com descrição de 192 doenças e situações que requerem atendimento de emergência; orientando a prática dos profissionais no atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2002). A implementação de protocolos para atendimento hospitalar em situações de desastres neste contexto, teria o papel de complementar os existentes, com a finalidade de garantir um serviço de qualidade.

Para efetivar a utilização destes protocolos deve-se também conhecer o espaço, as atividades exercidas no ambiente e os equipamentos básicos de cada setor/sala da unidade hospitalar, visando um atendimento com maior agilidade e qualidade (BRASIL, 2002). Com este entendimento a competência **“Conhecer a estrutura e a capacidade da instituição e otimizar espaços”**, distribuindo os pacientes dentro do hospital’ foi indicada pelos enfermeiros.

O conhecimento do espaço físico hospitalar traz benefícios para a instituição como um melhor aproveitamento dos espaços, desonerando gastos desnecessários,

auxiliando no processo de cura do paciente e evitando a disseminação de doenças infectocontagiosas, relatada pelos enfermeiros:

“...nós andamos por todo hospital cada cantinho, se me perguntarem onde posso colocar uns 30 pacientes, posso juntar aqui ali e organizar...”(Pink)

“...isso é uma parceria com as chefias e responsável técnico, não é só o enfermeiro que deve otimizar os espaços no hospital temos que ter condições para isso ...”(Vermelho)

A visão tradicional das organizações hospitalares, objetivando apenas uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas já está superada pelos novos estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados fortemente positivos no desempenho da instituição (OPAS, 2008).

A estruturação de sistemas de saúde, no tocante a atenção à urgência/emergência requer repensar a estruturação do espaço intra-hospitalar com a previsão/provisão de recursos humanos, materiais e de equipamentos, além de área física adequada para atender às demandas (Brasil, 2009c).

O conhecimento dessa estrutura física como quantidade de salas, locais de armazenamento de material e equipamento também contribui para a agilidade dos serviços. Além do espaço físico, a organização do atendimento compreende também **“Prever e Prover materiais e equipamentos necessários para o atendimento às vítimas na situação de desastres”**, indicada como uma competência para ser desempenhada pelo enfermeiro:

“... problemas com materiais e equipamentos são comuns em emergências e desencadeiam estresse, retardam e prejudicam o atendimento...” (azul claro).

“...materiais e equipamentos disponíveis e seu funcionamento é essencial no atendimento, temos que saber onde está tudo, não na hora procurar...(branco)

Os recursos organizados permitem o atendimento e estabilização do paciente até que seja transferido, de forma adequada para uma unidade de maior complexidade, sendo atribuição da equipe de enfermagem organizar os materiais hospitalares e os medicamentos, disponíveis para a utilização nos atendimentos de urgência e emergências (BRASIL, 2006).

“...temos muitos equipamentos no hospital. Os enfermeiros têm que saber quantos têm, e onde estão os respiradores, carrinhos de parada, tudo para poder organizar nas salas de emergências provisórias quando necessário...”(branco)

O gerenciamento da logística no preparo de emergência e cadeias de suprimentos deve ser previstas pelo enfermeiro no desenvolvimento de suas atribuições (WHO, 2008).

Orientações de enfermagem para serviços de emergências nos Estados Unidos incluem a competência de *‘demonstrar conhecimento, habilidade e julgamento na gestão dos pacientes, requerer dispositivos médicos e equipamento especializado’* (HARPER; HARTWICK, 2003).

4.3.2 Competências no atendimento hospitalar educacionais na fase de preparação

A área de domínio educacional prevê que a força de trabalho em saúde deve estar preparada para compartilhar, com seus pares e outros profissionais de saúde o conhecimento e a experiência que possuem no intento de contribuir para a satisfação das sempre presentes necessidades de aprendizagem (RUIZ, 2001).

Os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos apurados sobre as condições clínicas das vítimas atendidas em unidades de emergência, sendo este o diferencial para o sucesso no prognóstico destes pacientes.

A necessidade do conhecimento foi indicada na competência **“Desenvolver conhecimento técnico científico sobre o atendimento a vítimas em desastres”**. Ao participar de educação continuada para manter conhecimento atualizado em áreas relevantes o enfermeiro deve considerar as mudanças de caráter ambiental, político, social nas condições e natureza das emergências e desastres. Considerar que com isto, também devem os planos, métodos e tecnologias usados em situações de emergência sofrer alterações. Educação continuada e regular em áreas específicas pode ajudar os enfermeiros a manter-se a par dessas mudanças. Estas competências demonstram a importância da qualificação das equipes de saúde sobre as novas técnicas utilizadas para agilizar e organizar os atendimentos as vítimas (GEBBIE, 2002).

Constatação feita pelos enfermeiros no grupo focal:

“... para desenvolver as atividades de maneira ágil, segura, identificando prioridades, gravidade da situação o conhecimento técnico é essencial para o enfermeiro...” (rosa).

“...enfermeiro de emergência, deve possuir conhecimento de emergência, se não fica difícil...”(laranja)

O conhecimento científico em enfermagem nos remete ao campo das ciências, tecnologias e práticas, e a validação ocorre quando estas produzem o efeito esperado, ou melhor, o êxito técnico da ação (AYRES, 2005).

As urgências e emergências sejam elas clínicas ou traumáticas representam um fator de risco de vida importante quando não atendidas em tempo hábil e de maneira adequada, exigindo dessa forma, intervenção competente, segura e livre de risco com conhecimento científico adequado para não gerar outros danos à saúde das vítimas (CICONET, 2008).

