

Simulação realística de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas pelo programa de residência em enfermagem**Realistic simulation of incident handling with multiple victims by the nursing residency program****Simulación realista de atención a incidentes con múltiples víctimas por el programa de residencia de enfermería****Recebido: 31/07/2019****Aprovado: 29/11/2019****Publicado: 17/02/2020****Luana Vilela Vilaça¹****Bianca Vecchia Penido²****Marielle Aparecida dos Santos Inocencio³****Cíntia Machado Dutra⁴****Lúcia Aparecida Ferreira⁵****Suzel Regina Ribeiro Chavaglia⁶**

Este é um relato de experiência desenvolvido no primeiro semestre de 2018, que tem como objetivo discutir sobre a vivência na organização e desenvolvimento da simulação realística de atendimento a múltiplas vítimas. Utilizou-se o método *Simple Triage And Rapid Treatment*, de modo que os profissionais tiveram a oportunidade de evidenciar suas limitações. Participaram 40 profissionais, sendo 15 da equipe do corpo de bombeiros, 20 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e 5 alunos da residência uniprofissional em enfermagem em urgência, emergência e trauma. Foram abordados aspectos que vão desde a chamada, classificação, até modo de atendimento. O processo de aprendizagem por meio de situações simuladas se mostrou útil e efetivo para avaliar desempenhos e habilidades, além de viabilizar e incentivar a cooperação mútua entre as equipes.

Descritores: Serviços médicos de emergência; Incidentes com feridos em massa; Simulação; Equipe de busca e resgate; Educação continuada.

This is an experience report developed in the first half of 2018, which aims to discuss the experience in the organization and development of the realistic simulation of care for multiple victims. The Simple Triage And Rapid Treatment method was used, so that professionals had the opportunity to highlight their limitations. Forty professionals participated, 15 from the fire brigade team, 20 professionals from the Mobile Emergency Care Service and 5 students from the uniprofessional nursing residency in urgency, emergency and trauma. Aspects ranging from the call, classification and mode of service were addressed. The learning process through simulated situations proved to be useful and effective to assess performance and skills, in addition to enabling and encouraging mutual cooperation between teams.

Descriptors: Emergency medical services; Mass casualty incident; Simulation; Rescue personnel; Education, training.

Este es un relato de experiencia desarrollado en la primera mitad de 2018, cuyo objetivo es discurrir la experiencia en la organización y el desarrollo de la simulación realista de la atención para múltiples víctimas. Se utilizó el método *Simple Triage And Rapid Treatment*, de modo que los profesionales tuvieron la oportunidad de evidenciar sus limitaciones. Participaron 40 profesionales, siendo 15 del equipo de bomberos, 20 profesionales del Servicio de Atención Móvil de Urgencia y 5 estudiantes de la residencia uniprofessional de enfermería en urgencias, emergencias y traumas. Se abordaron aspectos que van desde la llamada, la clasificación hasta la manera de atender a las víctimas. El proceso de aprendizaje a través de situaciones simuladas demostró ser útil y efectivo para evaluar el desempeño y las habilidades, además de hacer viable e incentivar la cooperación mutua entre equipos.

Descriptores: Servicios médicos de Urgencia; Incidentes con víctimas en masa; Simulación; Personal de rescate; Educación continua

1. Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência, Trauma e Terapia Intensiva. Mestranda em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-0809-1256 E-mail: lua_vilela@yahoo.com.br

2. Enfermeira. Especialista em urgência, emergência e trauma. Enfermeira do Hospital SOS Cardio de Florianópolis, SC, Brasil. ORCID: 0000-0001-5349-7063 E-mail: biancavecchia@hotmail.com

3. Enfermeira. Especialista em urgência, emergência e trauma. Hospital de Clínicas (HC)/UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4767-5331 E-mail: marielleap@hotmail.com

4. Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Especialista em Pedagogia. Mestre em Ciências. Tutora da Residência Uniprofessional de Enfermagem em Urgência e Emergência e Chefe do Pronto Socorro do HC, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-5120-6111 E-mail: cintia.dutra@uftm.edu.br

5. Enfermeira. Especialista em Educação Profissional. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID 0000-0001-6469-5444 E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

6. Enfermeira. Mestre, Doutora e Pós Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde e Coordenador do curso Lato Sensu de Urgência e Trauma da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-0733-0185 E-mail: suzel.ribeiro@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O trauma ocupa posição preocupante nas taxas de morbimortalidade em todo mundo, sendo o acidente de trânsito a principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 29 anos¹. No Brasil este ranking não é diferente, o acidente automobilístico ocupa a primeira causa de morte na população de adultos jovens entre 10 a 39 anos². Muitas dessas vítimas evoluem com complicações que podem resultar em incapacidade transitória ou permanente para o trabalho ou para as atividades de vida diária. Os gastos do governo com pensões e tratamentos de saúde para esta população também são enormes. Tais condições fazem do trauma um importante problema de Saúde Pública².