A enfermeira generalista deve aplicar conhecimentos e habilidades relevantes à prática de enfermagem (ICN, 2003). Esta competência também está relacionada à enfermagem quando respondendo a sustentação da vida e situações críticas, ao incorporar habilidades, conhecimentos e julgamento de enfermagem (HARPER; HARTWICK, 2003).

Além do conhecimento é necessário **“Capacitar\treinar as equipes para que cada um saiba sua função”**. Este aspecto da preparação significa fazer com que todos os membros da equipe saibam realmente qual o seu papel durante a prestação dos atendimentos, para que não haja lacunas na sua execução, nem tampouco duplicação de esforços comprometendo-o por falta de organização e conhecimento. Esta é uma questão discutida pelos enfermeiros no grupo focal como importante para a organização das atividades operacionais:

“...organizar as ações de cada membro da equipe, capacitar a equipe para que cada um saiba sua função...”(Pink)

“...a equipe precisa estar capacitada para atender as emergências, o enfermeiro precisa treiná-los para executar este atendimento...” (azul).

A educação permanente é a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se

incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos (BRASIL, 2009c).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetida a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (CECCIM, 2005).

O referencial de competências do Conselho Internacional de Enfermagem, indica como competência do enfermeiro generalista delegar a outros, atividades adequadas a suas habilidades e alcance de prática e contribuir para o desenvolvimento profissional e educacional de estudantes e colegas (ICN, 2003).

A capacitação da equipe também foi relacionada pelos participantes em relação à classificação de risco realizada pelo enfermeiro. Uma das atribuições do enfermeiro nas emergências hospitalares é realizar a classificação de risco por meio de avaliação clínica do paciente. Esta é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não de chegada, implica no direcionamento para os atendimentos. Os enfermeiros indicaram a competência de **“Capacitar a equipe e realizar a classificação de risco de acordo com a gravidade de cada paciente”**.

Esta competência faz parte de outras relacionadas na literatura. O enfermeiro deve reconhecer seus papéis e limitações nos esforços de resposta a desastres (WEINER, 2006). Enquanto trabalhador de saúde deve demonstrar conhecimento e habilidades necessários para preencher seu papel durante o atendimento a desastres. Este envolve a triagem, proteção pessoal e tratamento (HSU et al., 2006).

A classificação de risco envolve avaliação através de anamnese, avaliação física, revisão de registros e comunicação com a família e equipe de saúde, competência descrita no referencial de Harper e Hartwick (2003). Facilitar uma abordagem mais profissional também foi descrita pela Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermeiros no Quadro de Competências de Enfermagem de Desastres (WHO; ICN, 2009).

A classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir atendimento a todos; é uma atividade realizada por profissional de enfermagem de nível superior, preferencialmente com experiência em serviço de urgência, e após capacitação específica para a atividade proposta. A fala seguinte ilustra esta ideia do grupo:

“... capacitar por classificar por cores e saber onde então encaminhar cada um, quais os passos que devem ser seguidos e o enfermeiro como coordenador tem obrigação de conhecer a classificação e chamar fulano, sicrano para ajudar a atender e solicitar ao gestor tantas pessoas para o atendimento, e essas pessoas de outros setores precisa estar preparadas primeiro para saber atender...” (Pink)

“... classificar os pacientes por gravidade facilita muito nosso trabalho, assim atendemos os mais graves e podemos nos organizar para o atendimento dos demais...” (lilás).

No Brasil, o acolhimento com classificação de risco, por exemplo, é uma tecnologia que tem por finalidade tornar o atendimento nas urgências e emergências mais eficiente e eficaz, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares (BRASIL, 2009 a).

4.4 FASE DE RESPOSTA NO ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE DESASTRES

A resposta envolve o conjunto de ações que visam socorrer e auxiliar as pessoas atingidas, reduzir danos e prejuízos e garantir o funcionamento dos sistemas essenciais da comunidade. Ela envolve a aplicação de princípios de provisão e gerenciamento do cuidado em uma situação de emergência (WHO, 2008).

Para isso a secretaria nacional de Defesa Civil atua através Programa de Respostas a Desastres que objetiva promover o socorro e a assistência às pessoas afetadas por eventos adversos, o restabelecimento das atividades essenciais e a recuperação dos danos causados por desastres, supletivamente ao atendimento dos Estados e Municípios (BRASIL, 2011).

4.4.1 Competências no atendimento hospitalar gerenciais na fase resposta

As competências gerenciais deve também estar dirigidas para atividades com o paciente, quer dizer, gerenciar os recursos disponíveis para o cuidado do paciente, grupo de risco e da comunidade (WITT, 2006)

Com este sentido foi indicada a competência **“Gerenciar e coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento em situação de desastres”**. Em diferentes momentos no grupo focal os enfermeiros discutiram acerca desta competência, como ilustra a seguintes manifestações:

“...gerenciar ou coordenar, acho que em determinado momento o enfermeiro faz as duas funções...” (branco)

“... o enfermeiro deverá saber como gerenciar sua equipe nestas situações, bem como saber quais as limitações de seus membros neste momento ...”(azul claro)

“... coordenar a equipe para que cada membro desta já tenha sua função pré- definida no momento em que chegar estes clientes graves...” (Rosa).

“... acho uma competência boa organização e coordenação da equipe pelo enfermeiro, pois assim o cliente será atendido, mais rapidamente e com maior eficácia...” (verde).

Gerenciar é um compromisso e tem como responsabilidade garantir que tudo esteja funcionando de forma adequada. Certificar-se de que o trabalho está sendo feito adequadamente, com agilidade e com otimização dos recursos.

Ao coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento a desastres o enfermeiro tem a atribuição de incentivar o trabalho coletivo para efetivar o trabalho em equipe e atingir a produtividade máxima e um nível de qualidade de serviço em saúde, capaz de superar as expectativas dos usuários. Esse profissional tem como desafio ser, de fato, agente de mudança e transformação da assistência, coordenando a equipe e fazendo dela instrumento de ações assertivas e resolutivas (ROCHA, 2008).

Além da equipe de enfermagem outros profissionais de saúde também atuam no atendimento às vítimas de desastres. Por esta razão, os participantes indicaram a

competência **“Sistematizar o atendimento com ajuda das equipes de apoio”**. As equipes de apoio constituem diversos serviços nas instituições hospitalares entre elas logística, farmácia, manutenção, laboratório, nutrição, serviço de arquivo, serviço social, serviço de informação, internação e controle de leitos, todos envolvidos no atendimento aos pacientes. Os enfermeiros constataram a necessidade das equipes de apoio conforme manifestação a seguir:

“... sistematizar o atendimento com a ajuda das equipes de apoio, sim as equipes de apoio como o laboratório, farmácia, higiene e todos que ajudam...” (amarelo).

“... as equipes de apoio são as equipes internas no hospital, e elas são importantes nos atendimentos, sempre estão envolvidas...” (branco).

Uma das consequências da ação integrada das equipes de apoio é a avaliação da capacidade da instituição para o atendimento dos desastres. O atendimento às situações de desastres principalmente os de evolução súbita gera sobrecarga aos hospitais e ao sistema de saúde, dificultando a reação eficiente a essas situações, principalmente quando ocorre um número inusitado de vítimas necessitando de cuidados emergenciais.

Nesta situação os meios de socorro disponíveis podem não ser suficientes para fazer frente à situação de emergência, havendo necessidade de recolocar equipes de outras unidades ou centros para ajudar neste atendimento (BRASIL, 2007c).

Neste processo o enfermeiro deve **“Contribuir para a distribuição das vítimas pelos hospitais, evitando a sobrecarga dos serviços”**. Esta competência gerou novas reflexões no grupo focal:

“... é importante a distribuição das vítimas nos hospitais não sendo só concentrado em um só hospital, sobrecarregando os serviços...” (laranja).

“... podemos ajudar a distribuir as vítimas, através de parcerias com os serviços de emergência...” (amarelo).

No que se refere à atenção em urgência, o crescimento do número de acidentes, desastres ambientais, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares. O conhecimento desta realidade em nosso

meio é de importância fundamental, no sentido de evidenciar a necessidade de reestruturação de nossos hospitais, para que possamos ter estrutura e equipes suficientes para atender a esta demanda.

Considerando esta realidade, os enfermeiros indicaram a competência de **“Planejar as atividades, garantindo a segurança dos pacientes e equipes”**.

É necessário que o enfermeiro ao direcionar as ações de trabalho de sua equipe, inicialmente tenha conhecimento de quem irá realizar esta ação. Dentro de uma unidade hospitalar existem diversas especialidades de tratamento, com equipes que possuem conhecimentos e habilidades distintas. Ao direcionar a equipe, o conhecimento destas capacidades é importante para a segurança dos pacientes e da equipe sintetizadas nas seguintes manifestações:

“... temos que pensar também na segurança da equipe se tiver um problema no hospital como fazer. Já assisti em documentários também pessoas com arma de fogo invadindo o hospital temos que estar preparados para tudo...” (Rosa)

“...planejar as atividades sempre garantindo a segurança dos pacientes e da equipe, pois essa é a regra do atendimento pré- hospitalar também...” (Branco)

“... muito bom à preocupação da segurança durante o atendimento desde o momento inicial como a equipe e os pacientes, pois todos podem correr perigo em um desastre...” (Rosa).

Esta envolve elementos de segurança própria e do ambiente, segurança relacionada a um grande número de vítimas e contaminação, assim como outros riscos ou ameaças iminentes.

Nos referenciais para a capacitação do enfermeiro, competências como proteger-se e outros de ameaças (WEINER, 2006) incluem procedimentos padrões para autoproteção (WHO, 2008) e princípios de segurança como um componente da resposta, sendo que a habilidade de proteger-se durante um desastre tem sido descrita, com a decorrente proteção da instituição e seus recursos (HSU et al, 2006).

Além disso, os enfermeiros necessitam demonstrar o uso dos equipamentos (incluindo os de proteção individual) e as habilidades requeridas na resposta a emergências em exercícios regulares (GEBBIE, 2002).

Estar preparado significa ter realizado de antemão um planejamento que garanta a segurança do paciente e equipe, a realização de um plano de ação nas

instituições hospitalares para o atendimento as vítimas de desastres e aos profissionais que lá atuam, demonstrando responsabilidade desta instituição perante a sociedade na qual está inserida.