No trauma, o atendimento pré-hospitalar é definitivo para um bom prognóstico, podendo implicar na sobrevivência e nas complicações permanentes ou temporárias³. Para que a vítima tenha maiores chances de sobrevivência o atendimento deve ser iniciado no local, logo após o evento e continuado em ambiente hospitalar para garantir a preservação da capacidade do corpo de produzir energia e manter as funções dos órgãos vitais. Este período é conhecido como “*Hora de Ouro*” e é o intervalo de tempo em que a equipe pré hospitalar deve iniciar as intervenções apropriadas para melhorar a oxigenação e controlar hemorragias para que o paciente não evolua para choque irreversível⁴.

O atendimento torna-se ainda mais complexo em incidentes com feridos em massa. Nesta situação o número de indivíduos que requerem assistência, dentro de um dado período de tempo, ultrapassa os recursos necessários para seus cuidados e a capacidade de atendimento da equipe envolvida. O princípio chave da resposta pré-hospitalar é fazer o melhor para o maior número de pessoas com os recursos disponíveis⁵.

Para organizar e otimizar o cuidado recomenda-se que a equipe utilize uma ferramenta de triagem primária das vítimas antes de proceder o atendimento. A triagem é o processo de avaliar sistematicamente e classificar cada indivíduo de acordo com a gravidade de sua lesão e prestar atendimento de saúde para tratar agravos que conferem risco imediato de vida e de perda de membro⁶.

Em situações de acidente com múltiplas vítimas, um método mundialmente utilizado para definir a prioridade de atendimento é o método de triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*). O algoritmo envolve uma rápida avaliação da condição fisiológica do indivíduo como: capacidade de deambular, padrão respiratório, a perfusão capilar e o nível de consciência. Utilizando esses parâmetros as vítimas são divididas em quatro prioridades de atendimento, representadas através das cores vermelha, amarela, verde e preta - cinza no Brasil, de acordo com a releitura do Ministério da Saúde⁷.

Mesmo um profissional de nível técnico com experiência e conhecimentos na área pode realizar a classificação primária. O método é considerado rápido e prático já que a triagem é feita idealmente em 30 segundos e não necessita de equipamentos médicos especializados⁷.

O método “START” segue o seguinte algoritmo; no primeiro momento as vítimas são orientadas e auxiliadas a caminhar em direção aos socorristas, quem for capaz de andar e obedecer ao comando é classificado como verde. Naqueles que permanecerem no local, deve-se verificar o padrão ventilatório; se estiver em parada respiratória é realizada uma das manobras de desobstrução da via aérea; se não for revertida, a vítima é classificada como preta ou cinza⁶.

Neste primeiro momento, não se realiza manobras de reanimação cardiopulmonar até que as outras vítimas estejam triadas e estabilizadas. Ainda para os que permaneceram no local, caso apresente movimentos respiratórios, observa-se a frequência de incursões respiratórias por minuto (durante 15 segundos), se maior do que 30 incursões, é classificada como vermelha. Em seguida avalia-se a perfusão através do enchimento capilar pressionando o leito ungueal e observando o retorno venoso. Se maior que 2 segundos é classificado como vermelha, se menor, prossegue com avaliação do nível de consciência. Caso a vítima não obedeça a comandos simples a classificação é vermelha; caso obedeça, amarela⁶.

Após a triagem primária se procede a (re) avaliação e triagem médica buscando a estabilização das vítimas. Em seguida é feita a triagem de evacuação, ou seja, o encaminhamento para tratamento definitivo no hospital ou unidade de pronto atendimento apropriado. Para todas essas, segue-se as prioridades de risco decrescentes vermelha, amarela, verde e cinza⁸.

O artigo segundo da Política Nacional de Atenção às Urgências, Portaria n. 1863, esclarece que o serviço de saúde deve permitir a qualificação da assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências⁹.