4.4.2 Competência no atendimento hospitalar na atenção a saúde na fase de resposta

Resposta efetiva à emergência requer que cada membro da equipe de saúde conheça o que e como deve fazer. No domínio atendimento na fase de resposta foi indicada a competência, **“Conhecer e direcionar as ações da equipe de enfermagem no atendimento a situação de desastres”**. Nestas competências os enfermeiros relataram as importâncias do conhecer e direcionar conforme falas a seguir:

“...no momento dos desastres eu tenho que direcionar os profissionais de outras unidades para ajudar na emergência, mas também tenho que saber quais suas habilidades para direcioná-los...”(Verde Claro)

“...verificar os profissionais disponíveis no momento dos desastres para saber o que temos para trabalhar na assistência...”(amarelo)

“...conhecer os profissionais da instituição facilita a distribuição para agilizar o atendimento das vítimas...” (Lilás)

O enfermeiro necessita identificar os limites do seu conhecimento, habilidades e autoridade e identificar recursos do sistema de atendimento às emergências para encaminhar casos que excedam a estes limites. Com este entendimento, descrever as funções ou papéis na resposta a emergência e demonstrá-los regularmente por meio de atividades práticas é relacionada como uma competência do enfermeiro nos Estados Unidos (GEBBIE, 2002).

O cuidar deve ser entendido como a realização de ações de Enfermagem, considerando-se inevitável a satisfação de um conjunto de necessidades que quando atendidas possibilitam maior envolvimento dos integrantes da equipe de enfermagem em suas atividades com cuidados de qualidade e melhor desempenho no trabalho. Então, a excelência na assistência de enfermagem está intimamente relacionada aos estados fisiológicos, de segurança e psicológicos dos integrantes desta equipe que cuida, pois eles fazem parte de um processo dinâmico indissociável dentro do trabalho (REGIS, 2011).

Cabe destacar que os profissionais que atuam em serviços de emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas, elencar prioridades e avaliar o paciente em uma abordagem integral.

4.4.3 Competências no atendimento hospitalar de comunicação na fase de resposta

Talvez o maior desafio durante as primeiras horas após um desastre seja garantir que a informação que circula seja clara e reflita as necessidades prioritárias das populações afetadas. A informação é algo que todos buscam e necessitam para poder tomar decisões, e, sobretudo, para oferecer uma resposta oportuna, ágil e adequada às pessoas afetadas por um desastre (BRASIL, 2010a).

As estratégias de enfrentamento dos desastres requerem instrumentos de comunicação de massa e comunitária, mídia eletrônica, rádio e televisão. Neste contexto, aos profissionais de saúde cabe o relacionamento com a imprensa por meio de uma parceria com o Sistema de Comando de Operações da defesa civil.

Para o enfermeiro esta competência apresenta diversas dimensões que acompanham todo o atendimento às vítimas, devendo **“Receber, organizar e facilitar as informações a respeito das vítimas do desastre”**, a fim de contribuir para a assistência às vítimas e o fornecimento de informações aos familiares, conforme ilustrado a seguir:

“... acho que é uma competência que deve ser determinada qual é a pessoa que vai receber as informações deve ser uma preparada para não fazer confusão...” (Vermelho).

Sintetizar e integrar informações sobre os sistemas de emergência e operações e conhecimentos relevantes para o atendimento de emergências (HARPER; HATWICK, 2003) e facilitar a comunicação (ICN; WHO, 2009) são competências relacionadas nos referenciais internacionais para a troca de informações entre os envolvidos no processo de atendimento, familiares e comunidade.

Como competência do enfermeiro, a literatura indica a competência de comunicar-se de uma forma apropriada, reconhecendo que os pronunciamentos

públicos devem ser realizados por equipe designada para esta função (WEINER, 2006).

A informação ao ser compreendida gera conduta, atitude, resposta e produtividade, sendo de vital importância na situação de desastres (BRASIL, 2010b). Para isto, o enfermeiro deve **“Desenvolver um processo de comunicação entre todos os envolvidos durante o atendimento das vítimas”**.

O enfermeiro deve aplicar princípios de comunicação e relacionamento interpessoal em uma situação de emergência (WHO, 2008). Apesar de parecer simples cotidianamente, o processo varia conforme a característica de cada elemento atuante neste sistema. A comunicação está separada por linhas de atuações, como fisiológica (gestos, fala), técnica (telecomunicação) e social, por isso o profissional de enfermagem deverá possuir uma forma de comunicação entre todos os envolvidos no processo de atendimento aos desastres sem que se perca ou ocorram informações distorcidas sobre os fatos. Os enfermeiros demonstram nas seguintes argumentações:

“...desenvolver um processo de comunicação entre todos durante o atendimento das vítimas, pois todos ficam falando do acidente mas não temos informações confirmatórias das vítimas...”(Rosa)

“...acho a comunicação importante pois não adianta eles atenderem lá fora se a equipe não está preparada aqui, pois precisamos de uma equipe grande aqui e essa equipe treinada tem que saber classificar os pacientes por cor tendo o enfermeiro como coordenador...” (rosa)

“... é importante uma comunicação efetiva, o pré-hospitalar avisar quantos pacientes vem, isso deveria ser colocado no planejamento...” (Branco).

A comunicação apropriada entre os profissionais no atendimento a emergência é um componente indispensável para desenvolver interações sólidas entre todos os membros da equipe administrativa e gerencial, promovendo uma relação de profissionalismo que facilite o trabalho de todos.