Uma vez que a educação permanente em saúde é uma premissa do Ministério da Saúde e um ponto crítico e decisivo para a assistência do paciente vítima de trauma, surge o desafio da formação e treinamento de profissionais aptos a agir assertivamente e tomar decisões em situações críticas. Para isso, a capacitação por simulação realística possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como, o aumento da habilidade para tomada de decisão, já que replica aspectos reais da clínica em ambiente de aprendizado, possibilitando simular várias situações¹⁰. Tal estratégia de ensino permite integrar a equipe, além de diminuir ansiedades, inexperiências, medo de cometer erros e oferece experiências cognitivas, psicomotoras e transmissão de conhecimento de uma possível realidade¹¹.

Tendo em vista tal cenário realizou-se uma parceria entre o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) e o corpo de Bombeiros do município de Uberaba com a residência em enfermagem de Urgência/Trauma da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para realizar uma simulação realística de atendimento de múltiplas vítimas.

O treinamento teórico-prático visou viabilizar e incentivar a cooperação mútua entre as equipes e habilitar os residentes para atuar nesse tipo de atendimento. Este artigo tem como objetivo discorrer sobre a vivência na organização e desenvolvimento da simulação realística de atendimento à múltiplas vítimas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, o qual descreve uma simulação realística de atendimento a incidente com feridos em massa por equipes de atendimento pré-hospitalar.

O treinamento aconteceu em dois períodos. Pela manhã houve exposição teórica para fundamentar a prática a respeito do atendimento a incidentes com feridos em massa utilizando o método START. A explanação foi ministrada pelo responsável técnico de treinamento do SAMU. No segundo momento, no período da tarde, deu-se a parte prática do treinamento através da simulação realística.

Para simular a cena foram dispostos dois veículos abalroados em uma área inabitada. Rojões e dispositivos de fumaça simularam o estrondo da colisão e a explosão do tanque de combustível de um dos carros da cena. Contou-se com a participação de quatro manequins vivos, que foram preparados com diferentes tipos de lesões corporais, produzidas artificialmente com a utilização de tintas e um manequim de simulação de baixa fidelidade.

A situação de cada vítima em cena e seu respectivo quadro clínico foi arquitetado pela coordenação do SAMU em conjunto com as residentes de enfermagem. A simulação ocorreu na seguinte sequência: após a organização da estrutura física, posicionou-se as vítimas na cena cada qual com diagnósticos específicos: vítima 1: fratura fechada em membro superior direito; vítima 2: fratura de pelve e de fêmur com choque hipovolêmico grau II; vítima 3: traumatismo cranioencefálico grave; vítima 4: trauma torácico com pneumotórax e vítima 5: manequim de simulação de baixa fidelidade, ejetado do carro em parada cardiorrespiratória.

A ambulância de suporte avançado do SAMU é equipada com kit de atendimento a múltiplas vítimas pelo método START de triagem, como: materiais e dispositivos para isolamento da cena, capacete do líder da operação, placas de identificação das vítimas -

vermelho, amarelo, verde e preto e lonas com as cores das classificações para montagem da área de atendimento no chão. O carro/unidade de resgate do corpo de bombeiros também dispõe de toda aparelhagem e instrumentos necessários para garantir a segurança do ambiente, neutralização e estrição de veículos.

RESULTADOS

A vivência se deu no período vespertino das 13 horas às 18 horas no dia 16 de março de 2018. Participaram 40 profissionais, sendo; 15 da equipe do corpo bombeiro, 20 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 5 alunos da residência uniprofissional em enfermagem em urgência, emergência e trauma da UFTM.

O atendimento foi iniciado após um chamado na linha 192 (central de atendimento do SAMU) relatando o acidente automobilístico. O médico regulador, através de rádio operação acionou as equipes de resposta, sendo elas: 1 unidade de suporte avançado, 1 unidade de suporte básico e 1 carro do corpo de bombeiros.

Alguns membros da equipe do SAMU, bombeiros e residentes de enfermagem modalidade Urgência e Trauma prestaram o atendimento às vítimas seguindo o método START, tendo como líder o médico assistente do SAMU. Os outros membros iriam observar a simulação tomando notas para posterior discussão.