No processo de comunicação o enfermeiro deve demonstrar uma capacidade de operação correta de todo o equipamento usado para a comunicação de emergência (GEBBIE, 2002). A comunicação com a família e equipe de saúde também é considerada importante para a avaliação das vítimas (HARPER, HATWICK, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atingiu o objetivo proposto de identificar as competências necessárias ao enfermeiro para o atendimento hospitalar em situação de desastres. Identificaram-se 17 competências, que foram relacionadas às fases de preparo e de resposta descritas pela OMS e pela defesa civil no gerenciamento de desastres. A delimitação destas competências ajuda a elucidar o papel do hospital no atendimento às vítimas de desastres e constitui um elemento para a articulação do preparo e da resposta às ações de prevenção e reconstrução.

Grande ênfase foi colocada pelas enfermeiras no domínio gerencial, tanto no preparo quanto na resposta, corroborando o entendimento de que uma ação sincronizada é essencial no atendimento aos desastres. Uma boa gestão no preparo garante a segurança da equipe de saúde, sendo que as competências indicadas neste domínio contribuem para um ambiente seguro de cuidados conforme preconizado pelo Conselho Internacional de Enfermagem.

Embora tenha havido a indicação da segurança profissional na investigação, não foi indicada nenhuma competência relacionada ao preparo emocional da enfermeira para o atendimento hospitalar em situação de desastre. Isto pode ter ocorrido devido a familiarização das enfermeiras que participaram do estudo com o atendimento em situação críticas, o que deve ter sido responsável pelo seu preparo para estas situações, tendo levado-as a focar suas percepções na operacionalização do cuidado. No entanto, destaca-se a necessidade de se trabalhar neste âmbito, a fim de preparar os profissionais de saúde para prestar atendimento de forma integral.

As competências educacionais indicaram a necessidade das equipes estarem permanentemente atualizadas e capacitadas. Além disso, os enfermeiros sugeriram a necessidade de adoção da classificação de risco nos hospitais e que esta encontre correspondência com as utilizadas pelos serviços pré-hospitalares a fim de facilitar e agilizar o atendimento. A capacitação da equipe e a adoção da classificação de risco também contribuem para a humanização do cuidado.

O domínio de atenção a saúde evidenciou que os enfermeiros têm papel central, sendo responsáveis por toda equipe de enfermagem, sendo que a

competência indicada permitirá uma efetiva assistência ao direcionar os profissionais adequados para o atendimento às vítimas.

As competências de domínio comunicação sinalizam a necessidade da participação de diversos atores neste processo, sendo que, além do enfermeiro estar preparado para o desenvolvimento de suas competências, deverá haver um entendimento por todos envolvidos do que deverá ser comunicado, como e para quem, o que demonstra a importância da comunicação na resposta aos desastres.

Na fase de preparo, as competências ao serem adotadas irão exigir do enfermeiro ações prévias a situação de desastre. Com isto, nos hospitais é preciso que se desenvolvam políticas de preparo e atendimento para a assistência às emergências, e que isto ocorra com o envolvimento direto dos enfermeiros. É preciso que haja uma reorganização do trabalho do enfermeiro no hospital, para que possa, juntamente com a equipe de enfermagem, desenvolver os mecanismos necessários para a preparação e o atendimento em situação de desastres.

A absorção destas competências no campo hospitalar, juntamente com a adoção da Política Nacional de Humanização implicará no envolvimento das enfermarias de retaguarda, dos leitos de cuidados intensivistas, dos serviços de diagnóstico, laboratório e no desenvolvimento de linhas de cuidados prioritários para o atendimento hospitalar em situação de desastres.

Para a enfermagem acredita-se que há o desafio de investir em esforços para reconfigurar a prática assistencial e gerencial em serviços de urgência e emergência hospitalar, contribuindo ativamente para mudar o cenário do atendimento hospitalar em situações de desastres.

Este referencial também deverá ser articulado à política de "hospital seguro em desastre", garantindo que as instalações hospitalares, não só se mantenham em pé, mas também continuem a trabalhar de forma eficaz e contínua, com possibilidades de expandir a sua atenção, incentivando a utilização, otimizando os recursos existentes e contando simultaneamente com profissionais bem treinados para fornecer suporte de qualidade, solidariedade e respeito às vítimas.

A política Nacional de Urgência considera a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento o tratamento e a recuperação. Ambas as políticas foram

citadas quando da construção das competências pelos enfermeiros participantes, como guia para o desenvolvimento de suas ações.

Além de orientar os serviços, estas competências poderão ser utilizadas para uma avaliação dos enfermeiros para o atendimento a situações de desastres e contribuir para a sua capacitação e atualização permanente. Isto poderá ser desenvolvido conforme preconizado internacionalmente para o atendimento de emergências, em simulações periódicas.

Embora o estudo tenha sido realizado em uma região com características ambientais específicas, com ocorrência de desastres antropogênicos, elas se mostram abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, são específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões e são fundamentais e relevantes para a prática, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde.

Os resultados refletem as experiências dos enfermeiros que reconhecem a importância de suas atribuições no exercício da profissão. As competências estabelecidas, desta forma, relacionam-se à atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem.

As competências construídas servem de base para a realização da assistência prestada pelos enfermeiros no atendimento hospitalar em situação de desastres e para preparação das equipes, com resultados que poderão ser capazes de prover melhores respostas na assistência, na formação e regulação dos profissionais de saúde e também no campo científico, visto a inexistência de estudos que tratem do assunto específico do atendimento hospitalar em situação de desastres.

REFERÊNCIAS

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, Rosita. **Grupo focal estratégia metodológica qualitativa**: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, v. 9, p. 9-14, jan/jun. 2004.