Iniciada a simulação a equipe do corpo de bombeiros avaliou a cena priorizando a segurança do local, neutralização e estrição do veículo. Simultaneamente o médico assistente do SAMU avaliava as vítimas para optar pela técnica de retirada rápida ou não.

Após garantirem um ambiente seguro, os outros integrantes da equipe: enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas foram liberados para atuar na cena. Foi dada prioridade para atuação dos profissionais recém admitidos, enquanto o restante da equipe observava e tomava notas. A simulação foi coordenada pelo instrutor responsável técnico por treinamentos da equipe do SAMU e pelo capitão dos bombeiros militares.

A classificação das vítimas se deu segundo o risco de agravo, pelo método START de forma correta. Os que obedeciam a comando e deambulavam eram orientados e auxiliados a seguir para a área verde, apenas 1 paciente se encaixava nessa prioridade. Os que permaneceram na cena foram reavaliados, imobilizados e encaminhados para a área amarela (2 vítimas) ou vermelha (1 vítima) para que fossem realizadas as intervenções e procedimentos de emergência segundo o mnemônico da avaliação primária A (via aérea e colar cervical), B (ventilação), C (circulação), D (disfunções do estado neurológico) e E (exposição e controle de hipotermia) que orienta o atendimento no trauma. Por fim, 1 vítima foi classificada com a prioridade preta, se encontrava em parada cardiorrespiratória, sem retorno dos movimentos respiratórios após manobra de desobstrução de via aérea. A realização das manobras de reanimação cardiopulmonar se deu após estabilização das outras vítimas.

Para organização da ala de atendimento foram dispostas no chão lonas com as cores da classificação de risco. A ala verde contou com a assistência de 1 técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro. As áreas amarela e vermelha foram dispostas uma ao lado da outra com a assistência direta do enfermeiro e do médico e auxílio dos dois socorristas condutores. Os pacientes foram avaliados pelo médico de acordo com a prioridade de risco. Caso alguma vítima evoluísse com piora do quadro, este seria reavaliado e reclassificado.

Através do rádio comunicador o médico em cena repassava o estado clínico das vítimas ao médico regulador que pode então referenciá-los para os serviços da rede de urgência, unidade de pronto atendimento ou pronto socorro, de acordo com a gravidade das mesmas.

Após o término da simulação a equipe se estendeu em discussão. Foram identificados os pontos positivos do atendimento realizado em equipe como triagem primária e secundária corretas e intervenções assertivas na avaliação primária. Os potenciais problemas, foram: dificuldades de comunicação, de coordenação e liderança, de organização e sistematização do

atendimento, além de reforçar a importância e o papel de cada profissional envolvido no atendimento.

Ainda em momento de *debriefing*, discutiu-se as características intrínsecas das equipes como dificuldade/resistência em seguir ordens e em obedecer superiores. Ficou evidente após discussão e análise crítica que a equipe composta por civis teve maiores problemas de comunicação e aceitação de funções e hierarquia.

DISCUSSÃO

O uso da simulação realística proporcionou resoluções de questões relacionadas ao atendimento das vítimas e integração da equipe ao permitir analisar se as práticas implementadas estão ou não próximas dos resultados esperados. Um estudo conduzido no Espírito Santo avaliou a atuação da equipe pré-hospitalar no atendimento a um acidente de ônibus envolvendo 40 vítimas através da análise de um *check-list* baseado no Manual de Treinamento de Atendimento a Desastres produzido pela Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. Assim como o atual estudo, constatou-se práticas assertivas na triagem inicial, que foi correta em 92,5% dos casos e também consideraram que mais investimentos eram necessários para aprimorar o atendimento, especialmente no tocante a exposição e proteção contra hipotermia⁴.

Em uma grande simulação realizada na Itália com 112 vítimas, foi identificado que 81% das triagens foram assertivas. A triagem secundária foi um ponto crítico no qual várias vítimas foram abordadas repetidas vezes, revelando falha na organização e comunicação. Quanto às intervenções referentes ao mnemônico “ABCDE” do trauma, o item “C” relativo a circulação, controle de hemorragias e reposição volêmica, obteve maior comprometimento, com apenas 57,4% de intervenções corretas¹². O uso de aparatos tecnológicos e aplicativos permitiu mapear a área, utilizar filmagem e fotografias para rastrear e avaliar a atividade de resposta da equipe, porém esse investimento foi limitado em nosso estudo.

Entre os ganhos identificados pela equipe no contexto observou-se o aprimoramento do conhecimento, desenvolvimento de habilidades de comunicação, autoconfiança, diminuição da ansiedade e capacidade de compreensão do papel do outro. A comunicação foi o ganho que assumiu maior destaque após a simulação. Em concordância, tal conformação foi abordada em uma simulação realizada em hospital em São Paulo, capital, no qual os participantes consideraram como aspecto positivo a possibilidade de discutir a atuação e treinamento da equipe com as lideranças, padronizando o encaminhamento dos pacientes e corrigindo falhas¹³.

No atual estudo, em momento de *debriefing*, foram levantadas observações quanto dificuldade/resistência em seguir ordens e obedecer a superiores. Os perfis de liderança em situações de emergência do atendimento pré-hospitalar são discutidos em um estudo de revisão integrativa ao considerar que as características de um líder autocrático podem ser viáveis na medida em que a equipe está desorganizada e receosa em sua atuação devido a características e gravidade do próprio cenário¹⁴. Para um perfil de liderança liberal ou democrático, é necessário maior confiança, sintonia e preparo de toda a equipe para atuar em ambientes extremos que podem colocar em risco a vítima e toda a equipe de trabalho^{14,15}. Assim, é importante que o líder conheça os pontos fracos e fortes da equipe envolvida para que possa gerenciar o atendimento de forma organizada e com menor nível de stress¹⁵.

Outro ponto observado foi a satisfação com o cenário envolvendo acidente automobilístico, expressa por todos os líderes. O mesmo foi enaltecido devido à grande incidência de ocorrências com tal realidade no município. Estudos apontam altas taxas de mortalidade no Brasil devido a acidentes de transporte terrestre^{3,16}, somando mais de 68 mil mortes no ano de 2017, segundo o último censo do DATASUS¹⁷. Um treinamento funcional associado à avaliação acurada representa importante ponte entre a educação e a resposta a tais incidentes.

Os participantes expressaram que a simulação realística proporcionou maior motivação para atuação e aprendizado que as atividades puramente teóricas, além da oportunidade de aprimorar as habilidades práticas e treinar a comunicação e a tomada de decisão em momentos críticos. Em concordância, estudos evidenciam que o realismo traz benefício à aprendizagem de habilidades técnicas, bem como não técnicas, na medida em que leva os envolvidos a encararem o cenário como legítimo, provocando as mesmas respostas psicológicas que eles teriam na prática¹⁸.

Não existe protocolo padrão validado para realização de simulados envolvendo múltiplas vítimas^{4,5,12}. Entretanto, há estudo¹⁸ listando alguns componentes indispensáveis para o sucesso em atividades de simulação realística, como: *feedback* da experiência e atitudes, práticas repetitivas e com aumento progressivo do nível de dificuldade, variações clínicas, ambiente controlado, aprendizado individualizado, clareza nos objetivos e resultados esperados e realismo na simulação. A atividade abordada foi considerada positiva, pois atendeu a maioria dos requisitos listados. Para aprimoramento, outra atividade de simulação a atendimento com múltiplas vítimas foi agendada pelas autoridades envolvidas, com mais participantes e em um nível maior de dificuldade.

CONCLUSÃO

Após a simulação, os profissionais evidenciaram vários problemas de organização do atendimento, principalmente referentes à comunicação e liderança. Foram levantadas dificuldades no trabalho em equipe interdisciplinar, com foco na identificação de limites e respeito ao papel do outro profissional.

O estudo apresentou limitações por ser conduzido em momento único e não conseguir compreender todas as equipes de trabalho. A análise das condutas e procedimentos realizados foi limitada devido a não aplicação de um instrumento ou *check list* para padronizar a avaliação do atendimento, que será revisto para as próximas atividades.