ALEXANDER, M.; RUNCIMAN, Phyllis ICN. Framework of Competencies for the Generalist Nurse. **International Council of Nursing**, Geneva: 2003.

AMIL - Assistência Médica Internacional S/A. Hospital TotalCor, Paulistano e Resgate São Paulo: AMIL, [2010], vídeo Youtube. Disponível em: <<http://youtu.be/Ji-pdWyy31U>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

AMOSOC - Associação Município Oeste Catarinense. Disponível em: <<http://www.amosc.org.br/conteúdo/?item=510&fa=1&cd=46553>>. Acesso: 20 nov. 2012.

AYRES, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 549-60. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro 1996. Dispõe sobre as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 10 out.1996

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Defesa Civil: Manual de Planejamento em Defesa Civil. v.1, Brasília:1999.

_____. Ministério da Saúde: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS Nº 737 DE 16/05/01 PUBLICADA NO DOU Nº 96, SEÇÃO 1e – DE 18/05/2001 a.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael – Monte Tabor, Ministério da Saúde. – 10. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 204 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1864/GM de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. [citado em 14 set. 2004]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1864.htm>.

_____. Política Nacional de Urgências: Série E. Caderno Legislação de Saúde. 3ª edição, Brasília DF: 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl.– Editora do Ministério da Saúde 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) Brasília: 2006b. 33

_____. Ministério da Integração Nacional. (MI). Secretaria Nacional de Defesa Civil. (SEDEC). Conferência geral sobre desastres: para prefeitos, dirigentes de instituições públicas e privadas e líderes comunitários / Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. 23p. Brasília: MI., 2007a.

_____. Ministério da Integração Nacional: Política Nacional de defesa Civil, Brasília: 2007b.

_____. Ministério da Integração Nacional: Política Nacional de defesa Civil, Planejamento Nacional para Gestão de Risco, Brasília: 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Confederação Nacional dos Municípios, Estudo Técnicos- Desastres Naturais no Brasil. Brasília DF: 2010 a.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Comunicação de riscos e de desastres. Curso a distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010b. 183 p. : il. 22 cm

_____. Ministério da Saúde- Portaria nº1600, de 7 de julho de 2011.Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de atenção as Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília, 2011.

_____. Ministério da Integração Nacional: Política Nacional de defesa Civil, Brasília: 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário Interface. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004. fev. 2005: Porto Alegre.

CONSELHO Regional de Enfermagem- SC. Série Cadernos Enfermagem. Gestão Participação 2008-2011: Florianópolis, 2009.

CICONET, R. M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S.. In-service training for health professionals of the Mobile Emergency Care Service: report on the experience of Porto Alegre, RS, Brazil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832008000300016>.

COLUMBIA UNIVERSTY. Scholl of Nursing. **Center for Health Public Bioterrorism & Emergency Readiness**, New Youk: Columbia University, 2002.

DALL'AGNOL, CM.; TRENCH, MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v.1, n.3, p. 5-15, 2001.

DIOGO, C.S.. **Impacto da relação cidadão - sistema de triagem de Manchester, na requalificação das urgências do SNS**. 214f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007.

DIÁRIO CATARINENSE. Clic - RBS, Florianópolis, 09 out. 2007. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/especiais/jsp>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Clic- RBS, Florianópolis, 05 mar 2011. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/anoticia/jsp>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FONTANA, A. **Sete de setembro: independência ou tornado? história de resistência e luta pela vida**. Joaçaba: Editora Palloti UNOESC, 2009.

GEBBIE, K. **Core competencies for all public health workers**. New York: Centers for Disease Control and Prevention and Columbia School of Nursing. 2001.

_____.; QURESHI, K. Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. **American Journal of Nursing**, v.102, n.1, p. 46-51, 2002.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, MW.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 4.ed. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2005.

HRO - Hospital Regional do Oeste. Disponível em: <<http://www.relatecc.com.br/hro>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

HARPER, S.; HARTWICK, E. Nursing Competency based orientation program. **Peterborough Regional health Centre**, Canadá, september: 2003.

HSU, E.B. et al. Healthcare worker competencies for disaster training. Disponível em: <<http://www.pubmed.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1471784>>. Acesso em: 27 July 2007.

INTERNATIONAL Council of Nurses. Nurses and disaster preparedness. Geneva: 2006.

IOWA - DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. Mental health competencies for health care providers for terrorism and emergency preparedness and response. Des Moines: State of Iowa: 2006. p. 403-19.

LOPES, D.C. et al.. **Construindo comunidades mais seguras**: preparando para a ação cidadã em defesa civil. Florianópolis: UFSC/CEPED; [Brasília]: Secretaria Nacional de Defesa Civil, 2009.

MEIER, M.J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 394-99, jul./set., 2003.

MORTON, P.G.; FONTAINE, D.K. **Cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. Disponível em:<<http://www.nhtsa.dot.gov>>. Acesso em: 03 out. 2007.

NOGUEIRA, F.R.. **Políticas públicas municipais para gerenciamento de riscos ambientais associados a escorregamentos em áreas de ocupação subnormal**.

256f. Tese (Doutorado em Geociências e Meio Ambiente) - Universidade Estadual Paulista - Rio Claro. 2002.