Contudo, mesmo com tais limitações, o processo de aprendizagem por meio de situações simuladas se mostrou útil e efetivo para avaliar desempenho e habilidades, na medida em que promoveu o aprendizado prático além de reflexões sobre as condutas e trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan Americana de Saúde. Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS [Internet]; 2017 [citado em 06 jul 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=2989:trauma-s-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 06 jul 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
3. Valentim ALE, Paes GO, Carvalho SM. Utilizando serviços de emergência do Sistema Único de Saúde mediante simple triage and rapid treatment. Rev Enf Profissional [Internet]. 2014 [citado em 06 ago 2018];1(1):194-04. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/EduardoFranciele/revista-enfermagem-profissional>
4. Simões RL, Duarte Neto C, Maciel GSB, Furtado TP, Paulo, DNS. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. Rev Col Bras Cir. [Internet]. 2012 [citado em 28 mar 2018]; 39(3):230-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n3/a13v39n3.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000300013>
5. Campos AL. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinadas a vítimas de acidentes e catástrofes. Rev Med Saúde

- [Internet]. 2015 [citado em 05 ago 2018]; 4(1):84-6. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5514>
6. American College of Surgeons. PHTLS: Prehosp Trauma Life Support. 9thed. Chicago: National Association of Emergency Medical Technicians; 2018.
7. Oliveira FAG. Análise do Método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: uma revisão sistemática [Internet]. [monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013 [citado em 05 jul 2018]. 39 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13977/1/Fernando%20Antonio%20Gouveia%20Oliveira.pdf>
8. Intrieni ACU. O enfermeiro no APH e o método START: uma abordagem de autonomia e excelência. Rev UNILUS Ens Pesqu. [Internet]. 2017 [citado em 18 jul 2018]; 14(34):112-28. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/793>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [citado em 20 ago 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
10. Teixeira CRS, Kusumota L, Braga FTMM, Gaioso VP, Santos CBS, Silva VLS, et al. O uso de simulador no ensino de avaliação clínica em enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2011 [citado em 01 ago 2018]; 20(Esp):187193. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea24.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500024>
11. Negri EC, Mazzo A, Martins JCA, Pereira Junior GA; Almeida RGSA, Pederlosi CE. Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2017 [citado em 18 jul 2018]; 25:e2916. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2916.pdf. DOI: 10.1590/1518-8345.1807.2916
12. Ingrassia PL, Prato F, Geddo A, Colombo D, Tengattini M, Caliggaro S, et al. Evaluation of medical management during a mass casualty incident exercise: an objective assessment tool to enhance direct observation. J Emerg Med. [Internet]. 2010 [citado em 24 ago 2019]; 39(5):629-36. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467909003072>
13. Kaneko RM, Couto TB, Coelho MM, Taneno AK, Barduzzi NN, Barreto JK, et al. Simulação *in situ*, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma unidade de alto risco. Rev Bras Educ Med. [Internet]. 2015 [citado em 11 ago 2018]; 39(2):286-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0286.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>
14. Freire GV, Araújo ETH, Araújo EB. Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. Bras J Health Rev. [Internet]. 2019 [citado 25 ago 2019]; 2(2):2029-41. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1542>
15. Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2010 [citado em 25 ago 2019]; 19(1):45-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100005&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100005>
16. Diniz AS, Alvez GCQ, Amaral EMS, Ferreira LA, Dutra CM, Ohl RIB, et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. Rev Min Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 24 ago 2019]; 22:e1075. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1213>. DOI: <http://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20180005>

17. Departamento de Informática do SUS (Brasil). DATASUS [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2017 [citado em 24 ago 2019]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
18. Kaneko RMU, Lopes MHBM. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [citado 06 ago 2018]; 53:e03453. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/pt_1980-220X-reeusp-53-e03453.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018015703453>

CONTRIBUIÇÕES

Bianca Vechia Penido, Luana Vilela Vilaça, Marielle Aparecida Santos contribuíram na concepção do projeto, obtenção e análise dos dados, redação e revisão crítica. **Cíntia Machado Dutra** e **Lúcia Aparecida Ferreira** participaram na concepção e desenho do projeto. **Suzel Regina Ribeiro Chavaglia** colaborou na redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Vilaça LV, Penido BV, Santos MA, Dutra CM, Ferreira LA, Chavaglia SRR. Simulação realística de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas pelo programa de residência em enfermagem. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(1):147-154. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

VILAÇA, L. V.; PENIDO, B. V.; SANTOS, M. A.; DUTRA, C. M.; FERREIRA, L. A.; CHAVAGLIA, S. R. R. Simulação realística de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas pelo programa de residência em enfermagem. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 1, p. 147-154, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Vilaça, L.V., Penido, B.V., Santos, M.A., Dutra, C.M., Ferreira, L.A. & Chavaglia SRR. (2020). Simulação realística de atendimento a incidentes com múltiplas vítimas pelo programa de residência em enfermagem. REFACS, 8(1), 147-154. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.