OMS - Organização Mundial da Saúde. OPAS - Organización Panamericana de la Salud Serie: Hospitales seguros frente a desastres. Índice de seguridad hospitalaria: **Guía del evaluador de hospitales seguros**, n. 1, Washington, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ. Disponível em: <<http://www.chapeco.sc.gov.br>>. Acesso em: 04 out. 2011.

PIRES, D.E.P et al.. **Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987** que regulamenta a **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem. Florianópolis: Quorum Comunicação, 2010. p.64-9. (Série cadernos enfermagem).

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitoria; PORTO, Isaura Setenta. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. esc. Enferm, USP** [online]. 2011, v. 45, n.2, p. 334-41.

RODRIGUES, T. Notas, notícias e recessão. A estratégia Internacional de redução de desastres. Tese (Doutorado em Ciências Ambientais). **Revista Territorium**, n. 17, 2010.

RUIZ, L.. De La realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de La fuerza de trabajo. In: OPS. **Educación em salud pública**: nuevas perceptivas para las Americas. Washington: OPS, 2001.p.134-61.

SAMU - Serviço Atendimento Médico de Urgência - Santa Catarina. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=333>. Acesso em: 20 nov. 2012

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTIST, Lúcio Pilar. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SEVERO, T.P.; FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.A. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. II, n. 3, p. 297-302, jul./set. 2007.

SILVA, A.M.. **Competência para o gerenciamento de enfermagem**: uma revisão integrativa. Trabalho (Conclusão de Curso de Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem - UFRGS - Porto Alegre, 2009.

TEIXEIRA, W.A.; OLCERENKO, D.R. **A utilização do método S.T.A.R.T. em acidentes com múltiplas vítimas**. Trabalho publicado no 10º Congresso de Iniciação Científica. 4ª mostra de Pós-Graduação e 1ª Mostra do Ensino Médio. Disponível em: <http://www.unisa.br/pesquisa/arquivos/livro_10_congresso.pdf#page=139>. Acesso em: 23 mar. 2011.

TOMINAGA, L.K.; SANTORO, J.; AMARAL, R. **Desastres naturais**: conhecer para prevenir. São Paulo: Instituto Geológico de São Paulo, 2009.

WEINER, E. "Preparing Nurses Internationally for Emergency Planning and Response". **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 11, n. 3, sept. 2006.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição á construção das funções essenciais de Saúde Pública. 336f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Publica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Competency in Nursing**. Genebras, 2003.

_____. International Council Of Nurses. **ICN framework of disaster nursing competencies**. Geneva: 2009.

_____. **Integrating emergency preparedness and response into undergraduate nursing curricula**. Disponível em: <http://www.who.int/hac/publications/Nursing_curricula_followup_Feb08.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

Apêndice A - Convite

CONVITE

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS)- Programa de Pós - Graduação de Enfermagem- PPGENF- UFRGS

Projeto de Pesquisa: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM SITUAÇÃO DE DESASTRES

Pesquisador Discente: Sandra Mara Marin

Pesquisadora Responsável: Regina Rigatto Witt

Convidamos para participar do Grupo Focal, relativo à pesquisa acima nominada, que tem como objetivo identificar as Competências do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar em situação de Desastres.

Serão realizadas 3 sessões grupais, com duração de uma hora e meia, que propiciará trocas de experiências entre os participantes.

Local: Sala de Estudos HRO

Data:

Horário:

Agradecemos sua participação

Mda. Sandra Mara Marin
Pesquisadora Discente
PPGENf-UFRGS

Dr^a Regina Rigatto Witt
Pesquisadora Responsável
PPGENf-UFRGS

Confirmação Contato
49-88333078
sandrapeju@hotmail.com

Apêndice B - Dados de caracterização

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Idade:

Sexo:

Setor Trabalho:

Turno:

Tempo de Serviço na Instituição:

Formação complementar:

Apêndice C - Competência dos enfermeiros obtidos no primeiro encontro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROJETO:

Cor: _____

Solicitamos que indique duas competências necessárias ao enfermeiro para o atendimento em situação de desastre.

Estas poderão ser apresentadas sob forma de enunciado com os seguintes elementos:

Verbo que refere-se à ação

Substantivo que é o objeto da ação

Complemento como será executado

1. _____

2. _____

Após apresente uma rápida Justificativa destas competências.

Apêndice D – Competências do Enfermeiro em Situação de Desastres construídas no 2 encontro do Grupo Focal.

Competências Enfermeiro no Atendimento Hospitalar em Situação de Desastre	Competências do Enfermeiro em Emergências - (HARPER; HARTWICK, 2003), (WHO; ICN, 2009).
1. Gerenciar a equipe de Enfermagem	
2. Sistematizar o atendimento com ajuda das equipes de apoio	
3. Coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento a desastres	
4. Conhecer as atividades desempenhadas por todos na instituição	- Permitir uma abordagem unificada
5. Identificar os membros da equipe de atendimento e delimitar o papel de cada um	- Facilitar a abordagem dos profissionais
6. Organizar as ações de cada membro da equipe por experiência profissional	- Aumentar a habilidade de enfermeiros para trabalhar efetivamente dentro da estrutura organizacional
7. Direcionar as ações da equipe de enfermagem no atendimento	- Organizar o cuidado e priorizar as urgências de acordo com os problemas do paciente
8. Delegar funções para saber o que cada um tem que fazer	- Organizar o cuidado e priorizar as urgências de acordo com os problemas do paciente
9. Identificar os profissionais disponíveis no momento do desastre	
10. Trabalho em equipe	- Auxiliar os Enfermeiros Funcionar como Membros da equipe multidisciplinar
11. Demonstrar conhecimento técnico sobre o atendimento as vítimas em desastres	- Incorporar habilidade, conhecimento e julgamento de enfermagem, quando respondendo a sustentação da vida e situações críticas
12. Capacitar\treinar as equipes para que cada um saiba sua função	
13. Conhecer a classificação de risco	- Realizar avaliação através de anamnese avaliação física, revisão de registros e comunicação com a família e equipe de saúde
14. Capacitar a equipe para a classificação de risco	- Facilitar desenvolvimento da Enfermagem global
15. Classificar os pacientes por risco	- Realizar avaliação através de anamnese avaliação física, revisão de registros e comunicação com a família e equipe de saúde.
16. Organizar a equipe de atendimento as vítimas pela gravidade	
17. Construir protocolos para o atendimento em emergência.	
18. Conhecer a estrutura e a capacidade da Instituição	
19. Otimizar espaços e distribuir os pacientes dentro do hospital	
20. Prever materiais e equipamentos	
21. Providenciar materiais e equipamentos necessários para o atendimento as vítimas	- Demonstrar habilidade, conhecimento e julgamento na gestão dos doentes necessitando de dispositivos médicos e equipamento especializados.
22. Conhecer os serviços extra-hospitalares (pré-hospitalares) e como são executados	- Demonstrar a conscientização das atuais leis federais, estaduais e municipais e as normas que regem a emergência desde a entrada dos pacientes aos cuidados de emergência
23. Conhecer os serviços de Socorro da Região e	

os serviços de especialidades	
24. Contribuir para distribuição das vítimas nos hospitais evitando a sobrecarga dos serviços	
25. Participar do planejamento em Situação de desastres/emergência para os hospitais da região organizando uma rede de atendimento	- Promover e compartilhar objetivos
26. Participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital	
27. Planejar as atividades, garantindo a segurança dos pacientes e equipes	
28. Desenvolver um processo de comunicação entre todos os envolvidos durante o atendimento das vítimas	- Facilitar a comunicação - Realizar avaliação através de anamnese avaliação física, revisão de registros e comunicação com a família e equipe de saúde
29. Receber, organizar e facilitar as informações a respeito das vítimas	- Sintetizar e integrar informações sobre operações de emergência do departamento de sistemas e conhecimentos relevantes para o atendimento de emergência

Anexo A - Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Pró-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ

PROJETO DE PESQUISA

Título: Competência do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar em Situação de Desastres

Área Temática:

Pesquisador: Regina Rigatto Witt **Versão:** 2

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Pró -Reitoria de Pesquisa - PROPESQ **CAAE:** 00950612.0.0000.5347

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 36773
Data da Relatoria: 14/06/2012

Apresentação do Projeto:
Projeto de cunho acadêmico, a ser realizado em hospital do oeste catarinense, e que tem por objetivo determinar, por meio da realização de grupos focais, quais seriam as competências do enfermeiro em situações de desastre.

Objetivo da Pesquisa:
Determinar quais são as competências do enfermeiro em situações de desaste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
O projeto apresenta riscos mínimos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Projeto relevante e que será realizado em área geográfica brasileira sujeita a frequentes calamidades públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Estão todos de acordo com normas vigentes.

Recomendações:
Projeto tem condições de ser aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Projeto tem condições de ser aprovado.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Encaminh-se.

PORTO ALEGRE, 14 de Junho de 2012


Assinado por:
José Artur Bogo Chies

Anexo B - Autorização hospitalar de realização da pesquisa

DECLARAÇÃO

Declaramos para dos devidos fins que Sandra Mara Marin, orientanda da pesquisadora Enfermeira Professora Regina Rigatto Witt, portadora do CPF:26368102004 e RG: 4008229314, referente ao projeto de pesquisa: **Competência do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar em Situação de Desastres**, está autorizada a realizar a coleta de dados com grupo focal com os enfermeiros que aceitarem participar da pesquisa no Hospital regional do Oeste Catarinense, bem como desenvolver a pesquisa.

Chapecó, janeiro de 2012.


Tônia M. T. Zunkowski
Gerente de Enfermagem
COHES - SC 7400

Responsável pela Enfermagem

Anexo C - Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO³

Participante: Enfermeiro

Projeto de Pesquisa: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HOSPITALAR EM SITUAÇÃO DE DESASTRES

Pesquisador: Sandra Mara Marin⁴

Orientadora: Regina Rigatto Witt⁵

Venho através deste, solicitar sua colaboração em participar da pesquisa acima denominada que tem como objetivo identificar as competências do enfermeiro no atendimento Hospitalar em situação de Desastres.

Sua participação consiste em frequentar três reuniões de grupos focais. As sessões serão gravadas em fitas de áudio, sendo posteriormente transcritas e mantidas sob a guarda da pesquisadora por 5 anos, conforme preconiza o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Na transcrição, será garantido o anonimato dos participantes.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também estou ciente de que poderei optar pela desistência em participar do estudo, a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim.

Chapecó, ___/___/_____

Nome e assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

Pesquisador

Este documento obedece as Normas de Pesquisa em Saúde, resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

³ e-mail: Comitê de ética e pesquisa (CEP) UFRGS Fone:(51) 3308-3738

⁴ e-mail: sandrapeju@hotmail.com Fone: 49-88333078

⁵ e-mail: regina.witt@ufrgs.br Fone: 51- 93542886